

Universität Bielefeld  
Fakultät für Gesundheitswissenschaften  
School of Public Health

Pflegeforschungsverbund NRW

## **Patienten- und nutzerorientierte Pflegekonzepte**

im Förderschwerpunkt „Angewandte Pflegeforschung“  
des Bundesministeriums für Bildung und Forschung

### **Zwischenbericht 2009/2010**

Bielefeld, April 2010

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Doris Schaeffer (Sprecherin)  
Dr. Annett Horn (Wiss. Geschäftsführerin)  
Pflegeforschungsverbund NRW

Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften  
Universitätsstr. 25, 33615 Bielefeld  
Tel. 0521 / 106-4818  
Fax 0521 / 106-6437  
Email: [pflege-nrw@uni-bielefeld.de](mailto:pflege-nrw@uni-bielefeld.de)  
URL: <http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/pflegenrw>



**INHALT des Zwischenberichts**

Übersicht Einzelprojekte .....	5
Projekt Z1 „Zentrale Geschäftsstelle“ .....	7
Projekt Z2 „Epidemiologische und statistische Methodenberatung“ .....	13
Projekt A2 „Selbst-/Fremdgefährdendes Verhalten“ .....	19
Projekt B2 „Selbstmanagementförderung“ .....	25
Projekt B5 „Kinder als pflegende Angehörige“ .....	43
Projekt B6 „Häusliche Pflege von türkischen Migranten“ .....	49
Projekt B7 „Hebammenkreißaal“ .....	55
Projekt B8 „Management physiologischer Geburtsverlauf“ .....	65
Projekt B9 „Kosten-Analysen geburtshilfliche Versorgung“ .....	71



## Übersicht über die Einzelprojekte der zweiten Förderphase

---

(Laufzeit: Februar/Mai 2007 – April 2010)<sup>1</sup>

- Projekt Z1** Zentrale Geschäftsstelle des Pflegeforschungsverbunds NRW  
(Schaeffer/Horn/Neuhaus, Bielefeld)
- Projekt Z2** Epidemiologische und statistische Methodenberatung  
(Razum/Berger/Riedl, Bielefeld)
- Projekt A2** Selbst- und fremdgefährdendes Verhalten bei psychisch veränderten  
Heimbewohnern: Erprobung eines Interventionskonzepts  
(Wingenfeld/Amann/Seidl/Schaeffer, Bielefeld)
- Projekt B2** Förderung des Selbstmanagements und der Adhärenz chronisch kranker  
Patienten mit komplexen Medikamentenregimen (Phase II)  
(Schaeffer/Müller-Mundt/Geuter/Neuhaus, Bielefeld)
- Projekt B3<sup>2</sup>** DEMIAN II: Handlungskompetenzen in der Betreuung demenzkranker  
Menschen fördern. Ein Interventionsprogramm für Pflegende und pfl-  
gende Angehörige  
(Kruse/Berendonk/Stanek/Kaspar/Schönit/Motruk, Heidelberg)
- Projekt B5** Verbesserung der Lebensqualität von pflegenden Kindern und Jugendli-  
chen durch ein familienorientiertes Hilfeangebot. Eine prospektiv kontrol-  
lierte Studie  
(Schnepf/Metzing-Blau/große Schlarmann, Witten/Herdecke)
- Projekt B6** Verbesserung der häuslichen Pflege von türkischen Migranten in Deutsch-  
land: kontrollierte prospektive Studie mit narrativem Interventionsansatz  
(Razum/Glodny/Yilmaz, Bielefeld)
- Projekt B7** Multicenter-Studie Versorgungskonzept Hebammenkreißaal  
(Sayn-Wittgenstein/Bauer/Igney, Osnabrück)
- Projekt B8** Management des physiologischen Geburtsverlaufes im Hebammen-  
kreißaal  
(Sayn-Wittgenstein/Krahl/Igney, Osnabrück)
- Projekt B9** Kosten/Nutzen- und Kosten/Wirksamkeitsanalysen verschiedener Versor-  
gungsangebote in der Geburtshilfe  
(Haubrock/Knape/Schäfers/Igney, Osnabrück)

---

<sup>1</sup> Der Beginn der zweiten Förderperiode war bei den Projekten B3, B7, B8 und B9 der 1. Februar 2007.

<sup>2</sup> Da das Projekt B3 zum 31. Januar 2010 abgeschlossen wurde, ist es im vorliegenden Zwischenbericht nicht mehr mit aufgeführt



## Projekt Z1

---

### Zentrale Geschäftsstelle des Pflegeforschungsverbands NRW

Zuwendungsempfänger:	Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Projektleitung:	Prof. Dr. Doris Schaeffer
Projektmitarbeiter <sup>3</sup> :	Dr. Annett Horn (Wiss. Geschäftsführerin vom 01.09.2008 bis zum 31.08.2009 und seit dem 01.01.2010) Sandra Neuhaus, BSc (Assistenz seit dem 15.08.2009) Ina Horn (Sekretariat)
Förderkennziffer:	01GT0615
Berichtszeitraum:	01.05.2009 bis 28.02.2010
Laufzeit:	01.05.2007 bis 30.04.2010 (36 Monate)

---

### Zusammenfassung

Die zentrale Geschäftsstelle des Pflegeforschungsverbands NRW hat auch in der dritten Förderphase ihre Funktion als Koordinationsstelle für alle verbundbezogenen Aktivitäten der Projekte wahrgenommen. Ihr obliegen die Unterstützung der Verbundsprecherin aber auch Aufgaben der verbundinternen wie auch -externen Kommunikation, Kooperation sowie organisatorisch-administrativen Durchführung von Aktivitäten. Zu diesen zählen u. a. Projekttreffen, Workshops, Tagungen, Öffentlichkeitsarbeit und Dokumentation des Verbunds, Beratung der Verbundprojekte sowie die Unterstützung und Verstetigung der pflege- und gesundheitswissenschaftlichen Forschungsinfrastruktur. Die Geschäftsstelle des Pflegeforschungsverbands NRW ist an der Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, angesiedelt und arbeitet eng mit der Arbeitsgruppe 6 Versorgungsforschung und Pflegewissenschaft und dem Institut für Pflegewissenschaft zusammen. Sie kooperiert gleichzeitig verbundübergreifend mit den Geschäftsstellen der anderen vom BMBF geförderten Pflegeforschungsverbände in Bremen und Halle-Wittenberg.

### 1. Wichtigste wissenschaftliche Ergebnisse

Die wissenschaftliche Geschäftsführung nimmt im Gegensatz zu den inhaltlichen Projekten des Pflegeforschungsverbands NRW überwiegend verbundinterne wie auch -übergreifende Aktivitäten wahr. Die Aktivitäten zielen sowohl auf die Förderung der internen bzw. externen Kooperation und Kommunikation als auch die Öffentlichkeitsarbeit, um den Verbund und seine Forschungsergebnisse bekannt zu machen. Sie sind zudem auf die Einzelberatung der Projekte im Sinne einer Qualitätssicherung ausgerichtet.

#### *Kooperation und Koordination*

Im Berichtszeitraum erfolgten die Aktivitäten der wissenschaftlichen Geschäftsführung durch verbundinterne Aktivitäten, in deren Fokus insbesondere die Planung und Organisation der Gremienarbeit in Form von Verbundsitzungen (siehe Übersicht, S. 11) stand. Von der Geschäftsstelle wurden mehrere Sitzungen vor- und nachbereitet, auf der u. a. der Ar-

---

<sup>3</sup> Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass sämtliche Funktionen und Bezeichnungen, die nachfolgend zur besseren Lesbarkeit in der männlichen Grammatik benannt werden, das weibliche Geschlecht miteinschließen.

beits- und Ergebnisstand des Pflegeforschungsverbunds, die weitere Arbeitsweise, Publikationsstrategien sowie Öffentlichkeitsarbeit der Einzelprojekte aber vor allem der bevorstehende Abschluss der Verbundarbeit thematisiert wurden. Mit den Einzelprojekten fand im Berichtszeitraum ein enger individueller Austausch statt, vor allem zu Fragen von Verlängerungsanträgen aber auch zu Fragen der Budgetierung, Mittelbewirtschaftung (Nutzung beantragter Mittel) und der Gestaltung des Zwischenberichts. Im Fokus der verbundinternen Aktivitäten stand stets das Ziel, die bestehende konstruktive und produktive Arbeitsatmosphäre im Verbund aufrechtzuerhalten und weiter zu entwickeln.

Daneben wurden durch die wissenschaftliche Geschäftsführung auch verbundexterne Koordinations- und Kooperationsaufgaben wahrgenommen. Ein engmaschiger Dialog fand mit dem Projektträger zu (formalen) Fragen der Verbundförderung sowie einer möglichen Verlängerung der Förderung statt. Darüber hinaus erfolgte ein schriftlicher und mündlicher Dialog mit den Leitungen und Geschäftsstellen der anderen Pflegeforschungsverbände, der auf Öffentlichkeitsarbeit (Kongress- und Publikationsaktivitäten) und, mit Blick auf den anstehenden Abschluss der Verbundförderung, auf die Positionierung der Verbände und ihrer Ergebnissicherung zielte. Als Resultat dieser engen Zusammenarbeit wurde u. a. ein Positionspapier der drei Verbundsprecher auf dem Internationalen Kongress der BMBF Pflegeforschungsverbände in Halle vorgestellt.

Die Kooperations- und Koordinationsaufgaben bezogen sich zudem auf Fragen der Qualitätssicherung oder die Unterstützung verbundübergreifender Methodenworkshops. Der Verbund war im Berichtszeitraum besonders bestrebt, die internationalen Kontakte weiter auszubauen. Der wissenschaftliche Geschäftsführer Dr. Jörg Haslbeck konnte durch eine Förderung in Form eines Stipendiums für einen einjährigen Auslandsaufenthalt in den USA an bereits bestehende Kontakte anknüpfen und neue erschließen. Die Leitung des Pflegeforschungsverbunds, Prof. Dr. Doris Schaeffer, hielt sich im Frühjahr 2009 im Rahmen eines Forschungssemesters in den USA auf und konnte insbesondere die Kontakte zu wissenschaftlichen Einrichtungen in den USA, speziell an der University of California San Francisco und der School of Nursing an der University of Pennsylvania erweitern.

### *Öffentlichkeitsarbeit und Dokumentation*

Die Öffentlichkeitsarbeit und Einbindung des Verbunds in die ‚scientific community‘ nimmt erfahrungsgemäß einen hohen Stellenwert im Aufgabenspektrum der Geschäftsstelle ein und wurde auch im Berichtszeitraum angegangen.

Die *konsistente Außendarstellung* des Pflegeforschungsverbunds NRW konnte daher unter Mitwirkung der wissenschaftlichen Geschäftsführung ausgebaut werden. Besonders zu erwähnen ist das gemeinsam mit den beiden anderen Verbänden publizierte Memorandum zur Zukunft der Pflegeforschung, auf dem der gemeinsam erarbeitete Antrag bei der Robert-Bosch-Stiftung zur AGENDA Pflegeforschung 2010-2020 basiert (siehe 6.). Hieran hat die Geschäftsstelle unterstützend mitgewirkt.

Der Internetauftritt wurde im Berichtszeitraum weiterhin grundlegend überarbeitet und entsprechend der inhaltlichen Ausrichtung auf „Patienten- und Nutzerorientierung“ angepasst. Auf den Internetseiten des Pflegeforschungsverbunds NRW wird fortlaufend über aktuelle Entwicklungen im Verbund sowie seine nationalen und internationalen Forschungsaktivitäten informiert. Einige Projekte sind auf der Website bereits in englischer Version vertreten, andere befinden sich in der Entwicklung. Das Projekt B6 tritt zudem in türkischer Sprache auf.

Von der Geschäftsstelle wurde weiterhin die verbundinterne wie -übergreifende *Publikationsstätigkeit* unterstützt und koordiniert, um Forschungsergebnisse des Verbunds publik zu machen und den Wissenstransfer aus den Projekten in die Versorgungspraxis zu fördern. Die Geschäftsstelle freut sich über den erfolgreichen Abschluss der Qualifikationsarbeiten von Projektmitarbeitern (Haslbeck, Panhorst, Seidl). Ferner war die Geschäftsstelle aktiv daran beteiligt, den Verbund in *der wissenschaftlichen Öffentlichkeit zu präsentieren*.<sup>4</sup> Dies gelang sowohl durch die aktive Teilnahme der Geschäftsführung an internationalen Kongressen (Halle, Paris und Ulm – siehe S. 11) als auch durch unterstützende Tätigkeiten bei Publikationen (siehe S. 10). Im Berichtszeitraum wurden ferner verbundbezogene und -übergreifende Kongressteilnahmen der Verbundprojekte initiiert, koordiniert und mitgestaltet, so zum Beispiel in Halle.

## **2. Vergleich des Stands des Vorhabens mit der ursprünglichen Arbeits-, Zeit und Aufgabenplanung**

Das Projekt liegt im Zeitplan.

## **3. Änderung der Absichten für die Erreichung der Ziele des Vorhabens innerhalb des angegebenen Ausgabenzeitraums gegenüber dem ursprünglichen Antrag**

Keine

## **4. Bekannt gewordene Ergebnisse Dritter, die für die Durchführung des Vorhabens relevant sind**

Keine

## **5. Änderungen in der Zielsetzung**

Die Zielsetzung des Projektes bleibt unverändert.

## **6. Angaben zur Zusammenarbeit im Forschungsverbund, zu Synergieeffekten und zu Projektergebnissen, die im Hinblick auf die gemeinsame Fragestellung des Forschungsverbundes wesentlich sind**

Die zentrale Geschäftsstelle kooperierte auch in diesem Berichtszeitraum eng mit den Geschäftsstellen der anderen beiden Pflegeforschungsverbände und kann auf eine fruchtbare Zusammenarbeit zurück blicken. Darüber hinaus beteiligt sie sich an einem gemeinsamen Projekt der Pflegeforschungsverbände zur Erstellung einer AGENDA für die Pflegeforschung, die von der Robert-Bosch-Stiftung gefördert wird.

---

<sup>4</sup> Präsentationsaktivitäten der Einzelprojekte erfolgen überwiegend eigenständig und projektbezogen (siehe Verwertungspläne der einzelnen Verbundprojekte), sie werden jedoch teilweise von der Geschäftsstelle initiiert, angeregt und/oder koordiniert – auf eben diese Veranstaltungen wird hier Bezug genommen.

## 7. Fortschreibung des Verwertungsplans

Die zentrale Geschäftsstelle unterstützt verbundbezogene Publikationen und wirkte bei folgenden mit:

### *Bücher und Buchbeiträge*

- Schaeffer D (i. E.): Begriff Chronische Krankheit. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. (Hg.): Fachlexikon der sozialen Arbeit. Baden-Baden: Nomos
- Schaeffer D (i. E.): Begriff Pflegewissenschaft. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. (Hg.): Fachlexikon der sozialen Arbeit. Baden-Baden: Nomos
- Schaeffer D, Moers M (i. E.): Bewältigung chronischer Krankheiten – Herausforderungen für die Pflege. In: Schaeffer D, Wingenfeld K. (Hg.): Handbuch Pflegewissenschaft. 2. ergänzte und aktualisierte Auflage. Weinheim: Juventa
- Schaeffer D, Wingenfeld K (i. E.): Entwicklung und Perspektiven der Pflegewissenschaft in Deutschland – Einleitung. In: Schaeffer D, Wingenfeld K: Handbuch Pflegewissenschaft, 2. ergänzte und aktualisierte Auflage. Weinheim: Juventa
- Schaeffer D, Moers M, Rosenbrock R. (i.E.): Zur Entwicklung von Pflege und Pflegewissenschaft. In: Schwartz FW, Kolip P (hg.): Das Public Health Buch. 3. überarb. Auflage. München: Elsevier
- Schaeffer D (Hg.) (2009): Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf. Bern: Huber
- Schaeffer D (2009): Bewältigung chronischer Erkrankung – Status Quo der Theoriediskussion. In: Schaeffer, D. (Hg.): Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf. Bern: Huber, 15-51
- Schaeffer D (2009): Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf – Einleitung. In: Schaeffer D (Hg.): Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf. Bern: Huber, 7-12
- Corbin J, Hildenbrand B, Schaeffer D (2009): Das Trajektkonzept. In: Schaeffer D (Hg.): Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf. Bern: Huber, 55-74
- Schaeffer D, Moers M (2009): Abschied von der Patientenrolle? Bewältigungshandeln im Verlauf chronischer Krankheit. In: Schaeffer D (Hg.): Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf. Bern: Huber, 91-110

### *Zeitschriftenaufsätze*

- Haslbeck J. (2010): Medikamentenmanagement aus der Sicht chronisch Erkrankter – Forschungsbedarfe und –trends. *Public Health Forum* 66 (18), 30e.1-30e.3
- Schaeffer D (2010): Bewältigung chronischer Erkrankungen – zur Theoriediskussion. *Public Health Forum* 66 (18), 6.e1-6.e4
- Behrens J, Görres S, Schaeffer D (2009): Zur Förderung der Pflegeforschung in Deutschland: Interdisziplinarität setzt entwickelte Disziplinen voraus. Gemeinsame Erklärung der SprecherInnen der Pflegeforschungsverbände. *Pflege & Gesellschaft*, 382-383

### *Verbundbezogene Qualifikationsarbeiten*

- Haslbeck J (2009): Medikamente und chronische Krankheit. Selbstmanagementanforderungen im Krankheitsverlauf aus Sicht der Erkrankten. (Dissertation) Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld. Wissenschaftliche Betreuung: Prof. Dr. Doris Schaeffer, Prof. Dr. Klaus Hurrelmann
- Panhorst H (2009): Arbeitssituation und Burnout in der ambulanten Pflege (Master-Arbeit). Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld. Wissenschaftliche Betreuung: Dr. Andreas Büscher, Prof. Dr. Doris Schaeffer
- Seidl N (2010): Aggressives Verhalten in Altenpflegeheimen. Eine Untersuchung von Erscheinungsformen, Einflussfaktoren und Versorgungserfordernissen bei kognitiv beeinträchtigten Menschen in der stationären Versorgung (Dissertation). Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld. Wissenschaftliche Betreuung: Prof. Dr. Doris Schaeffer, Prof. Dr. Klaus Hurrelmann

*Paper*

Behrens J, Görres S, Schaeffer D (2010): AGENDA Pflegeforschung 2010-2020. Antragsskizze für die initiale Förderung der Agenda-Erstellung durch die Robert-Bosch-Stiftung.

Behrens J, Görres S, Schaeffer D (2010): Pflegewissenschaft und –forschung in Deutschland.

*Übersicht*

<b>Verbundsitzen im Berichtszeitraum</b>	
22. Januar 2009	Bielefeld
16. Juli 2009	Bielefeld
24. Februar 2010	Bielefeld
<b>Unterstützte Jahrestagungen/Kongresse/Workshops im Berichtszeitraum</b>	
26. – 28. März 2009 Internationaler Kongress der BMBF Pflegeforschungsverbände	Halle (Saale)
05. – 09. Juli 2009 XIXth IAGG World Congress of Gerontology and Geriatrics „Longevity, Health and Wealth“	Paris (Frankreich)
24. – 25. September 2009 7. Internationale Konferenz Pflege & Pflegewissenschaft: „Pflege – wozu und wohin?“	Ulm
09. Oktober 2009 Methodenworkshop des Pflegeforschungsverbands NRW: „Publikation statistischer Ergebnisse von Studien: Welche Daten werden in welcher Form publiziert?“	Bielefeld



## Projekt Z2

---

### Epidemiologische und statistische Methodenberatung

Zuwendungsempfänger:	Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Projektleitung:	Prof. Dr. Oliver Razum
Projektmitarbeiter:	Dr. Ursula Berger Jörg Riedel (Dokumentar)
Externes Monitoring:	Prof. Dr. Annette Kopp-Schneider (Abteilung Biostatistik des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ) in Heidelberg)
Institution:	AG3 Epidemiologie & International Public Health, Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Förderkennziffer:	01GT0615
Berichtszeitraum:	01.03.2009 bis 28.02.2010
Laufzeit:	01.05.2007 bis 30.04.2010 (36 Monate)

---

### Zusammenfassung

Das zentrale Querschnittsprojekt Z2 „Epidemiologische und statistische Methodenberatung“ bietet für alle Forschungsprojekte des Pflegeforschungsverbands methodische Unterstützung in der Planung, Durchführung und Auswertung quantitativ ausgerichteter Studien, der Datenhaltung, -sicherung und des Backup sowie in der Darstellung und der Interpretation der Ergebnisse. Dies soll gewährleisten, dass in den quantitativ ausgerichteten Untersuchungen methodisch aussagekräftige Ergebnisse erzielt werden können, die dem aktuellen internationalen, wissenschaftlichen und ethischen Standard genügen.

Der Service der epidemiologischen und statistischen Methodenberatung basiert dabei vor allem auf individueller Projektberatung, in der projektspezifische methodische Probleme behandelt werden, auf Projekt-Monitoring zur Qualitätssicherung und auf der Durchführung von Methodenworkshops zur allgemeinen Fortbildung der in den Pflegeforschungsverbänden tätigen Wissenschaftler. Das Projekt bietet über die eigenen Serviceleistungen hinaus ein externes Studienmonitoring an, um in besonders komplexen Beratungsfragen eine externe Expertenmeinung hinzuziehen. Dies dient zugleich der Qualitätssicherung der Methodenberatung. Für das externe Monitoring steht Prof. Annette Kopp-Schneider, Expertin für kontrollierte Studien, Deutsches Krebsforschungszentrum Heidelberg, zur Verfügung.

### 1. Wichtigste wissenschaftliche Ergebnisse

Die wichtigsten Ergebnisse des Projektes beziehen sich auf die individuelle Projektberatung, in der projektspezifische methodische Probleme behandelt werden, und auf die Durchführung von dedizierten Methodenworkshops, die sich mit Fragen befassen, die sich einer Mehrzahl der Forschungsprojekte in den jeweiligen Projektphasen gleichermaßen stellen.

### *Methodenberatung:*

Es können nicht alle der zahlreichen Beratungen einzeln dargestellt werden. Die im folgenden beschriebenen Beratungsbeispiele geben Einblick in die aktuellen methodischen Fragestellungen der Projekte.

#### *Methodenberatung Projekt A2 „Selbst- und fremdgefährdendes Verhalten bei psychisch veränderten Heimbewohnern: Erprobung eines Interventionskonzepts“:*

Die Methodenberatung des Forschungsprojektes A2 bezog sich weiterhin auf das mehrstufige Analyseverfahren zur empirischen Untersuchung von aggressiven Verhalten. Im Vordergrund stand dabei zunächst die Modellierungsstrategie zur Entwicklung eines Erklärungsmodells, das die Zusammenhänge zwischen aggressivem Verhalten und einer Reihe möglicher Prädiktoren beschreibt. Dazu wurden uni- und multivariate logistische Regressionsmodelle herangezogen und in schrittweiser Variablenselektion die Hauptprädiktoren aggressiven Verhaltens identifiziert. Darüber hinaus wurde das Projekt in der Interpretation und Darstellung der Modellierungsergebnisse beraten.

#### *Methodenberatung Projekt B2 „Förderung des Selbstmanagements und der Adhärenz chronisch kranker Patienten mit komplexen Medikamentenregimen (Phase II)“:*

Im Forschungsprojekt B2 wird ein evidenzbasiertes Interventionskonzepts zur Förderung des Selbstmanagements entwickelt und erprobt. In der aktuellen Projektphase stand nun die statistische Auswertung der im Projekt erhobenen Daten im Mittelpunkt der Methodenberatung.

Im Projektverlauf kam es erwartungsgemäß zu einem relativ hohen Anteil an Drop-outs in der Follow-up Phase, d.h. ein nicht unerheblicher Anteil an Patienten stand für ein zweites Interview nicht mehr zur Verfügung. Auch auf Seiten des Pflegepersonals kam es zu Drop-outs während des Follow-ups. Die Methodenberatung hatte dementsprechend den Umgang mit Drop-outs in der statistischen Analyse zum Thema. Insbesondere wurde diskutiert, inwieweit die beobachteten Drop-outs als zufällig betrachtet werden können und inwieweit der Grund für den Drop-out im Zusammenhang mit den interessierenden Zielgrößen (Adhärenzverhalten, ungeplante ärztliche Behandlung) steht. Dazu müssen die Drop-outs nach dem genauen Grund des Fehlens differenziert werden, z.B. ob und warum der Patient in ein Pflegeheim eingewiesen wurde, ob und woran der Patient verstorben ist, etc.. In diesem Zusammenhang wurde u. a. besprochen, welche zusätzlichen Informationen zu den fehlenden Interviews vorliegen und inwieweit sie bei der Analyse herangezogen werden können. Außerdem wurden eine Vereinfachung der Zielgrößen-Variablen diskutiert (Dichotomisierung der Zielgröße „ungeplante ärztliche Behandlung“) und mögliche statistische Analyseverfahren angesprochen (Logistische Regression). Darüber hinaus wurde für Patienten wie für Pflegepersonal eine Drop-out Analyse skizziert.

#### *Methodenberatung Projekt B8 „Studie zum Management des physiologischen Geburtsverlaufs im Hebammenkreissaal“:*

In der kontrollierten randomisierten Studie dieses Forschungsprojektes steht das Management von Geburtsverläufen in den Hebammenkreissälen zweier Kliniken im Mittelpunkt. Es wird untersucht, inwieweit die geplante Intervention auf das Verhalten von Hebammen wirkt. Hauptzielmerkmal ist die Weiterleitung von Geburten in den ärztlich betreuten Kreissaal.

Inzwischen liegen in diesem Projekt die Daten zur statistischen Auswertung vor. Diese ist in enger Kooperation mit dem Methodenprojekt Z2 geplant. Hierzu wurden zunächst in einer ausführlichen Beratung die Datenstruktur besprochen, notwendige Plausibilitäts-Überprüfungen diskutiert und erste Auswertungsstrategien festgelegt. Dabei wurde zunächst geplant, die Weiterleitungsraten der beiden Krankenhäuser *vor* Intervention in einem geeigneten Modell zu betrachten, um die allgemeine Vergleichbarkeit der beiden Häuser zu untersuchen. Dabei soll auch die Kalenderzeit berücksichtigt werden.

Anschließend können die Weiterleitungsraten der beiden Häuser *nach* Intervention in einem entsprechenden Modell beschrieben und verglichen werden, um den Effekt der Intervention zu untersuchen. Dabei sollen verschiedene Einflussgrößen einbezogen werden, z.B. die Parität und Informationen zur Hebamme. Mögliche Hebammeneffekte könnten über einen zufälligen Effekt in einem Mixed-Model Ansatz korrigiert werden.

Um einen genaueren Einblick in die Hintergründe der Weiterleitungen zu erhalten, werden in einer deskriptiven Analyse die Gründe der Weiterleitung, die medizinische Intervention des Arztes nach der Weiterleitung und die durchgeführten Interventionen der Hebammen beschrieben.

Schließlich wird in einer Ereignisanalyse der Verlauf der Geburt bis zur möglichen Weiterleitung in Abhängigkeit von unterschiedlichen Einflussfaktoren modelliert. Dazu sind möglichst genaue Angaben zum Zeitpunkt der Eröffnungsperiode erforderlich.

Die beschriebenen Beratungen stehen hier beispielhaft für die Arbeit des Methodenprojekts Z2. Insgesamt erfordert die recht komplexe Fragestellung fast aller Projekte des Pflegeforschungsverbundes eine enge Zusammenarbeit von Projektmitarbeitern und Methodenprojekt, in der kontinuierlich die erzielten statistischen Ergebnisse kritisch diskutiert werden, um so ein plausibles Endmodell zu entwickeln und den Effekt der Intervention valide zu beurteilen.

*Methodenworkshop „Publikation statistischer Ergebnisse von Studien: Welche Daten werden in welcher Form publiziert?“:*

Die vom Zentralprojekt Z2 angebotenen dedizierten Methodenworkshops dienen allgemein der Erweiterung der methodischen Kenntnisse der in den Pflegeforschungsverbänden tätigen Wissenschaftler. Sie behandeln daher Themen, die sich einer Mehrzahl der Forschungsprojekte in den jeweiligen Projektphasen gleichermaßen stellen und werden von entsprechend ausgewählten (externen) Referenten durchgeführt.

Nach der Erhebung der Daten und ihrer Auswertung steht in den Pflegeforschungsprojekten in der kommenden Projektphase die Publikation der statistischen Ergebnisse an. Dabei stellt sich oftmals die Frage, welche Informationen über Studiendesign, Verlauf der Datenerhebung und Ergebnisse der statistischen Analysen in Publikationen gefordert werden, und welche nicht. Der Methoden-Workshop 2009 des Pflegeforschungsverbunds NRW, der am 9. Oktober in Bielefeld stattfand, war entsprechend dem Thema „Publikation statistischer Ergebnisse von Studien: Welche Daten werden in welcher Form publiziert?“ gewidmet. Als Referentin war Prof. Annette Kopp-Schneider, Expertin für kontrollierte Studien des Deutschen Krebsforschungszentrum Heidelberg, eingeladen.

Der Methodenworkshop war besonders praxisnah konzipiert und gab Anleitungen und Tipps, welche Daten von Studien in welcher Form in Publikationen ausgewiesen werden sollen und wie Ergebnisse aussagekräftig dargestellt werden können. Er behandelte insbesondere die Beschreibung des Studiendesigns und der Stichprobe, die Präsentation der Ergebnisse von statistischen Hypothesentests, Regressionsanalysen und Mehrebenen-

Analysen und die Darstellung von Testergebnissen aus Nebenfragestellungen. Dabei wurde vor allem auch auf den Umgang mit Situationen eingegangen, in welchen die Studien-Vorgaben (z.B. Studien-Design oder Fallzahlen) nicht eingehalten werden konnten. Darüber hinaus wurden Auswertungsstrategien zu erhobenen Daten skizziert.

Der Methodenworkshop war – wie bereits in den vorangehenden Jahren – ein verbundübergreifendes Angebot, zu dessen kostenlosen Teilnahme auch die Mitglieder anderer Pflegeforschungsverbände eingeladen sind. Der Workshop konnte mit knapp 20 Teilnehmern aus den unterschiedlichen Teilprojekten des Pflegeforschungsverbundes NRW ebenso aus anderen Pflegeforschungsverbänden auch in 2009 eine große Nachfrage bedienen. Angesichts der äußerst positiven Rückmeldungen der Teilnehmer lässt sich dieser Methodenworkshop ebenfalls als großer Erfolg verbuchen.

## **2. Vergleich des Stands des Vorhabens mit der ursprünglichen Arbeits-, Zeit- und Ausgabenplanung**

Die Arbeits-, Zeit - und Ausgabenplanung wurde eingehalten.

Das zentrale Projekt Z2 befasst sich mit den methodischen Fragestellungen, die sich den Forschungsprojekten des Verbundes in den jeweiligen Projektphasen stellen und richtet sich somit hauptsächlich nach den jeweiligen Bedürfnissen einer methodischen Beratung der einzelnen Forschungsprojekte des Verbundes. Die im Allgemeinen sehr komplexe Datenstruktur der einzelnen Studien des Pflegeforschungsverbundes erfordert bei der Datenanalyse den Einsatz von ausgefeilten statistischen Methoden. Daher intensiviert sich gerade in der Projekt-Abschlussphase (Auswertung der Daten sowie Darstellung und Interpretation der Ergebnisse in Publikationen) die Nachfrage nach Methodenberatung. Zeitliche Verzögerungen im Studienablauf einzelner Forschungsprojekte des Pflegeforschungsverbundes führen dazu, dass sich die Abschlussphase dieser Projekte nach hinten verschiebt. Entsprechend verschiebt sich damit auch zeitlich die Nachfrage nach methodischer Beratung.

## **3. Änderung der Aussichten für die Erreichung der Ziele des Vorhabens innerhalb des angegebenen Ausgabenzeitraums gegenüber dem ursprünglichen Antrag**

Keine Änderung.

## **4. Bekannt gewordene Ergebnisse Dritter, die für die Durchführung des Vorhabens relevant sind**

Trifft hier nicht zu.

## **5. Änderung in der Zielsetzung**

Keine Änderung.

## **6. Angaben zur Zusammenarbeit im Forschungsverbund und zu Synergieeffekten**

Im aktuellen Berichtszeitraum wurden die bisherige Zusammenarbeit und die Synergieeffekte weiter verstetigt (vgl. Zwischenbericht für den Zeitraum vom 01.05.2007 bis zum 30.04.2008).

## 7. Fortschreiben des Verwertungsplans (Publikationen, andere Produkte)

### *Buchpublikationen*

Razum O, Breckenkamp J, Brzoska P (2009): Epidemiologie für Dummies. Weinheim: Wiley-VCH Verlag.  
Gerhardus A, Breckenkamp J, Razum O, Schmacke N, Wenzel H (2010): Evidence-based Public Health, Huber Verlag, Bern.

### *Buchbeiträge*

Kutschmann M, Razum O (2008): Untersuchung der Beurteilerübereinstimmung und andere statistische Herausforderungen in pflegewissenschaftlichen Forschungsprojekten. In: Schaeffer D, Behrens J, Görres S (Hg.): Optimierung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns. Ergebnisse und Herausforderungen der Pflegeforschung. Weinheim: Juventa, 353-366

### *Zeitschriftenaufsätze*

Wirtz M, Kutschmann M (2007): Analyzing interrater agreement for categorical data using Cohen's kappa and alternative coefficients, Rehabilitation (Stuttg). Dec; 46(6):370-7. German.

### *Workshops*

Berger U (2009): 16. Einführung in Mehrebenen-Analysen und ihre Bedeutung in der Rehabilitationsforschung, Methodenworkshop des NRW-Forschungsverbund für Rehabilitationswissenschaften, 12. November 2009, Münster



## Projekt A2

---

### **Selbst- und fremdgefährdendes Verhalten bei psychisch veränderten Heimbewohnern: Erprobung eines Interventionskonzepts**

Zuwendungsempfänger:	Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Projektleitung:	Dr. Klaus Wingenfeld <sup>2</sup> Prof. Dr. Doris Schaeffer <sup>1</sup>
Projektmitarbeiter:	Dr. Norbert Seidl, MPH <sup>1</sup> Angelika Amman, MPH <sup>2</sup>
Institution:	<sup>1</sup> ) AG6 Versorgungsforschung/Pflegewissenschaft, Fakultät für Gesundheitswissenschaften <sup>2</sup> ) Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW)
Förderkennziffer:	01GT0615
Berichtszeitraum:	01.01.2009 bis 31.12.2009
Laufzeit:	01.05.2004 bis 30.04.2010 (72 Monate)

---

### **Zusammenfassung**

In der ersten Phase des Projekts „Selbst- und fremdgefährdendes Verhalten bei psychisch veränderten Heimbewohnern“ (Vorstudie) wurde festgestellt, dass bei 80% der kognitiv beeinträchtigten Heimbewohner mindestens einmal wöchentlich problematische Verhaltensweisen auftreten. Reaktionen der Pflegenden auf dieses Verhalten erfolgen meist mit ungeplanten Interventionen in akuten Risiko- oder Belastungssituationen sowie mit aktivitätsbegrenzenden Maßnahmen. Handlungsstrategien, die unter Verzicht auf begrenzende Maßnahmen diejenigen Faktoren beeinflussen, die Verhaltensauffälligkeiten fördern, sind im Pflegealltag bisher kaum vertreten.

Mit dem Projekt soll daher eine konzeptionelle Basis für eine präventiv orientierte pflegerische Unterstützung entwickelt und erprobt werden. Mit einer prospektiven kontrollierten Studie soll die Wirksamkeit der Interventionen unter Beweis gestellt werden. In die Erhebung sind sechs vollstationäre Pflegeeinrichtungen mit jeweils zwei Wohnbereichen einbezogen. In diesen Wohnbereichen leben überwiegend psychisch veränderte Bewohner. Jeweils ein Wohnbereich dient als Interventionsgruppe und ein Wohnbereich als Kontrollgruppe. Jeweils 120 Bewohner sind der Interventions- bzw. Kontrollgruppe zugeordnet. Als Outcome werden Veränderungen des problematischen Verhaltens, Veränderungen des funktionellen Status, die Häufigkeit aktivitätsbegrenzender Maßnahmen und die Einbindung der Bewohner in soziale Aktivitäten erfasst. Das Interventionskonzept basiert auf einer gestuften Handlungsstrategie, die der Systematik des Pflegeprozessmodells folgt (Assessment, Zielformulierung, Maßnahmenplanung, Durchführung, Evaluation).

Das Konzept wird hinsichtlich seiner Wirksamkeit evaluiert und über einen Zeitraum von sechs Monaten praktisch erprobt. Ursprünglich waren 12 Monate vorgesehen. Die Anpassung der Projektplanung, die bereits im letzten Zwischenbericht angekündigt wurde, war notwendig geworden, weil im Verlauf der Konzeptentwicklung und der organisatorischen Vorbereitungen Verzögerungen aufgetreten sind, so dass die vorbereitenden Schulungsmaßnahmen in den Wohnbereichen später als geplant abgeschlossen werden konnten. Der Projektverlauf hat sich somit insgesamt um einige Monate verzögert.

## 1. Wichtigste wissenschaftliche Ergebnisse

### *Interventionskonzept*

Das Interventionskonzept umfasst unterschiedliche Instrumente und Arbeitshilfen, die so aufgebaut sind, dass sie mit geringem Arbeitsaufwand im Versorgungsalltag genutzt werden können. Mit ihrer Hilfe werden Verhaltensweisen und potenziell verhaltenswirksame Faktoren, die Gegenstand der Intervention sind, erfasst und klassifiziert.

Mit dem *Assessmentinstrument* lassen sich Art und Intensität der Verhaltensprobleme abbilden, die Notwendigkeit einer zielgerichteten Unterstützung ermitteln und eine Identifizierung der für das Verhalten relevanten Bedingungen bzw. Problemlagen vornehmen. Im ersten Schritt des Assessments wird die Art der Verhaltensweise und deren Häufigkeit bestimmt. Ob ein Interventionsbedarf als gegeben gilt, hängt allerdings davon ab, ob das gezeigte Verhalten zur Selbst- oder Fremdgefährdung führt. Im zweiten Schritt des Assessments werden die möglichen Einflussfaktoren geprüft. Es werden insgesamt 10 Einflussgrößen unterschieden.

Ergänzend zum Assessment enthält das Interventionskonzept eine Abklärungs- und Arbeitshilfe zur *Zielformulierung*. Die Abklärungshilfe verschafft dem Anwender einen Überblick und gibt Hinweise darauf, an welcher Stelle Interventionsbedarf besteht (Risiko- und Profil). Das Instrument ermöglicht, zentrale Probleme zu identifizieren und Ziele für die Maßnahmenplanung anzusetzen. Die Pflegekraft kann überprüfen, ob alle für den Bewohner wichtigen Gegebenheiten zur Behebung der Verhaltensprobleme erfüllt sind. Dabei wird Verhalten als eine Folge umfassender Wechselwirkungen zwischen den allgemeinen Merkmalen einer Person, ihren Grundbedürfnissen, der körperlichen und sozialen Umwelt und der kognitiven und körperlichen Beeinträchtigung verstanden. In diesem Zusammenhang ist es für die Mitarbeiter wichtig, die biografischen Bezüge zum Verhalten des Bewohners herzustellen.

Im nächsten Schritt erfolgt die *Maßnahmenplanung*. Das hier vorgesehene Vorgehen entspricht formal der in Pflegeeinrichtungen üblichen Arbeitsweise. Eine Besonderheit besteht darin, dass die Maßnahmenplanung direkt bewohnerbezogene, umgebungsbezogene, mitarbeiterbezogene und auf andere Personen (z.B. Ärzte) bezogene Maßnahmen umfasst. Die Durchführung der Maßnahmen wird in regelmäßigen Abständen evaluiert. Eine Neueinschätzung findet in der Regel alle drei Monate statt oder bei aktuellen Veränderungen.

### *Erhebungsinstrument*

Zur Erfassung der Outcome-Parameter im Rahmen der Evaluation wurde ein Erhebungsbogen mit dem dazugehörigen Manual fertig gestellt. Dabei wurden die Erfahrungen aus der Vorstudie umgesetzt. So zeigte es sich, dass die Bewohner, die zum überwiegenden Teil an einer fortgeschrittenen Demenz litten, kaum in der Lage waren, den Mini-Mental-Status Test (MMST) zur Erfassung der kognitiven Fähigkeiten, durchzuführen. Gründe waren zum Teil in den sehr weit fortgeschrittenen kognitiven Defiziten und in körperlichen Problemen der Bewohner, wie beispielsweise einer Hemiparese oder einer Aphasie (Sprachstörungen) zu erkennen. Aus diesem Grund wurde zur Erfassung der kognitiven Ressourcen ein anderes Verfahren ausgewählt (eine Subskala eines neuen Einschätzungsverfahrens zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit).

### *Schulung*

Vor Beginn der Erhebungen wurden alle beteiligten Mitarbeiter und Rater aus den Einrichtungen geschult. Die Schulung erfolgte in zwei Phasen: In der *ersten* Schulungsphase wurden die Mitarbeiter in den Umgang mit dem Erhebungsbogen eingewiesen. In der zweiten Schulungsphase waren nur die Mitarbeiter der Interventionsgruppe anwesend. Hier wurde insbesondere Wert darauf gelegt, dass das Interventionskonzept in seiner Komplexität nachvollzogen und der Bezug zum pflegerischen Alltag hergestellt werden konnte. Zur Verdeutlichung wurde ein Praxisbeispiel diskutiert und mittels der Instrumente und Arbeitshilfen bearbeitet. Die Schulung erfolgte auf der Basis eines Manuals. Während der Erhebungen bestand die Möglichkeit, die Studienmitarbeiter telefonisch zu kontaktieren. Im Verlauf der Erhebungen fand außerdem ein Feedbackgespräch mit den Mitarbeitern der Interventionsgruppe statt, um evtl. auftretende Probleme während der Erhebung und bei der Durchführung des Interventionskonzepts zu klären.

### *Stichprobe*

In die Erprobung sind sechs Einrichtungen mit jeweils zwei Wohnbereichen einbezogen. Je Einrichtung wird in einem Wohnbereich das Interventionskonzept umgesetzt (Interventionsgruppe), während in dem zweiten Wohnbereich die Versorgung nach gewohntem Ablauf erfolgt (Kontrollgruppe). Jeweils rund 120 Bewohner werden der Interventions- bzw. Kontrollgruppe zugeordnet. An der Erhebung nehmen sowohl Einrichtungen der Vorstudie als auch neue Einrichtungen teil. Bei der Gewinnung einzelner Einrichtungen waren Probleme (unerwartete Absagen der Teilnahme) aufgetreten. Es kostete daher zusätzlich Zeit, die zur Erreichung der angestrebten Stichprobengröße notwendigen Kooperationseinrichtungen einzubinden.

Zum ersten Erhebungszeitpunkt ( $t_0$ ) waren in der Interventionsgruppe 123 Bewohner und in der Kontrollgruppe 119 Bewohner vertreten. Das Durchschnittsalter der Bewohner betrug 83 Jahre (Spannweite 60-99 Jahre). Im Rahmen der Einschätzung mit dem Barthel-Index, der die Selbstständigkeit in der Durchführung der Aktivitäten des Lebens abbildet, wiesen 80 Prozent der Bewohner eine schwere oder totale Abhängigkeit von Unterstützung auf. Im Durchschnitt erreichten die Bewohner einen Score von 31,9 Punkten (Spannweite 0-100 Punkte). Im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten weist die Mehrheit der Bewohner schwere bis schwerste Beeinträchtigungen auf. Ein Großteil der Bewohner ist nicht mehr in der Lage, Entscheidungen im Alltagsleben zu treffen (82 %) oder Risiken und Gefahren zu erkennen (76 %).

### *Erprobungserfahrungen*

Den bisherigen Rückmeldungen aus den Einrichtungen zufolge hat sich das Interventionskonzept bislang größtenteils als praktikabel erwiesen. Aus einem Teil der Einrichtungen wird, trotz der zeitlichen Mehrbelastung, über großen Zuspruch seitens der Mitarbeiter berichtet, die für die Versorgung von Bewohnern mit Verhaltensauffälligkeiten zuständig sind. Im Verlauf des Projekts wurden allerdings auch die besonderen Schwierigkeiten und Rahmenbedingungen der Implementation von pflegerischen Konzepten spürbar, die Verhaltensprobleme zum Gegenstand haben. Dazu gehören:

- Schwierigkeiten der Mitarbeiter, trotz eindeutiger Vorgaben des Interventionskonzepts zu entscheiden, ob eine bestehende Verhaltensproblematik angesichts der angespannten Arbeitssituation unbedingt Unterstützung auslösen muss (trotz der Arbeitshilfen kann den Mitarbeitern diese Entscheidung nicht abgenommen werden),

- Schwierigkeiten der Mitarbeiter, Aufgaben aus dem Bereich der Milieugestaltung in die individuelle Pflegeplanung zu integrieren,
- eine wichtige Veränderung der Rahmenbedingungen durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, die es den Einrichtungen ermöglicht, „zusätzliche Betreuungskräfte“ für Personen mit kognitiven Einbußen und Verhaltensauffälligkeiten einzustellen (§ 87b SGB XI). Diese Neuerung führte zu Veränderungen der Steuerungsverantwortung im individuellen Pflegeprozess (bezogen auf Verhaltensprobleme).

## **2. Vergleich des Stands des Vorhabens mit der ursprünglichen Arbeits-, Zeit-, und Aufgabenplanung**

Gegenüber der ursprünglichen Arbeitsplanung sind, wie bereits im vorangegangenen Zwischenbericht ausgeführt, Verzögerungen eingetreten. Zum einen gab es unerwartete Schwierigkeiten mit der Einbindung einzelner Praxiseinrichtungen in das Modellprojekt, zum anderen erwies sich der Ausbau der Ergebnisse aus der ersten Projektphase zu einem praxistauglichen Handlungskonzept als schwieriger als erwartet. Die im Projekt angestellten Mitarbeiter mussten zunächst ihre Kenntnisse über Möglichkeiten und Grenzen der geplanten Intervention durch entsprechende Praxiskontakte erweitern, um diese Aufgabe bewältigen zu können. Um Praktikabilität sicherzustellen, mussten Entwürfe des Instrumentariums mehrfach überarbeitet werden.

Vor diesem Hintergrund befindet sich das Projekt außerhalb des Zeitplans. Die konkreten Vorbereitungen der Erprobungsphase – organisatorische Vorbereitungen und Schulungsmaßnahmen in den Einrichtungen – konnten nicht mehr vor den Sommerferien 2009, sondern erst ab August 2009 eingeleitet werden. Vor diesem Hintergrund ist es notwendig geworden, die Phase der praktischen Erprobung auf ein halbes Jahr (mit drei statt vier Erhebungszeitpunkten) zu verkürzen und gleichzeitig den Abschluss der Erprobungsphase zu verschieben.

## **3. Änderung der Aussichten für die Erreichung der Ziele des Vorhabens innerhalb des angegebenen Ausgabenzeitraums gegenüber dem ursprünglichen Antrag**

Hierzu wird auf Punkt 2 verwiesen. Ansonsten sind keine Änderungen geplant.

## **4. Bekannt gewordene Ergebnisse Dritter, die für die Durchführung des Vorhabens relevant sind.**

Es sind keine Ergebnisse Dritter in Bezug auf das Forschungsvorhaben bekannt. Durch die Veränderung gesetzlicher Vorschriften haben sich allerdings einige für das Projekt relevante Rahmenbedingungen der Versorgung verändert.

## **5. Änderung der Zielsetzung**

Die Ziele sind im Vergleich zu den im Antrag genannten nicht geändert worden.

## **6. Angaben zur Zusammenarbeit im Forschungsverbund, zu Synergieeffekten und zu Projektergebnissen, die im Hinblick auf die gemeinsame Fragestellung des Forschungsverbunds wesentlich sind.**

Es fand weiterhin ein Austausch und eine wechselseitige Beratung mit den Mitarbeitern des Projekts „DEMIAN II“ statt, bei der insbesondere der Einsatz geeigneter Erhebungsinstrumente und der Zugang zum Forschungsfeld diskutiert wurden.

In Bezug auf Methoden wird das Projekt A2 durch das Projekt Z2 (Statistische Methoden) beraten.

## **7. Fortschreiben des Verwertungsplans (Publikationen, andere Produkte)**

### *Veröffentlichungen*

Wingefeld, K. (2008): Stationäre pflegerische Versorgung alter Menschen. In: Kuhlmei, A./Schaeffer, D. (Hg.): *Alter, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Huber, 370-381

Wingefeld, K./Seidl, N. (2008) Verhaltensweisen psychisch beeinträchtigter Heimbewohner als Herausforderung für die Pflege. In: Schaeffer, D./Behrens, J./Görres, S. (Hg.): *Optimierung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns. Ergebnisse der Pflegeforschungsverbände*. Weinheim: Juventa. 56-79

Seidl, N. (i.E.): *Aggressives Verhalten in Altenpflegeheimen – eine Untersuchung von Erscheinungsformen, Einflussfaktoren und Versorgungserfordernissen bei kognitiv beeinträchtigten Menschen in der stationären Versorgung*. Bonne Schriftenreihe „Gewalt im Alter“. Mabuse Verlag, Frankfurt

### *Poster*

Seidl, N./Schaeffer, D./Wingefeld, K./Ammann, A.: „Pflegeintervention und pflegerisches Assessment bei selbst- und fremdgefährdendem Verhalten von psychisch veränderten Heimbewohnern“. Posterpräsentation auf der 7. Internationalen Konferenz Pflege und Pflegewissenschaft „Pflege – wozu und wohin?“, Ulm, 24. – 25. September 2009

### *Vorträge*

Seidl, N.: „Evidenzbasierte Pflege zur Vermeidung von selbst- und fremdgefährdendem Verhalten bei Heimbewohnern“. 4. Tagung der vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Forschungsverbände „Pflege und Gesundheit“. 7. Internationaler Kongress der österreichischen, deutschen und schweizer Fachgesellschaft für Gesundheits- und Medizinsoziologie. Halle/Saale 28. März 2009

Seidl, N.: „Verhaltensauffälligkeiten bei Heimbewohnern: Pflegerisches Assessment und präventiv orientierte Interventionen“. Interdisziplinärer Pflegekongress „Care Fair Germany“, Hamburg, 19. Februar 2009

### *Qualifikationsarbeiten*

Seidl, N. (2010): *Aggressives Verhalten in Altenpflegeheimen. Eine Untersuchung von Erscheinungsformen, Einflussfaktoren und Versorgungserfordernissen bei kognitiv beeinträchtigten Menschen in der stationären Versorgung* (Dissertation). Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld. Wissenschaftliche Betreuung: Prof. Dr. Doris Schaeffer, Prof. Dr. Klaus Hurrelmann



## Projekt B2

---

### **Förderung des Selbstmanagements und der Adhärenz chronisch kranker Patienten mit komplexen Medikamentenregimen (Phase II)<sup>5</sup>**

Zuwendungsempfänger:	Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Projektleitung:	Prof. Dr. Doris Schaeffer, Dr. Gabriele Müller-Mundt
Projektmitarbeiter:	Gunnar Geuter, Dipl. Berufspädagoge, MSc Dr. Gabriele Müller-Mundt Sandra Neuhaus, BSc (zeitweise Studentische Mitarb.)
Institution:	AG6: Versorgungsforschung/Pflegewissenschaft, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld
Förderkennziffer:	01GT0615
Berichtszeitraum:	01.01.2009 bis 31.12.2009
Laufzeit:	01.05.2007 bis 30.04.2010 (36 Monate)

---

### **Zusammenfassung**

Für die Bewältigung chronischer Krankheit ist eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Förderung des Selbstmanagements der sich im Krankheitsverlauf oft wandelnden Herausforderungen entscheidend. Ziel des Vorhabens ist es, einen Beitrag für eine hierauf bezogene Erweiterung der pflegerischen Kompetenz und für die Entwicklung evidenzbasierter Interventionskonzepte zur Selbstmanagementförderung zu leisten. Das Vorhaben greift hierzu eine zentrale Herausforderung des Lebens mit chronischer Krankheit auf, die sich vor allem in späten Krankheitsphasen stellt: das langfristige Management komplexer Medikamentenregime im Alltag. Das auf der Basis der Ergebnisse der ersten Projektphase entwickelte gestufte Interventionskonzept besteht aus einem Qualifikationstraining und einem Praxisleitfaden für die ambulante Pflege. Es wird in einer prospektiven Kontrollstudie evaluiert. Hauptzielebenen sind die Kompetenzerweiterung der Pflegefachkräfte und die Wirksamkeit der Intervention bei den Patienten auf den Ebenen des Adhärenzverhaltens/Selbstmanagements und der Versorgungsnutzung.

Für die Beteiligung an der Studie konnten im Frühjahr 2008 insgesamt 56 Pflegefachkräfte aus 26 Pflegediensten und 89 von ihnen betreute Patienten gewonnen werden, welche die Einschlusskriterien erfüllen ( $t_1$ ). Sie verteilen sich etwa hälftig auf die Interventions- und Kontrollgruppe. An der sechs Monate nach Abschluss der Interventionsphase erfolgten Folgebefragung beteiligten sich im Sommer 2009 ( $t_2$ ) 28 Pflegefachkräfte und 51 Patienten.

Im Ergebnis zeichnet sich ab, dass unter den Pflegefachkräften der Interventionsgruppe eine Erweiterung der angebahnten Kompetenzen erzielt werden konnte. Bei den Patienten konnten bezogen auf die Zielvariablen keine eindeutigen Veränderungseffekte bewirkt werden. Für die Handlungswirksamkeit der Intervention spricht, dass Patienten der Interventionsgruppe die Pflege eher als Ansprechpartner bei arzneimittelbezogenen Fragen wahrnehmen und sich durch sie häufiger ermutigt sehen, krankheits- und therapiebezogene Probleme gegenüber dem behandelnden Arzt zur Sprache und zur Klärung zu bringen.

---

<sup>5</sup> Das Studie wurde 2007 von der Ethikkommission der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster geprüft und registriert (AZ: 2007-241-f-S)

## 1. Wichtigste wissenschaftliche Ergebnisse

Nach Abschluss der Interventionsphase Ende 2008 lagen die Schwerpunkte der Projektarbeit im Verlauf des Berichtsjahrs 2009 auf:

- der *Datensicherung und -analyse der schriftlichen Befragungen zur begleitenden Evaluation des Qualifikationsprogramms* durch Pflegefachkräfte der Interventionsgruppe;
- der *Erweiterung der Kernmodule des Qualifikationskonzepts* nach Maßgabe der im Rahmen der Schulung für die Pflegefachkräfte der Interventionsgruppe gewonnenen Erfahrungen;
- der Vorbereitung und Durchführung der ein halbes Jahr nach Abschluss der Interventionsphase vorgesehenen *Follow up-Erhebung (t<sub>2</sub>)* unter den Pflegefachkräften (standardisierte schriftliche Befragung) und Patienten der Interventions- und Kontrollgruppe (persönliche strukturierte Interviews) Mitte 2009;
- der *Datensicherung der Folgebefragung* und vergleichende *Analyse* der im Rahmen der Baseline- und Follow-up-Erhebung gewonnenen Daten (incl. Dropout-Analyse);
- einer ergänzenden *schriftlichen Befragung der „Quereinsteiger“ an dem für die Kontrollgruppe angebotenen Schulungsprogramm* analog zur Baseline-Erhebung unter den Pflegefachkräften der Interventions- und Kontrollgruppe (ASK-Fragebogen, incl. exempl. Fallbearbeitung) vor Beginn der Schulung im Oktober 2009 zur Arrondierung der Datenbasis für die Überprüfung des zur Kompetenzmessung entwickelten Methodeninventars (Rating strukturierter Fallbearbeitungen) und der Überprüfung des erzielbaren Qualifikationseffekts;
- der *Durchführung des Qualifikationsprogramms* für die *Pflegefachkräfte der Kontrollgruppe* und interessierte Pflegefachkräfte kooperierender Pflegedienste, einschließlich der *begleitenden Evaluation* durch die Teilnehmenden (Ende Oktober 2009 bis Ende Januar 2010) und
- der *Sicherung* und erste *Analyse* der im Rahmen der *begleitenden Evaluation* des leicht modifizierten *Qualifikationsprogramms durch die teilnehmenden Pflegefachkräfte* ermittelten Daten.

### 1.1 Realisierung des prospektiven Studiendesigns und der Follow-up Erhebung

Die Bedingungen für die Umsetzung der prospektiv angelegten Interventionsstudie in der ambulanten Pflege erwiesen sich hürdenreicher als erwartet. Auch wenn das Projektvorhaben durchaus auf Interesse und Beteiligungsbereitschaft stieß, gestaltete sich die Rekrutierung von Einrichtungen angesichts der angespannten Personalsituation und des reduzierten Gesundheitszustands der Patienten ambulanter Pflegedienste schwierig. An dem Projekt beteiligten sich im Frühjahr 2008 insgesamt 56 Pflegefachkräfte aus 26 Pflegediensten und 89 von ihnen betreute Patienten. Die für den Nachweis mittlerer Effekte angestrebten Fallzahlen von 80 Pflegekräften und 160 von ihnen als Bezugspflegekräfte primär betreute Patienten, die die Einschlusskriterien der Studie erfüllen, wurde damit nicht annähernd erreicht (s. Zwischenbericht 2007, 2008). Zudem konnte das im Rahmen der *prospektiven Kontrollstudie erforderliche längerfristige Engagement* über einen Zeitraum von knapp 2 Jahren nur von einem Teil der Projektbeteiligten gewährleistet werden. In der Follow-up Erhebung im Sommer 2009 waren sowohl unter den Pflegefachkräften der Interventions- und Kontrollgruppe als auch unter den von ihnen betreuten und in das Projekt einbezogenen Patienten vergleichsweise hohe *Dropout-Raten* zu verzeichnen (s. Abb. 1 und 2), wobei sich vor allem auf Patientenseite die Frage nach inhaltlichen Dropouts stellt. Auf der

Grundlage der Baseline-Erhebung wurden daher – ergänzend zu der Überprüfung der Vergleichbarkeit der Interventions- und Kontrollgruppe vor dem Beginn der Intervention – jeweils vergleichende Analysen zwischen den Respondern und den zum Zeitpunkt der Folgebefragung nicht mehr zur Verfügung stehenden Patienten und Pflegefachkräften durchgeführt.

Für die Datensicherung und -analyse wurde das Statistikprogramm SPSS für Windows (Version 18) genutzt. Angesichts der geringen Fallzahlen wurde – sofern möglich – eine Dichotomisierung der Zielvariablen vorgenommen und für die Datenanalyse auf nicht-parametrische Testfahren für kleine Fallzahlen zurückgegriffen (z.B. Mann-Whitney-U-Test für unabhängige Stichproben, Wilcoxon Test bzw. bei dichotomen Variablen McNemar Test für abhängige Stichproben, s. auch Punkt 3).

#### *Folgebefragung der Pflegefachkräfte – Dropout und Profilvergleich der Verlaufstichprobe*

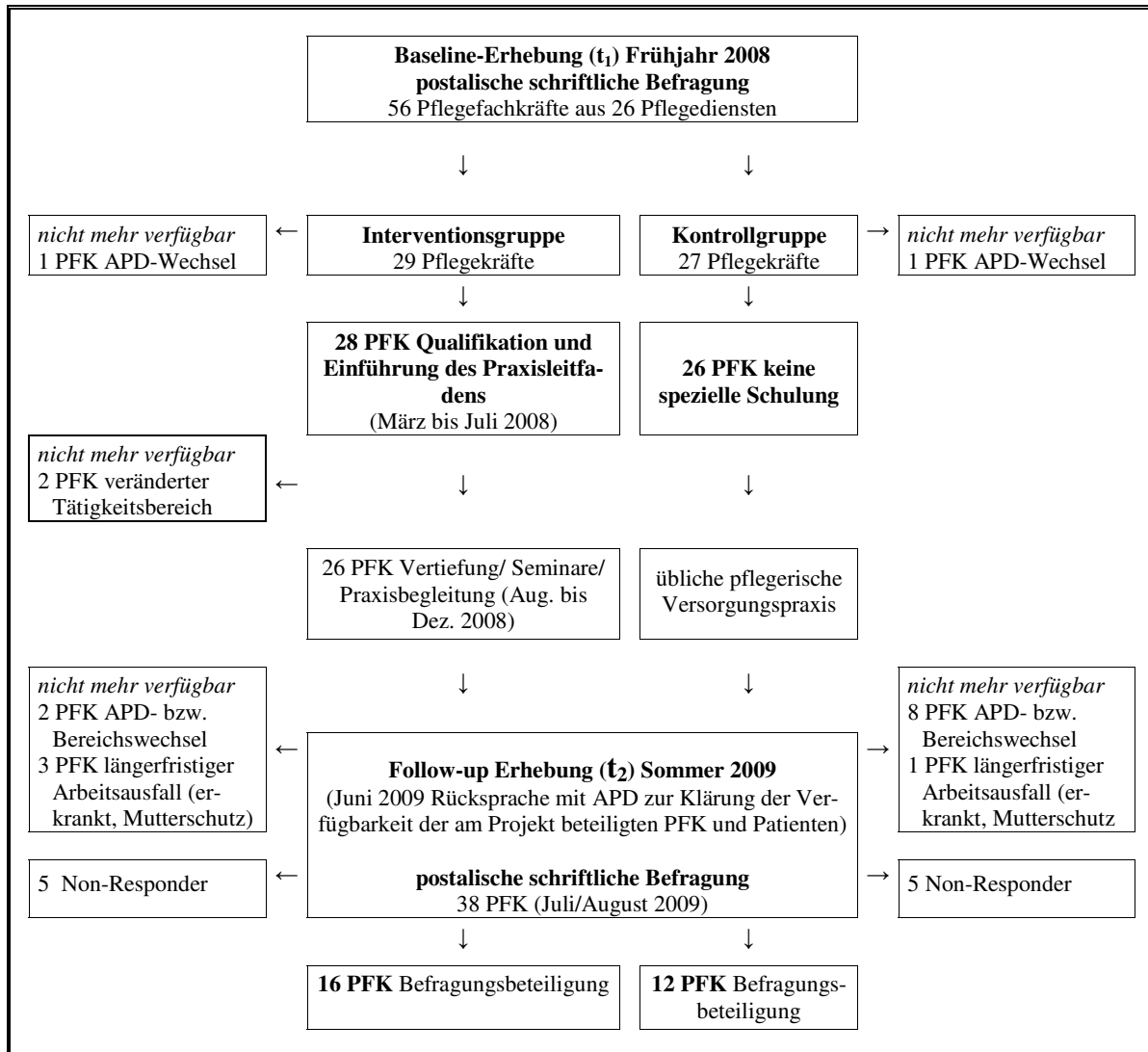
Die Folgebefragung der Pflegefachkräfte wurde Anfang Juli 2009 mit der Versendung des leicht modifizierten ASK-Fragebogens an die, nach Auskunft der Projekteinrichtungen, weiterhin erreichbaren 38 Pflegefachkräfte eingeleitet. Angesichts des nur zögerlichen Rücklaufs wurden die Fragebögen gegen Ende der Sommerferien in NRW nochmals mit einem Erinnerungsschreiben versandt. Bis Ende August konnte ein Rücklauf von 72 Prozent erzielt werden. Mit jeweils fünf Pflegefachkräften der Interventions- und Kontrollgruppe hielt sich die Anzahl der Non-Responder in Grenzen, verbunden mit den bereits im Vorfeld der Follow-up Erhebung zu verzeichnenden *Studienabbrüchen* war die Dropout-Rate mit 48 Prozent jedoch vergleichsweise hoch. Mit 28 Pflegefachkräften beteiligten sich an der Folgebefragung nur 52 Prozent der zu Beginn des Qualifikationsprogramms in die Studie einbezogenen 54 Pflegefachkräfte. Mit 14 von 26 Pflegefachkräften (54 Prozent) war in der Kontrollgruppe eine höhere Dropout-Rate zu verzeichnen. Sie ist mit 12 von 28 Pflegekräften (43 Prozent) jedoch auch in der Interventionsgruppe hoch. Wie die im Vorfeld der Follow-up Erhebung recherchierten Informationen zeigen, sind die im Verlauf des rd. 18 Monate umfassenden Zeitraums zwischen Baseline- und Follow-up Erhebung zu verzeichnenden Dropout-Raten auf Pflegeseite zu wesentlichen Teilen in einem zwischenzeitlich erfolgten Wechsel des Arbeitgebers bzw. des Tätigkeitsbereichs innerhalb des Pflegedienstes oder Trägerverbundes und in längerfristigen krankheits- und/oder schwangerschaftsbedingten Ausfallzeiten der betreffenden Pflegefachkräfte begründet (s. Abb. 1).

Angesichts der bereits in der Baseline-Erhebung unter den ermittelten Fallzahlen für den Nachweis mittlerer Effekte liegenden Fallzahlen wirft die Abbruchrate von nahezu 50 Prozent die Frage nach der Aussagefähigkeit der für die Überprüfung der Wirksamkeit der Intervention unter den Pflegefachkräften verfügbaren Verlaufsdaten auf. Zur Prüfung möglicher systematischer Dropouts wurden daher anhand der Daten der Baseline-Erhebung jeweils vergleichende Analysen der Ausprägung zentraler personen- und tätigkeitsbezogener Merkmale zwischen Studienabbrechern und Respondern der Folgebefragung für die Interventions- und Kontrollgruppe durchgeführt.

Der *Vergleich zwischen Respondern und Non-Respondern der Folgebefragung* zeigt, dass es sich bei den „Studienabbrechern“ eher um jüngere Gesundheits- und Krankenpflegekräfte handelt. Mit Ausnahme des in der Kontrollgruppe im Vergleich zu den Studienabbrechern höheren Alters der durchgängig an dem Projekt beteiligten Pflegefachkräfte (Whitney-U-Test bei unabhängigen Stichproben, CI 95%,  $p = .022$ ), sind die sich abzeichnenden Unterschiede im *soziodemografischen Profil* jedoch statistisch nicht signifikant (s. Tab. 1). Auch die Ergebnisse der vergleichenden Analyse zentraler *Merkmale der Arbeitstätigkeit und der Burnout-Indikatoren* lassen „prä interventionem“ nicht auf systematische Unterschiede in der Arbeitssituation und in dem Belastungserleben zwischen den Studien-

abberechnen und den Respondern der Folgebefragung schließen, und zwar weder unter Pflegefachkräften der Interventionsgruppe noch unter den Pflegefachkräften der Kontrollgruppe.

**Abbildung 1:** Mitwirkung der Pflegefachkräfte (PFK) und Dropout im Verlauf der Interventionsstudie



Im Rahmen der Überprüfung der Vergleichbarkeit der Interventions- und Kontrollgruppe zum Zeitpunkt der Baseline-Erhebung zeichnen sich leichte Unterschiede im soziodemografischen Profil ab. Die durchgängig am Projekt beteiligten Pflegefachkräfte der Kontrollgruppe sind im Vergleich zur Interventionsgruppe etwas älter und verfügen entsprechend über eine etwas längere berufliche Erfahrung, so auch in der ambulanten Pflege. Zugleich ist unter ihnen der Anteil an Pflegefachkräften mit einer Fachweiterbildung höher als unter den Pflegefachkräften der Interventionsgruppe, die sich an der Folgebefragung beteiligt haben. Die sich hier auf der Ebene des im beruflichen Erfahrungshintergrunds andeutenden Unterschiede sind jedoch statistisch nicht signifikant, so dass „prä interventionem“ von einer Vergleichbarkeit der Gruppen ausgegangen werden kann, zumal sich im Rahmen der Baseline-Erhebung auch auf der Ebene der Einschätzung der Arbeitssituation und des subjektiven Belastungs- und Beanspruchungserlebens (Burnout) keine statistisch signifikanten Unterschiede abzeichnen (s. exempl. auch Tab. 6).

**Tabelle 1:** Profil der Pflegefachkräfte der Interventions- und Kontrollgruppe (Responder/Dropouts  $t_2$ )

Persönliche und berufliche Merkmale	Interventionsgruppe (n=28)		Kontrollgruppe (n=26)	
	Responder $t_2$ (n=16)	Dropouts $t_2$ (n=12)	Responder $t_2$ (n=12)	Dropouts $t_2$ (n=14)
<b>Geschlecht</b>				
– weiblich	11 (68%)	9 (75%)	11 (92%)	13 (93%)
– männlich	5 (31%)	3 (25%)	1 (8%)	1 (7%)
<b>Alter</b> (in Jahren)	$\bar{x}$ = 37,0 (Range 36)	$\bar{x}$ = 28 (Range 36)	$\bar{x}$ = 48,0 (Range 34)	$\bar{x}$ = 46,5 (Range 30)
<b>Partnerschaft</b>				
– alleinlebend	7 (44%)	7 (58%)	7 (58%)	8 (57%)
– zusammenlebend	9 (56%)	5 (42%)	5 (42%)	6 (43%)
<b>Kinder-/Angehörige mit Hilfebedarf</b>	9 (56%)	3 (25%)	3 (25%)	9 (64%)
<b>FH-/Hochschulreife</b>	4 (25%)	4 (33%)	4 (32%)	5 (36%)
<b>Pflegeausbildung</b>				
– Altenpflege	9 (56%)	4 (33%)	6 (50%)	4 (29%)
– Gesundheits-/Krankenpflege	7 (44%)	8 (67%)	6 (50%)	10 (71%)
<b>Weiterbildung</b>	3 (19%)	4 (33%)	7 (58%)	4 (31%)
<b>Berufserfahrung</b> (in Jahren)	$\bar{x}$ = 4,5 (Range 37)	$\bar{x}$ = 3,0 (Range 25)	$\bar{x}$ = 10 (Range 29)	$\bar{x}$ = 4 (Range 30)
<b>Ambulante Pflegetätigkeit</b> (in Jahren)	$\bar{x}$ = 2,0 (Range 19)	$\bar{x}$ = 2,0 (Range 25,5)	$\bar{x}$ = 6,0 (Range 14)	$\bar{x}$ = 3,0 (Range 11)
<b>Beschäftigung</b>				
– Teilzeit	10 (62%)	9 (75%)	11 (92%)	9 (64%)
– Vollzeit	6 (38%)	3 (25%)	1 (8%)	5 (36%)

Legende:  $\bar{x}$  = Median, Range = Spannweite

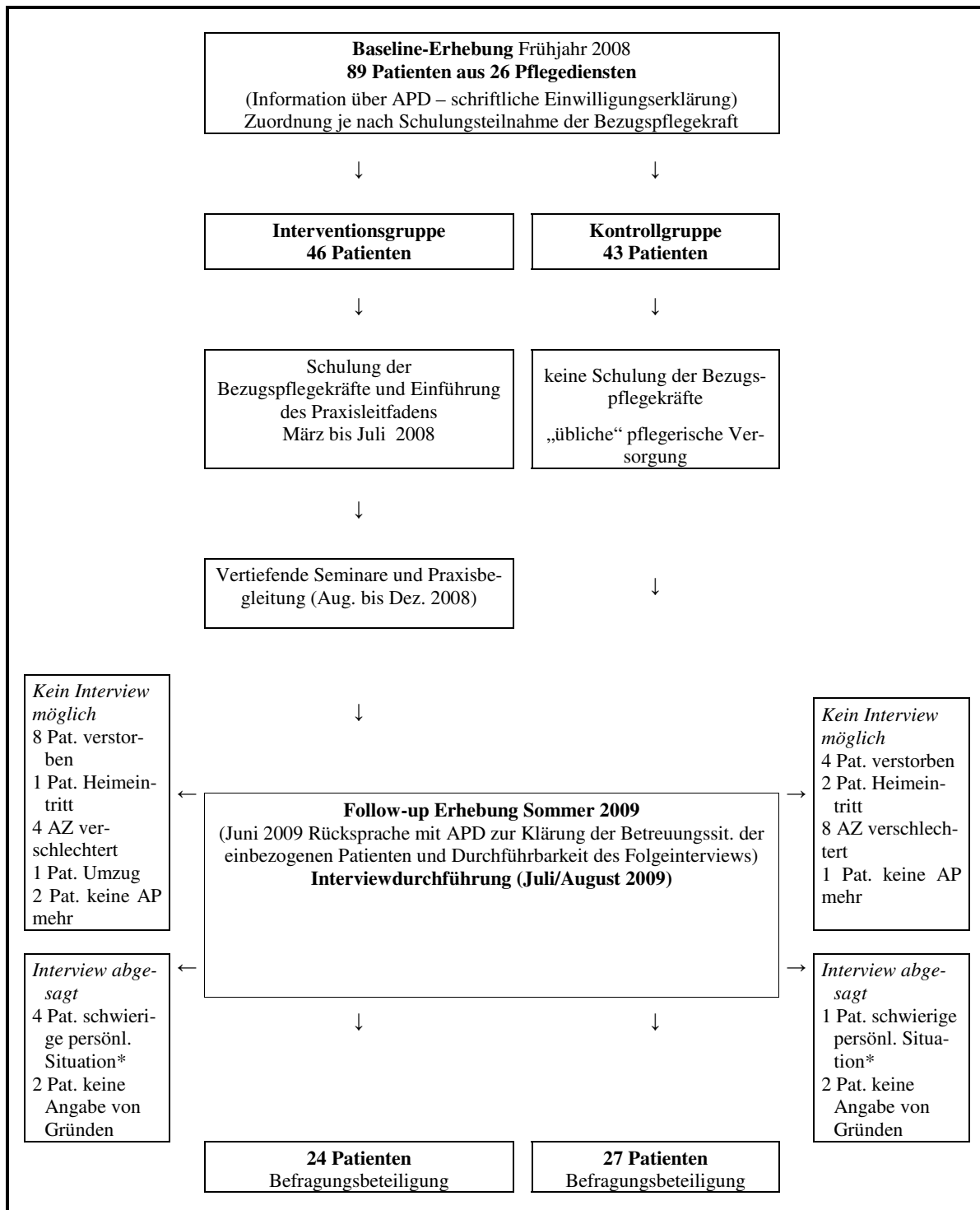
© PFV NRW Projekt B2 – ASK-Befragung Baseline 2008

### *Folgebefragung der Patienten – Dropout und Profilvergleich der Verlaufsstichprobe*

Entsprechend der Studienplanung wurde die Vereinbarung von Interviewterminen für Follow-up Erhebung unter den Patienten Ende Juni 2009 eingeleitet. Ergänzend zu der im Vorfeld der Baseline-Erhebung Anfang 2008 erteilten schriftlichen Einverständniserklärung hatten die Patienten nach Abschluss des Erstinterviews durchgängig ihre Bereitschaft zu einem Folgeinterview im Sommer 2009 bekräftigt. Vor einer erneuten Kontaktaufnahme zur Vereinbarung eines Interviewtermins wurde zunächst jeweils Rücksprache mit den betreuenden Pflegediensten gehalten. Dabei deutete sich bereits an, dass rund. ein Drittel der in die Interventionsstudie einbezogenen 89 Patienten nicht mehr für ein Folgeinterview zur Verfügung stehen würde. So waren nach Auskunft der Projekteinrichtungen seit dem Erstinterview 12 Patienten bereits verstorben, darunter eine Patientin, mit einer rezidivierenden malignen Tumorerkrankung. Zwei Patienten waren aufgrund eines erhöhten Hilfebedarfs in ein Heim eingetreten. Eine weitere Patientin hatte sich zu einem Umzug in eine Seniorenwohnanlage entschlossen, um einer zunehmenden „Vereinsamung“ zu begegnen. 12 der weiterhin durch die Projekteinrichtungen betreuten Patienten konnten aufgrund der deutlichen Abnahme ihrer körperlichen und/oder kognitiven Leistungsfähigkeit nicht erneut befragt werden. Bei drei Patienten hatte sich die gesundheitliche Situation soweit stabilisiert, dass sie nicht mehr auf professionelle Pflege angewiesen waren. Fünf Patienten befanden sich in einer schwierigen persönlichen Situation, die die Durchführung eines Folgeinterviews nicht erlaubte. So stand bei einer Patientin ein operativer Eingriff aufgrund einer kürzlich diagnostizierten Krebserkrankung bevor und bei zwei Patienten war der Lebenspartner schwer erkrankt bzw. verstorben. Jeweils zwei Patienten der Interventions-

und der Kontrollgruppe baten ohne nähere Begründung darum, von dem Folgeinterview abzusehen (s. Abb. 2).

**Abbildung 2:** Mitwirkung und Dropout der Patienten im Verlauf der Interventionsstudie



\* hierunter wurden von den Patienten berichtete belastende Situationen zusammengefasst, aufgrund derer sie sich nicht imstande sahen, ein erneutes Interview zu geben, darunter die kürzlich erhaltene Diagnose einer Krebserkrankung und der Tod des Lebenspartners.

Insgesamt erwies sich damit die Entwicklung der Gesundheitssituation als Hauptgrund für einen „Studienabbruch“ bei den Patienten. Vor allem mit Blick auf die als Endpunkt bzw. Indikatoren der Versorgungsnutzung definierten akuten Behandlungsanlässe können daher „inhaltliche“ Dropouts nicht ausgeschlossen werden.

Bei der *vergleichenden Analyse* zentraler soziodemografischer Merkmale und der Krankheits- und Symptombelastung zeigen sich weder in der Interventions- noch in der Kontrollgruppe systematische Unterschiede *zwischen Respondern und Non-Respondern der Folgebefragung* (s. Tab. 3 und 4). Dies gilt auch für die ärztliche Behandlung und das Auftreten akuter Krankheitsereignisse. Bemerkenswert ist, dass trotz Mehrfacherkrankung und einer jeweils relativ hohen Symptomlast, die Anzahl der behandelnden Ärzte mit ein bis zwei Ärzten recht überschaubar ist und sich auch die Anzahl akuter Behandlungsanlässe in den letzten sechs Monaten „prä interventionem“ jeweils in Grenzen hielt (s. Tab. 3).

**Tabelle 2:** Soziodemografisches Profil und Unterstützung im primären Netz

	Interventionsgruppe (n=46)		Kontrollgruppe (n=43)	
	Responder t <sub>2</sub> (n=24)	Dropouts t <sub>2</sub> (n=22)	Responder t <sub>2</sub> (n=27)	Dropouts t <sub>2</sub> (n=16)
<b>Geschlecht</b>				
– weiblich	18 (75 %)	13 (59%)	24 (89%)	13 (81%)
– männlich	6 (25%)	9 (41%)	3 (11%)	3 (19%)
<b>Altersdurchschnitt</b> (in Jahren)	$\bar{x} = 75,5$ (Range 38)	$\bar{x} = 80$ (Range 60)	$\bar{x} = 82,0$ (Range 44)	$\bar{x} = 81,55$ (Range 37)
<b>Partnerschaft</b>				
– alleinlebend	20 (83%)	16 (73%)	21 (78%)	13 (81%)
– zusammenlebend	4 (17%)	6 (27%)	6 (22%)	3 (19%)
<b>Unterstützung durch Angehörige</b>	20 (83%)	15 (68%)	19 (70%)	10 (63%)

© PFV NRW Projekt B2 – Befragung „Leben mit Medikamenten bei chronischer Krankheit“, Baseline 2008

**Tabelle 3:** Krankheits-/Symptomlast, Versorgungsnutzung und Selbstmanagementkompetenz

Krankheits-/Symptomlast	Interventionsgruppe (n=46)		Kontrollgruppe (n=43)	
	Responder t <sub>2</sub> (n=24)	Dropouts t <sub>2</sub> (n=22)	Responder t <sub>2</sub> (n=27)	Dropouts t <sub>2</sub> (n=16)
Krankheitslast (Anzahl der Erkrankungen)	$\bar{x} = 3,0$ (Range 5)	$\bar{x} = 3,0$ (Range 7)	$\bar{x} = 4,0$ (Range 5)	$\bar{x} = 3,5$ (Range 7)
Krankheitsdauer (in Jahren)	$\bar{x} = 8,0$ (Range 72)	$\bar{x} = 10,5$ (Range 37)	$\bar{x} = 9,5$ (Range 49)	$\bar{x} = 10,0$ (Range 44)
Symptomlast (Anzahl der Symptome)	$\bar{x} = 9,0$ (Range 11)	$\bar{x} = 8,0$ (Range 10)	$\bar{x} = 8,0$ (Range 14)	$\bar{x} = 9,5$ (Range 8)
Behandelnde Ärzte (Anzahl)	$\bar{x} = 2,0$ (Range 2)	$\bar{x} = 1,5$ (Range 2)	$\bar{x} = 2,0$ (Range 2)	$\bar{x} = 1,0$ (Range 3)
Akute Behandlungsanlässe (letzte 6 Monate)	$\bar{x} = 0,0$ (Range 8)	$\bar{x} = 1,0$ (Range 5)	$\bar{x} = 1,5$ (Range 7)	$\bar{x} = 1,0$ (Range 9)
Selbstmanagementkompetenz	$\bar{x} = 4,0$ (Range 2,5)	$\bar{x} = 4,2$ (Range 1,7)	$\bar{x} = 4,5$ (Range 1,8)	$\bar{x} = 4,0$ (Range 1,8)

© PFV NRW Projekt B2 – Befragung „Leben mit Medikamenten bei chronischer Krankheit“, Baseline 2008

Auch hinsichtlich der Komplexität der Medikamentenregime zeichnen sich zwischen den an der Folgebefragung beteiligten und den im Projektverlauf ausgeschiedenen Patienten innerhalb der Interventions- und Kontrollgruppe zum Zeitpunkt der Baseline-Erhebung nur leichte, nicht signifikante Unterschiede ab (s. Tab. 4).

**Tabelle 4:** Komplexität der Medikamentenregime

Merkmale des Medikamen- tarenregimes	Interventionsgruppe (n=46)		Kontrollgruppe (n=43)	
	Responder t <sub>2</sub> (n=24)	Dropouts t <sub>2</sub> (n=22)	Responder t <sub>2</sub> (n=27)	Dropouts t <sub>2</sub> (n=16)
Anzahl verordneter Wirkstoffe	$\bar{x}$ = 9,0 (Range 10)	$\bar{x}$ = 8,0 (Range 12)	$\bar{x}$ = 7,0 (Range 10)	$\bar{x}$ = 8,0 (Range 9)
Tablettenlast (tägl. einzunehmende Tablet- ten)	$\bar{x}$ = 11,0 (Range 14)	$\bar{x}$ = 11,0 (Range 18)	$\bar{x}$ = 9,0 (Range 18)	$\bar{x}$ = 11,0 (Range 12)
Einnahmezeitpunkte pro Tag	$\bar{x}$ = 3,0 (Range 2)	$\bar{x}$ = 3,0 (Range 5)	$\bar{x}$ = 3,0 (Range 2)	$\bar{x}$ = 3,0 (Range 4)

© PFV NRW Projekt B2 – Befragung „Leben mit Medikamenten bei chronischer Krankheit“, Baseline 2008

Mit 54 gegenüber 82 Prozent ist in der Interventionsgruppe der Anteil der Patienten, die für die Bewältigung der Arzneimitteltherapie auf die Unterstützung durch Dritte zurückgreifen (Angehörige und/oder ambulante Pflege) unter den Respondern der Folgebefragung, deutlich geringer als unter den im Studienverlauf ausgeschiedenen Patienten ( $\chi^2$  3.9, df 1, p = .046). Mit 44 gegenüber 69 Prozent ist unter den Patienten der Kontrollgruppe ein vergleichbarer, statistisch jedoch nicht signifikanter Unterschied erkennbar ( $\chi^2$  2.4, df 1, p = .122). Mit Blick auf die Vertrautheit mit der Medikation, die arzneimittelbezogene Besorgnis und den Anteil der Patienten, die nach Eigenauskunft gelegentlich von ihrem Medikamentenregime abweichen, zeichnen sich indes keine signifikanten Unterschiede ab (s. Tab. 5).

**Tabelle 5:** Arzneimittelbezogene Besorgnis, Vertrautheit und Bewältigung der Arzneimitteltherapie (AMT)

AMT-Merkmale und Bewältigung	Interventionsgruppe (n=46)		Kontrollgruppe (n=43)	
	Responder t <sub>2</sub> (n=24)	Dropouts t <sub>2</sub> (n=22)	Responder t <sub>2</sub> (n=27)	Dropouts t <sub>2</sub> (n=16)
Selbstmedikation (OTC-Medikamente)	13 (57%)	7 (32%)	6 (37%)	16 (59%)
Bekundung arznei- mittelbezogener Be- sorgnis/Ängste	5 (21%)	7 (32%)	10 (37%)	7 (44%)
Vertrautheit mit dem Medikamentenregime	6 (25%)	5 (23%)	5 (19%)	2 (13%)
Gelegentl. Abweichung vom Med.-Regime	11 (46%)	10 (46%)	17 (63%)	9 (56%)
Management der AMT durch Dritte	13 (54%)	18 (82%)	12 (44%)	11 (69%)

© PFV NRW Projekt B2 – Befragung „Leben mit Medikamenten bei chronischer Krankheit“, Baseline 2008

Bei dem Vergleich zwischen den Patienten der Interventions- und Kontrollgruppe, die für ein Folgeinterview zur Verfügung standen zeichnen sich sowohl im soziodemografischen Profil als auch in den zentralen krankheits- und therapiebezogenen Merkmalen „prä interventionem“ leichte, statistisch nicht signifikante Unterschiede ab, was für eine Vergleichbarkeit der Gruppen zum Zeitpunkt der Baseline-Erhebung spricht (s. Tab. 2 bis 5). Auch wenn nicht von systematischen Unterschieden zwischen den Gruppen auszugehen ist, sei hier angemerkt, dass die Patienten der Kontrollgruppe insgesamt etwas älter sind, häufiger allein leben und seltener auf Unterstützung durch nahestehende Angehörige zurückgreifen können (s. Tab. 2). Auf der Ebene der Krankheits- und Symptomlast sind keine eindeutigen Unterschiede sichtbar. Während die Patienten der Kontrollgruppe eine etwas höhere Krankheitslast und Krankheitsdauer aufweisen, signalisieren die Patienten der Interventionsgruppe eine höhere Symptomlast (s. Tab. 3). Entsprechend der höheren Symptomlast ist das Medikamentenregime der Patienten der Interventionsgruppe, gemessen an der Anzahl

der verordneten Wirkstoffe und der täglich einzunehmenden Tabletten, komplexer (s. Tab. 4). Zugleich ist unter ihnen der Anteil derjenigen Patienten höher, die im Rahmen der Selbstmedikation auf nicht verschreibungspflichtige Medikamente zurückgreifen. Patienten der Kontrollgruppe bekunden demgegenüber häufiger arzneimittelbezogene Ängste und gelegentlich von ihren Medikamentenregime abzuweichen. In der Interventionsgruppe ist sowohl der Anteil der Patienten höher, die mit ihrem Medikamentenregime vertraut sind, als auch der Anteil derjenigen Patienten, deren Medikamentenregime durch Dritte (Angehörige und/oder ambulante Pflege) getragen wird (s. Tab. 5). Zugleich signalisieren die Patienten der Kontrollgruppe, die sich an der Folgebefragung beteiligt haben, eine höhere krankheits- und therapiebezogene Selbstmanagementkompetenz, die sich hier abzeichnenden Unterschiede sind jedoch ebenfalls statistisch nicht signifikant (s. Tab. 3).

## 1.2 Überprüfung der Wirksamkeit des Interventionskonzepts

Das auf der Grundlage der Ergebnisse, der in der ersten Projektphase durchgeführten qualitativen Untersuchung, entwickelte gestufte Interventionskonzept besteht aus (1) einem vorbereitenden Qualifikationsprogramm für ambulant tätige Pflegefachkräfte zur Sicherstellung der für die Umsetzung der Intervention erforderlichen Kompetenzen und (2) einem Praxisleitfaden für die verantwortliche Mitwirkung der ambulanten Pflege an der medikamentösen Therapie. Die Überprüfung der Wirksamkeit erfolgte daher sowohl bezogen auf den Qualifikationseffekt auf Seiten der Pflegefachkräfte als auch mit Blick auf die Wirksamkeit auf Seiten der Patienten. Die Darstellung konzentriert sich auf ausgewählte Ergebnisse der Wirksamkeitsprüfung (zum methodischen Vorgehen und den Messinstrumenten s. Zwischenbericht 2008).

### *Wirksamkeit der Intervention auf Seiten der Pflegefachkräfte*

Wie bereits im Zwischenbericht für das Berichtsjahr 2008 dargelegt, wurde das Qualifikationstraining von den 16 Pflegefachkräften, die sich an der schriftliche Befragung zur abschließenden *Evaluation* beteiligt haben, durchweg positiv bewertet, und zwar sowohl auf der Ebene der Wissens- und Kompetenzerweiterung als auch hinsichtlich Anschlussfähigkeit und Praxisrelevanz. Der von den Teilnehmenden subjektiv erlebte Kompetenzzugewinn spiegelt sich auch in den zur Ermittlung des Kompetenzzugewinns in die schriftliche Befragung der Pflegefachkräfte integrierten Fallbearbeitungen wider. Eine differenzierte Darstellung der Ergebnisse würde den Rahmen des Zwischenberichts sprengen. Zusammenfassend sei hier angemerkt, dass die *vergleichende Analyse der Ergebnisse des Ratings der Fallbearbeitungen* zeigt, dass ein Zuwachs der im Rahmen des Qualifikationstrainings angebahnten Kompetenzen erzielt werden konnte. Allerdings zeichnen sich auch unter den Pflegefachkräften der Kontrollgruppe in den Fallbearbeitungen „Lerneffekte“ ab. Neben einem möglichen Spill-over, scheint die Mitwirkung an dem Projekt auch Pflegefachkräfte der Kontrollgruppe zur Reflexion und Auseinandersetzung mit den in dem Projekt aufgegriffenen Themen angeregt zu haben. So lassen Anmerkungen der Befragten in den Fragebögen darauf schließen, dass die in die schriftliche Befragung integrierten Fallbearbeitungen eigeninitiatives Lernen angestoßen haben. Exemplarisch hierfür steht, dass zwei Pflegefachkräfte der Kontrollgruppe im Rahmen der Folgebefragung das Fallbeispiel gemeinsam bearbeitet haben, um für sich und ihre Tätigkeit einen möglichst großen Gewinn daraus zu ziehen: „Das Fallbeispiel haben meine Kollegin [Code des betreffenden Fragebogens] und ich zusammen bearbeitet, da wir finden dass das für uns beide, auch in unseren täglichen Arbeit, sehr fruchtbar ist.“ – so der in dem Fragebogen vermerkte „begründende“ Hinweis.

Von den teilnehmenden Pflegefachkräften wurden in den schriftlichen Befragungen zur begleitenden Evaluation und in den direkten Rückmeldungen im Rahmen der Seminare jeweils ein hoher „Praxisbezug“ der inhaltlichen Ausrichtung und des didaktischen Ansatzes des Qualifikationskonzepts attestiert. Allerdings deuten die Angaben der Pflegefachkräfte im Rahmen der abschließenden Evaluation des Qualifikationsprogramms auf eine eher zögerliche *Anwendung des Praxisleitfadens* hin. So stimmten nur knapp zwei Drittel der 16 Pflegefachkräfte, die sich an der abschließenden Evaluation des Qualifikationsprogramms beteiligt haben, der Aussage zu, die Checklisten des Praxisleitfadens regelmäßig eingesetzt zu haben (s. auch Zwischenbericht 2008).

Wie bereits erwähnt weisen die am Projekt beteiligten Pflegefachkräfte gemessen an der Ausprägung der anhand des Maslach-Burnout-Inventory (MBI) ermittelten Burnout-Dimensionen insgesamt ein geringes Maß an psychosozialer Belastung und Beanspruchung auf (s. auch Zwischenbericht 2008). Während sich auf den Ebenen der emotionalen Erschöpfung und der Depersonalisierung unter den Respondern der Folgebefragung allenfalls marginale Unterschiede zwischen den Gruppen und Messzeitpunkten zeigen, deutet sich auf der Ebene des als *Nebenzielvariable* definierten *Wirksamkeitserlebens in der Patienteninteraktion* im Ergebnis an, dass das Wirksamkeitserleben unter den Pflegefachkräften der Interventionsgruppe im Studienverlauf gestärkt werden konnte. Zwar lässt sich im Zeitverlauf kein signifikanter Zuwachs nachweisen, im Vergleich zu den Pflegefachkräften der Kontrollgruppe signalisieren die Pflegefachkräfte der Interventionsgruppe in der Folgebefragung jedoch ein signifikant höheres Wirksamkeitserleben in der Patienteninteraktion (s. Tab.6).

**Tabelle 6:** Psychosoziale Beanspruchung und Wirksamkeitserleben der Pflegefachkräfte (t<sub>1</sub>/t<sub>2</sub>)

Burnout-Dimensionen (Maslach Burnout Inventory)	Interventionsgruppe (n=16)		Kontrollgruppe (n=12)	
	Baseline (t <sub>1</sub> ) (n=16)	Follow-up (t <sub>2</sub> ) (n=16)	Baseline (t <sub>1</sub> ) (n=12)	Follow-up (t <sub>2</sub> ) (n=12)
<b>Emotionale Erschöpfung</b>	$\bar{x} = 1,3$ (Range: 3,0)	$\bar{x} = 1,3$ (Range 2,2)	$\bar{x} = 1,2$ (Range 3,1)	$\bar{x} = 1,2$ (Range 4,2)
Wilcoxon-Test für abhängige Stichproben (t <sub>1</sub> /t <sub>2</sub> CI 95%)	p = .865		p = .790	
<b>Depersonalisierungstendenzen gegenüber den Patienten</b>	$\bar{x} = 0,6$ (Range: 1,4)	$\bar{x} = 0,4$ (Range: 1,6)	$\bar{x} = 0,5$ (Range: 1,6)	$\bar{x} = 0,5$ (Range: 2,4)
Wilcoxon-Test für abhängige Stichproben (t <sub>1</sub> /t <sub>2</sub> CI 95%)	p = .753		p = .767	
<b>Wirksamkeitserleben in der Patienteninteraktion</b>	$\bar{x} = 5,3$ (Range: 4,0)	$\bar{x} = 5,4$ (Range: 2,3)	$\bar{x} = 4,8$ (Range: 4,8)	$\bar{x} = 4,4$ (Range: 2,1)
Wilcoxon-Test für abhängige Stichproben (t <sub>1</sub> /t <sub>2</sub> CI 95%)	p = .208		p = .583	
Vergleich Interventions- vs. Kontrollgruppe – Mann-Whitney-U-Test bei unabhängigen Stichproben (CI 95%)				
<i>Baseline</i>		<i>Follow-up</i>		
Emotionale Erschöpfung:	p = .608	Emotionale Erschöpfung:	p = .944	
Depersonalisierung:	p = .741	Depersonalisierung:	p = .424	
Wirksamkeitserleben	p = .070	Wirksamkeitserleben:	p = .027	

© PFV NRW Projekt B2 – Befragung „Leben mit Medikamenten bei chronischer Krankheit“, Baseline 2008, Follow-up 2009

### Wirksamkeit der Intervention auf der Ebene der Patienten

Wie bereits im Zwischenbericht für 2008 dargelegt zeichnete sich in der Baseline-Erhebung durchgängig eine vergleichsweise hohe Adhärenz und Selbsteinschätzung der krankheits- und therapiebezogenen Selbstmanagementkompetenz sowie eine geringe Anzahl akuter Behandlungsanlässe ab. Trotz der hohen Krankheits- und Symptomlast und der damit verbundenen Komplexität der Medikamentenregime (s. Tab. 3 und 4), hatten die Erkrankten nach eigenem Bekunden im Verlauf des letzten halben Jahres vor Studienbeginn mit durchschnittlich ein bis zwei akuten Behandlungsanlässen selten aufgrund von krisenhaften Zuspitzungen des Krankheitsgeschehens, außerhalb der regulären Arzttermine und Kontrolluntersuchungen, Versorgungsleistungen in Anspruch genommen. Insgesamt lassen sich mit Blick auf das Adhärenzverhalten, die Selbsteinschätzung der krankheits- und therapiebezogenen Selbstmanagementkompetenz und die Anzahl der akuten Behandlungsanlässe unter Respondern der Folgebefragung, weder im Vergleich zwischen den Gruppen noch zwischen den Messzeitpunkten eindeutige Unterschiede feststellen (s. Tab. 7 und 8).

**Tabelle 7:** Abweichungen vom Medikamentenregime der Patienten der Interventions- und Kontrollgruppe ( $t_1/t_2$ )

Non-/Compliance	Interventionsgruppe (n=24)		Kontrollgruppe (n=27)	
	Baseline (n=24)	Follow-up (n=24)	Baseline (n=27)	Follow-up (n=27)
Keine Abweichungen vom Medikamentenregime	13 (54%)	17 (71%)	9 (33%)	11 (41%)
Gelegentliche Abweichungen vom Medikamentenregime	11 (46%)	7 (29%)	18 (67%)	16 (59%)
McNemar-Test für abhängige Stichproben $t_1/t_2$ (CI 95%)	p = .344		p = .774	

© PFV NRW Projekt B2 – Befragung „Leben mit Medikamenten bei chronischer Krankheit“, Baseline 2008

Mit Blick auf die Nebenzielvariable der, anhand der Anzahl akuter Behandlungsanlässe in den letzten sechs Monaten operationalisierten, außerplanmäßigen Versorgungsnutzung können Verzerrungen durch inhaltliche Dropouts nicht ausgeschlossen werden.

**Tabelle 8:** Selbstmanagementkompetenz und akute Behandlungsanlässe ( $t_1/t_2$ )

Selbsteinschätzung der Selbstmanagementkompetenz und Versorgungsnutzung	Interventionsgruppe (n=24)		Kontrollgruppe (n=27)	
	Baseline ( $t_1$ ) (n=24)	Follow-up ( $t_2$ ) (n=24)	Baseline ( $t_1$ ) (n=26)	Follow-up ( $t_2$ ) (n=26)
Krankheits-/therapiebezogene Selbstmanagementkompetenz (Index B/F18)	$\bar{x} = 4,0$ (Range 2,5)	$\bar{x} = 4,3$ (Range 1,5)	$\bar{x} = 4,5$ (Range 1,8)	$\bar{x} = 4,8$ (Range 2,1)
Wilcoxon-Test für abhängige Stichproben $t_1/t_2$ (CI 95%)	p = .101		p = .001	
Anzahl akuter Behandlungsanlässe in den letzten 6 Monaten	$\bar{x} = 0,0$ (Range 8)	$\bar{x} = 1$ (Range 7)	$\bar{x} = 1$ (Range 7)	$\bar{x} = 0$ (Range 9)
Wilcoxon-Test für abhängige Stichproben $t_1/t_2$ (CI 95%)	p = .972		p = .835	
Vergleich Interventions- vs. Kontrollgruppe – Mann-Whitney-U-Test bei unabhängigen Stichproben (CI 95%)				
<i>Baseline</i>	<i>Follow-up</i>			
Selbstmanagementkompetenz	p = .075	Selbstmanagementkompetenz	p = .045	
Anzahl akuter Behandlungsereignisse	p = .818	Anzahl akuter Behandlungsereignisse	p = .351	

© PFV NRW Projekt B2 – Befragung „Leben mit Medikamenten bei chronischer Krankheit“, Baseline 2008, Follow-up 2009

Daher wurde eine Dichotomisierung des Endpunkts „akutes Ereignis“ vorgenommen, die eine Überprüfung unter Einbeziehung der Dropouts ermöglicht. Dabei wurde unterstellt, dass bei einer Verschlechterung des Gesundheitszustands, die kein Folgeinterview mehr erlaubte, in dem Beobachtungszeitraum ein interventionsbedürftiges Geschehen eingetreten war. Entsprechend wurde bei einem in zunehmendem Hilfebedarf begründeten Heim-eintritt verfahren. Bei den Patienten, deren Gesundheitszustand sich dahingehend verbessert hatte, dass sie nicht mehr auf die Unterstützung durch die ambulante Pflege angewiesen waren, wurde angenommen, dass sich kein akutes Geschehen ereignet hat (vgl. Abb. 2). Bei einer entsprechenden Dichotomisierung der Nebenzielvariablen und Einbeziehung der nicht mehr für ein Folgeinterview zur Verfügung stehenden Patienten, zeichnet sich ab, dass sich der Anteil der Patienten, die im Zeitraum zwischen der Baseline- und Follow-up Erhebung von einem akuten Krankheitsgeschehen betroffen waren, jeweils deutlich erhöht hat (s. Tab. 9). Die Zunahme ist mit 61 Prozent ( $t_1$ ) gegenüber 91 Prozent ( $t_2$ ) unter den Patienten der Kontrollgruppe signifikant (McNemar Test für abhängige Stichproben, CI 95%,  $p=.004$ ). Mit 54 Prozent ( $t_1$ ) gegenüber 65 Prozent ( $t_2$ ) zeigt sich hier unter den Patienten der Interventionsgruppe „post interventionem“ eine moderatere, statistisch nicht signifikante Zunahme des Anteils von einem akuten Ereignis betroffener Patienten (McNemar-Test für abhängige Stichproben, CI 95%,  $p=.327$ ) (s. Tab. 9).

**Tabelle 9:** Akute Ereignisse unter allen Patienten der Interventions- und Kontrollgruppe ( $t_1/t_2$ )

Versorgungsnutzung/akuter Behandlungsanlass	Interventionsgruppe (n=46)		Kontrollgruppe (n=43)	
	Baseline (n=46)	Follow-up (n=44)	Baseline (n=42)	Follow-up (n=43)
Kein akutes Ereignis in den letzten 6 Monaten vor der Befragung	21 (46%)	14 (31%)	16 (37%)	4 ( 9%)
Akutes Ereignis in den letzten 6 Monaten vor der Befragung	25 (54%)	30 (65%)	26 (61%)	39 (91%)
T1 keine Angabe T2 nicht rekonstruierbar		2 ( 4%)	1( 2%)	
McNemar Test für abhängige Stichproben $t_1/t_2$ (CI 95%)	p = .327		p = .004	

© PFV NRW Projekt B2 – Befragung „Leben mit Medikamenten bei chronischer Krankheit“, Baseline 2008

Unter den Respondern der Folgebefragung zeigt sich bei einer entsprechenden Dichotomisierung der Variablen im Vergleich zwischen den beiden Messzeitpunkten sowohl unter den Patienten der Kontrollgruppe, als auch unter den Patienten der Interventionsgruppe jeweils eine signifikante Erhöhung des Anteils der Patienten, bei denen nach Eigenauskunft in den letzten sechs Monaten vor der Folgebefragung mindestens ein akutes behandlungsbedürftiges Ereignis eingetreten war (s. Tab. 10).

**Tabelle 10:** Akute Ereignisse unter den Respondern der Folgebefragung ( $t_1/t_2$ )

Versorgungsnutzung/akuter Behandlungsanlass	Interventionsgruppe (n=24)		Kontrollgruppe (n=27)	
	Baseline (n=24)	Follow-up (n=24)	Baseline (n=27)	Follow-up (n=27)
Kein akutes Ereignis in den letzten 6 Monaten vor der Befragung	13 (54%)	2 ( 8%)	12 (44%)	2 ( 7%)
Akutes Ereignis in den letzten 6 Monaten vor der Befragung	11 (46%)	22 (92%)	14 (52%)	25 (93%)
keine Angabe			1( 4%)	
McNemar Test für verbundene Stichproben $t_1/t_2$ (CI 95%)	p = .005		p = .003	

© PFV NRW Projekt B2 – Befragung „Leben mit Medikamenten bei chronischer Krankheit“, Baseline 2008

Insgesamt konnte somit auf Seiten der Patienten kein positiver Effekt der Intervention auf der Ebene der als Haupt- und Nebenzielvariablen definierten Ergebnisparameter nachgewiesen werden. Gleichwohl deuten die Ergebnisse der weitergehenden deskriptiven Analyse der erhobenen Verlaufsdaten auf die Handlungswirksamkeit des auf der Ebene der Kompetenzerweiterung der Pflegefachkräfte ansetzenden Qualifikationskonzepts hin. Während sich unter den an der Baseline- und Follow-up Erhebung beteiligten Patienten in pflegebezogenen Fragen „prä und post interventionem“ keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe abzeichnen, werden die Pflegefachkräfte der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe von „ihren“ Patienten ein halbes Jahr nach Abschluss der Interventionsphase vor allem bei arzneimittelbezogenen Fragen häufiger als professionelle Beratungs- und Unterstützungsinstanz wahrgenommen.

**Tabelle 11:** Subjektive Wahrnehmung der ambulanten Pflege als professionelle Unterstützungsinstanz (t<sub>1</sub>/t<sub>2</sub>)

Dimensionen professioneller Unterstützung durch die Pflege	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe	
	Baseline (t <sub>1</sub> ) (n=23)	Follow-up (t <sub>2</sub> ) (n=24)*	Baseline (t <sub>1</sub> ) (n=27)	Follow-up (t <sub>2</sub> ) (n=25)
Information/Aufklärung in pflegebezogenen Fragen	$\bar{x} = 5$ (Range:5)	$\bar{x} = 5$ (Range 4)	$\bar{x} = 5$ (Range 5)	$\bar{x} = 5$ (Range5)
	p = .531 <sup>a</sup>		p = .679 <sup>a</sup>	
Beratung und Einbeziehung in Ausgestaltung der Pflege	$\bar{x} = 4$ (Range 5)	$\bar{x} = 5$ (Range 5)	$\bar{x} = 5$ (Range 5)	$\bar{x} = 5$ (Range 5)
	p = .308 <sup>a</sup>		p = .799 <sup>a</sup>	
Krankheitsfragen ansprechen	$\bar{x} = 3$ (Range 5)	$\bar{x} = 5$ (Range 5)	$\bar{x} = 4$ (Range 5)	$\bar{x} = 1$ (Range 5)
	p = .118 <sup>a</sup>		p = .079 <sup>a</sup>	
Arzneimittelbezogene Fragen ansprechen	$\bar{x} = 2$ (Range 5)	$\bar{x} = 3$ (Range 5)	$\bar{x} = 2$ (Range 5)	$\bar{x} = 1$ (Range 5)
	p = .045 <sup>a</sup>		p = .193 <sup>a</sup>	
Beachtung von Befindenslagen und Symptomäußerungen	$\bar{x} = 5$ (Range 5)	$\bar{x} = 5$ (Range 2)	$\bar{x} = 5$ (Range 5)	$\bar{x} = 5$ (Range 5)
	p = .774 <sup>a</sup>		p = .581 <sup>a</sup>	
Monitoring der Arzneimittelwirkung	$\bar{x} = 2$ (Range 5)	$\bar{x} = 3,5$ (Range 5)	$\bar{x} = 2$ (Range 5)	$\bar{x} = 3$ (Range 5)
	p = .215 <sup>a</sup>		p = .381 <sup>a</sup>	
Gehör für krankheitsbedingte Probleme finden	$\bar{x} = 5$ (Range 5)	$\bar{x} = 5$ (Range 5)	$\bar{x} = 5$ (Range 5)	$\bar{x} = 5$ (Range 5)
	p = .690 <sup>a</sup>		p = 1.00 <sup>a</sup> 0	
Gehör für arzneimittelbezogene Probleme und Bedenken finden	$\bar{x} = 4$ (Range 5)	$\bar{x} = 5$ (Range 5)	$\bar{x} = 5$ (Range 5)	$\bar{x} = 5$ (Range 5)
	p = .161 <sup>a</sup>		p = .936 <sup>a</sup>	
Ermütigung zur Klärung von krankheits/AMT-Problemen mit dem Arzt	$\bar{x} = 4$ (Range 5)	$\bar{x} = 5$ (Range 5)	$\bar{x} = 4$ (Range 5)	$\bar{x} = 5$ (Range 5)
	p = .009 <sup>a</sup>		p = .439 <sup>a</sup>	
Unterstützung bei der Klärung von krankheits-/ AMT-Problemen	$\bar{x} = 5$ (Range 5)	$\bar{x} = 5$ (Range 5)	$\bar{x} = 5$ (Range 5)	$\bar{x} = 1$ (Range 5)
	p = .530 <sup>a</sup>		p = .149 <sup>a</sup>	
Gehör für Sorgen und Nöte finden	$\bar{x} = 5$ (Range 5)	$\bar{x} = 5$ (Range 5)	$\bar{x} = 5$ (Range 1)	$\bar{x} = 5$ (Range 5)
	p = .549 <sup>a</sup>		p = .194 <sup>a</sup>	
Aufgehobensein	$\bar{x} = 5$ (Range 2)	$\bar{x} = 5$ (Range 2)	$\bar{x} = 5$ (Range 1)	$\bar{x} = 5$ (Range 5)
	p = .783 <sup>a</sup>		p = .285 <sup>a</sup>	
Vergleich Interventions- vs. Kontrollgruppe – Mann-Whitney-U-Test bei unabhängigen Stichproben (CI 95%)				
<i>Baseline</i>		<i>Follow-up</i>		
Gehör für Krankheitsprobleme finden	p = .038	Krankheitsfragen ansprechen	p = .004	
Gehör für Sorgen und Nöte finden	p = .021	Arzneimittelbezogene Fragen ansprechen	p = .027	

a) Wilcoxon-Test für abhängige Stichproben t<sub>1</sub>/t<sub>2</sub> (CI 95%)

© PFV NRW Projekt B2 – Befragung „Leben mit Medikamenten bei chronischer Krankheit“, Baseline 2008, Follow-up 2009

Für die Handlungswirksamkeit des auf eine Stärkung der edukativer Kompetenzen zur Unterstützung des Selbstmanagements zielenden Interventionskonzepts spricht zudem, dass die Patienten der Interventionsgruppe im Rahmen der Folgebefragung deutlich häufiger bekunden, von der Pflege zur Ansprache und Klärung von medikamentenbezogenen Problemen bei dem Arztbesuch ermutigt zu werden. Ferner zeigt sich, dass sich die zum Zeitpunkt der Baseline-Erhebung teilweise positive Einschätzung der betreuenden Bezugspflegerkräfte hinsichtlich psychosozialer Betreuungsaspekte (Gehör für Sorgen und Nöte sowie für krankheitsbedingte Probleme finden) im Verlauf der Interventionsstudie nivelliert hat und die Pflegefachkräfte der Interventions- und Kontrollgruppe von den Patienten hier „post interventionem“ gleichermaßen „unterstützend“ erlebt werden (vgl. Tab. 11).

### **1.3 Erweiterung der Kernmodule und Durchführung des Qualifikationsprogramms für Pflegefachkräfte der Kontrollgruppe und Quereinsteiger**

Das Qualifikationsprogramm für die Pflegefachkräfte dient der Sicherstellung der Kompetenzen für die Wahrnehmung von Aufgaben zur Förderung und Unterstützung des Selbstmanagements der Arzneimitteltherapie bei chronischer Krankheit und Multimorbidität. Das auf der Grundlage der in der ersten Projektphase gewonnenen Erkenntnisse entwickelte und inzwischen erprobte Qualifikationskonzept setzt dementsprechend auf den Ebenen:

- der Sensibilisierung für die Herausforderungen des Lebens mit chronischer Krankheit und der dauerhaften Verwiesenheit auf Medikamente sowie der damit verbundenen Herausforderungen und Probleme der Adhärenz im Alltag,
- der Vertiefung und Erweiterung klinischer Fachkompetenz im Bereich der geriatrischen Pharmakologie,
- der Stärkung der kommunikativen und edukativen Kompetenzen und
- der Stärkung des Fallverstehens an.

Ausgehend von den im Rahmen der Durchführung des Qualifikationsprogramms für die Pflegefachkräfte der Interventionsgruppe gesammelten Erfahrungen wurde eine Ergänzung der Kernmodule um zentrale Inhalte der vertiefenden Seminare, die in der Interventionsstudie im Rahmen der Praxisbegleitung zur Erprobung des Praxisleitfadens angeboten wurden, vorgenommen und das ursprünglich auf 40 Stunden angelegte Qualifikationsprogramm um acht Stunden erweitert. Dabei wurde vor allem das für das Modul zur geriatrischen Pharmakologie vorgesehene Stundenkontingent von 12 Stunden auf zwei Tagesseminare im Umfang von insgesamt 16 erweitert.

Nach Abschluss der Folgebefragung wurde die nach Absprache mit den Pflegedienstleitungen der Projekteinrichtungen für den Zeitraum von Oktober 2009 bis Januar 2010 anberaumte Seminarreihe des Qualifikationsprogramms für bisher nicht an der Kontrollstudie beteiligte Pflegefachkräfte geöffnet, da sich abzeichnete, dass es nur einem Teil der Pflegefachkräfte der Kontrollgruppe möglich sein würde, das Fortbildungsangebot wahrzunehmen. Im Vorfeld hatten 34 Pflegefachkräfte ihr Teilnahmeinteresse bekundet. Vier Pflegekräfte mussten ihre Teilnahme aufgrund personeller Engpässe in den jeweiligen Pflegediensten kurz vor Beginn des Qualifikationsprogramms absagen. Insgesamt konnten 24 Pflegefachkräfte eine weitgehend regelmäßige Teilnahme an den Fortbildungsveranstaltungen realisieren. Darunter befinden sich 20 „Quereinsteiger“, die sich an der auf der Grundlage des für die Baseline-Erhebung entwickelten ASK-Fragebogens (incl. der strukturierten Fallbearbeitung) durchgeführten, schriftlichen Befragung für die Quereinsteiger beteiligt haben. In den schriftlichen Befragungen zur begleitenden Evaluation der einzel-

nen Module des Qualifikationsprogramms zeichnet sich wiederum eine durchweg positive Einschätzung durch die Teilnehmenden ab. Eine Folgebefragung unter den Quereinsteigern zur Ermittlung des erzielbaren bzw. erzielten Qualifikationseffekts kann bei einem analogen Vorgehen zur Veränderungsmessung im Rahmen der Kernstudie ein halbes Jahr nach Abschluss der Schulung und Einführung des Praxisleidfadens im Juli 2010 erfolgen.

#### **1.4 Personelle Veränderungen**

Die Projektarbeit wurde – entsprechend dem bewilligten Stellenkontingent für wissenschaftliche Mitarbeiter – jeweils auf der Grundlage einer Zweidrittelstelle von Gunnar Geuter und Dr. Gabriele Müller-Mundt getragen. Für Gunnar Geuter eröffnete sich Anfang August 2009 die Option einer längerfristigen Beschäftigung, die allerdings an einen kurzfristigen Antritt der Stelle zum 1. September 2009 gebunden war. Die rechtzeitige Vorbereitung einer Nachbesetzung der Projektstelle war daher nicht möglich. Um die angemessene Vorbereitung und Wahrnehmung der ab September anstehenden Projekttermine zu gewährleisten (Präsentationen im Rahmen der Internationalen pflegewissenschaftlichen Konferenz vom 24. – 25. September in Ulm und dem Kongress für Versorgungsforschung vom 1. – 3. Oktober 2009 in Heidelberg, mit den Projekteinrichtungen vereinbarter Beginn des Qualifikationsprogramms für Pflegekräfte der Kontrollgruppe und interessierte Mitarbeiterinnen der kooperierenden Pflegedienste am 22. Oktober 2009) wurde der Beschäftigungsumfang von Dr. Gabriele Müller-Mundt mit Wirkung zum 15. September 2009 auf eine Vollzeitstelle aufgestockt. Aufgrund der, angesichts der komplexen Anlage des Vorhabens zu erwartenden langen Einarbeitungszeit und Projektlaufzeit bis Ende April 2010, wurde auf eine neuerliche Stellenausschreibung verzichtet. Die im Oktober angestrebte Besetzung der Stelle mit einer kurz vor dem Studienabschluss stehenden Studentin des Masterstudiengangs Public Health, die bereits mit zentralen Inhalten des Forschungsvorhabens vertraut war, konnte nicht realisiert werden.

#### **2. Vergleich des Stands des Vorhabens mit der ursprünglichen Arbeits-, Zeit- und Ausgabenplanung**

Das Vorhaben liegt im Zeitplan. Nach Rücksprache mit den Projekteinrichtungen wurde die zugesagte Fortbildung für die Kontrollgruppe um ca. drei Monate vorgezogen. Dies eröffnete zugleich die Möglichkeit das ausgehend von den Erfahrungen im Rahmen der Schulung der Pflegefachkräfte der Interventionsgruppe erweiterte Qualifikationskonzept innerhalb der Projektlaufzeit nochmals einer begleitenden Evaluation zu unterziehen. Die Personalmittel wurden im Berichtsjahr aufgrund des kurzfristigen Ausscheiden eines wissenschaftlichen Mitarbeiters zum 1. September 2009 nicht ausgeschöpft (s. Punkt 1.4).

#### **3. Änderung der Aussichten für die Erreichung der Ziele des Vorhabens innerhalb des gegebenen Ausgabenzeitraums gegenüber dem ursprünglichen Antrag**

Die übergreifenden Ziele der Entwicklung und Evaluation des Interventionskonzepts auf der Grundlage einer prospektiven Kontrollgruppe werden weiterverfolgt.

Als Hürde für die Umsetzung des Interventionsprojekts erwiesen sich schwierige Rahmenbedingungen der Rekrutierung von Projekteinrichtungen, Pflegefachkräften und deren Patienten im Bereich der ambulanten Pflege. Wie bereits in dem Zwischenbericht für 2007 erläutert, konnten die ursprünglich intendierte Randomisierung und die angestrebten Fallzahlen trotz intensiver Rekrutierungsbemühungen und einer regionalen Ausweitung des Projektfeldes nicht realisiert werden. Die erzielten Fallzahlen liegen deutlich unter den für

einen Nachweis mittlerer Effekte erforderlichen Fallzahlen. Für die Prüfung der Hypothesen und die ergänzend durchgeführte deskriptive Analyse wurde daher auf nicht-parametrische verteilungsfreie Testverfahren für kleine Fallzahlen zurückgegriffen. Ferner wurde u.a. im Fall der als Indikator der Versorgungsnutzung erfassten Anzahl akuter Behandlungsanlässe (Endpunkt/Nebenzielvariable) eine Dichotomisierung vorgenommen (Nicht-/Auftreten akuter behandlungsbedürftiger Ereignisse/Krankheitsepisoden), um zumindest auf Patientenseite potenzielle „inhaltliche Dropouts“ im Rahmen der Evaluation berücksichtigen zu können (s. auch Punkt 1). Die Anpassung der Auswertungsstrategien an die Datenqualität und -quantität kann allerdings den Umstand, dass die Studie „underpowered“ ist, nur bedingt ausgleichen.

#### **4. Bekannt gewordene Ergebnisse Dritter**

Es sind zwischenzeitlich keine für das Vorhaben relevanten Forschungsergebnisse Dritter bekannt geworden.

#### **5. Änderung der Zielsetzung**

Die Zielsetzung des Forschungsvorhabens wird weiter verfolgt. Sie wurde – wie bereits in dem Zwischenbericht für das Jahr 2007 dargelegt – um die Entwicklung eines erweiterten Methodeninventars zur Überprüfung des Kompetenzgewinns auf der Ebene des Fallverstehens und der Beratungskompetenz der Pflegefachkräfte ergänzt.

#### **6. Angaben zur Zusammenarbeit im Forschungsverbund und zu Synergieeffekten**

##### *Kooperationen im Forschungsverbund*

Der Austausch über die Konzeption und Evaluation von Interventionskonzepten, die auf der Ebene der Kompetenzerweiterung professioneller Pflege ansetzen, wurde fortgesetzt.

Die Beratung durch das Methodenprojekts Z2 wurde im Berichtszeitraum vertieft. Angesichts der im Rahmen der Follow-up Erhebung sowohl auf Seiten der Patienten als auch auf Seiten der Pflegefachkräfte zu verzeichnenden hohen Dropout-Raten lag ein Schwerpunkt der Methodenberatung auf Strategien der Datenauswertung, incl. Dropout-Analyse und Prüfung inhaltlicher Dropouts (s. Punkt 1 und 3.). Ferner wurde das Schulungsangebot zur „Publikation statistischer Ergebnisse von Studien“ der von Projekt Z2 initiierten Methoden-Workshop-Reihe des Pflegeforschungsverbunds NRW wahrgenommen.

##### *Kooperationen außerhalb des Forschungsverbunds*

Die angebahnten Kooperationen mit dem Arbeitskreis OPAL „Optimierte Arzneimittelversorgung im Alter“ sowie dem Fachbereich Arzneimittelsicherheit/Sozialpharmazie des Landesinstituts für Gesundheit und Arbeit NRW (LIGA) und der von der Leitung des Fachbereichs koordinierten Projektgruppe „Arzneimittelversorgung für Heimbewohner“ der Amtsapotheker in NRW wurden im Berichtsjahr verstetigt.

Eine Vertiefung des Austausches mit den Mitgliedern der Sektion „Klientenorientierte Information, Schulung und Beratung in der Pflege“ der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (DGP) ist nach Abschluss der Analyse der Ergebnisse der Interventionsstudie vorgesehen.

## 7. Fortschreibung des Verwertungsplans

Die zu Beginn des Projektvorhabens eingeleiteten Strategien des Ergebnistransfers wurden fortgeführt. Im Berichtszeitraum lag ein Schwerpunkt auf der publikationsmäßigen Aufbereitung und Präsentation des Interventions- und Evaluationskonzepts sowie erster Ergebnisse der laufenden Interventionsstudie für unterschiedliche Zielgruppen, so auch im Rahmen nationaler und internationaler wissenschaftlicher und praxisbezogener Tagungen (s. Übersicht der projektbezogenen Publikationen und Präsentationen).

Die in dem Projekt bearbeiteten Themenbereiche sind integrierter Bestandteil der Lehre im Lehrgebiet Versorgungsforschung/Pflegewissenschaften in den unterschiedlichen Studiengängen der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld. Ferner wurden zentrale Inhalte des Forschungsvorhabens im Rahmen der Kooperation mit der Hamburger Fernhochschule in die Beschreibung der Lehreinheiten des Moduls „Herausforderungen für die Pflege“ für den Bachelor-Studiengang „Pflegemanagement“ (BP 17) integriert. Ausgehend von den 2009 entwickelten Modulbeschreibungen werden im Rahmen der Projektarbeit gewonnene Erkenntnisse in die Lehrbriefe für die Lehreinheiten „Bewältigung von Krisensituationen im Kontext chronischer Erkrankungen“ (Modul HCS 08) und „Bewältigung von Krankheit und Stress“ (Modul HCS 14) für den Bachelor-Studiengang (BSc) „Health Care Studies“ der Hamburger Fern-Hochschule (HFH) einfließen.

### *Buchpublikationen*

Haslbeck J (2010): Medikamente und chronische Krankheit. Selbstmanagementanforderungen im Krankheitsverlauf aus Sicht der Erkrankten. Bern: Huber

Schaeffer D (Hg.) (2009): Bewältigung chronischer Erkrankungen im Lebenslauf. Bern: Huber

### *Buchbeiträge*

Geuter G (2009): Partizipative Entscheidungsfindung. Informationen teilen, gemeinsam entscheiden. In: Abt-Zegelin A (Hg.): Patientenorientierung und -autonomie fördern. Der Informierte Patient. Lerneinheit 11. Certified Nursing Education (CNE). Stuttgart: Thieme-Verlag, 14-15

Geuter G, Müller-Mundt G, Panhorst H (2009): Entwicklung eines Qualifikationsprogramms in der ambulanten Pflege als Beitrag zur Erweiterung der Kompetenz von Pflegenden zur Selbstmanagementförderung. In: Nauerth A, Walkenhorst U, Bergmann-Tyacke I, Marzinzik K (Hg.): Kompetenzentwicklung im Gesundheits- und Sozialbereich. Bielefeld: UniversitätsVerlagWebler, 157-168

Müller-Mundt G (i. E.): Patientenedukation als Aufgabe der Pflege. In: Schaeffer D, Wingenfeld K (Hg.): Handbuch Pflegewissenschaft. 2. ergänzte und aktualisierte Auflage. Weinheim: Juventa

Müller-Mundt G (2009): Schmerzmanagement in der Pflege. In: Behr's Jahrbuch Gesundheit und Pflege 2009. Themen – Trends – Termine. Hamburg: Behr's Verlag, 75-88

Müller-Mundt G (2009): Schmerzmanagement. In: Keitel P, Scheiderei J (Hg.): Pflegen – aber sicher! (LBW, Kapitel III, 4). Hamburg: Behr's Verlag

Schaeffer D, Moers M (2009): Abschied von der Patientenrolle? Bewältigungshandeln im Verlauf chronischer Krankheit. In: Schaeffer D (Hg.): Bewältigung chronischer Erkrankungen im Lebenslauf. Bern: Huber, 111-131

### *Zeitschriftenaufsätze*

Geuter G, Müller-Mundt G. (2009): Fallbezug in der Fort- und Weiterbildung. PADUA 5, Nr. 11, 31-35

Haslbeck J, Schaeffer D (2009): Routines in medication management: the perspective of people with chronic conditions. Chronic Illness 5, 184-196

Müller-Mundt G (2009): Pflegephänomen Schmerz – das Erleben betroffener Menschen verstehen. *Unter-richt Pflege* 14, Nr. 2, 2-8

Schaeffer D, Haslbeck J (2010): Selbstverantwortung im Gesundheitswesen. *Das Gesundheitswesen*  
<https://www.thieme-connect.de/ejournals/toc/ges/efirst>

Schaeffer D (2009): Editorial: Schwerpunkt: Alter, Krankheit, Multimorbidität. *Pflege & Gesellschaft* 14 (4),  
 291 – 292

Schaeffer D (2009): Chronische Krankheit und Multimorbidität im Alter – Versorgungserfordernisse disku-  
 tiert auf der Basis eines Fallverlaufs. *Pflege & Gesellschaft* 14 (4), 306-324

### *Berichte und Dokumentationen*

Müller-Mundt, G. (2009): „Herausforderungen für die Pflege“ Beschreibung des Moduls BP 17 für den Ba-  
 chelor-Studiengang „Pflegermanagement“ (4. Semester) der Hamburger Fern-Hochschule (HFH) – Univer-  
 sity of Applied Science. Hamburg: HFH

Müller-Mundt G, Geuter G, Haslbeck J, Schaeffer D (2009): Unterstützung des Selbstmanagements komple-  
 xer Medikamentenregime bei chronischer Krankheit – Potenziale der ambulanten Pflege. *Hallesche Bei-  
 träge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften* 8, Nr. 30, 362-379 (Peer-Reviewed) [online verfü-  
 gbar unter: <http://www.mezizin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/index.php?id=599> , letzter Abruf:  
 10.12.2009]

### *Projektbezogene Qualifikationsarbeiten*

Panhorst, Heidi (2009): Arbeitssituation und Burnout in der ambulanten Pflege (Master-Arbeit). Fakultät für  
 Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld. Wissenschaftliche Betreuung: Dr. Andreas Büscher,  
 Prof. Dr. Doris Schaeffer

### *Vorträge und Präsentationen (chronologisch)*

Müller-Mundt G, Geuter G, Haslbeck J, Schaeffer D (2009): Unterstützung des Selbstmanagements komple-  
 xer Medikamentenregime bei chronischer Krankheit – Potenziale der ambulanten Pflege (Vortrag 27.  
 März 2009)). Kongress: ‚Pflegetätigkeit‘ in der ‚Gesundheitsgesellschaft‘ – Langzeitbetreuung und  
 Pflege im Spannungsfeld neuer Bewältigungsstrategien“, Halle (Saale), 26. – 28. März 2009

Müller-Mundt G, Schaeffer D, Geuter G, Haslbeck J: Multiple chronic conditions and medicines – Chal-  
 lenges in self-management support in home care (Posterpräsentation 8. Juli 2009). XIXth IAGG World  
 Congress of Gerontology and Geriatrics “Longevity, Health and Wealth”, Paris, Frankreich, 5. – 9. Juli  
 2009

Schaeffer D: „Anforderungen an die Ambulantisierung der Pflege“ (Plenarvortrag 24. September 2009). 7.  
 Internationalen Konferenz Pflege und Pflegewissenschaft „Pflege– wozu und wohin?“. Ulm, 24 – 25. Sep-  
 tember 2009

Müller-Mundt G, Geuter G, Haslbeck J, Schaeffer D: Unterstützung des Selbstmanagements komplexer Me-  
 dikamentenregime bei chronischer Krankheit – Herausforderungen für die Qualifikation und Potenziale  
 für die Erweiterung des Pflegehandelns in der ambulanten Pflege (Vortrag 25. September 2009). 7. Inter-  
 nationale Konferenz Pflege und Pflegewissenschaft „Pflege – wozu und wohin?“. 24. – 25. September  
 2009, Ulm

Schaeffer D: „Nutzerorientierte Versorgungsgestaltung – eine Herausforderung für die Caritas“ (Vortrag).  
 Fachtagung „Pflegenetzwerke“ der Caritas, Köln, 28. September 2009

Müller-Mundt G: Beurteilung qualitativer Studien aus Sicht der Pflegewissenschaft (Impulsvortrag im Work-  
 shop der AG Qualitative Methoden der Versorgungsforschung 1. Oktober 2009). 8. Deutscher Kongress  
 für Versorgungsforschung und 43. Jahrestagung der DEGAM: „Versorgungsstrukturen und Qualität in  
 Zeiten unsicherer Finanzierung“, Heidelberg, 1. – 3. Oktober 2009

Müller-Mundt G, Schaeffer D, Haslbeck J, Geuter G: Alltagsnahe Förderung des Selbstmanagements der  
 Arzneimitteltherapie bei chronischer Krankheit im Alter – Erschließung von Unterstützungspotenzialen  
 professioneller Pflege (Vortrag 2. Oktober 2009). 8. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung und  
 43. Jahrestagung der DEGAM: „Versorgungsstrukturen und Qualität in Zeiten unsicherer Finanzierung“,  
 Heidelberg, 1. – 3. Oktober 2009

## Projekt B5

---

### **Verbesserung der Lebensqualität von pflegenden Kindern und Jugendlichen durch ein familienorientiertes Hilfeangebot. Eine prospektiv kontrollierte Studie**

Zuwendungsempfänger:	Private Universität Witten/Herdecke gGmbH, Institut für Pflegewissenschaft
Projektleitung:	Prof. Dr. Wilfried Schnepf
Projektmitarbeiter:	Dr. Sabine Metzger-Blau, MScN Jörg große Schlarmann, MScN
Förderkennziffer:	01GT0619
Berichtszeitraum:	01.01.2009 bis 31.12.2009
Laufzeit:	01.05.2007 bis 30.04.2010 (36 Monate)

---

## Zusammenfassung

Dieses Projekt schließt an das Projekt „Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige“ der ersten Förderphase an, in dem die spezifische Situation von Kindern untersucht wurde, die im Fall von chronischer Erkrankung eines Angehörigen in pflegerische Aufgaben eingebunden sind. Vorrangig galt es, Art und Ausmaß der von Kindern geleisteten Hilfen zu analysieren und ihre spezifischen Bedürfnisse zu ermitteln. Ziel dieser zweiten Förderphase ist es, die Erkenntnisse umzusetzen und ein familienorientiertes Unterstützungs- und Hilfeangebot für pflegende Kinder und ihre Familien zu konzipieren, es in einer Kommune zu implementieren und diesen Prozess zu evaluieren. Das Konzept soll im Sinne einer breiten Verwertung anderen potentiellen Trägern/Anbietern zugänglich gemacht werden, sofern es sich als effektiv erweist.

## 1. Wichtigste wissenschaftlich technische Ergebnisse

Die wichtigsten wissenschaftlichen und technischen Ergebnisse des Projektes im Kalenderjahr 2009 beziehen sich auf die Aktualisierung des Internetangebotes (<http://www.kinder-kranker-eltern.de>), Implementierung des Interventionskonzeptes einschl. Öffentlichkeitsarbeit und in geringerem Maß Publikationen und Kongressbeteiligungen.

### 1.1 Aktualisierung des Internetangebotes

Im Jahr 2008 wurde mit finanzieller Unterstützung der Peter-Dornier-Stiftung die Internetseite <http://www.kinder-kranker-eltern.de> eingerichtet (s.a. Zwischenbericht für 2008). In 2009 wurde dieses Serviceangebot weiter mit Inhalt gefüllt. Das Angebot umfasst fünf Rubriken: „Krankheiten“, „Hilfe“, „Forum“, „Chat“ und „Bücher“. In der Rubrik „Krankheiten“ stehen kind- und altersgerechte Informationen zu häufig auftretenden Krankheitsbildern zur Verfügung, die sowohl online gelesen als auch als PDF-Dokument heruntergeladen werden können. Derzeit werden dort 19 Krankheiten, ihre Symptome und Verläufe etc. beschrieben. Die Rubrik „Hilfe“ stellt eine Synopse von bundesweiten Projekten für Kinder und Familien dar, die sich in ihrer Familie mit Krankheiten auseinandersetzen müssen. Hierdurch können Kinder und Jugendliche im gesamten Bundesgebiet erfahren, ob es in ihrer Nähe ein Projekt gibt, von dem sie Unterstützung erhalten können. Die dort genannten Projekte verwalten ihre Informationen selbst, zurzeit sind 45 Projekte mit Detailinformationen aufgelistet. Das „Forum“ bietet Austausch unter Gleichbetroffenen, wobei noch primär junge Erwachsene - ehemalige pflegende Kinder - aktiv sind, hier bedarf

es spezifischer Werbung bei der Zielgruppe der Heranwachsenden. Der „Chat“ ist noch inaktiv, in der Rubrik ‚Bücher‘ stehen Empfehlungen für Kinder- und Jugendbücher rund um das Thema. Die Seite verzeichnet steigende Aufrufe, im Januar 2009 wurde sie 2.653 Mal (durchschnittlich 85/Tag) aufgerufen und im Dezember 2009 sind 7.955 Aufrufe zu verzeichnen (durchschnittlich 256/Tag). Insgesamt sind für das Berichtsjahr 71.328 Besucher zu verzeichnen.

## **1.2 Implementierung des Interventionskonzepts einschl. Öffentlichkeitsarbeit**

Nachdem im Dezember 2008 mit der DRK-Schwesternschaft Hamburg e.V. endlich ein Praxispartner gewonnen werden konnte, stand das Jahr 2009 unter dem Zeichen, das Interventionskonzept in die Praxis zu transportieren. Bis zum realen Projektstart galt es, in der Schwesternschaft ein Team aufzubauen und es mit dem Konzept vertraut zu machen, im Stadtteil Netzwerkarbeit zu betreiben und eine Infrastruktur zu schaffen, das Projekt in der Öffentlichkeit zu bewerben, einen Internetauftritt zu gestalten sowie Akquise zu betreiben. Als Datum für den realen Projektstart wurde von der Vorsitzenden der DRK-Schwesternschaft der 01.07.2009 festgelegt.

**Teamaufbau:** Im Januar 2009 gab es in der Schwesternschaft lediglich eine Teilzeitmitarbeiterin (20%-Stelle), die vor Ort die Projektleitung übernahm. Nachdem Tätigkeitsprofile für weitere Mitarbeiterinnen geschrieben waren, erfolgte zum 01.03.2009 die Einstellung einer zweiten Mitarbeiterin (50%-Stelle). Die dritte Mitarbeiterin (50%-Stelle) wurde aus Kostengründen erst am 01.10.2009 eingestellt. Die Referentin für Öffentlichkeitsarbeit der Schwesternschaft stand dem Projekt von Beginn an zur Seite. Seit 01.01.2010 arbeiten eine Kinderkrankenschwester, eine Sozialpädagogin sowie eine Diplompädagogin jeweils mit einer halben Stelle für das Projekt.

**Netzwerkarbeit und Infrastruktur:** Die DRK-Schwesternschaft ist in Hamburg bislang nicht als Anbieterin von ambulanten Dienstleistungen im Gesundheits- und Sozialwesen in Erscheinung getreten und verfügte zum Zeitpunkt des Projektstarts nicht über die notwendige Infrastruktur, ein derartiges Projekt unmittelbar umsetzen zu können, so dass erforderliche Netzwerke erst geschaffen werden mussten. Ein Schwerpunkt der Arbeit zwischen Frühjahr und Herbst 2009 bestand darin, das Projekt bei Ämtern und Behörden, Beratungsstellen, sozialen Einrichtungen, Stadtteilkonferenzen, Vereinen, Krankenhäusern und Selbsthilfegruppen in und um Hamburg-Altona wiederholt vorzustellen (eine Liste aller Netzwerkpartner kann auf Wunsch zugesandt werden). Als Auftakt zu dieser Netzwerkarbeit wurde in den Räumen der Schwesternschaft im März 2009 zu einer Netzwerkkonferenz eingeladen, die jedoch auf wenig Resonanz stieß.

**Öffentlichkeitsarbeit:** Einen zweiten Schwerpunkt in 2009 bildete die Öffentlichkeitsarbeit, um das Projekt sowohl vor Ort als auch überregional sichtbar zu machen. Um dem Projekt eine eigene Identität zu geben, wurde in Zusammenarbeit mit einer Agentur ein Logo entwickelt. Um potentielle Teilnehmer über die Studieninhalte zu informieren wurde ein Flyer gestaltet, der in einer Auflage von ca. 5.000 Stück in Beratungsstellen, bei Behörden, in Arztpraxen und Apotheken, bei ambulanten Pflegediensten, in Schulen und in einigen Kiosken in Altona ausgeteilt wurde. Zusätzlich wurden eine Infokarte und ein Poster entworfen, die auch als Werbematerial eingesetzt werden. Einen weiteren Baustein der Öffentlichkeitsarbeit bildet die Gestaltung einer projektbezogenen Internetseite (<http://www.supakids.de>).

Das Medieninteresse an der Studie hält auch weiterhin an, eine Auflistung der Berichterstattung für 2009 ist den nachfolgenden zwei Tabellen zu entnehmen:

<b>eigene Pressemitteilung vom 05.03.2009 zum Internetangebot <a href="http://www.kinder-kranker-eltern.de">www.kinder-kranker-eltern.de</a>: Hilfe für pflegende Kinder im Netz</b>			
18.03.2009	<b>Tageszeitung</b> WAZ	Ilias Abawi	Wenn Kinder ihre Eltern pflegen
18.03.2009	<b>Tageszeitung</b> Westfalenpost		Internetseite hilft Kindern kranker Eltern
27.03.2009	<b>Radio</b> SWR2, impuls		Bericht über Webseite kinder-kranker-eltern.de
31.05.2009	<b>FAZ Sonntagszeitung</b> u. <b>FAZ.net (02.06.)</b>	Hadija Haruna	Zum Spielen bleibt keine Zeit

Die Nachricht über diese Internetseite wurde auch von zahlreichen Informationsdiensten im Internet aufgegriffen. Wird über Google gezielt nach „[www.kinder-kranker-eltern.de](http://www.kinder-kranker-eltern.de)“ recherchiert, werden über 35.000 Treffer angezeigt.

<b>eigene Pressemitteilung vom 08.06.2009 zum Projektstart: „SupaKids“: Zentrum für Kinder kranker Eltern öffnet im Juli in Hamburg</b>			
13.07.2009	<b>Süddeutsche Zeitung</b>	Peter Wagner	Ich pflege meine Mutter
18.08.2009	<b>Spiegel online</b>	Peter Wagner	Ich pflege meine Mutter
21.09.2009	<b>Hamburger Abendblatt</b>	Antje Wind- mann	Wenn andere Kinder spielen ...
05.11.2009	<b>DIE ZEIT</b>	Sannah Koch	Kinder als Pfleger
19.11.2009	<b>Radio</b> Deutschlandfunk Kultur, Radiofeuilleton	Susanne Utsch/ Fr. Bürger	SupaKids sowie Das Trauma von Kindern chronisch kranker Eltern
11.12.2009	<b>Tageszeitung</b> Westfälische Rundschau	Katja Sponholz	Zu viel Last auf kleinen Schultern
20.12.2009	<b>Radio</b> NDR Info, Lebens-welten	Simone Weber	Nicht im Stich lassen

Akquise: Um das Projekt nachhaltig finanzieren zu können, wurde von der Schwesternschaft ein Antrag auf Förderung bei der Stiftung „Aktion Mensch“ eingereicht, die das Projekt mittlerweile fördert. Bei erfolgreicher Zwischenevaluation nach einem Jahr besteht Aussicht auf Förderung für weitere vier Jahre. Vertragspartnerin ist die DRK-Schwernerschaft Hamburg e.V.. Ein Antrag auf Förderung bei der Gemeinnützigen Hertie-Stiftung führte zu einer einmaligen Anschubfinanzierung von € 10.000. Kleinere Stiftungen in Hamburg sowie Service Clubs (Rotary International) wurden ebenfalls kontaktiert, bislang jedoch ohne Erfolg.

### 1.3 Publikationen und Kongressbeteiligungen

Insgesamt wurden im Berichtsjahr sechs Vorträge gehalten, zwei davon auf einer internationalen Konferenz. Publiziert wurden im Berichtszeitraum zwei Artikel mit peer-review sowie ein Artikel ohne peer-review, eine englischsprachige Publikation befindet sich noch im Review (s. a. Publikationen und Vorträge im Berichtszeitraum).

## 2. Vergleich des Stands des Vorhabens mit der ursprünglichen Arbeits-, Zeit und Aufgabenplanung

Das Projekt liegt nicht mehr im Zeitplan, auch der Arbeitsplan hat sich verändert (s. hierzu auch unseren Antrag auf Änderung zum Arbeitsplan vom 10.08.2009 sowie unseren formlosen Antrag auf Laufzeitverlängerung vom 28.01.2010). Der ohnehin schon verspätete

Projektstart zum 01.07.2009 konnte erst Anfang dieses Jahres realisiert werden. Bis dahin gab es Einzelkontakte zu chronisch erkrankten Eltern, bei denen jedoch eher Einzelfallhilfen für die Eltern im Vordergrund standen. Die Gründe für den verspäteten Projektstart sind vielfältig. Der Feldzugang erweist sich trotz intensiver Netzwerkarbeit des Praxispartners vor Ort sowie durch die o.g. Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit als unverändert schwierig. Dies zeigt einmal mehr, wie sensibel das Thema ist, und wir lernen, dass ein solches Projekt einen langen Vorlauf und einen ebenso langen Atem braucht. Auch gruppendynamische Prozesse und personelle Veränderungen innerhalb des Teams in Hamburg, auf die wir bislang keinen Einfluss nehmen konnten, beeinflussen die Implementierung. Im Spätherbst wurde mit einer Prozessevaluation begonnen, um eine Situationsanalyse vornehmen zu können. Hierzu wurden u.a. Interviews mit den Mitarbeiterinnen der Schwesternschaft geführt. Interviews mit den Eltern, die bislang Kontakt zum Projekt aufgenommen haben, konnten nicht geführt werden, da die Eltern - nach Auskunft des Projektpartners - nicht zu einem Interview bereit waren.

### **3. Änderung der Absichten für die Erreichung der Ziele des Vorhabens innerhalb des angegebenen Ausgabenzeitraums gegenüber dem ursprünglichen Antrag**

Bislang keine

### **4. Bekannt gewordene Ergebnisse Dritter, die für die Durchführung des Vorhabens relevant sind**

Bislang keine

### **5. Änderungen in der Zielsetzung**

Die Zielsetzung des Projektes hat sich nicht verändert. Um neben der Prozess- und Konzeptevaluation wieder an den ursprünglichen Arbeitsplan anzuknüpfen, wurde eine Laufzeitverlängerung beantragt (s. unser Antrag vom 28.01.2010).

### **6. Angaben zur Zusammenarbeit im Forschungsverbund, zu Synergieeffekten und zu Projektergebnissen, die im Hinblick auf die gemeinsame Fragestellung des Forschungsverbundes wesentlich sind**

Neben regulären Verbundsitzungen, auf denen primär Organisatorisches besprochen wird, wurde in 2009 eine verbundübergreifende Tagung aller Pflegeforschungsverbände in Halle durchgeführt, auf der auch das hier besprochene Projekt aktiv vertreten war.

### **7. Fortschreibung des Verwertungsplans**

Die Ergebnisse dieser Studie werden weiterhin sowohl eine unmittelbare praktische wie auch wissenschaftliche Verwendung finden. Durch die Kooperation mit der DRK Schwesternschaft Hamburg e.V. sowie durch die finanzielle Unterstützung der Stiftung „Aktion Mensch“ wird das Projekt über den Bewilligungszeitraum hinaus Nachhaltigkeit erfahren. In Bad Bramstedt haben frühere Kontakte und Vortragsaktivitäten bereits heute zum Aufbau eines Unterstützungsprojektes für pflegende Kinder durch den dortigen Rotary Club in Zusammenarbeit mit einer Familienberatungsstelle geführt. Mit der DRK-Heinrich-Schwesternschaft Kiel e.V. hat sich erst jüngst ein weiterer potentieller Kooperationspartner gemeldet. Die Heinrich-Schwesternschaft verfügt in Kiel und in Schleswig

Holstein bereits über ein etabliertes Netzwerk und könnte das Projekt gut in ihre Gesamtaktivitäten in der Kinder- und Jugendarbeit integrieren. Im Ruhrgebiet werden derzeit Gespräche mit Vertretern eines hiesigen Rotary Clubs geführt. Unterstützung auf sozialpolitischer Ebene erfährt das Projekt nach wie vor durch den Sozialverband Deutschland (SoVD) auf Bundesebene (Positionspapier des SoVD: <http://www.sovd.de/1400.0.html>).

Inhalte des Projektes sind unverändert fester Bestandteil der Lehre (Forschungsmethoden, familienorientierte Pflege, Theorieentwicklung) in den pflegewissenschaftlichen Studiengängen an der Universität Witten/Herdecke, den pädagogischen Studiengängen an der Alanus Hochschule in Alfter, in dem pflegewissenschaftlichen Studiengang der Fachhochschule Osnabrück, sowie in dem pflegewissenschaftlichen Studiengang an den Universitäten Wien und Salzburg in Österreich.

### *Publikationen im Berichtszeitraum*

- große Schlarman J, Metzing-Blau S, Schnepf W (2009): Gesundheitsbezogene Lebensqualität als Outcomekriterium zur Evaluation eines familienorientierten Hilfsangebots für pflegende Kinder und deren Familien: Stärken und Schwächen. Eine Literaturanalyse. *Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften*, 8(1):168-185
- Metzing-Blau S, große Schlarman J, Schnepf W (2009): Herausforderungen für die Entwicklung evidenzbasierter Pflege-Interventionen am Beispiel der Konzeption eines Hilfsangebots für pflegende Kinder und ihre Familien. *Pflege & Gesellschaft*. 14(2):124-138
- Metzing-Blau S, große Schlarman (2009): Es ist Zeit zu handeln. Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige: ein Überblick. *Die Rotkreuzschwester*. (2):16+17
- große Schlarman J, Metzing-Blau S, Schnepf W (im Review): Assessing the effect of a complex psychosocial intervention in young carers: a methodological note on measuring points in time (eingereicht bei *NurseResearcher*)

### *Vorträge und Poster im Berichtszeitraum*

- große Schlarman J, Metzing-Blau S, Schnepf W: Gesundheitsbezogene Lebensqualität als Outcomekriterium zur Evaluation eines familienorientierten Hilfsangebots für pflegende Kinder und deren Familien: Stärken und Schwächen. "Pflegebedürftig" in der "Gesundheitsgesellschaft". Langzeitbetreuung und Pflege im Spannungsfeld neuer Bewältigungsstrategien. 4. Tagung der Forschungsverbände "Pflege und Gesundheit" und 7. Internationaler Kongress der österreichischen, deutschen und schweizer Fachgesellschaften für Gesundheits- und Medizinsoziologie. 26.03.2009, Halle
- Metzing-Blau S: „Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige: Zeit zu handeln“. Symposium: Von Anfang an - Aspekte medizinischer Ehtik. Elsa-Bränström-Haus, Juni 2009, Hamburg
- Schnepf W: Die Bedeutung qualitativer Forschung in Zeiten evidenzbasierter Gesundheitsversorgung und Pflege. Tag der Pflegewissenschaft - "Pflegewissenschaft: von der Ausnahme zur Normalität. 21.09.2009, Universität Wien
- Schnepf W : Wenn Angehörige pflegen - das Prinzip Hoffnung. Jahrestagung der Österreichischen Wachkoma Gesellschaft, 16.10.2009, Wien
- Metzing-Blau S: „Normal weiterleben können - wenn Kinder und Jugendliche ihre Eltern pflegen“. Fachtagung Kindheit und Krankheit - Neue Befunde zum Unterstützungsbedarf von Familien. November 2009, Universität Bielefeld, Tagungsort: Bethel, Neue Schmiede
- Schnepf W: Zu Hause pflegen. Die Situation pflegender Angehöriger. 2. Hagener Demenztage, 23.11.2009, netzwerk demenz, Stadt Hagen



## Projekt B6

---

### **Verbesserung der häuslichen Pflege von türkischen Migranten in Deutschland: kontrollierte prospektive Studie mit narrativem Interventionsansatz**

Zuwendungsempfänger:	Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Projektleitung:	Prof. Dr. Oliver Razum
Projektmitarbeiter:	Dipl.-Biol. Susanne Glodny M. Sc. Dipl. Soz., Dipl. Päd. Yüce Yilmaz
Institution:	AG3 Epidemiologie & International Public Health, Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Förderkennziffer:	01GT0615
Berichtszeitraum:	01.05.2009 bis 30.04.2010
Laufzeit:	01.05.2007 bis 30.04.2010 (36 Monate)

---

### **Zusammenfassung**

Im Rahmen des Projektes *saba*<sup>6</sup> wird ein speziell auf die Zielgruppe der türkischen Migrantinnen und Migranten ausgerichteter Interventionsansatz entwickelt und an türkischen Pflegebedürftigen sowie ihren pflegenden Angehörigen erprobt. Über diesen Ansatz auf Basis des Storytelling soll das Empowerment/Selbstmanagement der pflegenden Angehörigen gefördert und Stress reduziert werden. Ein Abbau von Informationsdefiziten und Zugangsbarrieren führt zu mehr Autonomie und kann so zu einer Verbesserung des pflegerischen Handelns führen (siehe auch Zwischenberichte 2007/2008 und 2008/2009).

### **1. Wichtige wissenschaftliche Ergebnisse und andere wesentliche Ereignisse**

#### *Phase IV: Feldphase*

Im Rahmen der Baseline-Erhebung ( $t_0$ ) konnten insgesamt 29 türkische Pflegebedürftige und ihre zugehörigen pflegenden Angehörigen vom 25.11.2008 bis zum 03.02.2009 befragt bzw. begutachtet werden. Die Interventionen fanden zwischen dem 17.02.2009 und dem 30.04.2009 statt.

Die Erhebung zum Zeitpunkt  $t_1$  - unter Einsatz der gleichen Erhebungsinstrumente wie bei der Baseline-Erhebung ( $t_0$ ) - erfolgte im Zeitraum von Ende April 2009 bis Anfang Mai. Im Rahmen der  $t_1$ -Erhebung wurden die Hausbesuche durch eine MDK-Gutachterin in Begleitung einer türkischsprachigen Mitarbeiterin durchgeführt. Vom 27. bis 29. April 2009 wurden 9 Hausbesuche in Bielefeld realisiert. Im Zeitraum vom 05. bis 08. Mai 2009 wurden in Hamm 11 Hausbesuche durchgeführt. Vier Pflegebedürftige und ihre Angehörigen haben aus unterschiedlichen Gründen an der Erhebung nicht teilgenommen.<sup>7</sup> Insgesamt konnten im Rahmen der  $t_1$ -Erhebung 25 türkische Pflegebedürftige und ihre Angehörigen befragt bzw. begutachtet werden. Während der Hausbesuche und der telefonischen Kontakte mit den Studienteilnehmern hat sich herausgestellt, dass die Begleitung der

---

<sup>6</sup> Akronym: **saba** – evde **sağlık ve bakım**

<sup>7</sup> Zwei Pflegebedürftige und pflegende Angehörigen waren während der Erhebung in der Türkei. Der Vater einer Pflegebedürftigen war kurz vorher gestorben, daher wünschte sie keinen Besuch. Eine Pflegenden Angehörigen hat kurzfristig der vereinbarte Termin abgesagt und wollte keinen Hausbesuch mit Begleitung der MDK-Gutachter.

MDK-Gutachterin im Rahmen der Erhebungen von den Pflegebedürftigen und ihren pflegenden Angehörigen als unangenehm empfunden wurden. Sie hatten Sorgen um ihre Pflegestufe. Diese Sorgen und die Bedenken könnten auch ein Grund für den Rückgang der Teilnehmerzahl an der  $t_1$ -Erhebung sein.

Die Erhebung zum Zeitpunkt  $t_2$  wurde im Dezember 2009 in Form von Hausbesuchen unter wiederholtem Einsatz der Erhebungsinstrumente durchgeführt, aber ohne die Anwesenheit einer MDK-Gutachterin. Auf eine Begutachtung durch den MDK wurde verzichtet, um die Teilnahmebereitschaft unter den Studienteilnehmer zu erhalten (siehe oben). Am 17.12.2009 wurden 7 Hausbesuche im Rahmen der  $t_2$ -Erhebung durch die türkischsprachige Mitarbeiterin durchgeführt. Von 9 Studienteilnehmern im Raum Bielefeld konnten 2 nicht erreicht werden<sup>8</sup>. Am 21.12.2009 fanden die Hausbesuche in Herne statt. Von fünf Pflegebedürftigen und deren Angehörigen in Herne konnten drei befragt werden<sup>9</sup>. Am 23.12.2009 wurden für die  $t_2$ -Erhebung in Hamm die Fragebogen ausgefüllt. Von 15 Pflegebedürftigen bzw. ihren Angehörigen im Raum Hamm konnten 14 Personen befragt werden.<sup>10</sup> Im Rahmen der  $t_2$ -Erhebung konnten somit insgesamt 24 türkische Pflegebedürftige und ihre pflegenden Angehörigen befragt werden.

### *Phase V: Verstetigung*

Nach Abschluss der Interventionsphase bzw. der Hausbesuche im April/Mai 2009 (Zeitpunkt  $t_1$ ) startete eine Verstetigung des Interventionsansatzes. Die teilnehmenden pflegenden Angehörigen in Herne und Bielefeld möchten sich auch weiterhin regelmäßig treffen und austauschen. Diese Treffen werden allerdings ohne die Anwesenheit der geschulten Gesundheitsmediatorinnen bzw. -mediatoren durchgeführt. Für die Anfangs- bzw. Umstellungsphase werden die pflegenden Angehörigen dabei noch von Fr. Yilmaz-Aslan, z. B. bei der Suche nach Räumlichkeiten, unterstützt. Die Angehörigengruppe in Bielefeld möchte sich sogar in Form eines türkischsprachigen Selbsthilfevereins für pflegende Angehörige weiterentwickeln.

Die pflegenden Angehörigen in Hamm sind bereits im Verein zur Selbsthilfe behinderter und nicht behinderter türkischer Mitbürger e. V. gut etabliert. Ein Austausch zu pflegerelevanten Problemen und Erfahrungen in der Muttersprache wird voraussichtlich auch in Zukunft stattfinden, da sich die Betroffenen während der Angehörigentreffen gut kennen lernen konnten. Die pflegenden Angehörigen in Hamm möchten mehr Wissen über pflegerelevante Themen bekommen und diese Informationen sammeln.

Die pflegenden Angehörigen in Herne werden regelmäßig telefonisch und bei Bedarf vor Ort bezüglich der Gründung ihres Selbsthilfevereins beraten. Im Juli 2009 wurden Räumlichkeiten für die Selbsthilfegruppe organisiert.<sup>11</sup> Am 21.12.2009 fand ein Treffen mit drei pflegenden Angehörigen und Fr. Yilmaz-Aslan in Herne statt. Während des Treffens wurden verschiedene Punkte bezüglich der Gründung einer Selbsthilfegruppe thematisiert, wie z.B. die finanziellen Unterstützungsmöglichkeiten.

Die pflegenden Angehörigen in Bielefeld werden bei Bedarf auch telefonisch bezüglich der Gründung ihres Selbsthilfevereins beraten.

---

<sup>8</sup> Zwei Studienteilnehmer waren unter ihrer Kontaktnummer nicht mehr zu erreichen.

<sup>9</sup> Eine pflegende Angehörige wollte nicht mehr befragt werden und eine pflegende Angehörige hat berichtet, dass vor ein paar Monaten der Pflegebedürftige verstorben ist.

<sup>10</sup> Eine pflegende Angehörige wollte an der Befragung nicht teilnehmen.

<sup>11</sup> AWO Herne wird mit ihren Räumlichkeiten die Selbsthilfegruppe unterstützen.

Am 01.12.2009 wurde von Frau Yilmaz-Aslan - auf Wunsch der pflegenden Angehörigen im Verein zur Selbsthilfe behinderter und nicht behinderter türkischer Mitbürger e. V. in Hamm -ein Vortrag zum Thema „Pflege bei Demenzkranken“ in türkischer Sprache gehalten.

Im Zeitraum von Mai 2009 bis März 2010 haben 6 Studienteilnehmer bei Fr. Yilmaz-Aslan angerufen und sich zu unterschiedlichen pflegerelevanten Themen beraten lassen. Vor allem Informationen zu den rechtlichen Ansprüchen wurden von den Studienteilnehmern erfragt.

#### *Phase VI: Ergebnisdarstellung*

- a) In dieser Phase wird u. a. die quantitative Auswertung der eingesetzten Instrumente (MDK-Begutachtung, EuroQol 5, Perceived Stress Scale, Häusliche Pflege-Skala, Empowerment-Fragebogen) zu den verschiedenen Erhebungszeiten ( $t_0$ ), ( $t_1$ ) und ( $t_2$ ) durchgeführt. Da die Erhebungszeiten ( $t_0$ ) und ( $t_1$ ) einen Zeitraum von 3 bis 4 Monaten umfassen, ist es möglich, die Kurzzeiteffekte der Intervention aufzuzeigen. Durch die Erhebung zum Zeitpunkt  $t_2$ , die etwa 1 Jahr nach  $t_0$  stattfand, wird der Langzeiteffekt der Intervention ermittelt. Die Ergebnisdarstellung erfolgt in Form von Veröffentlichungen.
- b) Während der Angehörigentreffen in Anwesenheit der geschulten Mediatorinnen bzw. des Mediators wurden die Gespräche und Diskussionen der pflegenden Angehörigen mittels eines Tonträgers aufgenommen<sup>12</sup>. Die Treffen fanden in türkischer Sprache statt und werden transkribiert.
- c) Eine Auswertung der Transkripte auf Basis der Methoden der qualitativen Sozialforschung (z. B. zusammenfassende Inhaltsanalyse) wird ebenfalls durchgeführt.
- d) Nach Abschluss der Punkte a bis c (siehe oben) ist eine Bewertung des Interventionsansatzes sowohl auf quantitativer als auch auf qualitativer Basis durch Einsatz einer Methodentriangulation geplant.
- e) Die Erfahrungen aus bzw. mit den Angehörigengruppen werden ggf. als Empfehlungen für einen Transfer der Intervention in den Versorgungsalltag zusammengestellt.

---

<sup>12</sup> Eine Aufzeichnung erfolgte nur, wenn alle Beteiligten mit einer Aufnahme des Treffens auf einen Tonträger einverstanden waren.

## 2. Vergleich des Stands des Vorhabens mit der ursprünglichen Arbeits-, Zeit und Aufgabenplanung

Im Folgenden ist der Zeitplan ausführlicher dargestellt.

Zeitplan:	2007	2008		2009		2010	
		1. Hj.	2. Hj.	1. Hj.	2.Hj.	1.Hj.	2. Hj.
<b>Phase 1: Vorstudie</b> (abgeschlossen)							
Beginn der zweiten Förderphase 01.05.2007							
<b>Phase 2: Kontaktierung</b> (abgeschlossen)							
<b>Phase 3: Mediatorentaining</b> (abgeschlossen)							
<b>Phase 4: Feldphase</b> (abgeschlossen)							
- Hausbesuche (t <sub>0</sub> ) in Bielefeld und Hamm <sup>a</sup>							
- Hausbesuche (t <sub>0</sub> ) in Herne und Hamm <sup>b</sup>							
- Interventionsbeginn in Bielefeld, Hamm und Herne							
- Hausbesuche (t <sub>1</sub> ) in Bielefeld, Hamm und Herne							
- Hausbesuche (t <sub>2</sub> ) in Bielefeld, Hamm und Herne							
<b>Phase 5: Verstetigung</b>							
<b>Phase 6: Ergebnisdarstellung</b>							
- quantitative Auswertung und Ergebnisdarstellung aus (t <sub>0</sub> ) und (t <sub>1</sub> ) und (t <sub>2</sub> ) in Form einer <i>Dissertation</i> inkl. Langzeitauswertung / Nachhaltigkeit							
- Transkription der Angehörigentreffen							
- Auswertung der Transkripte und qualitative Ergebnisdarstellung							
- Endbericht / Publikationen							

Legende: Hamm<sup>a</sup> =erste Angehörigengruppe, Hamm<sup>b</sup> =zweite Angehörigengruppe

## 3. Änderung der Absichten für die Erreichung der Ziele des Vorhabens innerhalb des angegebenen Ausgabenzeitraums gegenüber dem ursprünglichen Antrag

Siehe Zwischenbericht 2008/2009

## 4. Bekannt gewordene Ergebnisse Dritter, die für die Durchführung des Vorhabens relevant sind

Es sind keine weiteren Studien-relevante Ergebnisse Dritter bekannt

## 5. Änderungen in der Zielsetzung

Eine Änderung der Zielsetzung ist nicht vorgesehen.

## 6. Angaben zur Zusammenarbeit im Forschungsverbund, zu Synergieeffekten und zu Projektergebnissen, die im Hinblick auf die gemeinsame Fragestellung des Forschungsverbundes wesentlich sind

Siehe Zwischenbericht für den Zeitraum vom 01.05.2007 bis zum 30.04.2008

## 7. Fortschreibung des Verwertungsplans

### *Bücher und Buchbeiträge*

- Glodny S, Yilmaz-Aslan Y, Razum O (2009): Prävention bei älteren türkischen Migranten. In: Kirch W., Middeke M, Rychlik R. (Hrsg.): Aspekte der Prävention. Stuttgart. Tieme Verlag.
- Glodny S, Yilmaz Y, Butenuth-Thör S (2009): Pflegebegutachtungen bei Migrantinnen und Migranten. In: Gaertner T, Gansweid B, Gerber H, Schwegler F, von Mittelstaedt G. (Hrsg.): Die Pflegeversicherung. Handbuch zur Begutachtung, Qualitätsprüfung, Beratung und Fortbildung. Berlin: Walter de Gruyter.
- Razum O, Brzoska P (2009): Chronische Erkrankungen und Migration. In Bewältigung chronischer Krankheiten im Lebenslauf. (ed. D Schaeffer) Huber, Bern, p 341-355.
- Razum O, Voigtländer S, Brzoska P et al. (2009): Medizinische Rehabilitation für Personen mit Migrationshintergrund - Zwischenergebnisse eines Forschungsprojektes im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. In Gesundheitliche Versorgung von Personen mit Migrationshintergrund. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Berlin, p 36-52.
- Razum O, Spallek J (2009): Wie gesund sind Migranten? Erkenntnisse und Zusammenhänge am Beispiel der Zuwanderer in Deutschland. Focus Migration Kurzdossier p 1-10.
- Razum O (2009): Migration und Gesundheit: Zahlen, Fakten und offene Fragen. In Soziale Lage - Gender - Gesundheit. (ed. W Institut für Frauen- und Männergesundheit) Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Wien, Wien, p 28-37.
- Schenk L, Razum O (2009): Migration und soziale Benachteiligung - Anforderungen an die gesundheitliche Versorgung. In Kindergesundheit stärken. Vorschläge zur Optimierung von Prävention und Versorgung. (eds. EM Bitzer, U Walter, H Lingner, & FW Schwartz) Springer, Heidelberg, p 268-274.

### *Zeitschriftenaufsätze*

- Brzoska P & Razum O (2009): Krankheitsbewältigung bei Menschen mit Migrationshintergrund im Kontext von Kultur und Religion. Zeitschrift für Medizinische Psychologie 18, p 151-161.
- Reeske A, Spallek J, Razum O (2009): Changes in smoking prevalence among first- and second-generation Turkish migrants in Germany - an analysis of the 2005 Microcensus. Int J Equity Health 8, p 26.
- Yilmaz Y, Glodny S, Razum O (2009): Soziale Netzwerkarbeit als alternatives Konzept für die Rekrutierung türkischer Migranten zu wissenschaftlichen Studien am Beispiel des Projektes saba. Hallesche Beiträge zur Gesundheits- und Pflegewissenschaft 8, p 636-653.

### *Vorträge/Workshop/Poster*

- Brzoska P & Razum O (2009): Krankheitsbewältigung bei Menschen mit Migrationshintergrund im Kontext von Kultur und Religion. Zeitschrift für Medizinische Psychologie 18, p 151-161.
- Reeske A, Spallek J, Razum O (2009): Changes in smoking prevalence among first- and second-generation Turkish migrants in Germany - an analysis of the 2005 Microcensus. Int J Equity Health 8, p 26.
- Yilmaz Y, Glodny S, Razum O (2009): Soziale Netzwerkarbeit als alternatives Konzept für die Rekrutierung türkischer Migranten zu wissenschaftlichen Studien am Beispiel des Projektes saba. Hallesche Beiträge zur Gesundheits- und Pflegewissenschaft 8, p 636-653.

### *Projektbezogene Qualifikationsarbeiten*

- Okken PK (2007): Inanspruchnahme von Hilfen zur Pflege durch türkische Migrantinnen und Migranten – Eine empirische Analyse der Begutachtungen zur Pflegeversicherung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung in Westfalen-Lippe. Diplomarbeit: Hochschule Vechta
- Yilmaz Y (2008): Die häusliche Pflegesituation von türkischen MigrantInnen in Paderborn: Eine qualitative Studie. Diplomarbeit. Universität Paderborn

### *Öffentlichkeitsarbeit*

- a) Am 13.03.2009 erschien in der Beilage „FIT- Besser leben“ der Zeitung Westfalen Blatt ein Interview mit Herrn Razum und Frau Yilmaz. Der Titel lautet: „Wer in Europa Arbeit sucht, ist jung und fit“.
- b) Am 01.12.2009 wurde von Frau Yilmaz-Aslan im Verein zur Selbsthilfe behinderter und nicht behinderter türkischer Mitbürger e. V. in Hamm eine Vortrag zum Thema „Pflege bei Demenzkranken“ in türkische Sprache gehalten.

### *Internet*

URL: <http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/pfv/projekte/B6.html> (deutsche Version)

URL: <http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/pfv/projekte/projeB6.html> (türkische Version)

URL: <http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/pfv/projekte/B6english.html> (englische Version)

## Projekt B7

---

### Multicenter-Studie Versorgungskonzept Hebammenkreißsaal<sup>13</sup>

Zuwendungsempfänger:	Stiftung Fachhochschule Osnabrück
Projektleitung:	Prof. Dr. Friederike zu Sayn-Wittgenstein
Projektmitarbeiter:	Nicola Bauer, Dipl. Pflegewirtin (FH)
Projektkoordination:	Claudia Igney, M.A.
Förderkennziffer:	01GT0616
Berichtszeitraum:	01.01.2009 bis 31.12.2009
Laufzeit:	01.02.2007 bis 31.01.2010 (36 Monate)

---

### Zusammenfassung

Mit der prospektiven, kontrollierten Multicenter-Studie wird in Deutschland erstmalig im größeren Rahmen der Vergleich zweier klinischer geburtshilflicher Versorgungsmodelle durchgeführt. Das neue klinische Versorgungsmodell – der Hebammenkreißsaal – wurde an vier verschiedenen Kliniken in Deutschland implementiert und mit dem üblichen Modell des ärztlich geleiteten Kreißsaals unter Outcome-Gesichtspunkten verglichen, wobei die Nutzerinnensicht eine wichtige Rolle spielt. Gesunde Schwangere wählen vor der Geburt entweder das Betreuungsmodell Hebammenkreißsaal oder den üblichen Kreißsaal. Die Daten werden während und nach der Geburt durch die betreuende Hebamme/n in einer Dokumentation erhoben. Durch die Befragung der Frauen zu zwei Zeitpunkten nach der Geburt (acht Wochen und sechs Monate post partum) wird die Sichtweise und die Einstellung der Nutzerinnen hinsichtlich der Betreuung, die sie im jeweiligen Betreuungsmodell erfahren haben, ermittelt. Weiterhin werden das physische und das psychische Wohlbefinden nach der Geburt sowie die Stillrate erhoben.

Die Rekrutierung der Studienteilnehmerinnen und die Datenerhebung verlaufen zufriedenstellend. Dennoch verschiebt sich durch verschiedene Gründe die Einhaltung des ursprünglichen Zeitplans.

Die Datenerhebung in den Kliniken in der Gruppe ‚Arztkreißsaal‘ wurde planmäßig zum 30.06.2009 abgeschlossen. Die Rekrutierung und Datenerhebung in der Gruppe ‚Hebammenkreißsaal‘ wurde bis zum 20. Oktober 2009 verlängert. Um in beiden Gruppen (Hebammenkreißsaal sowie übliches Kreißsaalmodell) eine ähnlich große Stichprobe zu erreichen wurde, ein verlängerter Zeitraum der Datenerhebung erforderlich. Dadurch können mögliche Unterschiede zwischen den Gruppen in der statistischen Auswertung dargestellt werden. Die Stichprobe wurde aus diesen methodischen Gründen von 750 auf 1.240 Studienteilnehmerinnen ausgeweitet.

Am 30. Dezember 2009 wurden die letzten Fragebögen (acht Wochen und sechs Monate nach der Geburt) versandt, so dass bis Ende Januar 2010 (nach circa vier Wochen) mit dem Eingang der letzten ausgefüllten Fragebögen zu rechnen ist. 100 von 1.238 Studienteilnehmerinnen erhalten aus diesem Grund nur den ersten Fragebogen, der nach acht Wochen verschickt wird.

---

<sup>13</sup> Dieser Zwischenbericht bezieht sich auf das Teilprojekt B7 Multicenter-Studie Versorgungskonzept Hebammenkreißsaal. Insgesamt werden drei Projekte der Fachhochschule Osnabrück unter der Leitung von Prof. Dr. Friederike zu Sayn-Wittgenstein (Projektleitung B7, B8) und Prof. Dr. Manfred Haubrock (Projektleitung B9) innerhalb des Pflegeforschungsverbunds NRW gefördert.

Durch die hohe Rücklaufquote der Fragebögen, die postpartal nach acht Wochen und sechs Monaten an die Studienteilnehmerinnen versandt werden (Rücklaufquote von 94,2% bzw. 91,7%), ist ein sehr hohes Datenvolumen zu bewältigen (Stand 31. Dezember 2009).

Die Datenerhebung war bis zum 30.10.2009 erforderlich um in beiden Gruppen (Hebammenkreißaal sowie übliches Kreißaalmodell) eine ähnlich große Stichprobe zu erreichen. Zu bedenken ist zudem, dass circa 45% der Frauen während der Geburt aus dem Hebammenkreißaal in den ärztlichen Kreißaal weitergeleitet werden. Wäre die Stichprobe zu klein, könnten mögliche Unterschiede zwischen den Gruppen nicht dargestellt werden.

## **1. Wichtigste wissenschaftliche Ergebnisse**

Zum Zeitpunkt der Berichterstellung ist die Datenerhebung nicht abgeschlossen, deshalb können keine Ergebnisse in Bezug auf die Forschungsfragen dargestellt werden.

Bis zum 31.12.2009 liegen insgesamt 1.238 vollständige Geburtsdokumentationen vor. 666 Frauen wurden zu Geburtsbeginn im Hebammenkreißaal aufgenommen, 574 Frauen im Arztkreißaal. Während der Geburt wurden 298 Studienteilnehmerinnen (44,7%) vom Hebammenkreißaal in den üblichen Kreißaal weitergeleitet.

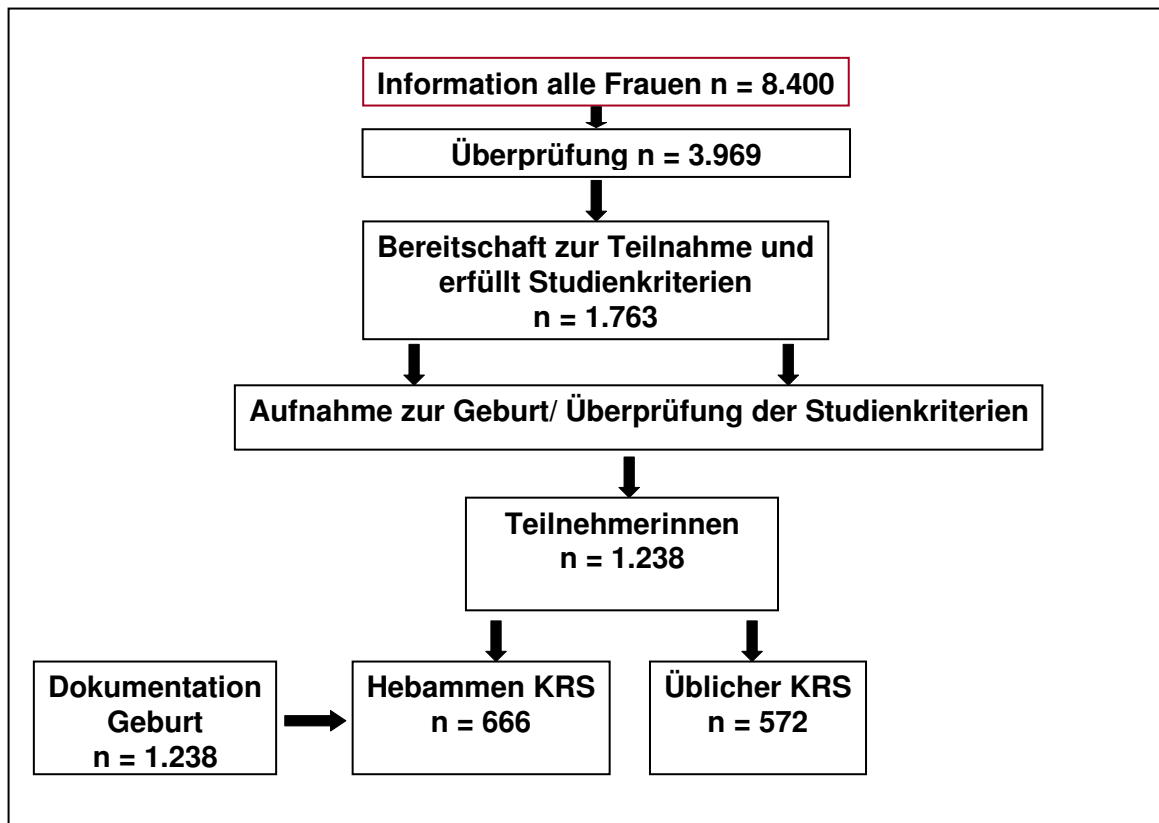
### *Teilnehmende Kliniken*

Die Multicenter-Studie wird an vier Standorten durchgeführt:

- Asklepios Klinik Hamburg Barmbek (Chefarzt Prof. Dr. B.-J. Hackelöer, leitende Hebammen Frau C. Tullius und Frau J. Ubben, Study Midwives Frau M. Lukas und Frau K. Speich)
- Asklepios Klinik Hamburg-Harburg (Chefarzt Dr. V. Maaßen, leitende Hebammen Frau R. Meyer, Frau A. Kriesch (bis 08/2008) und Frau T. von See (seit 11/2008), Study Midwives Frau K. Noack und Frau A. Kriesch (bis 08/2008), Frau A. Ols-hausen (seit 09/2008))
- Klinikum Bremerhaven Reinkenheide (Chefarzt Prof. Dr. W. Friedmann, leitende Hebammen Frau A. Chamiec und Frau A. Benecke, Study Midwife Frau A. Dib-bern)
- Klinikum Stuttgart, Krankenhaus Bad Cannstatt (Ärztlicher Direktor Prof. Dr. U. Karck, leitende Hebammen Frau A. Bosch und Frau E. Lochstampfer, Study Mid-wife Frau C. Ternier (bis 01/2008 und ab 10/2008, Mutterschutz und Elternzeit, Frau B. Bayer (seit 02/2008), Frau C. Keicher (02/2008 bis 10/2008)).

Nachfolgend wird die bisherige Rekrutierung und die Studienteilnahme in den vier teilnehmenden Kliniken dargestellt.

Dezidierte Informationen zu Studienteilnehmerinnen, die in der Schwangerschaft und bei Aufnahme zur Geburt den Einschlusskriterien der Studie nicht mehr entsprochen haben, werden im Abschlussbericht des Projektes dargestellt. Zum jetzigen Zeitpunkt sind diese Informationen noch nicht vollständig verfügbar.

**Abbildung 1:** Rekrutierungsverlauf in den vier Projektkliniken (15.08. bzw. 01.09.2007 bis 20.10.2009)

### Erhebungsinstrumente

Im Projekt „Multicenter-Studie Versorgungskonzept Hebammenkreißaal“ werden zu drei Zeitpunkten Daten erhoben.

*Dokumentation der Geburt (t<sub>1</sub>)* – Während und nach der Geburt dokumentiert die betreuende Hebamme die Geburt der Studienteilnehmerin.

*Fragebogen 1 „Hebammengeburtshilfe in der Klinik“*, *Befragung der Studienteilnehmerinnen acht bis zwölf Wochen nach der Geburt (t<sub>2</sub>)* – Der Fragebogen wird acht bis zwölf Wochen nach der Geburt den Studienteilnehmerinnen postalisch zugeschickt. Beigelegt wird ein Anschreiben sowie ein frankierter und adressierter Rückumschlag.

*Fragebogen 2 „Hebammengeburtshilfe in der Klinik“*, *Befragung der Studienteilnehmerinnen sechs Monate nach der Geburt (t<sub>3</sub>)* – Der Fragebogen wird sechs Monate nach der Geburt den Studienteilnehmerinnen postalisch zugeschickt. Beigelegt wird ein Anschreiben, ein frankierter und adressierter Rückumschlag sowie ein Formular zur Erstattung der Aufwandsentschädigung für die Beantwortung der beiden Fragebögen in Höhe von 10 €.

### Öffentlichkeitsarbeit

Die Informationsbroschüre „Handbuch Hebammenkreißaal – Von der Idee zur Umsetzung“ ist restlos vergriffen. Die pdf-Datei der Broschüre wird seit Februar 2008 auf der Website des Verbund Hebammenforschung zum Download bereitgestellt.

Seit Februar 2007 wurde der Verbund Hebammenforschung von 42 Kliniken bundesweit und einer österreichischen Klinik kontaktiert, die sich für das Versorgungsmodell Hebammenkreißaal interessierten. Die Anfragen erfolgten zumeist telefonisch oder per Email.

Die Projektleiterin sowie die Projektmitarbeiterin führten ausführliche Telefonate, zum Teil mehrmals, und berieten die Anfragenden zu diversen Themen zum Versorgungskonzept. Darüber hinaus wurde eine Auswahl an internationalen Artikeln, Studien und Reviews zusammengestellt und bei Bedarf per Post versandt.

Zudem wurden im oben genannten Zeitraum neun Inhouse-Schulungen bzw. Workshops in interessierten Kliniken für Hebammen, Pflegende, Ärzte/innen und Verwaltungsleiter/innen durchgeführt.

### Theorie-Praxis-Transfer

**Tabelle 1:** Übersicht Öffentlichkeitsarbeit und Beratungen interessierter Kliniken

Jahr	Telefonische Beratung	Schulung/Workshop/Vortrag
2007	Freiburg	Donauwörth
	Erlangen	Salzgitter-Lebenstedt
	Hannover-Nordstadt	Hannover-Gehrden
	Hannover-Gehrden	Hannover-Nordstadt
	Salzgitter-Lebenstedt	Ansbach
	Donauwörth	Osnabrück
	Ansbach	
	Osnabrück	
	Arnsberg	
	Velbert	
	Herrenberg	
	Mühlacker	
	Aachen	
2008	Essen	Essen
	Bamberg	Haltern am See
	Friedrichsdorf	Mühlacker
	Dresden	
	Frankfurt/Nordwest	
	Nürnberg	
	Berlin	
	Hildesheim	
	Duisburg	
	Ahlen	
	Ulm	
	Kiel	
	Heidelberg	
	Castrop-Rauxel	
	Bonn	
	Rotenburg/Wümme	
	Bietigheim	
Haltern am See		
Wien		
2009	Herrenberg	Bonn
	Erlangen	Festrede zur Eröffnung des Hebammenkreißsaals Bonn
	Tübingen	Festrede zur Eröffnung des Hebammenkreißsaals Osnabrück
	Dresden	München
	Bietigheim	Ganztägiges Seminar Fachhochschule Wien Studienprogramm Bachelor Hebammen
	Rotenburg/Wümme	
	Castrop-Rauxel	
	Heidelberg	
	Köln	
	München	
	Rüsselsheim	
	Dietz	

### Fachtagung

Vorbereitung und Durchführung der Ersten *internationalen Fachtagung zur Hebammenwissenschaft* in Osnabrück am 12. November 2009. Es wurden fünf Referentinnen aus fünf Ländern eingeladen ihre Forschung zu hebammengeleiteter Geburtshilfe vorzustellen. Zudem hat die Projektleiterin Prof. Dr. Friederike zu Sayn-Wittgenstein einen Vortrag zu den laufenden und abgeschlossenen Projekten des Verbunds Hebammenforschung aus der BMBF-Förderung gehalten. Insgesamt konnten 200 Teilnehmerinnen aus neun Nationen zu der englischsprachigen Veranstaltung begrüßt werden.

Vorbereitung und Durchführung eines *Post Conference Meetings* im Anschluss an die Fachtagung am 13. November 2009. Eingeladen wurden 20 in der Hebammenwissenschaft tätige Frauen aus Österreich, der Schweiz, den Niederlanden und Deutschland. Zudem haben die fünf Referentinnen der Fachtagung, die aus Irland, Großbritannien, Dänemark, Schweden und den USA kamen, teilgenommen.

## **2. Vergleich des Stands des Vorhabens mit der ursprünglichen Arbeits-, Zeit- und Ausgabenplanung**

Die geplante Arbeits-, Zeit- und Ausgabenplanung kann eingehalten werden.

### *Kooperationsvereinbarungen*

Mit allen vier Kliniken wurden schriftliche Kooperationsvereinbarungen (Laufzeit bis 31.01.2010) getroffen.

### *Study Midwives*

Die Projektmitarbeiterinnen stehen in engem Kontakt mit den Study Midwives. Bei Fragen melden sich die Study Midwives per Telefon oder Email. Es finden regelmäßige Arbeitstreffen in der jeweiligen Klinik statt.

Ab August bzw. September 2009 wurden – bedingt durch den geringeren Rekrutierungsaufwand – die Arbeitszeiten der Study Midwives in allen vier Referenzkliniken auf die Hälfte reduziert.

### *Kontakt zu den Hebammen- und Ärzteteams*

Im Interesse einer guten Zusammenarbeit zwischen dem Hebammenteam und den Forschungsprojekten nehmen die Projektmitarbeiterinnen der Projekte B7, B8 und B9 regelmäßig an den stattfindenden Dienstbesprechungen der Hebammen teil. Hier bietet sich die Möglichkeit über den Stand der Forschungsprojekte zu berichten und Fragen und Unklarheiten des Hebammenteams zu klären.

### *Netzwerktreffen*

Im April 2009 fand ein Netzwerktreffen Hebammenkreißsaal in den Asklepios Kliniken Hamburg-Harburg und Hamburg-Barmbek statt.

Teilgenommen haben die leitenden Hebammen der teilnehmenden Kliniken sowie die Study Midwives. Die Chefarzte und Pflegedienstleitungen der gastgebenden Kliniken begrüßten die Teilnehmerinnen der Netzwerktreffen.

### *Verlauf der Datenerhebung*

Die Rücklaufquote des Fragebogen 1, der acht Wochen nach der Geburt an die Studienteilnehmerinnen versandt wird, beträgt zum 31.12.2009 94,2%.

Die Rücklaufquote des Fragebogen 2, der sechs Monate nach der Geburt an die Studienteilnehmerinnen versandt wird, beträgt zum 31.12.2009 91,7%.

### *Datenqualität*

Die Datenqualität des Dokumentationsbogens Geburt und der Fragebögen 1 und 2 sind gut. Fehlende Angaben in den Dokumentationsbögen wurden durch die Study Midwives in den Referenzkliniken recherchiert und nachgetragen bzw. der Projektmitarbeiterin nachgemeldet.

Traten Missings in den Fragebögen auf, wurde die entsprechende Seite des Fragebogens kopiert und der Studienteilnehmerin mit einem Begleitschreiben, einem frankierten Rückumschlag und der Bitte die fehlenden Items auszufüllen zugesandt.

### *Dateneingabe*

Die Eingabe der Daten erfolgt durch eine Medizinische Dokumentarin im Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin.

### *Übersicht Termine und Kontakte Referenzkliniken*

**Abbildung 2:** Übersicht Termine und Kontakte Referenzkliniken

	<b>Hamburg-Harburg</b>	<b>Stuttgart</b>	<b>Bremerhaven</b>	<b>Hamburg-Barmbek</b>
<b>Study Midwives</b>				
	22.01.09	12.03.09	21.01.09	17.06.2009
	Arbeitstreffen	Arbeitstreffen	Arbeitstreffen	Arbeitstreffen
<b>Teamsitzungen</b>				
	22.01.09	12.03.09	21.01.09	17.06. 2009
<b>Alle Kliniken</b>	23.-24.04.2009 Netzwerk Hebammenkreißaal in Hamburg			

### **3. Änderungen der Aussichten für die Erreichung der Ziele des Vorhabens innerhalb des angegebenen Ausgabenzeitraums gegenüber dem ursprünglichen Antrag**

Die Aussichten für die Erreichung der Ziele des Vorhabens innerhalb des angegebenen Ausgaben-/ Kostenplans haben sich beim Teilprojekt B 7 etwas verändert.

Die Rekrutierung der Studienteilnehmerinnen und die Datenerhebung verlaufen zufriedenstellend. Dennoch verschiebt sich durch verschiedene Gründe die Einhaltung des ursprünglichen Zeitplans.

Die Rekrutierung sowie Datenerhebung in den Kliniken wurde für die Studienteilnehmerinnen, die den Arztkreißsaal wählten, zum 30. Juni 2009 abgeschlossen. Die Rekrutierung und Datenerhebung für die Studienteilnehmerinnen des Hebammenkreißsaals endete am 20. Oktober 2009. Am 30. Dezember 2009 wurden die letzten Fragebögen (acht Wochen und sechs Monate nach der Geburt) versandt, so dass bis Ende Januar 2010 mit dem Eingang der ausgefüllten Fragebögen zu rechnen ist.

Durch die hohe Rücklaufquote der Fragebögen, die postpartal nach acht Wochen und sechs Monaten an die Studienteilnehmerinnen versandt werden (Rücklaufquote 94,2 % bzw. 91,7 %), ist ein hohes Datenvolumen zu bewältigen.

Eine Datenerhebung bis zum 30. Juni 2009 bzw. 20. Oktober 2009 war aber dennoch erforderlich um in beiden Gruppen (Hebammenkreißsaal sowie übliches Kreißsaalmodell) eine ähnlich große Stichprobe zu erreichen. Zu bedenken ist zudem, dass circa 45 % der Frauen während der Geburt aus dem Hebammenkreißsaal in den ärztlichen Kreißsaal weitergeleitet werden. Wäre die Stichprobe zu klein, könnten mögliche Unterschiede zwischen den Gruppen nicht dargestellt werden.

### **4. Bekannt gewordene Ergebnisse Dritter**

Es sind inzwischen keine Forschungsergebnisse von dritter Seite bekannt geworden, die für die Durchführung des Vorhabens relevant sind.

### **5. Änderungen in der Zielsetzung**

Die Zielsetzung ist nicht modifiziert worden.

### **6. Angaben zur Zusammenarbeit im Forschungsverbund und zu Synergieeffekten**

Bei der Erarbeitung und Erstellung der Instrumente, Dokumente und Forschungsunterlagen findet eine intensive Zusammenarbeit zwischen den Projekten B 7, B 8 und B 9 statt. Auch in der Betreuung der Referenzkliniken und der dort tätigen Study Midwives arbeiten die wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen der drei Projekte eng zusammen.

Im Pflegeforschungsverbund NRW finden regelmäßig Verbundsitzungen statt an denen die Projektleitung und/oder die Projektmitarbeiterin teilnehmen. Desweitere erfolgte eine Teilnahme der wissenschaftlichen Mitarbeiterin und der Projektleitung an einem aufbauenden Methodenworkshop des Pflegeforschungsverbunds NRW im Oktober 2009.

### **7. Fortschreiben des Verwertungsplans (Publikationen, andere Produkte)**

Die Verwertung läuft bisher nach Plan.

Im Kontakt mit interessierten Kliniken ist ersichtlich geworden, dass das Versorgungskonzept Hebammenkreißsaal sehr unterschiedlich ausgelegt wird. Das zeigen auch die Erfah-

rungen der leitenden Hebammen der teilnehmenden Kliniken. Um qualitätssichernde Maßnahmen für das Versorgungskonzept nachhaltig zu implementieren, wird ein „*Qualitätssiegel Hebammenkreißaal*“ angestrebt. Grundlage dessen ist die Erarbeitung von Qualitätsindikatoren und -kriterien. Bestehende und zukünftige Hebammenkreißäle hätten die Möglichkeit an einer Zertifizierung teilzunehmen und das Qualitätssiegel zu erwerben.

### *Bücher und Buchbeiträge*

- Bauer N, Sayn-Wittgenstein F zu (2009): Welche Bedeutung hat das Konzept der persönlichen Kontrolle auf das Geburtserleben von Frauen? Ergebnisse der Interventionsstudie Versorgungskonzept Hebammenkreißaal. In: DGPPF e.V. - Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Hg.): 37. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPPF e.V.), 20.-23. Februar 2008 Berlin, Tagungsband. Frankfurt/M.: Mabuse
- Bauer N, Sayn-Wittgenstein F zu (2009): Women's views on two models of intrapartum care in Germany. In: The Israel Society for Nursing Research (Hg.): International Nursing Research Conference, 30. Juni - 3. Juli 2008 in Jerusalem (Israel), Tagungsband. Registry of Nursing Research, Virginia Henderson International Nursing Library
- Bauer N, Sayn-Wittgenstein F zu (2009): „Ich fühle mich ernst genommen, mir wurden alle Fragen beantwortet...“ Sicht der Frauen auf Ihre Betreuung während der Geburt – Ergebnisse der Interventionsstudie Versorgungskonzept Hebammenkreißaal. In: Behrens J (Hg): Tagungsband Kongress „Pflegebedürftig“ in der „Gesundheitsgesellschaft“. Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften 8 (1):26-30

### *Zeitschriftenaufsätze*

- Krahl, A, Bauer, N, Sayn-Wittgenstein, F. zu (2009): Neue Pfade der Betreuung gehen. *Deutsche Hebammen Zeitschrift* 9, 10-13
- Bauer, N, Sayn-Wittgenstein, F zu (2009). Das Versorgungskonzept Hebammenkreißaal. *AKF-Info* 10/2009, 10-11

### *Wissenschaftliche Vorträge, Workshops, Posterpräsentationen*

- Bauer, N. (2009). Forschungsbasierte Hebammentätigkeit am Beispiel des Hebammenkreißaals (Vortrag) Das finale Symposium - von damals bis morgen, 25. März 2009, Schule für Hebammen Zürich
- Bauer, N. (2009). »Ich fühlte mich ernst genommen, mir wurden alle Fragen beantwortet...« Sicht der Frauen auf ihre Betreuung während der Geburt – Ergebnisse der Interventionsstudie Versorgungskonzept Hebammenkreißaal (Vortrag) Kongress »Pflegebedürftig« in der »Gesundheitsgesellschaft«, 26.-28. März 2009, Halle (Saale)
- Bauer, N. (2009). Methodische Überlegungen zur gesundheitsökonomischen Evaluation verschiedener Betreuungskonzepte in der Geburtshilfe (Vortrag). Kongress »Pflegebedürftig« in der »Gesundheitsgesellschaft«, 26.-28. März 2009, Halle (Saale)
- Sayn-Wittgenstein, F. (2009). Aktuelles zur Hebammenforschung (Vortrag). Eröffnungsveranstaltung Hebammenkreißaal Klinikum Osnabrück, 27. April 2009, Osnabrück
- Bauer, N. (2009). »Habe mich gut aufgehoben gefühlt. Meine Fragen wurden jederzeit beantwortet.« Nutzerinnenorientierung in der Geburtshilfe - Interventionsstudie Versorgungskonzept Hebammenkreißaal (Vortrag). 24. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin, 35. Jahrestagung der Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin, 7.-9. Mai 2009, Berlin
- Bauer, N. (2009). The first midwife-led unit in Germany - Outcomes of an intervention study comparing midwife-led care and obstetrician-managed care for low-risk women (Vortrag). University of Central Lancashire, School of Public Health and Clinical Sciences. Normal Labour & Birth: 4th Research Conference, 10.-12. Juni 2009, Grange-Over-Sands
- Bauer, N. (2009). Which concepts of care for childbearing women help to promote normality in birth? Aspects of the German multicentre study midwife-led care (Posterpräsentation). University of Central Lancashire, School of Public Health and Clinical Sciences. Normal Labour & Birth: 4th Research Conference, 10.-12. Juni 2009, Grange-Over-Sands

- Bauer, N.H. (2009). Outcomes of a clinical trial comparing midwife-led care and obstetrician-managed care for low-risk women in Germany (Posterpräsentation). 9th World Congress of Perinatal Medicine, 24.-28. Oktober 2009, Berlin
- Bauer, N.H. (2009). The German multicenter trial midwife-led unit (Posterpräsentation). 9th World Congress of Perinatal Medicine, 24.-28. Oktober 2009, Berlin
- Sayn-Wittgenstein, F. (2009). Hebammenforschung zum Betreuungskonzept Hebammenkreißsaal (Vortrag) Eröffnungsveranstaltung Hebammenkreißsaal Bonn an der Universitätsklinik Bonn, 4. November 2009, Bonn
- Sayn-Wittgenstein, F. (2009). Dimensions of midwife-led care in clinical settings in Germany (Vortrag). Erste Fachtagung zur internationalen Hebammenforschung "Entwicklungen in der Hebammenarbeit", 12. November 2009, Osnabrück
- Sayn-Wittgenstein, F. (2009). Midwifery care in Germany (Vortrag). Erste Fachtagung zur internationalen Hebammenforschung "Entwicklungen in der Hebammenarbeit", Post Conference Meeting, 13. November 2009, Osnabrück

### *Abstracts (angenommen)*

- Bauer, N.H. (2009). Hebammengeleitete Geburtshilfe in Deutschland - Förderung der physiologischen Geburt durch das Versorgungskonzept Hebammenkreißsaal. (Vortrag) XII. Hebammenkongress, Vorkongress/Forschungsworkshop, 9. Mai 2010 in Düsseldorf
- Bauer, N.H., Sayn-Wittgenstein, F. zu (2009). Alle ziehen am gleichen Strang. Gelungene Kooperation zwischen Hebammenforscherinnen, Study Midwives und Hebammen im Rahmen der Multicenter-Studie Versorgungskonzept Hebammenkreißsaal. (Posterpräsentation) XII. Hebammenkongress, Vorkongress/Forschungsworkshop, 9. Mai 2010 in Düsseldorf
- Bauer, N.H., Sayn-Wittgenstein, F. zu (2009). Multicenter-Studie Versorgungskonzept Hebammenkreißsaal - Ergebnisse zum mütterlichen und kindlichen Outcome in zwei Kreißsaalmodellen. (Vortrag) XII. Hebammenkongress "Gemeinsam Brücken bauen - professionell und partnerschaftlich", 10.-12. Mai 2010 in Düsseldorf
- Bauer, N.H., Sayn-Wittgenstein, F. zu (2009). Multicenter-Studie Versorgungskonzept Hebammenkreißsaal - Geburtserleben von Frauen in zwei verschiedenen Kreißsaalmodellen in Deutschland. Befragung acht Wochen und sechs Monate nach der Geburt. (Vortrag) XII. Hebammenkongress "Gemeinsam Brücken bauen - professionell und partnerschaftlich", 10.-12. Mai 2010 in Düsseldorf
- Sayn-Wittgenstein, F.M., Bauer, N.H. (2010). The German Multicenter Study Midwife-led Care. (Vortrag oder Posterpräsentation) XXII. European Congress Perinatal Medicine, 26.-29. Mai 2010 in Granada, Spanien
- Sayn-Wittgenstein, F.M., Bauer, N.H. (2010). Women's view on intrapartum care in two different models of care in Germany – The German Multicenter Study Midwife-led Care. (Vortrag oder Posterpräsentation) XXII. European Congress Perinatal Medicine, 26.-29. Mai 2010 in Granada, Spanien

### *Peer reviewed Abstracts*

- Bauer, N, Sayn-Wittgenstein, F zu (2009). „Habe mich gut aufgehoben gefühlt. Meine Fragen wurden jederzeit beantwortet.“ Nutzerinnenorientierung in der Geburtshilfe - Interventionsstudie Versorgungskonzept Hebammenkreißsaal. *Zeitschrift für Geburtshilfe & Neonatologie* 213 (S1): S8
- Bauer, N, Sayn-Wittgenstein, F zu (2009). The first midwife-led unit in Germany - Outcomes of an intervention study comparing midwife-led care and obstetrician-managed care for low-risk women. University of Central Lancashire, School of Public Health and Clinical Sciences, The ReaCH Group. Normal Labour & Birth: 4<sup>th</sup> Research Conference. Collated Abstracts: 16-17
- Bauer, N, Sayn-Wittgenstein, F zu (2009). Which concepts of care for childbearing women help to promote normality in birth? Aspects of the German multicentre study midwife-led care. University of Central Lancashire, School of Public Health and Clinical Sciences, The ReaCH Group. Normal Labour & Birth: 4<sup>th</sup> Research Conference. Collated Abstracts: 17-19
- Bauer, N H (2009). Outcomes of a clinical trial comparing midwife-led care and obstetrician-managed care for low-risk women in Germany. *Journal of Perinatal Medicine*. 9<sup>th</sup> World Congress of Perinatal Medicine, October, 24-28, 2009. Berlin, Germany: 715

Bauer, N H, Sayn-Wittgenstein, F zu (2009). The German multicenter trial midwife-led unit. *Journal of Perinatal Medicine*. 9<sup>th</sup> World Congress of Perinatal Medicine, October, 24-28, 2009. Berlin, Germany: 714

### *Artikel über den Verbund Hebammenforschung*

Borchert, P. (2008): Die Hebammenausbildung in Europa. *HEBAMMENinfo* 3: 41-43

Drexelius, N. (2008): Eine Sahnestück auf dem Teller. Erster Präsenzstudiengang. *Hebammenforum* 11: 897-899

Eckhorst, K. (2008): Ein Handwerk wird akademisch. *die tageszeitung* 1./2.11.2008: 29

Fachhochschule Osnabrück (2008): Hebammenwesen studieren. *Deutsche Hebammen Zeitschrift* 11: 41

Hotz, S. (2008): Heimliche Herrscher, Leistungsprämien, Qualifikationen und originäre Hebammenarbeit. Bericht der Tagesveranstaltung für leitende Hebammen, Pflegedienstleitungen und angestellte Hebammen am 29.9.2008 in Kassel. *Hebammenforum* 11: 933

Just, S. (2008): Neujahrs Symposium im Zeichen des „Notfallmanagements“. *Deutsche Hebammen Zeitschrift* 4: 72-74

Neue Osnabrücker Zeitung (2008): Hebammen im Hörsaal. Geburtshilfe als neuer Studiengang an der Fachhochschule. *Osnabrücker Zeitung (OZ)* 25.11.2008: 14

Ott-Gmelch, J. (2008): „Zwischen Tradition und Moderne“ – Psychosomatische Frauenheilkunde im 21. Jahrhundert. *HEBAMMENinfo* 3: 28-32

Rakos, L. (2008): Hebammen, von Anfang an. *Österreichische Hebammenzeitung* 2: 7-9

Weichs, B. (2008): Klinikgeburt ohne Arzt. *BABY und Familie* 7: 48-51

### *Qualifikationsarbeiten*

Frau Nicola Bauer, wissenschaftliche Mitarbeiterin, wird voraussichtlich im März 2010 ihre Promotion mit dem Titel „*Das Versorgungskonzept Hebammenkreißsaal und seine möglichen Auswirkungen auf Gesundheit und Wohlbefinden von Mutter und Kind*“ einreichen.

## Projekt B8

---

### Management des physiologischen Geburtsverlaufes im Hebammenkreißsaal<sup>14</sup>

Zuwendungsempfänger:	Stiftung Fachhochschule Osnabrück
Projektleitung:	Prof. Dr. Friederike zu Sayn-Wittgenstein
Projektmitarbeiter:	Astrid Krahl, Dipl. Pfl egewirtin (FH)
Projektkoordination:	Claudia Igney, M.A.
Förderkennziffer:	01GT0616
Berichtszeitraum:	01.01.2009 bis 31.12.2009
Laufzeit:	01.02.2007 bis 31.01.2010 (36 Monate)

---

### Zusammenfassung

In der Studie wird untersucht, ob der Einsatz einer spezifischen handlungsorientierenden Dokumentation einen Unterschied oder eine Veränderung im Handeln der Hebammen im Hebammenkreißsaal bewirkt. Der Fokus liegt auf der Förderung eines abwartenden Verhaltens auf Seiten der Hebamme sowie darin, sie in der Anwendung von nichtmedizinischen Maßnahmen zur Unterstützung der Geburt zu fördern. Zudem sollen eine evidenzbasierte, umfassende Beratung der werdenden Eltern sowie die Selbstbestimmung der Frau im Geburtsprozess gefördert werden. Mögliche Effekte durch die Einführung des Instrumentes werden anhand einer Analyse bestimmter Daten bezüglich der Weiterleitungsrate und -gründe sowie der Anzahl durchgeführter medizinischer Interventionen der Referenzklinik und einer vergleichbaren Kontroll-Einrichtung untersucht.

Der Arbeitsplan in 2009 konnte nur teilweise eingehalten werden. Insbesondere Geburtsanmeldungen für den Hebammenkreißsaal fielen geringer als geplant aus, so dass eine Verlängerung des Zeitraums zur Datenaufnahme notwendig wurde. Da weitere Daten für die Analyse zum Teil den Erhebungsinstrumenten des Projektes B7 entnommen werden erfolgte eine gemeinsame Planung der Verlängerung der Datenaufnahme. Die letzten dokumentierten Geburten fanden am 20. Oktober 2009 statt.

### 1. Wichtigste wissenschaftliche Ergebnisse

Für die Auswertung werden zusätzlich zu den erfassten 135 Datensätzen - mit dem Interventionsinstrument HoDo dokumentierte Geburten - auch die im Projekt B7 mit dem Erhebungsinstrument „Dokumentation der Geburt“ erhobenen Daten zur Geburt der Studienteilnehmerin benötigt. Für den Zeitrahmen des Zwischenberichtes ist die Datenerhebung und -erfassung von Projekt B7 noch nicht abgeschlossen. Deshalb können noch keine Ergebnisse in Bezug auf die Forschungsfragen dargestellt werden.

#### Teilnehmende Kliniken

- Interventionsklinik: Asklepios Klinik Hamburg-Harburg (Chefarzt Dr. V. Maaßen, leitende Hebammen Frau R. Meyer, und Frau T. von See (seit 11/2008), Study Midwives Frau K. Noack und Frau A. Olshausen (seit 09/2008))

---

<sup>14</sup> Dieser Zwischenbericht bezieht sich auf das Teilprojekt B8 Management der normalen Geburt im Hebammenkreißsaal. Insgesamt werden drei Projekte der Fachhochschule Osnabrück unter der Leitung von Prof. Dr. Friederike zu Sayn-Wittgenstein (Projektleitung B7, B8) und Prof. Dr. Manfred Haubrock (Projektleitung B9) innerhalb des Pflegeforschungsverbund NRW gefördert.

- Kontrollklinik: Klinikum Bremerhaven Reinkenheide (Chefarzt Prof. Dr. W. Friedmann, leitende Hebammen Frau A. Chamiec und Frau A. Benecke, Study Midwife Frau A. Dibbern)

1. Die Datenaufnahme wurde am 20.10.2009 beendet. Bis zu diesem Zeitpunkt haben 138 Studienteilnehmerinnen die Geburt im Hebammenkreißsaal begonnen. In 135 Fällen wurde die Aufnahme und die Betreuung während der Latenzphase auf dem Interventionsinstrument HoDo dokumentiert. In acht Fällen wurde sie von der betreuenden Hebamme vergessen oder aus zeitlichen Gründen (Aufnahme mit Presswehen) nicht ausgefüllt. Qualität und Vollständigkeit der Dokumentationen variieren stark, so dass eine separate qualitative und quantitative Dokumentenanalyse sinnvoll wird.

2. Die Entwicklung des Instrumentes Handlungsorientierende Dokumentation diene dem Zweck Frauen, die während der Latenzphase der Geburt oder die mit vorzeitigem Blasensprung stationär aufgenommen werden, an ihren Bedürfnissen orientiert zu betreuen. Die vorläufige Auswertung der Dokumentenanalyse weist darauf hin, dass rund 54% der Frauen während der Latenzperiode oder vorzeitigem Blasensprung zur Aufnahme kommen.

3. Am 22. Januar 2009 wurden drei neue Teamkolleginnen in der Anwendung des HoDo geschult. Seit Bestehen des Hebammenkreißsaals in 2003 war das Hebammenteam bis auf einen Wechsel personell stabil. Die Veränderung in der Zusammensetzung des Teams birgt für die Überprüfung der Auswirkungen des Instrumenteneinsatzes verschiedenen Schwierigkeiten. Zum einen sind in ein Team von durchgängig langjährig berufserfahrenen Hebammen junge Hebammen mit einer Berufserfahrung von 2 bis 6 Jahren hinzugekommen. Neben den Unterschieden in der Berufserfahrung haben die jungen Kolleginnen sich noch nicht in die klinikübliche Routine eingearbeitet und müssen ihren Betreuungsstil in diesem Rahmen erst finden. Eine entsprechende Veränderung hat es in der Kontrollklinik nicht gegeben. Dieses Team weist eine personelle Konstanz über den gesamten Forschungszeitraum auf. Diese klinischen Veränderungen machen es aus unserer Sicht notwendig, neben der Beantwortung der ursprünglichen Forschungsfragen zudem eine qualitative als auch quantitative Dokumentenanalyse durchzuführen, um mehr über die Betreuungsarbeit in der Latenzphase und bei vorz. Blasensprung zu erfahren (siehe auch Punkt 2 zur Vollständigkeit und Qualität der Dokumentation).

Zudem wurde auf der Teamsitzung am 22.01.2009 ein Sachstand zum Projekt vorgestellt und dem Team ein Feed-back gegeben. Einige Hebammen äußerten großen Unmut über die hohe zeitliche Belastung durch die Dokumentation für die drei Projekte. Erschwerend kommt hinzu, dass mit Beginn 2009 die Hebammen im Rotationssystem auf der Wochenbettstation eingesetzt werden. In den letzten 11 Monaten haben durchschnittlich 6 Studienteilnehmerinnen pro Monat die Geburt im Hebammenkreißsaal begonnen. Die einzelne Hebamme hatte immer weniger häufig die Chance Geburten mit der HoDo zu dokumentieren und sich an die neue Dokumentationsstruktur zu gewöhnen. Es wurde ausgiebig und konstruktiv über die Belastungen, aber auch das Potential einer veränderten Betreuungsdokumentation diskutiert. Am Ende der Teamsitzung waren sich alle Hebammen einig, sich weiterhin in die neue Struktur der Dokumentation (HoDo) hineinzuarbeiten.

4. Laufende Literaturrecherche insbesondere für die Bereiche Latenzphase der Geburt, Qualitätssicherung durch Dokumentation. Die Recherche ist als laufender Prozess durch die Verwendung der Datenbank Bibliographix für alle Projekte im Verbund Hebammenforschung systematisiert.

5. 23.-24.04.2009 Vorbereitung und Durchführung des Netzwerktreffens Hebammenkreißsaal in Hamburg. Das Treffen fand am ersten Tag in der Asklepios Klinik Hamburg Harburg statt. Der zweite Tag wurde in der Asklepios Klinik Hamburg Barmbek durchgeführt.

6. Inanspruchnahme zwei weiterer Methodenberatungen bei Frau Dr. Berger vom Pflegeforschungsverbund NRW an der Uni Bielefeld am 15.05.2009 und am 10.12.2009. Besprochen wurden Verfahren zur Prüfung der Vergleichbarkeit der Einrichtungen, zur Berechnung des Weiterleitungsniveaus und Möglichkeiten der Hypothesentestung.
7. Vorbereitung und Durchführung der Ersten internationalen Fachtagung zur Hebammenwissenschaft in Osnabrück am 12.11.2009. Es wurden fünf Referentinnen aus fünf Ländern eingeladen ihre Forschung zu hebammengeleiteter Geburtshilfe vorzustellen. Zudem hat die Projektleiterin Prof. Dr. Friederike zu Sayn-Wittgenstein einen Vortrag zu den laufenden und abgeschlossenen Projekten des Verbund Hebammenforschung aus der BMBF-Förderung gehalten. Insgesamt konnten 200 Teilnehmerinnen aus neun Nationen zu der englischsprachigen Veranstaltung begrüßt werden.
8. Vorbereitung und Durchführung eines *post conference meetings* im Anschluss an die Fachtagung am 13.11.2009. Eingeladen wurden 20 in der Hebammenwissenschaft tätige Frauen aus Österreich, der Schweiz, den Niederlanden und Deutschland. Zudem haben die fünf Referentinnen der Fachtagung, die aus Irland, Großbritannien, Dänemark, Schweden und den USA kamen, teilgenommen.
9. Teilnahme der wissenschaftlichen Mitarbeiterin und der Projektleitung an einem aufbauenden Methodenworkshop vom Pflegeforschungsverbund NRW im Oktober 2009.
10. Durchführen von Expertinnengesprächen in kleinen Gruppen. Es wurden 2 Expertinnengespräche mit Hebammen der Asklepios Klinik Hamburg Harburg durchgeführt. Ziel der Gespräche war die Erfahrungen der Hebammen im Umgang mit der handlungsorientierenden Dokumentation aufzunehmen. Die Gespräche konzentrierten sich zudem darauf Änderungsvorschläge für eine Modifizierung der Dokumentation aufzunehmen.
11. Öffentlichkeitsarbeit und Theorie-Praxis-Transfer entspricht den Angaben im Zwischenbericht des Projektes B7 Multicenter Studie.

## **2. Vergleich des Stands des Vorhabens mit der ursprünglichen Arbeits-, Zeit- und Ausgabenplanung**

Die geplante Arbeits- und Ausgabenplanung konnte eingehalten werden.

Zur Zeitplanung:

Der Beginn der Datenaufnahme hatte sich bereits zu Beginn 2008 um insgesamt zwei Monate verzögert und begann am 15.02.2008 (siehe Zwischenbericht 2008).

Im Verlauf der Jahre 2008 und 2009 konnten aus verschiedenen Gründen nicht annähernd die geplanten Fallzahlen erreicht werden. Um die berechnete Stichprobe von 133 zu erlangen wurde eine Datenaufnahme bis einschließlich Oktober 2009 nötig. Diese Verlängerung der Datenaufnahme für Frauen im Modell Hebammenkreißsaal wurde für alle drei Projekte durchgeführt. Sinnvoll war diese Maßnahme auch für die anderen Projekte wegen der hohen Weiterleitungsraten und die damit verhältnismäßig kleine Gruppe „Geburt im Hebammenkreißsaal“. Die leitenden Hebammen, die Study-Midwives und das Team wurden auf eine Verlängerung der Datenaufnahme vorbereitet und die entsprechende Umsetzung ist problemlos abgelaufen.

Die Datenerhebung in der Kontrollklinik gestaltete sich ähnlich schwer. Auch in dieser Klinik sind die Anmeldezahlen für den Hebammenkreißsaal im Jahr 2008 und 2009 rückläufig gewesen. Bis zum Ende der Datenaufnahme konnten nur 91 Datensätze erhoben werden.

Die Daten aus den Erhebungsinstrumenten wurden von medizinischen Dokumentarinnen des BIBS eingegeben und werden zurzeit Plausibilitätsprüfungen unterzogen.

### **3. Änderungen der Aussichten für die Erreichung der Ziele des Vorhabens innerhalb des angegebenen Ausgabenzeitraums gegenüber dem ursprünglichen Antrag**

Bislang keine.

### **4. Bekannt gewordene Ergebnisse Dritter**

Keine.

### **5. Änderungen in der Zielsetzung**

Keine Veränderung in der Zielrichtung.

### **6. Angaben zur Zusammenarbeit im Forschungsverbund und zu Synergieeffekten**

Die Projekte B7 und B9 weisen an verschiedenen Punkten enge Verflechtungen auf. Bestimmte Daten zur Weiterleitung in den üblichen Kreißaal und zum Einsatz medizinischen Interventionen während der Geburt werden zusammen mit Projekt B7 durch den gemeinsamen Bogen zur Dokumentation der Geburt gewonnen. Für das Projekt B8 werden ausschließlich die entsprechenden Daten aus der Referenz- und der Kontrollklinik benötigt.

Auch in der Betreuung der Referenzkliniken und der dort tätigen Study-Midwives arbeiten die wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen der drei Projekte eng zusammen.

Für die Kontroll- und Interventionsklinik bedeutet die Verlängerung des Erhebungszeitraumes, weiterhin Frauen - die ihr Kind im Hebammenkreißaal gebären möchten - für die Studie zu rekrutieren und die HoDo's sowie die Dokumentationsbögen der Projekte B7 und B9 auszufüllen.

### **7. Fortschreiten des Verwertungsplans**

Die Datenaufnahme in der Interventions- und Kontrollklinik wurde bis zum 20.11.2009 verlängert, um auf die errechnete Stichprobengröße zu kommen. Die errechnete Stichprobe von 133 wurde in der Interventionsklinik fast erreicht (138 Geburten mit 130 ausgefüllten HoDo).

## **Publikationen**

### *Bücher und Buchbeiträge*

Krahl A, Sayn-Wittgenstein F zu (2009): Management der normalen Geburt im Hebammenkreißaal. In: Behrens J (Hg): Tagungsband Kongress „Pflegebedürftig“ in der „Gesundheitsgesellschaft“. Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften 8 (1):297-301

### *Zeitschriftenaufsätze*

Krahl A, Sayn-Wittgenstein F zu (2009): Midwifery orientating documentation tool to guide the care of women during early labor period. *Journal of Perinatal Medicine*, Abstract. 9<sup>th</sup> World Congress of Perinatal Medicine, October 24.-28. October 2009, Berlin, Germany. 712

- Krahl A, Bauer, N, Sayn-Wittgenstein, F. zu (2009): Neue Pfade der Betreuung gehen. *Deutsche Hebammen Zeitschrift* 9, 10-13
- Krahl A, Sayn-Wittgenstein F zu (2009): Structured Documentation to Guide Midwifery Practice. Normal Labour and Birth: 4th Research Conference *Normalising Childbirth through Authentic Collaboration*, Grange Over Sands, Cumbria, UK. 10.-12.06.2009, Collated Abstracts, 58-59
- Krahl A, Sayn-Wittgenstein F zu (2009): Interventionsstudie zur Betreuung von Gebärenden in der Latenzphase im Hebammenkreißsaal. *Zeitschrift für Geburtshilfe & Neonatologie* 213 (S1), S56
- Sayn-Wittgenstein F zu (2009): Geburtshilfe neu denken. *AKF Info* Oktober, 9-10



## Projekt B9

---

### **Kosten/Nutzen- und Kosten/Wirksamkeitsanalysen verschiedener Versorgungsangebote in der Geburtshilfe**

Zuwendungsempfänger:	Stiftung Fachhochschule Osnabrück
Projektleitung:	Prof. Dr. Manfred Haubrock
Projektdurchführung:	Nina Knape, Dipl. Kauffrau (FH) Rainhild Schäfers, Dipl. Pflégewirtin (FH) (ab 10/08)
Projektkoordination:	Claudia Igney, M.A.
Förderkennziffer:	01GT0616
Berichtszeitraum:	01.01.2009 bis 31.12.2009
Laufzeit:	01.02.2007 bis 31.01.2010 (36 Monate)

---

### **Zusammenfassung**

Mit diesem Forschungsprojekt wird in Deutschland erstmalig eine Studie für die ökonomische Evaluation klinischer, geburtshilflicher Versorgung durchgeführt. Es handelt sich um eine prospektive multizentrische Kontrollstudie. Mit Hilfe der ökonomischen Evaluationsverfahren Kosten-Nutzen-Analyse (KNA) und Kosten-Wirksamkeits-Analyse (KWA) werden die beiden Kreißsaalmodelle Hebammenkreißsaal und üblicher Kreißsaal bewertet. Ziel ist es, die Versorgungsvariante der Geburtsbetreuung für gesunde Schwangere bzw. Gebärende zu identifizieren, welche bei gleicher Kostenlage eine höhere Qualität oder bei gleicher Qualität niedrigere Kosten aufweist.

Die Erfassung der Wirksamkeits-Indikatoren erfolgt als „piggy-back-design“ aus dem Datensatz des Parallelprojekts *Multicenter-Studie* (B7); ausgewählte Daten wurden in der ökonomischen Evaluation berücksichtigt und darüber hinaus eigene, spezifische Daten der Gesundheitsökonomie erhoben.

Der Nutzen wurde über das Einsparungspotential im Alternativenvergleich und über die monetär ausgedrückte Präferenzstärke, mittels eines Willingness-to-pay Fragebogens (WTP) an die Nutzerinnen vor und nach der Geburt definiert.

Zielsetzung der Studie ist es die Effizienz der Versorgungskonzepte aus unterschiedlichen Perspektiven – der gesellschaftlichen Perspektive, der Leistungserbringer und der Kostenträgerperspektive – zu ermitteln und zu diskutieren.

Die Rekrutierung der Studienteilnehmerinnen verlief bezüglich der gemeinsamen Instrumente (entsprechend dem piggy-back-Design) identisch zum Projekt B7 Multicenter-Studie. Abweichend zu dem Projekt B7 wurde bereits in der Schwangerschaft der WTP-Fragebogen als erstes Erhebungsinstrument zur Messung der Zahlungsbereitschaft eingesetzt.

Die Datenerhebung in den Kliniken wurde in der Gruppe ‚Arztkreißsaal‘ planmäßig zum 30.06.2009 abgeschlossen. Die Rekrutierung und Datenerhebung in der Gruppe ‚Hebammenkreißsaal‘ wurde bis zum 20. Oktober 2009 verlängert. Um in beiden Gruppen (Hebammenkreißsaal sowie übliches Kreißsaalmodell) eine ähnlich große Stichprobe zu erreichen war ein verlängerter Zeitraum der Datenerhebung erforderlich. Dadurch können mögliche Unterschiede zwischen den Gruppen in der statistischen Auswertung dargestellt werden. Die Stichprobe wurde aus diesen methodischen Gründen von 750 auf 1.239 Studienteilnehmerinnen ausgeweitet. Dies hatte auch eine erhebliche Ausdehnung des Datenvolu-

mens für die spezifischen gesundheitsökonomischen Instrumente wie den Willingness-to-pay Fragebogen in der Schwangerschaft und den Zeiterfassungsbogen für die Personalkosten im Kreißaal zur Folge.

## 1. Wichtigste wissenschaftliche Ergebnisse

Zum Zeitpunkt der Berichterstellung ist die Datenerhebung nicht abgeschlossen, deshalb können keine Ergebnisse in Bezug auf die Forschungsfragen dargestellt werden.

Insgesamt lagen zum Ende des Berichtsjahres 1.238 vollständige Geburtsdokumentationen vor.

666 Frauen wurden zu Geburtsbeginn im Hebammenkreißaal aufgenommen, 572 Frauen im Arztkreißaal. Während der Geburt wurden 298 Studienteilnehmerinnen (44,7%) vom Hebammenkreißaal in den üblichen Kreißaal weitergeleitet.

### *Teilnehmende Kliniken*

Vgl. B7

### *Erhebungsinstrumente*

Im Projekt wurden zu vier Zeitpunkten Daten mit fünf unterschiedlichen Datenerhebungsinstrumenten erhoben. Zudem wurden Kosten- und Leistungsdaten aus den Controllingabteilungen der Referenzeinrichtungen bezogen.

### *Fragebogen „Wahlmöglichkeiten in der klinischen Geburtshilfe“ (t<sub>1</sub>)*

In den beteiligten Kliniken verteilen die Study Midwives den Willingness-to-pay-Fragebogen (angelehnt an Donaldson & Hundley 1998) in der Anmeldesprechstunde sowie zur Akupunktursprechstunde an die schwangeren Teilnehmerinnen. Die Studienteilnehmerinnen haben die Möglichkeit, die Fragen direkt zu beantworten und den Fragebogen in einem Umschlag an die Forschungshebammen zurückzugeben oder den Bogen in einem frankierten Rückumschlag an die Study Midwives zurückzuschicken.

Den Willingness-to-pay Fragebogen erhielten alle Schwangeren, die sich zur Teilnahme an der Studie bereit erklärt hatten (n=1.763). Die Drop-out-Rate betrug nahezu 34 Prozent. So nahmen insgesamt 1.164 Frauen an der Befragung teil (66,0%). Letztendlich können nach weiteren Plausibilitätsprüfungen die Antworten von 996 Frauen in die Berechnungen in Bezug auf den monetär ausgedrückten Nutzen einbezogen werden.

### *Dokumentation der Geburt (t<sub>2a</sub>)*

Während und nach der Geburt dokumentiert die betreuende Hebamme die Geburt der Studienteilnehmerin. Vor dem Hintergrund der dokumentierten Geburtsverläufe können Kostenvariablen für den Ressourcenverbrauch bzw. die möglichen geburtshilflichen Interventionen berechnet werden.

### *Zeiterfassungsbogen (t<sub>2b</sub>)*

Ab dem Zeitpunkt der Aufnahme im Kreißaal dokumentieren die betreuenden Hebammen, Hebammenschülerinnen und Ärzte ihren erbrachten Zeitaufwand für die Geburt in dem jeweiligen Kreißaalmodell. Auch wird ihre Dienstbelastung erfragt, um die erbrach-

ten Zeiten im Gesamtzusammenhang mit den Belastungen des Dienstes analysieren zu können.

Der Erfassungsbogen dient einer partiellen Prozesskostenrechnung. Die Personalbindung für die an der Studie teilnehmenden Gebärenden wird auf diese Weise evaluiert und kostenrechnerisch dieser Geburt zugeordnet.

*Fragebogen 1 „Hebammengeburtshilfe in der Klinik“, Befragung der Studienteilnehmerinnen acht bis zwölf Wochen nach der Geburt (t<sub>3</sub>)*

Der Fragebogen wurde acht bis zwölf Wochen nach der Geburt den Studienteilnehmerinnen postalisch zugeschickt. Beigelegt wurden ein Anschreiben sowie ein frankierter und adressierter Rückumschlag.

Für den gesundheitsökonomischen Bereich sind insbesondere die Fragestellungen zur Gesundheitsbezogenen Lebensqualität (HRQoL) relevant. Daher wurden der SF-36 und der EQ-5D (Euroqol-Gruppe) eingesetzt. Der EQ-5D als auch die Abwandlung des SF-36, der SF-6D (Brazier et al. 1998), sind Indexinstrumente. Dies bedeutet, dass den unterschiedlichen Gesundheitszuständen Indexwerte hinterlegt werden, um Kosten pro Indexwert berechnen zu können. Mittels dieses Verfahrens werden sog. QALYs (Konzept der qualitätsadjustierten Lebensjahre) gebildet, welche in einer Kosten-Nutzwert-Analyse ihre Verwendung finden könnten und die Kosten im Verhältnis der Nutzwerte abbilden. Aufgrund des fehlenden langfristigen Zeithorizonts wird auf eine Ermittlung der QALYs verzichtet, da dies nur im Rahmen einer Datenmodellierung möglich wäre. Dies wäre ein unangemessener Forschungsaufwand, der im Rahmen der aufgestellten Hypothesen nicht nötig erscheint.

Die “Edinburgh Postnatal Depression Scale” (Dennis & Janssen 2004, Bergant & Tran 2000, Green 1998, Cox et al. 1987) wurde als spezifisches Instrument eingesetzt, um das psychische Wohlbefinden post partum der Frau bewerten zu können. Die Ergebnisse der Scale gehen als Wirksamkeitsindikatoren in die gesundheitsökonomische Forschung ein. Weitere Wirksamkeitsindikatoren sind: die Erhebung einer eventuell bestehenden Stuhl- und Harnkontinenz, das Geburtserleben der Frau sowie das erste Anlegen des Kindes nach der Geburt.

Die Zahlungsbereitschaft der Studienteilnehmerinnen wurde nach der Geburtserfahrung erneut erfragt, um mögliche Unterschiede in der Nutzenbewertung vor und nach der Geburt aufdecken zu können.

*Fragebogen 2 „Hebammengeburtshilfe in der Klinik“, Befragung der Studienteilnehmerinnen sechs Monate nach der Geburt (t<sub>4</sub>)*

Der Fragebogen wurde sechs Monate nach der Geburt den Studienteilnehmerinnen postalisch zugeschickt. Beigelegt war ein Anschreiben, ein frankierter und adressierter Rückumschlag sowie ein Formular zur Erstattung der Aufwandsentschädigung für die Beantwortung der beiden Fragebögen in Höhe von 10 €.

Die Entwicklung des Fragebogens „Hebammengeburtshilfe in der Klinik“ erfolgte in enger Anstimmung mit dem Projekt B7.

Einige der Fragen und Instrumente aus dem Fragebogen 1 wurden übernommen, um die Antworten zu zwei bzw. drei verschiedenen Zeitpunkten miteinander vergleichen zu können.

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wurde im Fragebogen 2 mit den gleichen Instrumenten aus dem Fragebogen 1 wiederholt abgefragt.

Vor dem Hintergrund der möglicherweise veränderten Bewertung der Geburtserfahrung durch die Studienteilnehmerin sechs Monate post partum, wird der Willingness-to-pay-Fragebogen wiederholt eingesetzt.

Die Erhebung der soziodemografischen und -ökonomischen Daten erfolgt in Anlehnung an etablierte Abfragen in sozialwissenschaftlichen Studien analog zum Fragebogen ein sowie zu dem Fragebogen „Wahlmöglichkeiten in der klinischen Geburtshilfe“.

### *Öffentlichkeitsarbeit*

Vorbereitung und Durchführung der „Ersten internationalen Fachtagung zur Hebammenwissenschaft“ in Osnabrück am 12.11.2009. Es wurden fünf Referentinnen aus fünf Ländern eingeladen, ihre Forschung zu hebammengeleiteter Geburtshilfe vorzustellen. Zudem hat die Projektleiterin Prof. Dr. Friederike zu Sayn-Wittgenstein einen Vortrag zu den laufenden und abgeschlossenen Projekten des Verbunds Hebammenforschung aus der BMBF-Förderung gehalten. Insgesamt konnten 200 Teilnehmerinnen zu der englischsprachigen Veranstaltung begrüßt werden.

Vorbereitung und Durchführung eines post conference meetings im Anschluss an die Fachtagung am 13.11.2009. Eingeladen wurden 20 in der Hebammenwissenschaft tätige Frauen aus Österreich, der Schweiz, den Niederlanden und Deutschland. Zudem haben die fünf Referentinnen der Fachtagung, die aus Irland, Großbritannien, Dänemark, Schweden und den USA kamen, teilgenommen.

### *Theorie-Praxis-Transfer*

Vgl. B7

## **2. Vergleich des Stands des Vorhabens mit der ursprünglichen Arbeits-, Zeit- und Ausgabenplanung**

Die Ausgabenvolumina entsprechen der Planung.

### *Kooperationsvereinbarungen*

Vgl. B7

### *Study Midwives*

Vgl. B7

### *Kontakt zu den Hebammen- und Ärzteteams*

Vgl. B7

### *Netzwerktreffen*

Im April 2009 fand ein Netzwerktreffen Hebammenkreißaal im Klinikum Asklepios Hamburg-Harburg sowie Asklepios Hamburg-Barmbek an zwei aufeinander folgenden Tagen statt. Das letzte Netzwerktreffen ist im April 2010 in Osnabrück geplant.

Teilgenommen haben die leitenden Hebammen der teilnehmenden Kliniken sowie die Study Midwives. Die Pflegedienstleitungen und kaufmännische sowie ärztliche Direktoren der gastgebenden Kliniken begrüßten die Teilnehmerinnen der Netzwerktreffen.

#### *Datenerhebungsinstrument ‚Fragebogen 2‘ und Pretest*

Vgl. B7

#### *Dateneingabe*

Die Eingabe der Daten erfolgt seit November 2008 durch eine Medizinische Dokumentarin im Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin.

#### *Übersicht Termine und Kontakte Referenzkliniken*

Vgl. B7

#### *Methodenberatung*

Die Methodenberatung durch Prof. Greiner, bzw. seinen wissenschaftlichen Mitarbeiter Andrej Rasch wurde durch mehrere Arbeitstreffen sowie Telefonkontakte intensiviert. Am Ende des Berichtsjahres ergab sich ein personeller Wechsel in Bielefeld, der unsere Methodenberatung tangierte. Andrej Rasch wechselte von der Universität Bielefeld zu einem neuen Arbeitgeber. Sein Nachfolger David Bowles übernahm als wissenschaftlicher Mitarbeiter von Prof. Greiner die weitere Projektbetreuung.

Darüber hinaus wurden in mehreren Treffen mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Bremer Instituts für Präventionsmedizin und Sozialforschung (BIPS) in Bremen das methodische Vorgehen in der Datenaufbereitung und Hypothesenprüfung vereinbart.

### **3. Änderungen der Aussichten für die Erreichung der Ziele des Vorhabens innerhalb des angegebenen Ausgabenzeitraums gegenüber dem ursprünglichen Antrag**

#### *Rekrutierung und allgemeine Datenerhebung*

Um in beiden Gruppen (Hebammenkreißaal sowie übliches Kreißaalmodell) eine ähnlich große Stichprobe zu erreichen, wurde ein verlängerter Zeitraum der Datenerhebung erforderlich. Die Datenerhebung im üblichen Kreißaalmodell endete planmäßig zum 30. Juni 2009. Die Datenerhebung im Hebammenkreißaal wurde bis zum 20. Oktober 2009 verlängert. Dadurch können mögliche Unterschiede zwischen den Gruppen in der statistischen Auswertung besser dargestellt werden. Die Stichprobe wurde aus diesen methodischen Gründen von 750 auf über 1.238 Studienteilnehmerinnen ausgeweitet.

Für die Dateneingabe, die Auswertung der Daten sowie die Ergebnisverwertung ergaben sich die nachfolgend dargestellten Herausforderungen.

#### *Willingness-to-pay*

In ersten Auswertungen der quantitativen Daten des Willingness-to-pay Fragebogens zeigte sich die Notwendigkeit, die qualitativen Aussagen der Frauen zur Modellwahl nach Themen kategorisieren zu müssen, um die abhängigen Variablen für die Präferenzen der

Frauen eindeutig identifizieren zu können. Die Auswertung dieser Daten lässt sich voraussichtlich erst ab Mitte/Ende März 2010 ausführen.

### *Zeiterfassung*

Die Vorbereitung der Datenverarbeitung des Zeiterfassungsbogens bedurfte einer umfangreichen Programmierung, da für die Kostenkalkulation der Personalkosten weit reichende Aspekte wie die unterschiedlichen Personalarten, Hierarchien im Ärztebereich, verschiedene Tätigkeitsprofile und unterschiedliche Personalkosten der einzelnen Forschungseinrichtungen berücksichtigt werden mussten. Zudem war es erforderlich, die entstandenen Personalkosten auch zeitlich dem Geburtsprozess zuordnen zu können. Die Datenaufbereitung auf Basis dieses komplexen Instrumentes war mit einem erheblichen Zeitaufwand verbunden. Die vorhandenen Personalkapazitäten sowie die Erweiterung der Stichprobe von 750 auf 1.238 Studienteilnehmerinnen stellten in diesem Zusammenhang besondere Herausforderungen dar. Nach methodischer Beratung durch das Bremer Institut für Prävention und Sozialmedizin (BIPS) wurde ein Eingabeverfahren entwickelt, welches den Aufwand der medizinischen Dokumentare in Bremen reduzierte, gleichwohl jedoch personelle Kapazitäten der wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen im Projekt bündelte, um die Daten für die weitere Verwendung aufzubereiten.

### *Erhebung der Kostendaten*

Wie bereits im Zwischenbericht 2008 ausgeführt, konnte die Erhebung der Controllingdaten im Jahr 2008 nur bedingt ausgeführt werden, da die verantwortliche wissenschaftliche Mitarbeiterin ihr Stellenvolumen von 100 auf 50% reduzierte und die Nachbesetzung der Stelle erst zu einem wesentlich späteren Zeitpunkt möglich wurde. Auch wenn nach der Besetzung der 50% Stelle der wissenschaftlichen Mitarbeiterin, die Datenerhebung in den Forschungseinrichtungen wieder intensiviert werden konnte, ergaben sich im Bereich des Controllings für das Berichtsjahr zwei neue Herausforderungen:

Die Controllingabteilungen in zwei Referenzeinrichtungen unterlagen einem starken personellen Wechsel, so dass zwischenzeitlich aus den Kliniken keine Ansprechpartner benannt werden konnten. Eine weitere Referenzeinrichtung war mit der Fusionierung einer anderen Klinik absorbiert und verfügte über einen weiten Zeitraum nicht über die notwendigen Kapazitäten, die Daten kontinuierlich zu liefern. Auf Grund dieser Belastungen wurde die Entscheidung getroffen, mit weiteren Datenanfragen bis zur Beendigung der Datenerhebung in den Kliniken – also Oktober 2009 – zu warten, um die Daten dann gebündelt zu erhalten. Zum aktuellen Zeitpunkt (März 2010) liegen die Daten vollständig vor.

### *Fragebögen 1 und 2*

Die Ergebnisse der Fragebögen liegen auf Grund der angeführten Begründungen (Verlängerung der Datenerhebung, sehr hohe Rücklaufquote der Fragebögen) erst verspätet vor. Für die Beantwortung der Hypothesen 2 sowie 3,4,5,6 und 7 sind die Daten jedoch unverzichtbar. Die Auswertung dieser Daten, die einen weit reichenden Einfluss auf die Gesamtergebnisse haben, lässt sich voraussichtlich erst ab Mitte/Ende März 2010 ausführen.

### *Plausibilitätsprüfungen*

Die Plausibilitätsprüfungen der Datensätze sind auf Grund des Datenvolumens aufwändiger als geplant. Auch müssen sie extern (zwischen den jeweiligen Instrumenten) geprüft

werden, da die Instrumente logisch miteinander verknüpft sind und die Plausibilitätschecks nicht innerhalb eines Instrumentes ausreichend sind (interne Plausibilitätsprüfung).

#### **4. Bekannt gewordene Ergebnisse Dritter**

Es sind inzwischen keine Forschungsergebnisse von dritter Seite bekannt geworden, die für die Durchführung des Vorhabens relevant sind.

#### **5. Änderungen in der Zielsetzung**

Die Zielsetzung ist nicht modifiziert worden.

#### **6. Angaben zur Zusammenarbeit im Forschungsverbund und zu Synergieeffekten**

Bei der Erarbeitung und Erstellung der Instrumente, Dokumente und Forschungsunterlagen findet eine intensive Zusammenarbeit zwischen den Projekten B 7, B 8 und B 9 statt. Auch in der Betreuung der Referenzkliniken und der dort tätigen Study Midwives arbeiten die wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen der drei Projekte eng zusammen.

#### **7. Fortschreiten des Verwertungsplans**

Die Verwertung läuft bisher nach Plan.

##### *Bücher und Buchbeiträge*

Knape N, Haubrock M, Sayn-Wittgenstein F zu (2009): Methodische Überlegungen zur gesundheitsökonomischen Evaluation verschiedener Betreuungskonzepte in der Geburtshilfe. In: Behrens J (Hg): Tagungsband Kongress „Pflegebedürftig“ in der „Gesundheitsgesellschaft“. Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften 8 (1):282-290

Knape N, Haubrock M (2009): Relating woman's voices to cost and quality – cost benefit and cost effectiveness analyses in midwifery-led care. The Israel Society for Nursing Research (Hg.): International Nursing Research Conference, 30. Juni - 3. Juli 2008 in Jerusalem (Israel), Tagungsband. Registry of Nursing Research, Virginia Henderson International Nursing Library

##### *Zeitschriftenaufsätze*

Knape N, Haubrock M, Sayn-Wittgenstein F zu, Schaefer, R (2009): Preferences of pregnant women comparing midwife-led and consultant-led care – First results from a cost-benefit analysis. Journal of Perinatal Medicine, Abstract. 9th World Congress of Perinatal Medicine, October 24.-28. October 2009, Berlin, Germany. 713

Knape N, Sayn-Wittgenstein F zu, Haubrock M, Schaefer R (2009): How much money should be spent on childbirth, and whose benefit is it? Economic evaluations in Midwifery. Normal Labour and Birth: 4th Research Conference Normalising Childbirth through Authentic Collaboration Grange Over Sands, Cumbria, UK. 10.-12.06.2009, Collected Abstracts, 57-58

Knape N (2009): Kanada – Weite und Visionen. Hebammenforum 2, 146-147

Sayn-Wittgenstein F zu, Knape N (2009): Ganz in den Händen der Hebamme. Die Schwester Der Pfleger 48, 1112-1116

Schäfers R, Sayn-Wittgenstein F zu (2009): Neue Perspektiven entwickeln – Hebammen stellen ihre Arbeit dar. Hebammenforum 8, 643-646

##### *Vorträge und Posterpräsentationen*

Knape N, Haubrock M, Sayn-Wittgenstein F zu, Schaefer R: Preferences of pregnant women comparing midwife-led and consultant-led care – First results from a cost-benefit analysis, Posterpräsentation, 9th World Congress of Perinatal Medicine, October 24.-28.2009, Berlin, Germany

## Zitierte Literatur

- Bergant A, Tran A (2000): Postpartale Depression: Frühdiagnostik mit Hilfe der Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Die Hebamme*. (3): 165-168
- Brazier J, Usherwood T, Harper R, Thomas K (1998): Deriving a Preference-Based Single Index from the UK SF-36 Health Survey', *Journal of clinical Epidemiology*, vol. 51, no. 11, pp. 1115- 1128
- Cox J, Holden J, Sagovsky R (1987): Detection of postnatal depression. Development of the 10- item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal*
- Dennis C, Janssen P (2004): Identifying women at-risk for postpartum depression in the immediate postpartum period. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. Band 110 : 338-346
- Donaldson C, Hundley V (1998): Willingness to pay: A method for measuring preferences for maternity care? *Birth*. Band 25 (3): 32-39
- Green J M (1998): Postnatal depression or perinatal dysphoria? Findings from a longitudinal community-based study using the Edinburgh Postnatal depression scale. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*. Band 16 (2/3): 143-156
- Herz (1996): Befindlichkeitsbogen. Deutsche Version des Edinburgh Postnatal Depression Scale von Cox J.L., Holden J.M., Sagowski, R. (1987)