

Theorie-Praxis- Transfer muss nach beiden Seiten fließen

Anhand der Dekubitusprophylaxe zeigen Dr. Virpi Hantikainen, Martina Huth und Esther Klein-Tarolli auf, wie ein klar definierter Expertenstandard, der sich unter anderem auch auf Kinaesthetics-Anwendungen stützt, neue Qualitätsdimensionen in der Pflege bewirkt; Spitäler in Berlin und Bern handeln bereits nach diesen Stan-



Im zweiten Teil dieser Serie wurde die Frage gestellt, ob die vermeintliche Kluft zwischen Theorie und Praxis in Pflegeberufen überhaupt zu überwinden sei. Ein wichtiger Aspekt im Bezug auf den Theorie-Praxis-Transfer ist für Brandenburg (2005) vor allem das Finden von Wegen und Möglichkeiten, wissenschaftliche Erkenntnisse der anwendungsorientierten Disziplin der Pflegewissenschaft in die berufliche Praxis zu überführen.

Praxis/Wissenschaft. Ihn beschäftigt vor allem, WIE eine Theorie-Praxis-Vernetzung möglich sein und WIE es gelingen kann, die Praxis an dem „State of the Art“ auszurichten. Er fordert, dass TheoretikerInnen und PraktikerInnen gemeinsame Sache machen sollen, um neues Wissen (Erfahrungs- und Forschungswissen) möglichst effektiv und effizient in die Praxis zu integrieren und konkret in der täglichen Arbeit nutzbar machen zu können.

Obwohl grundsätzlich alle anwendungsorientierten Disziplinen mit der Thematik des „Theorie-Praxis-Transfers“ konfrontiert sind, nimmt dieses Dilemma in der Pflegewissenschaft – durch das explizite Selbstverständnis als Praxiswissenschaft – eine zentrale Stelle ein (Brandenburg 2005).

Innovative Pflegeausbildung. Erste Bemühungen zum Theorie-Praxis-Transfer und somit zur Annäherung von wissenschaftlich ausgebildeten Fachkräften und PraktikerInnen im beruflichen Alltag dürften durch wissenschaftlich begleitete Modellprojekte in Form einer Kooperation zwischen Schulen für Pflegeberufe und Fachhochschulen erfolgen.

Die zukünftigen Pflegekräfte haben den Status eines Auszubildenden und sind gleichzeitig immatrikulierte Studierende eines pflegebezogenen Bachelor-Studienganges. Somit werden hochqualifizierte Pflegekräfte ausgebildet, welche zum einen über wissenschaftliche Kenntnisse und zum anderen über kommunikative und praktische Fähigkeiten verfügen. Zu hoffen bleibt, dass diese Ausbildungskooperation zu einer Annäherung von Theorie und Praxis beiträgt und die gegenseitige Akzeptanz fördert (TiP-Netzwerk, 2007).

Blockade zwischen Theorie und Praxis. Im Gegensatz zu skandinavischen oder angelsächsischen Ländern kann man im deutschsprachigen Raum heute noch nicht von einem anerkannten Stand pflegerischer Erkenntnis sprechen; erste Bemühungen zur Implementierung von Forschungsbefunden in die Pflegepraxis stellen jedoch die Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) dar (ebd.).

Der nachweisliche Nutzen ist auf unterschiedlichen Ebenen zu benennen: Die Expertenstandards leisten einen Beitrag zur Professionalisierung der Pflege durch den Transfer wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis; sie dienen der Positionierung in der interdisziplinären Qualitätsdiskussion und unterstützen die Entwicklung interner pflegerischer Qualität (Mörs & Schiemann, 2004).

Im Folgenden soll im Kontext evidenzbasierter Praxis exemplarisch auf die Entstehung und Implementierung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe eingegangen werden.



Esther Klein ist seit 26 Jahren als Pflegefachfrau auf der Medizinischen Klinik des Universitätsospitals Insel in Bern tätig. Seit 1990 Kinaesthetics-Trainerin Stufe 3, Preisträgerin der Stiftung zur Förderung der Pflege im Kanton Bern. Mitarbeit beim 1. Nationalen Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in Deutschland.





Um aus der Bauchlage in die Seitenlage zu kommen ...



wird die Bewegung an den Beinen eingeleitet.



Aufgestelltes Bein und und Schulter zeigen in die Richtung, ...



in die die Drehbewegung stattfinden soll.

>> **Beispiel Druckgeschwüre.** Im ersten Teil dieser Serie haben wir Evidence-Based Practice (EBP) folgendermaßen definiert: EBP beinhaltet die Integration der interprofessionellen und interdisziplinären klinischen Erfahrung (interne Evidenz) und der bestmöglichen wissenschaftlichen Evidenz (externe Evidenz) in die klinische Praxis. Zusammen mit der Berücksichtigung der Patientenmeinung sowie den vorhandenen Ressourcen soll dies zur bestmöglichen Versorgung führen. Wichtig ist, dass die Entwicklung des pflegerischen Wissens nicht ausschließlich auf Forschungsebene, sondern auch in der beruflichen „reflektierten“ Praxis stattfinden muss.

Sinnvoll und umsetzbar ist EBP daher ausschließlich unter folgenden Annahmen:

- > Pflegerisches Handeln hat direkte Auswirkungen auf den Pflegeempfänger.
- > Pflegekräfte sind in der Lage, autonome Entscheidungen hinsichtlich der Versorgung zu treffen.
- > Pflege geht über das reine Handwerk hinaus und beinhaltet auch kognitive Aspekte, welche als originäre Arbeit angesehen werden müssen (Panfil, 2004).

Physische und budgetäre Last. Aus diversen Studien ist zu entnehmen, dass ca. 14 % aller im Krankenhaus behandelten Patienten ein oder mehrere Druckgeschwüre verschiedener Schweregrade bekommen. Im Bereich der betagten Pflegeempfänger steigt diese Zahl sprunghaft auf bis zu 30 % und mehr an. Nach Schätzungen von Experten entwickeln in Deutschland jährlich mehr als 400.000 Menschen einen behandlungsbedürftigen Dekubitus. Betroffen sind hiervon vor allem immobile, kranke und ältere Menschen (Pflegeheiminsassen, PatientInnen in Krankenhäusern sowie Pflegebedürftige im häuslichen Bereich).

Ein Druckgeschwür stellt nicht nur eine große Belastung für den Betroffenen, sondern auch eine immense finanzielle Belastung für das Gesundheitssystem dar. Die Angaben der durchschnittlichen Kosten für die Therapie eines Dekubitus können auf bis zu 50.000 Euro beziffert werden. Der daraus resultierende volkswirtschaftliche Schaden beläuft sich auf 1 bis 2 Milliarden Euro pro Jahr (IGAP, 2007).

Vorbeugen, aber richtig. Um ein Dekubitalgeschwür zu vermeiden, müssen vorbeugende

Maßnahmen ergriffen werden. Häufig werden – aus Unkenntnis oder veraltetem Fachwissen – unsachgemäße pflegerische Handlungen, wie z. B. das Massieren gefährdeter Hautpartien oder das zweistündliche Umlagern durchgeführt. (IGAP, 2007). Sowinski und Maciejewski halten fest, dass dieses Ritual auf die Krankenschwester Florence Nightingale zurückzuführen ist, die während des Krimkrieges (1853–1856) etwa 2 Stunden benötigte, um die verletzten Soldaten im Lazarett einmal zu drehen!

Verbindlicher Expertenstandard. In Deutschland existiert seit dem Jahre 2000 ein nationaler Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege, der für Einrichtungen des Gesundheitswesens eine rechtliche Verbindlichkeit darstellt und – orientiert an den Qualitätsdimensionen nach Donabedian – als Grundlage für hauseigene Standards dienen soll (Schróder, 2003).

Entwickelt wurde dieser vom Deutschen Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege (DNQP) unter inhaltlicher Mitarbeit des Institutes für Pflegewissenschaft in Witten/Herdecke sowie von ExpertInnen aus verschiedenen Bereichen.

Mitglied dieser Arbeitsgruppe war auch Esther Klein-Tarolli.

Neu: Mikrolagerung. Da fehlende Bewegung als wichtigste Ursache für die Entstehung eines Dekubitus angesehen wird, postuliert der Expertenstandard Dekubitus die Förderung der Eigenbewegung durch Mikrolagerung sowie das Erstellen von individuellen Bewegungsplänen. Darüber hinaus sollen Pflegekräfte zu haut- und gewebeschonenden Bewegungs- und Lagerungstechniken befähigt werden.

Obwohl diese Aspekte pflegerischen Expertenwissens bisher nicht wissenschaftlich belegt werden konnten, leisten sie dennoch einen wichtigen Beitrag zur Dekubitusprophylaxe.

Zähe Implementierung. Die Umsetzung des Expertenstandards Dekubitus erfolgt in Deutschland sowie im deutschsprachigen Raum in unterschiedlicher Intensität.

Obwohl er seit nunmehr 8 Jahren zur Anwendung kommt, gibt es einige Schwierigkeiten. Zum einen ist dieses auf Verständnisprobleme bezüglich der wissenschaftlich-theoretischen Sprache

Quellenverzeichnis:

- Brandenburg, H.: Wie gelangt neues Wissen in die Praxis? PrInterNet 09/2005, S. 464–471.
- Dekubitus-Problematik in Deutschland. IGAP Institution für Innovationen im Gesundheitswesen und angewandte Pflegeforschung. <http://www.dekubitus.de/dekubitus-problematik.htm>
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Fachhochschule Osnabrück, 2000.
- In Schwung gebracht durch Mikrobewegungen. Pflege Aktuell Juli/August 2004. http://www.igap.de/frameset/fs_newpw.htm
- Moers, M., Schiemann, D.: Expertenstandards in der Pflege. Pflege & Gesellschaft, 9, 3/2004, S. 75–78.
- Panfil, E. M.: Evidence-based Nursing: Definition, Methoden, Umsetzung. PrInterNet 09/2005, S. 70–76.
- Schröder, G.: Dekubitusprophylaxe. Erster nationaler Expertenstandard. Österreichische Pflegezeitschrift, 2/2003, S. 12–16.
- Schröder, G.: Expertenstandard Dekubitusprophylaxe – was bringt er für die Praxis? Verfügbar unter: http://www.heilberufe-kongresse.de/kap04/abstracts/37_kongress21.pdf, [Abruf 28.02.2008].
- Sowinski, C., Maciejewski, B.: Von schlechten Hilfsmitteln und ungeeigneten Interventionen zu effizienter Prophylaxe und Therapie. KDA-Tagung zum nationalen Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Kuratorium Deutsche Altershilfe, Pro Alter Sonderdruck, 1-15/2002.
- Transfernetzwerk Innovative Pflegeausbildung (TiP-Netzwerk): Positionen zur Ausbildung in den Gesundheits- und Pflegeberufen, 2007. Verfügbar unter: <http://www.tip-netzwerk.de/cms/dm-documents/Positionspapier-TiP-2007.pdf>, [Abruf: 04.02.2008].
- v. Stösser, A., Demski, R.: Umfrageergebnis zum Expertenstandard Dekubitus, 2004. Verfügbar unter: <http://pflegekonzepte.de/DekuUmfrage-Ergebnisse.pdf>, [Abruf 28.02.2008].

zurückzuführen. Zum anderen lässt der Standard viele Fragen offen. So zum Beispiel: Wie oft und wie soll bewegt werden? (Schröder, n.d.).

Von Stösser und Demski weisen ebenfalls darauf hin, dass die Pflegemaßnahme der „Mikrobewegungen“ neu und somit noch unbekannt ist (2004).

Institutionelle Vorreiter. Erste Institutionen packen diese Probleme aktiv an: Das Berliner Paulinenkrankenhaus hat einen Bewegungsplan im Rahmen des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe entwickelt: Wurden bisher die PatientInnen nach zeitlich fixierten Plänen in eine andere Körperlage gebracht, so werden jetzt bei jedem Patientenkontakt kleinste Positionsänderungen vorgenommen.

Auch in der Schweiz findet der Expertenstandard Dekubitus Anwendung:

Das Inselspital Bern hat bei der Anschaffung neuer Betten das Kriterium der Mobilisation berücksichtigt, sodass diese durch Seitenschutz und maximale Absenkbarkeit nicht nur Transfers erleichtern, sondern im Hinblick auf die funktionale Mitte auch eine optimale Unterstützung in der Sitzposition bieten.

Ausblick. Die Erstellung und Implementierung von Expertenstandards stellt einen wichtigen Schritt zur Annäherung von Wissenschaft und Praxis dar.

Für die Zukunft sollte es sich die Pflegewissenschaft vermehrt zur Aufgabe machen, die aktuellen Fragestellungen gemeinsam mit den Pflegekräften zu lösen. Ein besonderer Schwerpunkt muss dabei auf die systematische Aufbereitung des Erfahrungswissens aus der Praxis gelegt werden.

Deutlich wird dieses am Beispiel der Anwendung von Kinaesthetics, die im Rahmen des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe als Möglichkeit zur haut- und gewebeschonenden Mobilisation aufgeführt ist: Viele Einrichtungen nutzen diese seit Jahren und können auf das wertvolle Expertenwissen der PraktikerInnen zurückgreifen. Der Evaluation dieses Know-hows müssen sich zukünftig PflegewissenschaftlerInnen verpflichtet fühlen.

Ende der Serie Evidence-Based Practice von Dr. Virpi Hantikainen und Martina Huth



Die Autorinnen:
Dr. Virpi Hantikainen, Bereichsleiterin Pflegeentwicklung und Forschung, Direktion Pflege/Medizinisch-technische und Medizinisch-therapeutische Berufe im Universitätsspital Insel/Bern.



Martina Huth, Dipl.-Berufspädagogin (FH, Kinaesthetics-Trainerin Stufe 2 / Pflegen) arbeitet als Lehrkraft am Institut für Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung (IfGK) der Gesundheitsholding Werra-Meißner GmbH in Wittenhausen (DE).