

Aus dem Institut für Medizin-/Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft der  
Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

## **DISSERTATION**

Evidenzbasierte Grundlagen für gesundheitsförderliche und präventive Ansätze  
im Kontext einer erweiterten pflegerischen Versorgungspraxis am Beispiel  
Mobilität und Lebensqualität

zur Erlangung des akademischen Grades

Doctor rerum curae (Dr. rer. cur.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät

Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Steve Strupeit

aus Bernburg

Datum der Promotion: 14.02.2014

## Inhaltsverzeichnis

	Seite
Zusammenfassung	3
Anteilerklärung	21
Publikationen	22
<p>Strupeit, S.; Wolf-Ostermann, K.; Buss, A.; Dassen, T. (2013). Mobility and Quality of Life after discharge from a clinical geriatric setting – focused on gender and age. <i>Rehabilitation Nursing</i> (accepted for publication June 3rd 2013).</p> <p>Strupeit, S.; Wolf-Ostermann, K.; Buss, A.; Dassen, T. (2013). Effectiveness of a Nursing Consultation Intervention for Older People with Functional Mobility Impairments: A Prospective, Longitudinal Study. <i>Journal of Nursing Research</i> (accepted for publication May 18th 2013).</p> <p>Strupeit, S.; Buss, A.; Dassen, T. (2013). Patientenedukation bei älteren Menschen mit Mobilitätseinschränkungen – Konzeption und Evaluation von Bedarfen während und nach der Entlassung aus dem klinisch-geriatrischen Setting. <i>Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie</i> (accepted for publication March 25th 2013).</p>	
Lebenslauf	25
Publikationsliste	27
Eidesstattliche Erklärung	30

## **Zusammenfassung**

### **Abstract (Deutsch)**

**Einleitung:** Vor allem ältere Menschen haben ein erhöhtes Risiko pflegebedürftig zu werden. Pflegebedürftigkeit ist für die Betroffenen und ihre Angehörigen mit einer Vielzahl von Einschränkungen verbunden. Ältere Menschen mit Mobilitätseinschränkungen stellen eine besonders vulnerable Gruppe für das Eintreten und Fortschreiten der Pflegebedürftigkeit dar. Darüber hinaus wird Mobilität als ein zentrales menschliches Bedürfnis angesehen, welches entscheidend zur Lebensqualität eines Menschen beiträgt. Daher kommt der Entwicklung, Überprüfung und Umsetzung von Konzepten und Ansätzen zur Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext des Mobilitätserhaltes sowie Erhaltung und Verbesserung der Lebensqualität eine besondere Bedeutung zu.

**Methodik:** In der vorliegenden Dissertation wurde untersucht, wie sich die Lebensqualität und der funktionelle Status bei älteren Menschen nach der Entlassung aus der stationären Rehabilitation entwickelt, welche Effekte eine Intervention zur Patientenedukation auf diese Zielgrößen hat und welche Bedarfe im Rahmen der Edukation bestehen. Die Daten wurden im Rahmen einer prospektiven Längsschnittstudie an Patienten einer geriatrischen Klinik erhoben.

**Ergebnisse:** Hinsichtlich der Entwicklung des funktionellen Status und der Lebensqualität konnte eine Verbesserung nach sechs Monaten, im Vergleich zum Zeitpunkt der Einweisung, sowie eine leichte Verschlechterung nach zwölf Monaten festgestellt werden. Daraus lässt sich ein Bedarf an Interventionen, insbesondere nach einem halben Jahr nach Entlassung ableiten. Die Intervention führte zu einer besseren Entwicklung des funktionellen Status bei der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe. In Bezug auf die Lebensqualität war, mit Ausnahme der sozialen Domäne, ein gegenteiliger Verlauf zu beobachten. Die Untersuchung gibt Hinweise auf die Wirkung edukativer Maßnahmen in der untersuchten Zielgruppe. Jedoch besteht weiterhin ein Klärungsbedarf hinsichtlich der Wirksamkeit dieser und ähnlicher Interventionen. Weiterhin konnte festgestellt werden, dass ein genereller Edukationsbedarf bei den Patienten bestand, der im Genaueren abhängig vom Zeitpunkt und der Umgebung war. Von der Notwendigkeit edukativer Maßnahmen ist auszugehen.

**Schlussfolgerung:** Im Rahmen der Studie konnte gezeigt werden, dass die Umsetzung einer strukturierten und längerfristigen edukativen, pflegerischen Intervention positive Auswirkungen haben kann. Von schädlichen Effekten ist dagegen nicht auszugehen. Um

eindeutige Aussagen hinsichtlich der Wirksamkeit von edukativen Interventionen treffen zu können, bedarf es weiterer Forschung. Dennoch sollte, vor dem Hintergrund der sich bietenden Chance für die Disziplin der Pflege und des vermuteten Bedarfs, die Patientenedukation als eigenständiger Bestandteil der pflegerischen Arbeit etabliert werden. Die ohnehin im Pflegealltag existenten edukativen Maßnahmen gilt es dabei zu strukturieren und auf professioneller Basis umzusetzen. Konzepte, wie die im Rahmen dieser Dissertation untersuchte Pflegesprechstunde, können dabei als Orientierung bei der Planung und Umsetzung dienen.

### **Abstract (English)**

**Introduction:** Especially elderly people are at high risk of becoming care dependent. Care dependency is associated with a variety of restrictions for those affected and their significant others. Elderly people with mobility impairments represent a severally vulnerable group in terms of the occurrence and progression of care dependency. Moreover mobility is seen as a central human need that contributes to quality of life. Developing, testing, and implementing conceptions and approaches for prevention and health promotion in the context of mobility maintenance as well as maintenance of quality of life is crucial.

**Methods:** In the present dissertation it was examined how quality of life and functional status in elderly people develop after discharge from inpatient rehabilitation and if a patient education intervention has effects on these outcomes. Additionally the education needs were determined. The data were collected in the course of a prospective longitudinal study on patients of a geriatric clinic.

**Findings:** Concerning the development of functional status and quality of life the participants showed an improvement after six months and a slight decline after twelve months follow-up. Thus it can be concluded that there is a need for interventions, especially following six months after discharge. The intervention led to a better development of functional status in the intervention group compared to the control group. Concerning quality of life, except from the social domain, there was a converse progression. The findings indicate a benefit of the intervention. However there is a need for clarity concerning the effectiveness of educational interventions. Moreover it could be shown that there is a general need for education in the patients examined. In particular educational needs depend on time and setting. It can be assumed that educational interventions are necessary.

**Conclusion:** In the course of this study it could be shown that the implementation of a structured and longer-term educational nursing intervention can be beneficial. In contrast it cannot be assumed that it has harmful effects. Further research is needed to evaluate the effectiveness of educational interventions. However, against the backdrop of education as a chance for nursing and the need assumed, patient education should be established as an integrated part of nursing. Already existing educational measures shall be structured and implemented on a professional basis. Conceptions such as that examined in this dissertation can serve as an orientation in planning and implementing interventions.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.

## Einleitung

Ein vorrangiges Ziel der pflegerischen Versorgung muss es sein, älteren Menschen möglichst lange ein weitestgehend eigenständiges und unabhängiges Leben zu ermöglichen. Damit geht eine Vermeidung erhöhter Pflegeabhängigkeit einher. Demzufolge kommt der Entwicklung, Überprüfung und Umsetzung von Konzepten und Ansätzen zur Prävention sowie Gesundheitsförderung zur Erhaltung und Verbesserung der Mobilität und Lebensqualität eine besondere Bedeutung zu.

Vor allem ältere Menschen haben ein erhöhtes Risiko pflegebedürftig zu werden. Pflegebedürftigkeit ist für die Betroffenen und ihre Angehörigen mit einer Vielzahl von Einschränkungen verbunden. Hohes Alter geht einher mit Multimorbidität und diese führt wiederum in vielen Fällen zu einer Zunahme der Pflegebedürftigkeit. Insbesondere Einschränkungen in der funktionalen Mobilität können zu einer Pflegebedürftigkeit führen bzw. diese erhöhen (Brunnett et al. 2009) und das Risiko, auf eine Versorgung in einer Pflegeeinrichtung angewiesen zu sein, steigt (Gaugler et al. 2007). Die funktionale Mobilität beeinflussenden Ereignisse, wie Schlaganfälle oder (Hüft-)Frakturen, treten hauptsächlich bei älteren Menschen auf (Günster 2011; Stenvall et al., 2006). Folglich stellen ältere Menschen mit Mobilitätseinschränkungen eine besonders vulnerable Gruppe für das Eintreten und Fortschreiten der Pflegebedürftigkeit dar. Darüber hinaus wird Mobilität als ein zentrales menschliches Bedürfnis angesehen, welches entscheidend zur Lebensqualität eines Menschen beiträgt (Mollenkopf & Flaschenträger 2001).

Kenntnisse über die Langzeitauswirkungen, die akut eintretende Ereignisse, wie Schlaganfälle und (Hüft-)Frakturen auf die Mobilität und Lebensqualität von älteren Menschen haben, können dazu beitragen, wirksame Konzepte und Interventionen gezielt zu entwickeln und umzusetzen. Der aktuelle internationale Forschungsstand lässt keine eindeutigen Schlussfolgerungen diesbezüglich zu. So wurde in Studien zur Entwicklung des funktionellen Status bei Schlaganfallpatienten sowohl eine Verbesserung (Saxena et al. 2007) als auch eine Verschlechterung (Wagle et al. 2011) des funktionellen Status festgestellt. Ebenso wurden in Untersuchungen zu dem Endpunkt Lebensqualität einerseits positive Entwicklungen (Shyu et al. 2009) jedoch andererseits eine Minderung (Horgan et al. 2009) der Lebensqualität beobachtet. Dabei zeigen längere Messzeiträume eine Minderung des funktionellen Status (Wagle et al. 2011) und eine Abnahme der Lebensqualität (Horgan et al. 2009). Allerdings sind die Ergebnisse zusammengenommen heterogen und die Studien lassen sich teilweise schlecht miteinander vergleichen, da unterschiedliche Messinstrumente herangezogen

wurden. Folglich bleibt unklar, wie die Langzeitauswirkungen auf die Mobilität und die Lebensqualität einzuschätzen sind. Überdies liegen für Deutschland kaum Ergebnisse aus diesem Bereich vor. Im Rahmen einer Studie an Schlaganfallpatienten konnte festgestellt werden, dass sich der funktionelle Status der Patienten nach einem Jahr verbesserte, während die Lebensqualität in vielen Bereichen nachließ (Lalu et al. 2003). Demnach lässt sich ein Bedarf an Ergebnissen zu den Langzeitauswirkungen auf Mobilität und Lebensqualität bei älteren Menschen mit Mobilitätseinschränkungen, vor allem im nationalen Kontext, ableiten.

Dem Erhalt bzw. der Förderung der Mobilität kommt aufgrund der oben dargelegten Relevanz eine besondere Bedeutung im Rahmen der präventiven Förderung und Versorgung älterer Menschen zu (BMFSFJ 2006). Aus den gesetzlichen Grundlagen in Deutschland (§ 11 Abs. 1 SGB XI, § 28 Abs. 4 SGB XI, § 11 Abs. 1 Nr. 2 HeimG, Krankenpflegegesetz 2004) lässt sich die Bedeutsamkeit für die Pflege zur Bewältigung dieser Aufgabe ableiten. Darüber hinaus wurde bereits in den Pflgetheorien mit großer Reichweite (bspw. Orem und Henderson) die Förderung der Selbstpflegekompetenz als eine zentrale Aufgabe der Pflege beschrieben (Hotze & Winter 2000). Die Patientenedukation (Beratung, Schulung und Information von Patienten und ihren Angehörigen) kann in diesem Zusammenhang als Kernaufgabe von Pflegefachkräften gesehen werden. Zumeist akut eintretende Mobilitätseinschränkungen stellen die Betroffenen vor große Herausforderungen infolge der neuen Lebenssituation, wie etwa die Beschaffung oder den Umgang mit Hilfsmitteln. Pflegefachkräfte werden in der Verantwortung gesehen, diese Aufgaben zu erfüllen (Hotze & Winter 2000). In Deutschland fehlt es jedoch bislang an geeigneten Konzepten und Programmen, die eine sinnvolle Umsetzung dieser Aufgaben ermöglichen. Das Thema Mobilisation wird meist im Rahmen der Sturzprophylaxe (DNQP 2013) oder von Mobilitätsrestriktionen (Meyer 2005) behandelt. Internationale Studien zeigen, dass sich edukative Interventionen positiv auf die Mobilität bzw. Lebensqualität auswirken können (Marsden et al. 2010; Harrington et al. 2010; Murphy et al. 2011). Allerdings wurden bei den meisten Studien nur kurze Follow-up Zeiträume von bis zu 14 Wochen herangezogen. Darüber hinaus sind die Interventionen zwischen den Untersuchungen nicht vergleichbar. Gleichwohl konnten in Studien an anderen Populationen positive Effekte von Patientenedukation auf die Lebensqualität festgestellt werden (de Bes et al. 2011). Wie und ob edukative Interventionen die Langzeitauswirkungen von älteren Menschen mit Mobilitätseinschränkungen beeinflussen können, bleibt unklar.

Zur gezielten Planung und Umsetzung edukativer Interventionen ist die Ermittlung genereller und differenzierter Bedarfe der Patienten hilfreich. Nach einer gebräuchlichen Definition

umfasst die Patientenedukation die Schulung (das zielorientierte, strukturierte und geplante Vermitteln von Wissen/Fertigkeiten), Information (die gezielte Mitteilung, Bereitstellung verschiedener Medien, Vermittlung relevanter Adressen in einem offenen Angebot oder Recherchehilfen) und Beratung (ein ergebnisoffener, dialogischer Prozess, in dem eine individuelle und bedürfnisgerechte Problemlösung vorbereitet wird) (Abt-Zegelin 2003). Da sich der Aufwand und die Planung der verschiedenen Aspekte je nach Umfang und Inhalt unterscheidet, können Kenntnisse über die Bedarfe einer Population für eine gezielte zeitliche und inhaltliche Planung und Umsetzung genutzt werden. Diese neuen Erkenntnisse können zu einer erweiterten pflegerischen Versorgungspraxis beitragen sowie das Handlungsfeld der Gesundheitsförderung und Prävention als pflegerische Handlungsfelder festigen.

### **Zielstellung**

In der vorliegenden Dissertation wurden folgende Fragestellungen untersucht:

- 1) Wie entwickeln sich die Lebensqualität und der funktionelle Status bei älteren Menschen nach der Entlassung aus der stationären Rehabilitation? (**Studie 1**)
- 2) Welche Effekte hat Patientenedukation, die durch Pflegefachkräfte durchgeführt wird, auf die Lebensqualität und den funktionellen Status bei älteren Menschen? (**Studie 2**)
- 3) Welche Bedarfe im Rahmen der Patientenedukation bestehen bei älteren Menschen mit Mobilitätseinschränkungen? (**Studie 3**)

Für eine bessere Lesbarkeit und Nachvollziehbarkeit der einzelnen Untersuchungen werden im Folgenden die Ergebnisse und Diskussion der einzelnen Studien (1 bis 3) jeweils getrennt dargestellt. Die Methodik bezieht sich auf alle drei Teiluntersuchungen.

### **Methodik**

#### **Design, Datenerhebung und Rahmenbedingungen**

Die Daten wurden im Rahmen einer prospektiven Längsschnittstudie mit einem nicht äquivalenten Prätest-Posttest Design monozentrisch in einer medizinisch-geriatrischen Klinik in Hamburg sowie im Anschluss in der Häuslichkeit der Studienteilnehmer durchgeführt. Die Stichprobe bildeten Patienten, die in die Klinik zur Rehabilitation eingewiesen wurden. Die Rekrutierung erfolgte zwischen Mai 2008 und August 2009. In diesem Rahmen wurden die Teilnehmer der Kontrollgruppe zwischen Mai und Dezember 2008 und die Teilnehmer der Interventionsgruppe zwischen Januar und August 2009 rekrutiert. Die Einschlusskriterien waren eine vorliegende Diagnose einer funktionellen Mobilitätseinschränkung des

muskuloskeletalen Systems oder eines Schlaganfalls, ein Alter über 60 Jahre, eine uneingeschränkte zeitliche und räumliche Orientierung, Beherrschung der deutschen Sprache, Wohnort im Großbereich Hamburg und eine vorliegende schriftliche Einwilligung. Die Ausschlusskriterien waren ein Mini Mental State Examination (MMSE)-Score von weniger als 25 Punkte oder ein Krankheitszustand, der während der Studienphase voraussichtlich zum Tod führt oder eine Entlassung innerhalb der ersten Woche nach der Einweisung in die Klinik.

Die Teilnehmer der Kontrollgruppe erhielten keine Patientenedukation, sondern lediglich, im Rahmen des letzten Erhebungszeitpunktes, eine Mikroberatung am Ende der Studienphase. Die Interventionsgruppe erhielt folgende Intervention: eine individuelle Patientenedukation basierend auf einem personenzentrierten und ressourcen- und prozessorientierten Ansatz (Brunnett et al. 2009). Die Intervention umfasste die Information, Beratung und Schulung der Teilnehmer. Es wurden drei Interventionen (jeweils eine Einheit während der ersten und der dritten Woche sowie ein überleitender Hausbesuch im Laufe der zweiten Woche) während des klinischen Aufenthaltes durchgeführt. Drei und sechs Monate nach der Entlassung fand jeweils ein Hausbesuch im Wohnumfeld der Teilnehmer statt. Zusätzlich wurden Follow-up Telefonate jeweils vor den Hausbesuchen und bei Bedarf durchgeführt.

Die Datenerhebung erfolgte durch geschulte Study-Nurses an insgesamt fünf Messzeitpunkten: bei Einweisung (t1), bei Entlassung (t2) (in der Regel nach 3 Wochen), sechs Monate nach Entlassung (t3) und zwölf Monate nach Entlassung (t4). Ressourcenbedingt fand die Erhebung zu t4 nur in der Kontrollgruppe statt. Je nach Studie wurde auf Daten zu unterschiedlichen Messzeitpunkten zurückgegriffen. So wurden für Studie 1 die Daten zum Zeitpunkt der Einweisung (t1), nach sechs Monaten (t3) und nach zwölf Monaten (t4) herangezogen. Die Ergebnisse der Studie 2 beziehen sich auf Daten, die zum Zeitpunkt der Einweisung (t1), zur Entlassung (t2) und sechs Monate danach (t3) erhoben wurden. Für Studie 3 wurden bei den Interventionen die entsprechenden Daten, im Rahmen der Patientenedukation, mit Hilfe standardisierter Erfassungsbögen erfasst.

### Instrumente

Die primären Endpunkte waren die Lebensqualität und der funktionelle Status. Die Lebensqualität wurde anhand des WHOQOL-BREF (Angermeyer et al. 2000) erhoben und die Messung des funktionellen Status erfolgte mithilfe des Barthel-Index (BI) (Nikolaus et al. 1996). Die unabhängigen Variablen waren sozio-demografische Charakteristika (u.a. Alter, Geschlecht, Bildungsstand, Pflegestufe), der kognitive Status sowie die Selbstwirksamkeit.

Der kognitive Status wurde mit der MMSE (Kessler et al. 2000) und die Selbstwirksamkeit mit der Skala der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) (Schwarzer & Jerusalem 1999) erhoben.

### Datenauswertung

Zur Beschreibung der Charakteristika der Studienteilnehmer wurden deskriptive Methoden herangezogen. Die Analyse möglicher Zusammenhänge zwischen primären Endpunkten und unabhängigen Variablen erfolgte mittels Chi-Quadrat-Tests, exaktem Test nach Fisher sowie mittels Korrelationskoeffizienten (Pearsons und Spearmans). Weiterhin wurden t-Tests zur Analyse von Lageunterschieden verwendet. Für die Langzeitanalyse wurden allgemeine lineare Modelle (GLM) herangezogen. Ein p-Wert  $< 0,05$  wurde als signifikant angesehen und ein p-Wert  $< 0,10$  als ein Trend in Richtung Signifikanz betrachtet. Der funktionelle Status (Barthel-Index) und die Lebensqualität (WHOQOL-BREF) (Studie 1 und 2) sowie die Selbstwirksamkeit (Studie 2) bildeten die unabhängigen Variablen. Als abhängige Variablen wurden das Geschlecht, das Alter, der kognitive Status (MMSE), der Bildungsstand, ggf. die Selbstwirksamkeit und ggf. der funktionelle Status (Studie 1 und 2) sowie die Intervention (Studie 2) herangezogen. Alle statistischen Analysen wurden mit dem Programm IBM SPSS<sup>®</sup> Statistics für Windows, Version 19.0 (IBM Corp., Armonk NY, USA) durchgeführt (Studie 1 und 2).

Im Rahmen der Intervention zur Patientenedukation wurden Daten hinsichtlich des Bedarfes der Studienteilnehmer an Information, Beratung und Schulung erhoben. Diese umfassten zum einen den generellen Bedarf (ja oder nein) und zum anderen den differenzierten Bedarf (Inhalte). Mittels strukturierter Erfassungsbögen dokumentierten die Study-Nurses den generellen und differenzierten Informations-, Beratungs- und Schulungsbedarf. Die Auswertung der Daten erfolgte anhand deskriptiver statistischer Methoden. Für die Darstellung der Ergebnisse wurden die generellen Bedarfe mittels relativer Häufigkeiten zu den jeweiligen Messzeitpunkten dargestellt. Die differenzierten Bedarfe wurden den Erfassungsbögen entnommen und die häufigsten Inhalte in Kategorien zusammengefasst. Die Darstellung der Ergebnisse erfolgte ebenfalls in relativen Häufigkeiten pro Messzeitpunkt (Studie 3).

## Studie 1

Strupeit, S.; Wolf-Ostermann, K.; Buss, A.; Dassen, T. (2013). Mobility and Quality of Life after discharge from a clinical geriatric setting – focused on gender and age. *Rehabilitation Nursing* (accepted June 3rd 2013).

## Ergebnisse

Es konnten 85 Teilnehmer in die Studie eingeschlossen werden. Diese bildeten in Studie 2 die entsprechende Kontrollgruppe. Das Durchschnittsalter (Mittelwert) betrug 83,19 Jahre und 66,3 % der Teilnehmer waren weiblich. Bei der Einweisung wurde der funktionelle Status aller Teilnehmer mit einem BI-Score von 73,33 gemessen. Der Gesamtwert der Lebensqualität betrug 43,50 im Mittel nach dem WHOQOL-BREF, womit der Gesamtwert deutlich unter dem Durchschnittswert der Referenzwerte der deutschen Bevölkerung (58,5) lag. Im Einzelnen wurde die Lebensqualität mit 43,15 (physische Domäne), 57,85 (psychische Domäne), 68,50 (soziale Domäne) bzw. 63,46 (Domäne Umgebung) gemessen. Somit lag auch die Lebensqualität in den einzelnen Domänen weitgehend unter dem nationalen Durchschnitt. Einzige Ausnahme bildete die Domäne der sozialen Lebensqualität, die knapp über dem Durchschnitt lag. Im zeitlichen Verlauf erhöhte sich der funktionelle Status nach sechs Monaten (BI 89,29) und sank nach zwölf Monaten ab auf einen BI-Score von 85,71. Die Entwicklung des funktionellen Status zeigte keinen statistisch signifikanten Trend über die Zeit. Männliche Teilnehmer wiesen, im Gegensatz zu den weiblichen Teilnehmern, einen signifikanten Anstieg ihres funktionellen Status ( $p = 0,01$ ) auf. Ebenso verbesserte sich die gesamte Lebensqualität zunächst nach sechs Monaten auf einen leicht überdurchschnittlichen Wert (60,50) ( $p = 0,06$ ) und sank nach zwölf Monaten auf einen WHOQOL-BREF-Wert, der unter dem Durchschnitt lag (54,00). In der physischen Domäne der Lebensqualität zeigte sich zunächst eine Verbesserung nach sechs Monaten auf einen überdurchschnittlichen Wert (67,33), gefolgt von einer Verschlechterung nach zwölf Monaten auf einen unterdurchschnittlichen Wert (57,39). Bei den Domänen der psychologischen und umgebungsbezogenen Lebensqualität stiegen die Werte nach sechs Monaten auf einen jeweils überdurchschnittlichen Wert (67,85 bzw. 75,00) an und fielen nach zwölf Monaten nur leicht ab auf immer noch überdurchschnittliche Werte von 66,12 bzw. 74,77. Der Anstieg der psychologischen Lebensqualität war statistisch signifikant ( $p = 0,01$ ). In der Domäne der sozialen Lebensqualität blieb der Wert nach sechs Monaten, im Vergleich zur Einweisung, in etwa gleich (68,33), stieg aber nach zwölf Monaten auf einen Wert von 72,83 an, womit die psychologische Domäne der Lebensqualität zu allen Messzeitpunkten über dem Durchschnitt lag. Hinsichtlich des Gesamtwertes der Lebensqualität konnten Interaktionen sowohl

zwischen der Selbstwirksamkeit ( $p = 0,02$ ) als auch zwischen dem kognitiven Status (MMSE) ( $p = 0,03$ ) und dem zeitlichen Verlauf festgestellt werden. Bezüglich der physischen Domäne der Lebensqualität zeigten ältere Teilnehmer geringere Werte ( $p < 0,05$ ) und Teilnehmer mit besserer Selbstwirksamkeit einen höheren Wert ( $p = 0,05$ ). Bei der psychischen Lebensqualität zeigten sich Interaktionen zum einen zwischen dem kognitiven Status ( $p = 0,01$ ) und zum anderen zwischen dem funktionellen Status und dem zeitlichen Verlauf. Darüber hinaus zeigten Teilnehmer mit besserer Selbstwirksamkeit eine höhere Lebensqualität in der psychologischen Domäne ( $p = 0,00$ ) und Teilnehmer mit einem besseren kognitiven Status eine geringere Lebensqualität in der psychologischen Domäne ( $p = 0,05$ ). Bezüglich der sozialen Lebensqualität zeigte sich eine Interaktion zwischen dem Bildungsstand und der Zeit ( $p = 0,04$ ) und Teilnehmer mit einem besseren funktionellen Status hatten eine bessere Lebensqualität innerhalb der sozialen Domäne ( $p = 0,01$ ). Hinsichtlich der umgebungsbezogenen Domäne der Lebensqualität wiesen Teilnehmer mit einer besseren Selbstwirksamkeit einen höheren Wert auf ( $p = 0,04$ ).

### Diskussion

Sowohl hinsichtlich des funktionellen Status als auch der Lebensqualität war bei den untersuchten Teilnehmern zunächst eine wesentliche Verbesserung sechs Monate nach der Einweisung festzustellen. Nach zwölf Monaten zeigte sich für beide Zielgrößen eine leichte Verschlechterung.

Dabei bewegte sich der funktionelle Status zu allen Messzeitpunkten in einem moderaten Bereich. Nach sechs Monaten zeigte sich eine wesentliche Verbesserung des funktionellen Status, im Vergleich zum Zeitpunkt der Einweisung. Zwischen sechs und zwölf Monaten nach der Einweisung war eine leichte Verschlechterung zu beobachten. Die beobachtete Entwicklung gibt Hinweise auf eine stetige Verschlechterung des funktionellen Status mit fortschreitender Zeitdauer, ab sechs Monaten nach der Einweisung. Des Weiteren war ein Zusammenhang zwischen der Entwicklung des funktionellen Status und dem Geschlecht zu beobachten. Bei den männlichen Studienteilnehmern steigerte sich der funktionelle Status im zeitlichen Verlauf signifikant, während die weiblichen Teilnehmer keine signifikante Steigerung aufwiesen.

Auch die Lebensqualität verbesserte sich nach sechs Monaten, im Vergleich zum Zeitpunkt der Einweisung und verschlechterte sich zwischen sechs und zwölf Monaten. Der Gesamtwert der Lebensqualität ließ sich zum Zeitpunkt der Einweisung und nach zwölf Monaten als

unterdurchschnittlich, und nach sechs Monaten als überdurchschnittlich für die untersuchte Altersgruppe bezeichnen (Angermeyer et al., 2000). Dies betraf insbesondere die Domäne der physischen Lebensqualität. Die Domäne soziale Lebensqualität hingegen verbesserte sich nach zwölf Monaten. In der Domäne der psychischen als auch der Domäne der umgebungsbezogenen Lebensqualität waren zwar leichte Abfälle der Werte nach zwölf Monaten festzustellen, diese bewegten sich jedoch im Vergleich mit den Werten von Angermeyer et al. (2000) immer noch in einem überdurchschnittlichen Bereich. Demzufolge ist der Rückgang der allgemeinen Lebensqualität hauptsächlich auf die physische Domäne zurückzuführen. Dies kann darin begründet sein, dass Teilnehmer der untersuchten Zielgruppe aufgrund ihres Krankheitsbildes unter erheblichen physischen Einschränkungen leiden, die sich negativ auf ihre physische Lebensqualität auswirken. Hinsichtlich der allgemeinen Lebensqualität waren Zusammenhänge zwischen dem kognitiven Status, der Selbstwirksamkeit und der Lebensqualität zu beobachten. Demzufolge scheinen beide Parameter einen positiven Einfluss auf die Lebensqualität der Teilnehmer zu haben.

Die Repräsentativität der Studie ist aus mehreren Gründen einzuschränken. Zum einen wurde eine Gelegenheitsstichprobe (Teilnehmer aus einer medizinisch-geriatrischen Klinik) herangezogen. Des Weiteren könnte der Ausschluss bestimmter Patienten möglicherweise zu einer weiteren Selektion geführt haben. Darüber hinaus konnte nur eine relativ geringe Anzahl an Teilnehmern untersucht werden.

Die Ergebnisse verdeutlichen jedoch den Bedarf an gezielten (pflegerischen) Interventionen zur nachhaltigen Sicherung der Rehabilitationsergebnisse nach der Entlassung aus der stationären Rehabilitation, insbesondere nach einem halben Jahr. Diese sollten vor allem auf den Erhalt bzw. die Förderung der Aktivitäten des täglichen Lebens sowie die physischen Aspekte der Lebensqualität fokussiert sein. Die Anwender solcher Interventionen sollten sich der Geschlechterunterschiede hinsichtlich der Entwicklung des funktionellen Status bewusst sein.

## Studie 2

Strupeit, S.; Wolf-Ostermann, K.; Buss, A.; Dassen, T. (2013). Effectiveness of a Nursing Consultation Intervention for Older People with Functional Mobility Impairments: A Prospective, Longitudinal Study. *Journal of Nursing Research* (accepted May 18th 2013).

## Ergebnisse

Insgesamt konnten 124 Teilnehmer für die Studie rekrutiert werden. Hinsichtlich der Anzahl (39 Teilnehmer in der Interventionsgruppe und 85 Teilnehmer in der Kontrollgruppe), der Geschlechterverteilung (87,7 % männlich in der Interventionsgruppe vs. 32,9 % männlich in der Kontrollgruppe) und der Lebensqualität (WHOQOL-BREF Gesamtscore) (36,86 in der Interventionsgruppe vs. 44,33 in der Kontrollgruppe) waren statistisch signifikante Unterschiede zwischen beiden Gruppen festzustellen. Hinsichtlich des funktionellen Status im zeitlichen Verlauf war ein Trend in Richtung statistische Signifikanz bei der Interventionsgruppe, im Vergleich zur Kontrollgruppe zu beobachten ( $p = 0,05$ ). Die Teilnehmer aus der Interventionsgruppe zeigten eine bessere Entwicklung des funktionellen Status, im Vergleich zur Kontrollgruppe. Der Gesamtwert der Lebensqualität war zu allen Messzeitpunkten in der Kontrollgruppe höher, im Vergleich zur Interventionsgruppe. Teilnehmer mit einem besseren funktionellen Status hatten eine höhere Lebensqualität ( $p = 0,05$ ). Hinsichtlich der Domäne der physischen Lebensqualität zeigte sich ein höherer Anstieg sowie insgesamt bessere Werte in der Kontrollgruppe, im Vergleich zur Interventionsgruppe. Dabei zeigte die Kontrollgruppe eine signifikante Verbesserung ( $p = 0,02$ ). Darüber hinaus zeigten Teilnehmer mit einer besseren Selbstwirksamkeit eine höhere Lebensqualität innerhalb der physischen Domäne ( $p = 0,04$ ). Ebenso wiesen Teilnehmer aus der Kontrollgruppe, im Vergleich zur Interventionsgruppe, einen höheren Anstieg und insgesamt bessere Werte im Bereich der psychischen Domäne der Lebensqualität auf. Dabei hatten Teilnehmer mit einem besseren kognitiven Status zu Beginn der Studie eine schlechtere Lebensqualität innerhalb der psychischen Domäne, im weiteren Verlauf kehrte sich dieser Effekt jedoch um. Auch bezüglich der Domäne der umgebungsbezogenen Lebensqualität zeigte die Kontrollgruppe eine bessere Entwicklung und höhere Werte als die Interventionsgruppe. Teilnehmer mit besserem funktionellen Status zeigten dabei eine höhere Lebensqualität in der umgebungsbezogenen Domäne ( $p = 0,00$ ). Hinsichtlich der Domäne der sozialen Lebensqualität war eine gegensätzliche Entwicklung zu beobachten. Hier zeigte sich eine bessere Entwicklung in der Interventionsgruppe, im Vergleich zur Kontrollgruppe. Dabei war ein Trend in Richtung statistischer Signifikanz festzustellen ( $p = 0,06$ ). Darüber hinaus

hatten Teilnehmer höheren Alters ( $p = 0,03$ ) und mit besserem funktionellen Status ( $p = 0,01$ ) eine höhere Lebensqualität innerhalb der sozialen Domäne. Ebenso waren in den Domänen physische, psychische und umgebungsbezogene Lebensqualität eine insgesamt bessere Entwicklung sowie höhere Werte in der Kontrollgruppe zu beobachten. Die physische Lebensqualität stieg im zeitlichen Verlauf in der Kontrollgruppe signifikant stärker an ( $p = 0,01$ ). Lediglich in der Domäne soziale Lebensqualität wiesen die Teilnehmer in der Interventionsgruppe insgesamt höhere Werte und eine bessere Entwicklung auf, dieser Unterschied war jedoch nicht signifikant.

### Diskussion

In der untersuchten Gruppe waren unterschiedliche Effekte der durchgeführten Intervention (Patientenedukation) zu beobachten. So wiesen die Studienteilnehmer in der Interventionsgruppe eine stärkere Verbesserung des funktionellen Status auf. Folglich kann von einem positiven Effekt der Intervention auf den funktionellen Status der untersuchten Interventionsgruppe ausgegangen werden. Dies betrifft insbesondere Teilnehmer, die zum Zeitpunkt der Einweisung die schlechtesten BI-Werte aufwiesen.

Hinsichtlich der Lebensqualität hingegen zeigte die Kontrollgruppe insgesamt höhere Werte sowie eine stärkere Entwicklung. Die Ergebnisse könnten dadurch beeinflusst worden sein, dass die Teilnehmer der Kontrollgruppe bei der Einweisung generell einen besseren funktionellen Status sowie eine höhere Lebensqualität als die Teilnehmer der Interventionsgruppe aufwiesen. Dadurch verfügten sie möglicherweise über bessere Voraussetzungen im Hinblick auf die Entwicklung ihrer Lebensqualität. Lediglich in der Domäne der sozialen Lebensqualität wies die Interventionsgruppe eine bessere Entwicklung und einen höheren Wert nach sechs Monaten auf. Dies mag darin begründet sein, dass die soziale Lebensqualität, im Vergleich zu den anderen Domänen, hauptsächlich von der Anwesenheit von Angehörigen sowie deren Unterstützung und nicht von den Fähigkeiten der Betroffenen abhängt. Auf der Grundlage dieser Ergebnisse scheint die Intervention keinen positiven Einfluss auf die Lebensqualität, abgesehen von der sozialen Domäne, gehabt zu haben.

Die Repräsentativität der Untersuchung ist aus mehreren Gründen einzuschränken. Zum einen wurde eine Gelegenheitsstichprobe (Teilnehmer aus einer medizinisch-geriatrischen Klinik) herangezogen. Ebenfalls könnte es durch die Ausschlusskriterien einen entsprechenden Selektionsbias gegeben haben. Darüber hinaus wurde eine relativ geringe Anzahl an

Studienteilnehmern untersucht, wobei zusätzlich ein zahlenmäßiges Ungleichgewicht zwischen den Gruppen zu verzeichnen war.

Aufgrund des anzunehmenden positiven Einflusses der durchgeführten Intervention auf den funktionellen Status und trotz fehlender statistisch signifikanter positiver Effekte auf die Lebensqualität, sollten edukative Interventionen, in Form von Patientenedukation durch Pflegefachkräfte, Umsetzung in der Praxis finden. Zur weiteren Klärung der Wirksamkeit edukativer Interventionen sollten weitere Studien mit Langzeit-Follow-ups durchgeführt werden.

### Studie 3

Strupeit, S.; Buss, A.; Dassen, T. (2013). Patientenedukation bei älteren Menschen mit Mobilitätseinschränkungen – Konzeption und Evaluation von Bedarfen während und nach der Entlassung aus dem klinisch-geriatrischen Setting. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie (accepted March 25th 2013).

### Ergebnisse

Hierfür wurden die Daten von 39 Teilnehmern der Interventionsgruppe analysiert. Der Großteil der Teilnehmer war weiblich (87,2 %) und im Mittel 82,62 Jahre alt. Die Ergebnisse zum generellen Bedarf an Information, Beratung und Schulung zeigen, dass der Schulungsbedarf bei der Aufnahme bei etwa einem Drittel der Teilnehmer vorhanden war, nach etwa zwei Wochen sank (12,8 %) und zum Zeitpunkt der Entlassung wieder etwas anstieg (21,1 %). Nach der Entlassung nahm der Schulungsbedarf stetig ab und so bestand nach 6 Monaten kein Schulungsbedarf mehr. Hingegen war ein Informationsbedarf bei rund der Hälfte der Teilnehmer und ein Beratungsbedarf bei rund 80 % der Teilnehmer zu allen Messzeitpunkten zu beobachten. Ein Schulungsbedarf war vor allem im Bereich der funktionalen Mobilität und hauptsächlich innerhalb der ersten drei Wochen in der Klinik, bei Entlassung und drei Monate danach festzustellen. Die Bereiche Ernährung und Sturzprävention schienen vor allem drei Monate nach Entlassung von Bedeutung zu sein (ca. 50 %). Der Beratungsbedarf der Studienteilnehmer war vergleichsweise vielfältig (Hilfsmittel, Sturzprävention, professionelle Pflege, andere Dienste, Wohnungsbaumaßnahmen, Ernährung, Schmerzmanagement, Mobilität, Diagnose/Krankheitsbild). Hier zeigten sich ähnliche Bedarfe bei Einweisung und Entlassung: die Bereiche Hilfsmittel und Sturzprävention standen zu beiden Zeitpunkten im Vordergrund. Die Ergebnisse zu den Informationsbedarfen zeichnen ein relativ homogenes Bild. Alle sechs relevanten Bereiche (Sturzprävention, professionelle Pflege, andere Dienste, Hilfsmittel, Ernährung,

Wohnraumanpassung) waren zu jedem Messzeitpunkt relevant. Dabei nahm der Informationsbedarf zu anderen Diensten und zur Wohnraumanpassung innerhalb der ersten drei Wochen bis zum Zeitpunkt sechs Monate nach Entlassung stetig ab.

### Diskussion

Kommen edukative Maßnahmen zum Einsatz, so scheint ein grundsätzlicher Bedarf an Beratung und Information vom Zeitpunkt der Einweisung bis zu sechs Monate nach der Entlassung vorhanden zu sein. Dabei scheinen die Patienten insbesondere hinsichtlich des Umgangs mit bzw. der Beschaffung von Hilfsmitteln Beratung zu benötigen. Überdies kann während des klinischen Aufenthaltes von einem Bedarf an Beratung zu pflegerischen und anderen Leistungen ausgegangen werden, während nach der Entlassung eher Themen wie Ernährung und Schmerzmanagement zusätzlich von Bedeutung sind. Wenn es um die Vermittlung von Information geht, scheinen den Patienten Themen wie Sturzprävention, professionelle Pflegeleistungen und andere Angebote, Hilfsmittel, Ernährung (v. a. nach Entlassung) und Wohnraumanpassung wichtig zu sein. Im Verlauf der Zeit sieht es so aus, als ob der Bedarf an Schulung immer mehr an Bedeutung verliert, was mit der Nachhaltigkeit von Schulungsmaßnahmen begründet werden kann. Dabei scheinen Schulungen zum Umgang mit Hilfsmitteln und zur Mobilitätsförderung für die Patienten am wichtigsten zu sein. Die Ablehnung von Edukationsmaßnahmen während des Klinikaufenthaltes hängt möglicherweise mit der hohen Beanspruchung der Teilnehmer durch andere Maßnahmen zusammen.

Aufgrund der Stichprobenbildung (Gelegenheitsstichprobe), der geringen Stichprobengröße und der Ausschlusskriterien sind die Ergebnisse dieser Studie einzuschränken.

Zusammenfassend lässt sich schlussfolgern, dass der allgemeine Edukationsbedarf sowie die differenzierten Bedarfe zur Schulung, Beratung und Information abhängig sind von den Zeitpunkten im Verlauf nach Eintreten des Pflege- und Hilfsbedarfs bzw. von der Umgebung des Patienten (Klinik oder Häuslichkeit). Generell ist von der Notwendigkeit edukativer Maßnahmen in dieser Zielgruppe auszugehen.

### Schlussfolgerungen

Ältere Menschen mit Mobilitätseinschränkungen leiden unter Einschränkungen ihrer Mobilität und Lebensqualität als Folge von Krankheitszuständen, wie Schlaganfälle oder Frakturen. Die im Rahmen dieser Dissertation erhobenen Ergebnisse (Studie 1) weisen darauf hin, dass sowohl der funktionelle Status als auch die Lebensqualität nach Entlassung aus der

stationären Rehabilitation zwar mittelfristig in einem moderaten Bereich liegen, langfristig kann jedoch von einer zunehmenden Verschlechterung beider Parameter ausgegangen werden. Daraus lässt sich ein Bedarf an generellen Maßnahmen zur Erhaltung bzw. Förderung von Mobilität und Lebensqualität ableiten, mit dem Ziel die Selbstständigkeit und Unabhängigkeit der Betroffenen zu erhalten bzw. zu fördern. Für die Pflege bietet sich in der Umsetzung von Maßnahmen zur Patientenedukation eine besondere und für die Disziplin originäre Chance, sich dieser Aufgabe anzunehmen. Hinsichtlich der Wirksamkeit edukativer Maßnahmen fehlen derzeit jedoch eindeutige Ergebnisse. Die hier zugrunde liegende Untersuchung zur Wirksamkeit einer Intervention zur Patientenedukation (Studie 2) liefert erste Erkenntnisse für die untersuchte Zielgruppe. So konnte festgestellt werden, dass die Intervention positive Auswirkungen auf den funktionellen Status in der untersuchten Patientengruppe hatte. Hinsichtlich der Lebensqualität hingegen zeigten sich kaum positive Auswirkungen. Da die vorliegende Untersuchung mit einigen Einschränkungen verbunden war, sollten sowohl Vor- als auch Nachteile der Intervention mit Vorsicht betrachtet werden. Worin im Genaueren die Bedarfe der hier untersuchten Patienten zur Schulung, Beratung und Information lagen, konnte im Rahmen einer Evaluation (Studie 3) ermittelt werden. Dabei wurden bestimmte Muster deutlich, nach denen sich der generelle und differenzierte Edukationsbedarf ableiten lässt. Die als explorativ einzuordnenden Ergebnisse liefern erste Erkenntnisse, die, unter Hinzunahme weiterer Evaluationen, der Planung edukativer Maßnahmen in der untersuchten Population dienen können.

Es konnte gezeigt werden, dass die Umsetzung einer strukturierten und längerfristigen edukativen pflegerischen Intervention einen positiven Nutzen haben kann. Von schädlichen Effekten ist dagegen nicht auszugehen. Um eindeutige Aussagen hinsichtlich der Wirksamkeit von edukativen Interventionen treffen zu können, bedarf es weiterer Forschung. Dennoch sollte, vor dem Hintergrund der sich bietenden Chance für die Disziplin der Pflege und des vermuteten Bedarfs, die Patientenedukation als eigenständiger Bestandteil der pflegerischen Arbeit etabliert werden. Die ohnehin im Pflegealltag existenten edukativen Maßnahmen gilt es dabei zu strukturieren und auf professioneller Basis umzusetzen. Konzepte, wie die im Rahmen dieser Dissertation untersuchte prozess- und ressourcenorientierte Patientenedukation, können dabei als Orientierung bei der Planung und Umsetzung dienen.

## Literatur

Abt-Zegelin A. (2003). Patienten- und Familienedukation in der Pflege. In: Das Originäre der Pflege entdecken. Deutscher Verein für Pflegewissenschaft e. V., Mabuse-Verlag GmbH, Frankfurt a. M., pp 103-115.

Angermeyer, M.C., Kilian, R. & Matschinger, H. (2000). WHOQOL-100 und WHOQOLBREF. Handbuch für die deutsche Version der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität. Göttingen, Germany: Hogrefe.

Brunnett, R., Hasseler, M., Strupeit, S. & Deneke, C. (2009). Zwischen Fallarbeit und Evidenzbasierung: Ein interdisziplinäres Qualifizierungskonzept für eine ressourcenorientierte Pflegesprechstunde zur Mobilitätsförderung. Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften, 8, 83-102.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSJ) (2006). Erster Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner. Berlin

de Bes, J, Legierse, C.M., Prinsen, C.A. & de Korte, J. (2011). Patient education in chronic skin diseases: A systematic review. Acta-dermato-venereologica, 91, 12-17.  
doi:10.2340/00015555-1022

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2013): Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Osnabrück: DNQP

Gaugler, J. E., Duval, S., Anderson, K. A. & Kane, R. L. (2007). Predicting nursing home admission in the U.S: A meta-analysis. BMC Geriatrics, 7, 13. doi:10.1186/1471-2318-7-13

Günster, C. (2011). Schlaganfallversorgung in Deutschland – Inzidenz, Wiederaufnahmen, Mortalität und Pflegerisiko im Spiegel von Routinedaten. Retrieved from [http://www.schattauer.de/fileadmin/assets/buecher/Musterseiten/978-3-7945-2803-5\\_Musterseiten\\_147-152.pdf](http://www.schattauer.de/fileadmin/assets/buecher/Musterseiten/978-3-7945-2803-5_Musterseiten_147-152.pdf)

Harrington, R., Taylor, G., Hollinghurst, S., Reed, M., Kay, H., & Wood, V. A. (2010). A community-based exercise and education scheme for stroke survivors: A randomized controlled trial and economic evaluation. Clinical Rehabilitation, 24, 3-15.  
doi:10.1177/0269215509347437

Horgan, N. F., O'Regan, M., Cunningham, C. J. & Finn, A. M. (2009). Recovery after stroke: a 1-year profile. Disabil Rehabil, 31(10), 831-839.

Hotze, E., Winter, C. (2000): Pflege in der Rehabilitation. Rennen-Allhoff, B., Schaeffer, D. (Hrsg.) Handbuch Pflegewissenschaft. Juventa: Weinheim und München. S. 555-590

Kessler, J., Markowitsch, H. J. & Denzler, P. (2000). Mini-mental-status-test (MMST). Göttingen, Germany: Beltz Test GmbH

- Lalu, R. E. (2003). Changes in the quality of life of cerebral stroke patients in the first year after rehabilitation. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 36, 484-491. doi: 10.1007/s00391-003-0153-6
- Marsden D., Quinn R., Pond N., Golledge R., Neilson C., White J., McElduff P., Pollack M. (2010). A multidisciplinary group programme in rural settings for community-dwelling chronic stroke survivors and their carers: A pilot randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 24, 328-341. doi:10.1177/0269215509344268
- Meyer, G. et al (2005): Mobilitätsrestriktionen in Alten- und Pflegeheimen: Eine multizentrische Beobachtungsstudie. *Pflege & Gesellschaft* 10:37-39.
- Mollenkopf, H. & Flaschenträger, P. (2001). *Erhaltung von Mobilität im Alter*. Stuttgart, Germany: Kohlhammer.
- Murphy, S., Conway, C., McGrath, N. B., O'Leary, B., O'Sullivan, M. P. & O'Sullivan, D. (2011). An intervention study exploring the effects of providing older adult hip fracture patients with an information booklet in the early postoperative period. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 3404-3413. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03784.x
- Nikolaus, T., Bach, M., Oster, P. & Schlierf, G. (1996). Prospective value of self-report and performance-based tests of functional status for 18-month outcomes in elderly patients. *Aging (Milano)*, 8, 271-276.
- Saxena, S. K., Ng, T. P., Koh, G., Yong, D. & Fong, N. P. (2007). Is improvement in impaired cognition and depressive symptoms in post-stroke patients associated with recovery in activities of daily living? *Acta Neurologica Scandinavica*, 115, 339-346. doi:10.1111/j.1600-0404.2006.00751.x
- Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (1999). *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs selbstwirksame Schulen*. Berlin, Germany: Freie Universität Berlin
- Shyu, Y. I., Maa, S. H., Chen, S. T. & Chen, M. C. (2009). Quality of life among older stroke patients in Taiwan during the first year after discharge. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2320-2328. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02458.x
- Stenvall, M., Olofson, B., Lundström, M., Svensson, O., Nyberg, L. & Gustafson, Y. (2006). Inpatient falls and injuries in older patients treated for femoral neck fracture. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 43, 389-399. doi:10.1016/j.archger.2006.01.004

## Anteilerklärung an den erfolgten Publikationen

Steve Strupeit hatte folgenden Anteil an den folgenden Publikationen:

**Publikation 1:** Strupeit, S; Wolf-Ostermann, K; Buss, A; Dassen, T (2013). Mobility and Quality of Life after discharge from a clinical geriatric setting – focused on gender and age. Epub ahead of print, DOI: 10.1002/rnj.117. In: Rehabilitation Nursing [Impact Factors: 0.779]

Beitrag im Einzelnen: 80 Prozent - Aufstellung der Forschungsfrage, Literaturrecherche, Design, Vorbereitung und Zusammenfassung der Daten, Einpflegen der neuen Variablen, Datenanalyse, Gestaltung und Schreiben des Manuskripts.

**Publikation 2:** Strupeit, S; Wolf-Ostermann, K; Buss, A; Dassen, T (2013). Effectiveness of a Nursing Consultation Intervention for Older People with Functional Mobility Impairments: A Prospective, Longitudinal Study. Journal of Nursing Research (accepted May 18th 2013). Impact Factors: 0.688

Beitrag im Einzelnen: 80 Prozent - Aufstellung der Forschungsfrage, Literaturrecherche, Design, Vorbereitung und Zusammenfassung der Daten, Einpflegen der neuen Variablen, Datenanalyse, Gestaltung und Schreiben des Manuskripts.

**Publikation 3:** Strupeit, S; Buss, A; Dassen, T (2013). Patientenedukation bei älteren Menschen mit Mobilitätseinschränkungen – Konzeption und Evaluation von Bedarfen während und nach der Entlassung aus dem klinisch-geriatrischen Setting. Epub ahead of print, 10.1007/s00391-013-0505-9. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie [Impact Factors: 0.736].

Beitrag im Einzelnen: 85 Prozent - Aufstellung der Forschungsfrage, Literaturrecherche, Festlegung von Design und Methode, Datenanalyse, Gestaltung und Schreiben des Manuskripts.

Unterschrift, Datum und Stempel des betreuenden Hochschullehrers

---

Unterschrift des Doktoranden

---

## **Publikation 1**

Strupeit, S; Wolf-Ostermann, K; Buss, A; Dassen, T (2013). Mobility and Quality of Life after discharge from a clinical geriatric setting – focused on gender and age. Epub ahead of print, DOI: 10.1002/rnj.117. In: Rehabilitation Nursing [Impact Factors: 0.779]

## **Publikation 2**

Strupeit, S; Wolf-Ostermann, K. Buss, A; Dassen, T (2013). Effectiveness of a Nursing Consultation Intervention for Older People with Functional Mobility Impairments: A Prospective, Longitudinal Study. In: Journal of Nursing Research (accepted May 18th 2013) [Impact Factors: 0.688]

### **Publikation 3**

Strupeit, S; Buss, A; Dassen, T (2013). Patientenedukation bei älteren Menschen mit Mobilitätseinschränkungen – Konzeption und Evaluation von Bedarfen während und nach der Entlassung aus dem klinisch-geriatrischen Setting. Epub ahead of print, 10.1007/s00391-013-0505-9. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie [Impact Factors: 0.736].

## **Lebenslauf**

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

## Publikationsliste

Strupeit, Steve; Buss, Arne: Definition von Mobilität aus pflegewissenschaftlicher Perspektive. (Accepted Paper - Pflegezeitschrift)

Bauernfeind, Gonda; Strupeit, Steve: Dekubitusprophylaxe und -behandlung: Praxisleitfaden zum Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“. (Kohlhammer Verlag Stuttgart – im erscheinen)

Bauernfeind, Gonda; Strupeit, Steve: Interprofessionelle Wundheilung und -behandlung: Praxisleitfaden zum Expertenstandard. Pflege von Menschen mit chronischen Wunden. (Kohlhammer Verlag Stuttgart – im erscheinen)

Strupeit, Steve; Bauernfeind, Gonda (2013): WTELQ – Assessment zur Erfassung von Lebensqualität auf Grundlage der wund- und therapiebedingten Einschränkungen. In: Zeitschrift für Wundheilung (im Druck).

Brunnett, Regina; Hasseler, Martina; Strupeit, Steve; Deneke, Christiane (2013): Mobilität als multidimensionales Konzept: Grundlage für gesundheitsförderliche Mobilitätsförderung. In: Hasseler, Martina; Meyer, Martha; Fischer, Thomas (Hrsg.) (2013): Gerontologische Pflegeforschung: Ansätze, Ergebnisse und Perspektiven für die Praxis. Kohlhammer Verlag Stuttgart.

Strupeit, Steve; Bauernfeind, Gonda (2013): Wundversorgung bei älteren Menschen. In: Hasseler, Martina; Meyer, Martha; Fischer, Thomas (Hrsg.) (2013): Gerontologische Pflegeforschung: Ansätze, Ergebnisse und Perspektiven für die Praxis. Kohlhammer Verlag Stuttgart.

Bauernfeind, Gonda; Strupeit, Steve; Buss, Arne (2013): Expertenstandard Ernährungsmanagement. Den Expertenstandard sicher umsetzen. AOK Verlag Remagen.

Strupeit, Steve; Bauernfeind Gonda (2013): Dekubitusrisikoassessment auf der Grundlage von NANDA-I Pflegediagnosen. In: Zeitschrift für Wundheilung, 01/12: 28-31.

Strupeit, Steve; Nink-Grebe, Brigitte (2012): Personalqualifikation und –schulung. In: Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e. V. (Hrsg.): Lokalthherapie chronischer Wunden bei Patienten mit den Risiken periphere arterielle Verschlusskrankheit, Diabetes mellitus, chronische venöse Insuffizienz.

Strupeit, Steve; Buss, Arne; Bauernfeind, Gonda (2012): Unzureichende Kenntnisse Dekubitusprävention: Das Wissen der Lehr- und Pflegefachkräfte im Fokus. In: Pflegezeitschrift, 12/12: 750 – 754.

Strupeit, Steve; Bauernfeind, Gonda (2012): Handlungsempfehlungen. Leitlinie zur Lokalthherapie chronischer Wunden. In: Die Schwester/Der Pfleger, 12/12: 1182 – 1185.

Bauernfeind, Gonda; Strupeit, Steve; Buss, Arne (2012): Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen: Den Expertenstandard sicher umsetzen. AOK Verlag Remagen.

Bauernfeind, Gonda; Strupeit, Steve (2012): Sturzprophylaxe in der Pflege. Den Expertenstandard sicher umsetzen. AOK Verlag Remagen.

Bauernfeind, Gonda; Strupeit, Steve (2011): Chronische Wunden. Den Expertenstandard sicher umsetzen. AOK Verlag Remagen.

Bauernfeind, Gonda; Strupeit, Steve (2011): Dekubitusprophylaxe in der Pflege: Den Expertenstandard sicher umsetzen. AOK Verlag Remagen.

Bauernfeind, Gonda; Strupeit, Steve (2011): Hygienemanagement im ambulanten Pflegedienst. AOK Verlag Remagen.

Hasseler, Martina; Strupeit, Steve (2011): Studienbrief 2. Pflegewissenschaftliche Grundlagen. Überblick pflegetheoretische Ansätze. Hamburger Fernhochschule: Hamburg.

Strupeit, Steve, Hasseler, Martina (2011): Studienbrief 4. Pflegewissenschaftliche Grundlagen. Situationsspezifische pflegetheoretische Ansätze. Hamburger Fernhochschule: Hamburg.

Hasseler, Martina; Strupeit, Steve (2011): Studienbrief 3. Pflegewissenschaftliche Grundlagen. Bedürfnisorientierte Pflegemodelle. Hamburger Fernhochschule: Hamburg.

Bauernfeind, Gonda; Strupeit, Steve (2010): Patientenedukation bei Menschen mit chronischen Wunden und deren Dependenzpflege – Implementierung und Umsetzung in einem ambulanten Setting mit dem Fokus Verbesserung der Lebensqualität. In: Zeitschrift für Wundheilung 1/2010.

Haut, Antonie; Kolbe, Nina; Strupeit, Steve; Mayer, Herbert; Meyer, Gabriele (2010): Attitudes of Relatives of Nursing Home Residents Toward Physical restraints. In: Journal of Nursing Scholarship. IF: 1.49

Strupeit, Steve; Bauernfeind, Gonda; Sterly, Carsten; Nink-Grebe, Brigitte (2009): Qualifikationen und Weiterbildungen im Bereich der Wundversorgung im deutschsprachigen Raum – eine Standortbestimmung. In: Zeitschrift für Wundheilung, 04-09: 249-254.

Strupeit, Steve; Fleischmann, Nina (Hrsg.) (2009): Pflegewissenschaftliche Schriften. Bremer Beiträge zur Berufspädagogik, Klinischen Pflegeexpertise und Familien- und Gesundheitspflege. BoD Verlag.

Strupeit, Steve (2009): Was beeinflusst Angehörige bei ihrer Meinung zu freiheitsbeschränkenden Maßnahmen? – Eine Literaturübersicht. In: Strupeit, Steve & Fleischmann, Nina (Hrsg.) (2009): Pflegewissenschaftliche Schriften. Bremer Beiträge zur Berufspädagogik, Klinischen Pflegeexpertise und Familien- und Gesundheitspflege. BoD Verlag.

Brunnett, Regina; Hasseler, Martina; Strupeit, Steve; Denke, Christiane (2009): Zwischen Fallarbeit und Evidenzbasierung. Ein interdisziplinäres Schulungs- und Qualifizierungskonzept für eine ressourcenorientierte Pflegesprechstunde zur Mobilitätsförderung. In: Behrens, J. (Hrsg.) (2009): "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 vom 26.-28. März 2009 in Halle (Saale).

Haut, Antonie; Kolbe, Nina; Strupeit, Steve; Mayer, Herbert; Meyer, Gabriele (2009): Haltungen und Meinungen Angehöriger von Pflegeheimbewohnern zu freiheitseinschränkenden Maßnahmen: eine Fragebogenerhebung. In: Behrens, J. (Hrsg.) (2009): "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 vom 26.-28. März 2009 in Halle (Saale).

Strupeit, Steve (2008): Implementierung eines Pflegeklassifikationssystems zur vollständigen Umsetzung des Pflegeprozesses. In: *Pflegewissenschaft*, 12/08: 651 - 661.

Strupeit, Steve (2008): Gemeindeschwestern in der DDR. Berufsprofil und Übertragbarkeit auf den bundesdeutschen Kontext. VDM Verlag.

Strupeit, Steve (2008): Berufsprofil – Die Gemeindeschwester ist zurück? In: *Die Schwester/Der Pfleger*, 06/08: 514 - 519.

Strupeit, Steve (2008): Schwester AGNES ist zurück!? Gemeindeschwestern in der DDR und die Übertragbarkeit des Berufsprofils auf die Versorgungsstrukturen der Bundesrepublik im Rahmen aktueller Modellversuche. In: *Pflegewissenschaft*, 03/08: 167 - 176.

Strupeit, Steve (2008): Präventive und gesundheitsförderliche Aufgaben und Maßnahmen durch Gemeindeschwestern in der ehemaligen DDR – ein Rückblick. In: *Pflege & Gesellschaft*, 02/08: 159 - 174.

Hasseler, Martina; Strupeit, Steve (2008): Prävention im Gesundheitswesen – Eine Aufgabe für die professionelle Pflege. In: Peter Bechtel (Hrsg.) (2008): *Klinikmanager Pflege – Praktisches Wissen Professionelle Prozessunterstützung für Führungskräfte in der Klinik*. Wolters Kluwer Verlag.

Strupeit, Steve; Sieling, Kreske (2006): Was ist Wissenschaft? – Was ist Pflegewissenschaft? E-Book, Grin Verlag.

Strupeit, Steve (2006): Pflege ohne Lobby? Eine Berufsgruppe ohne Stimme? E-Book, Grin Verlag.

## Eidesstattliche Versicherung

„Ich, Steve Strupeit, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: Evidenzbasierte Grundlagen für gesundheitsförderliche und präventive Ansätze im Kontext einer erweiterten pflegerischen Versorgungspraxis am Beispiel Mobilität und Lebensqualität selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung (siehe „Uniform Requirements for Manuscripts (URM)“ des ICMJE -[www.icmje.org](http://www.icmje.org)) kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) entsprechen den URM (s.o) und werden von mir verantwortet.

Meine Anteile an den ausgewählten Publikationen entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem Betreuer, angegeben sind. Sämtliche Publikationen, die aus dieser Dissertation hervorgegangen sind und bei denen ich Autor bin, entsprechen den URM (s.o) und werden von mir verantwortet.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§156,161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

10.06.13

---

Unterschrift