



WEITERENTWICKLUNG - Beratung im Kontext Pflege

REHABILITATION IN DER PFLEGE

Wirksamkeit rehabilitativer Interventionen durch Pflegende

Kurzbericht für das ZQP

Durchführung:

Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)

Abteilung 3 „Interdisziplinäre Alters- und Pflegeforschung“

Partner:

Prof. Dr. Stefan Görres (Abteilungsleitung)

Paulina Meinecke

Christin Ellermann

Dr. Jaqueline Bomball

Christina Heller

Tim Ellermann

Laufzeit:

1.07.2015 bis 31.07.2016

Status:

abgeschlossen

Hintergrund: Die Geriatrische Rehabilitation ist in Deutschland seit etwa 50 Jahren fester Bestandteil in der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen. Sie ist geprägt durch die spezialisierte Behandlung sogenannter „geriatrischer Patient/-innen“, die oftmals nach den Ereignissen eines Schlaganfalls, einer erlittenen Fraktur oder einer onkologischen Erkrankung durch ein interdisziplinäres Team versorgt und begleitet werden. Im Mittelpunkt stehen vor allem medizinisch, pflegerisch und therapeutisch aufwändige Bemühungen mit dem Ziel, die Selbstständigkeit durch rehabilitative Maßnahmen ganz oder zumindest teilweise wieder herzustellen. Dem Aspekt der „Vermeidung von Pflegebedürftigkeit“ kommt in dieser Hinsicht eine besondere Bedeutung zu. Die Geriatrische Rehabilitation als ein Spezialgebiet der medizinischen Rehabilitation stellt aufgrund der mit zunehmenden Alter verbundenen Multimorbidität und erhöhten Vulnerabilität geriatrischer Patient/-innen aus pflegerischer Sicht ein komplexes Handlungsfeld dar (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe 2013): Das Risiko für Komplikationen und Folgeerkrankungen, die Gefahr der Chronifizierung sowie der damit einhergehende Verlust der Autonomie mit Verschlechterung des Selbsthilfestatus (vgl. DGG, DGGG, BAGG 2007) bedingen ein umfassendes Wissen und hochqualifiziertes Handeln, besonders seitens der Pflegenden. Im Rahmen stationärer, teilstationärer, ambulanter oder mobiler Behandlungsformen gilt es, u. a. aus pflegerischer Sicht, physische, psychische und soziale Ressourcen zu eruieren und in rehabilitativer Weise mit möglichst hoher Wirksamkeit zu nutzen (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe 2013, 10). Gegenwärtig mangelt es jedoch an einer systematisch aufbereiteten Darstellung der vorhandenen Empirie zur Effektivität geriatrisch-rehabitativer Interventionen durch die Pflegenden.

Zielsetzung: Das übergeordnete Ziel des Projekts liegt in der Erstellung einer systematischen Übersicht zum aktuellen Stand der Forschung und zur Wirksamkeit rehabilitativer Interventionen durch Pflegenden an geriatrischen Patient/-innen. Anhand der Übersichtsarbeit sollen rehabilitativ wirksame Maßnahmen identifiziert und deren Effektivität evaluiert werden. Im Anschluss werden evidenzbasierte und praxisrelevante Handlungsempfehlungen für die pflegerische und pflegebeteiligte Praxis in der Geriatrischen Rehabilitation abgeleitet sowie versorgungsstrukturell relevante Schlussfolgerungen gezogen.

Methodisches Vorgehen: Im Rahmen der vorangestellten Skizzierung des Themenbereiches werden Ein- und Ausschlusskriterien für die weitere Untersuchung eruiert. Diese dienen als Grundlage für die Erstellung der Suchstrategie, welche in den Datenbanken The Cochrane Library, PubMed und CINAHL durchgeführt wird. Der daraus resultierende Katalog definiert alle relevanten Studien-Charakteristika: die Zielgruppe besteht aus ausschließlich älteren Patient/-innen oberhalb des 65. Lebensjahres mit einem Unterstützungsbedarf im alltäglichen Leben aufgrund mindestens einer chronischen Erkrankung. Die analysierten Interventionen sind von rehabilitativem Charakter und werden ausschließlich von Pflegenden, nicht von anderen therapeutischen oder im Gesundheitsbereich tätigen Professionellen, durchgeführt. Voraussetzung für den Einschluss von Studien ist weitergehend das Vorhandensein einer Vergleichspopulation im Sinne einer Kontrollgruppe. Maßnahmen in der Kontrollgruppe sollen entweder lediglich der „herkömmlichen“ Pflege (usual care) entsprechen, durch eine andere Berufsgruppe als Pflegenden durchgeführt werden oder etwa gar keine Intervention beinhalten. Die eingeschlossenen Studien weisen zudem Zielgrößen der Geriatrischen Rehabilitation als Outcomes auf. Maßnahmen, die grundsätzlichen standard-pflegerischen Handlungen entsprechen (z. B. Sturzprophylaxe und Dekubitusprävention), werden von der Studienbewertung ausgeschlossen. Rehabilitative Maßnahmen, die ohne

Berücksichtigung des Alters indikationsspezifisch stattfinden bzw. das Ziel der Berufswiedereingliederung verfolgen, werden ebenso ausgeschlossen. Die auf Basis der systematischen Recherche ermittelten Studien werden im Rahmen der kritischen Bewertung analysiert. Die Beurteilung der Studien erfolgt stets im Peer-Verfahren im Sinne des vier-Augen-Prinzips. Bei Unstimmigkeiten und unterschiedlichen Bewertungen wird eine dritte wissenschaftliche Mitarbeiterin hinzugezogen. Zur Sicherstellung der Validität der Studienergebnisse (Minimierung von Bias) erfolgt eine Bewertung der Studienqualität der einbezogenen Arbeiten auf Grundlage zweier etablierter Checklisten, dem „Cochrane Risk of Bias-Tool“ und den „AMSTAR-Kriterien“.

Ergebnisse: Insgesamt konnten 5.673 Studien in einem ersten Schritt ermittelt werden, wovon 276 für die Volltextsichtung extrahiert und schließlich 36 Studien für die Bewertung als geeignet definiert wurden. In die kritische Studienbewertung eingeschlossen wurden davon letztendlich 14 Studien (RCTs) mit unterschiedlichem Studienziel und -design und ein Systematisches Review. In Anlehnung an die Studienziele erfolgte die Ableitung von zehn Interventionsbereichen, welche Setting-übergreifend (keine Einschränkung nach ambulant, stationär, teilstationär, mobile Rehabilitation) im Folgenden zusammengefasst werden.

- Vier randomisiert kontrollierte Studien (RCTs) befassen sich mit der **„Verbesserung bzw. dem Erhalt von funktionalen Fähigkeiten“**. Eine Studie fokussiert dabei ein Fitness-Programm, die drei anderen versuchen durch Schulung und Beratung die Mobilität und Funktionalität ihrer älteren Proband/-innen zu erhöhen. Lediglich das Fitness-Programm erzielt einen signifikant positiven Effekt durch die Intervention. Gegenwärtig kann damit keine Empfehlung für spezifische Interventionen gegeben werden. Aus den Studien lässt sich jedoch ableiten, dass Schulung und Beratung ohne aktive in den Alltag integrierte und auf die individuellen Bedürfnisse und Ressourcen abgestimmte Maßnahmen allein nicht ausreichen, um die funktionalen Fähigkeiten von älteren Menschen zu erhöhen.
- Sieben Studien lassen sich unter dem Interventionsbereich **„Verbesserung bzw. Erhalt der mentalen Gesundheit“** zusammenfassen, welcher Aspekte zu kognitiven Fähigkeiten, der Lebensqualität und dem Wohlbefinden enthält. Maßnahmen mit verschiedenen kognitiv stimulierenden Komponenten sowie Interventionen mit edukativem und reflexivem Charakter, die die Erhöhung der krankheitsbezogenen Adhärenz und Stärkung des Empowerments anstreben, scheinen dabei einen positiven Einfluss auf die Kognition, die mentale Gesundheit im Allgemeinen, die Lebensqualität und das Wohlbefinden älterer Menschen zu haben. Aufgrund von methodischen Mängeln in allen sieben Studien ist das Vertrauen in die Ergebnisse jedoch begrenzt – die methodische Güte ist für die Studien in diesem Bereich als moderat einzustufen.
- Drei Arbeiten fokussieren in ihrer Untersuchung die **„Verbesserung bzw. den Erhalt von kognitiven Einschränkungen“ bei der Zielgruppe älterer Menschen mit einer demenziellen Erkrankung**. Mittels kognitiver Stimulationen (z. B. Memory, Lieblingsmusik hören), motorischer Übungen (z. B. Bowling, Croquet, Balanceübungen) und ADL-Trainings (z. B. Essen zubereiten, Gartenarbeit) kann das Voranschreiten von kognitiven Beeinträchtigungen verhindert sowie Angstzustände von älteren demenziell erkrankten Pflegeheimbewohner/-innen reduziert werden. Eine Tageslichttherapie erzielte in den Herbst- und Wintermonaten eine geringe Verbesserung der Symptomatik, wobei der Effekt auch durch den Einsatz von normalem Licht erzielt werden kann. Die Evidenz für Interventionen zur kognitiven Stimulation ist trotz methodischer Schwächen als moderat einzustufen. Die Ergebnisse der Erhebungen

können mögliche Ansatzpunkte für Maßnahmen in der pflegerischen Praxis darstellen.

- Für den Bereich „**Verbesserung bzw. Erhalt von Alltagsaktivitäten (ADLs)**“ existieren Hinweise für die Wirksamkeit pflegerischen Handelns, basierend auf Grundlage von zwei im Rahmen der systematischen Recherche ermittelten Studien. Dabei handelte es sich zum einen um eine Gruppentherapie mit verschiedenen nicht-medikamentösen Komponenten für Pflegeheimbewohner/-innen: motorische Übungen, kognitive Aufgaben und auch ein ADL-Training, welches mit Hilfe der Pflegenden angeleitet und durchgeführt wird. Den AutorInnen zufolge hatte die Intervention einen signifikanten Einfluss auf den Erhalt der ADL, welche jedoch nicht über das Interventionsende hinausragte. Zum anderen wurde ein komplexes gesundheitsförderndes Programm mit verschiedenen funktionalen Trainingseinheiten für ältere Menschen durchgeführt. Unter Berücksichtigung der methodischen Einschränkungen deuten die Studienergebnisse darauf hin, dass mittels funktionalen Trainings unter gleichzeitiger Betreuung durch eine/n qualifizierte/n PflegeexpertIn eine Stabilisierung oder Verbesserung der ADLs erreichbar ist.
- Der Aspekt „**Förderung der sozialen Teilhabe**“ wird lediglich in einer Studie thematisiert, diese weist allerdings eine geringe methodische Qualität auf. Mit Hilfe einer rehabilitativ, psychosozialen Gruppenintervention sollte die soziale Einbindung von älteren alleinlebenden Menschen erhöht und so Einsamkeit sowie damit zusammenhängenden gesundheitlichen Einbußen entgegen gewirkt werden. Auf Basis der von einer Pflegekraft moderierten Gruppenintervention konnte die soziale Aktivität der TeilnehmerInnen signifikant gesteigert werden: 40% der TeilnehmerInnen nahmen auch nach einem Jahr weiterhin an Gruppentreffen teil und 72% trafen auch nach Interventionsende andere Mitglieder ihrer Gruppe wieder. Die/der Pflegende wirkte dabei als MediatorIn und MotivatorIn und unterstützte die Gruppe, bestehend aus maximal fünf TeilnehmerInnen dabei, gemeinsame Interessen zu eruieren und Aktivitäten zu organisieren (z. B. gemeinsame Ausflüge). Bei Beachtung verschiedener Schlüsselemente (z.B. Nutzung von gruppendynamischen Prozessen, zielorientiertem Arbeiten, Empowerment und Motivation) kann diese Intervention den AutorInnen zufolge in unterschiedlichen Settings erfolgreich integriert werden. Aussagen zu diesem Interventionsbereich können eingeschränkt formuliert werden, denn die Anzahl der eingeschlossenen Studien ebenso wie die Studienqualität sind gering.
- Vier Arbeiten können in dem Bereich „**Verbesserung krankheitsbezogenen Verhaltens**“ zusammengefasst werden. Diese zeigten die Effektivität von kommunikativen und edukativen Interventionen in Bezug auf individuelle Verhaltensweisen auf. Mittels reflexiver Gespräche, Empowerment, Patient/-innenedukation (z. B. Umgang mit Stress) und Erstellung von Symptommanagement-Plänen können positive Effekte in allen Studien erzielt werden. In zwei der Studien führt die Intervention zu signifikanten Verbesserungen des krankheitsbezogenen Verhaltens. Aufgrund der methodischen Mängel ist die Evidenz für diesen Bereich als moderat einzustufen.
- Ein methodisch moderates Review kann keine Evidenz für die Wirksamkeit spezifischer „**Interventionen bei Schlafstörungen**“ von Pflegeheimbewohner/-innen erbringen. Durch die Analyse von 41 Studien lassen sich jedoch einige Faktoren identifizieren, die Anregungen zur Verbesserung des Nachtschlafs liefern: Von zentraler Bedeutung sind Assessments, um individuelle nächtliche Störfaktoren zu ermitteln und diese anschließend zu reduzieren (z. B. Lärm, Licht und unnötige Unterbrechungen). Weitergehend existieren Hinweise, dass der Einsatz von Licht und Aromen sowie eine aktivere Tagesgestaltung (z. B. mehr Bewegung,

Reduktion von Tagesschlaf) zu einer besseren Schlafhygiene beitragen können. Auf Grundlage dieser Arbeit sind Aussagen zur Evidenz nur bedingt möglich.

- Unter der Überschrift „**Reduktion bzw. die Verhinderung postoperativer Komplikationen**“ können zwei Studien zusammengefasst werden, die unterschiedliche Ansätze verfolgen, um postoperative Komplikationen zu reduzieren bzw. zu verhindern: neben durch Pflegenden durchgeführten kognitiven Stimulationen (Abfrage von Zeit, Ort und personenbezogenen Daten, kognitiv stimulierende Aktivitäten, z. B. Wortspiele, Diskussionen von Themen, die von persönlichem Interesse waren und Kategorisierungsübungen) sollte eine auf verschiedenen Komponenten basierende und von einem geriatrischen Team durchgeführte Intervention (u. a. individuelle Behandlungsplanung sowie 3x täglich stattfindendes Deliriumscreening) das Auftreten postoperativer kognitiver Einschränkungen und Störungen des Gedächtnisses bei älteren Patient/-innen reduzieren. Postoperative kognitive Stimulationen erweisen sich hierbei als wirksam. Auch nach einem Monat der Entlassung zeigt diese Intervention noch positive Effekte. Allerdings weist die Studie qualitative Mängel (sehr kleine Samples, heterogene Gruppe) auf. Die aus mehreren Komponenten bestehende Intervention konnte das Auftreten postoperativer Delirien bei älteren KrebsPatient/-innen nicht reduzieren. Dennoch können umfassende und regelmäßige Assessments ein hilfreiches Instrument zur Reduktion bzw. Verhinderung postoperativer Komplikationen darstellen.
- Zwei Studien ermitteln im Rahmen ihrer Untersuchung, ob ihre Intervention dazu beiträgt, die Patient/-innenbezogene **Mortalität zu senken**. Auf Basis einer edukativen und einer multikomponenten Intervention können beide Studien keinen Einfluss auf die Mortalität nachweisen. Derzeit liegt somit keine Evidenz für rehabilitative Interventionen, die die Mortalität senken können, vor.
- Vier der im Rahmen dieser Arbeit bewerteten Studien beinhalten edukative und die Funktionalität von Patient/-innen fördernde Interventionen, mit Hilfe derer eine **erneute Krankenhauseinweisung** vermieden werden soll. Alle hierfür analysierten Studien erzielten mit ihrer Intervention positive Ergebnisse, jedoch sind die Effekte von nur einer Untersuchung auch statistisch signifikant. Aufgrund des schlechten qualitativen Niveaus ist die Evidenz für Interventionen zur Reduktion erneuter Krankenhauseinweisungen als sehr gering einzustufen.

Limitationen der Studie: Die Limitationen und Stärken der vorliegenden Studie werden in Anlehnung an die Checkliste zur Beurteilung einer systematischen Zusammenfassung nach Ressing et al. 2009 aufgezeigt und zusätzlich anhand des AMSTAR-Instrumentes bewertet. Zudem ist anzumerken, dass aufgrund der fehlenden Definition von geriatrisch-rehabilitativen Interventionen eine inhaltliche und strukturelle Verortung der geriatrischen Rehabilitation notwendig war.

Zusammenfassende Schlussfolgerungen: Aus der Untersuchung lassen sich 3 zentrale Aussagen generieren.

1. Die Rollenvielfalt der Pflegenden in der geriatrischen Rehabilitation über die „herkömmliche Pflege“ (usual care) hinaus ist überraschend groß – eine klare Rollendefinition aber kaum möglich

Eine klare Definition des Verhältnisses von Pflege und Rehabilitation existiert aufgrund verschiedener verwendeter Begrifflichkeiten (z. B. Rehabilitationspflege, rehabilitationsbezogene Pflege, rehabilitative Pflege, aktivierende Pflege) in der pflege- und rehabilitationswissenschaftlichen Fachliteratur gegenwärtig nicht (siehe Kapitel 2). Der gesetzliche

Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ (§ 31 SGB XI) umfasst vielmehr alle Rehabilitationsmaßnahmen, die die Prävention von Pflegebedürftigkeit bzw. deren Abmilderung sowie die Wiedereingliederung von behinderten Menschen und chronisch Kranken in die Familie und die Gesellschaft zum Ziel haben. Die allgemeine oder spezielle Pflege geriatrischer Patient/-innen spielt in der Rehabilitation, anders als in der Akutversorgung, eine eher untergeordnete Rolle. Dort stehen die Diagnosestellung, Symptomkontrolle und Behandlung im Vordergrund, in der rehabilitativen Pflege geriatrischer Patient/-innen ist es das Wiedererlangen der Alltagskompetenzen.

In der vorliegenden systematischen Übersichtsarbeit wird deshalb auch deutlich, dass sich über alle Interventionsbereiche hinweg jene pflegerischen Tätigkeiten bewähren, die einen hohen Anteil an auf die individuellen Bedürfnisse und Ressourcen abgestimmten kommunikativen, reflexiven und edukativen Komponenten zeigen. Sei es, um die krankheitsbezogene Adhärenz und das Empowerment zu stärken oder um die soziale Teilhabe zu fördern. Weitergehend können ebenfalls Interventionen mit dem Schwerpunkt auf die Förderung der körperlichen Funktionalität zu einer Verbesserung der physischen Gesundheit und zum Erhalt von Alltagsaktivitäten beitragen. Pflegende nehmen hier vor allem bei der Ressourcenerhebung, der Umsetzung und der Begleitung der Interventionen eine zentrale Rolle ein: so z. B. bei der Erhebung von Assessments, bei der Planung von Zielen sowie als MotivatorInnen, MediatorInnen und EdukatorInnen. Damit zeigen sie im Vergleich zur „herkömmlichen“ Pflege (usual care) ein überraschend großes Rollenspektrum, das – wie die Studienergebnisse belegen – insbesondere in der Geriatrischen Rehabilitation von großer Bedeutung ist, aber durchaus auch dazu geeignet ist, das grundsätzliche Potenzial an Kompetenzen aufzuzeigen.

Obwohl Pflegende mit ihren vielfältigen Aufgaben im Rahmen des breit angelegten Rollenverständnisses dazu prädestiniert scheinen, für eine ganze Reihe von Interventionen auch die Verantwortung und Steuerung übernehmen zu können, wurden sie – die Pflegenden – in den untersuchten Studien bei der Konzeption der Interventionen nicht eingebunden. Die Studienanalyse verdeutlicht zudem, dass Pflegende einerseits den Rehabilitationsprozess mit ihren Tätigkeiten maßgeblich unterstützen andererseits jedoch nicht über eigene professionelle Instrumentarien sowie eigenständige therapeutische Handlungskonzepte mit deutlich rehabilitativem Charakter verfügen. So wird der Beitrag der Pflegenden derzeit stark durch indirekte Pflege und assistierende Tätigkeiten geprägt (vgl. Tabelle 32), auch wenn sie darüber hinaus kommunikative, moderierende, edukative und organisatorische Tätigkeiten wahrnehmen können. Dies insgesamt in den Kontext der Diskussion um Vorbehaltsaufgaben oder gar heilkundliche Tätigkeiten gestellt, zeigt, dass eine Rollenvielfalt durchaus kontraproduktiv für eine Profilbildung dann sein kann, wenn sie dazu führt, pflegerisches Handeln als „unspezifisch“ zu interpretieren. Gerade deshalb wären Vorbehaltsaufgaben oder die Definition heilkundlicher Tätigkeiten wichtig.

2. Das Phänomen des sogenannten „therapeutische Milieus“ erschwert die Evidenzbewertung der pflegerischen Interventionen erheblich

Eine Vielzahl der Interventionen bei geriatrischen Patient/-innen wird zusätzlich zu jenen, die von Pflegenden durchgeführten werden, von einer Reihe therapeutischer Professionen (z.B. Physio-, Ergo- und Logotherapie) und nicht zuletzt auch der Medizin erbracht. Die Behandlung der Patient/-innen in den analysierten Studien erfolgte demnach stets durch multidisziplinäre therapeutische Teams. Die Multidisziplinarität und auch Interdisziplinarität ist ein unverzichtbares und auch unumstrittenes Kernelement in der Behandlung des/r geriatrischen PatientIn. Die spezifische

Position und Aufgabenverteilung der Pflege im Team wird dennoch häufig nur als flankierend verstanden. Hinzu kommt, dass der starke medizinische Einfluss auf die Therapie deutlich wird. Dies vor allem auch deshalb, weil die Leitung der multi- und interdisziplinären Teams in der Regel noch immer MedizinerInnen vorbehalten ist. In der inhaltlichen und strukturellen Verortung der geriatrischen Rehabilitation (siehe Kapitel 2) konnte dargelegt werden, dass ein eigenständiger rehabilitativer Interventionsansatz in der Pflege derzeit kaum existiert, anhand welcher eine pflegerehabilitative Versorgung geplant, durchgeführt und evaluiert werden könnte, um die fachliche Position der Pflegenden (in der Geriatrischen Rehabilitation) zu profilieren.

Diesbezüglich zeigen sich deutliche Unterschiede zu anderen Ländern: In den USA etwa gelten Pflegende als die zentrale Berufsgruppe im Rehabilitationsprozess, so dass sich die Rehabilitationspflege als eigenständiger Bereich etablieren konnte. Davon sind die Pflegenden in Deutschland derzeit weit entfernt, auch dann, wenn schon seit Jahren eine geriatrische Fachweiterbildung für Pflegende existiert.

3. Die pflegewissenschaftliche Forschung muss gestärkt, die Quantität der Studien erhöht und ihre Qualität verbessert werden

Generell konnte im Rahmen dieser systematischen Übersichtsarbeit festgestellt werden, dass für pflegerische Interventionen in der Geriatrischen Rehabilitation bisher wenig Evidenz vorliegt. Begründet werden kann dies zunächst durch den grundlegend multi- und interdisziplinären Charakter der Rehabilitation (siehe weiter oben). Es handelt sich um ein „therapeutisches Milieu“, so dass die Evidenz der einzelnen Aufgaben der Pflegenden innerhalb des therapeutischen Teams schwer ermittelbar ist. Idealerweise wäre dies nur unter Labor-Bedingungen durch einen Vergleich der Anwendung der Intervention durch Pflegende im Vergleich zur Anwendung durch andere therapeutische Professionen möglich. Dabei wäre jedoch fraglich, ob diese Labor-Bedingungen in der Realität tatsächlich umzusetzen sind. Hinzu kommt, dass bisher zu dem Forschungsthema nur wenige und heterogene (bzgl. der Ziele und Interventionen) Studien vorliegen. Die Qualität dieser Studien befindet sich zudem auf einem geringen Niveau.

Aus diesen Gründen muss geschlussfolgert werden, dass die pflegewissenschaftliche Forschung dringend einer systematischen Förderung bedarf. Dies sowohl im quantitativen als auch im qualitativen Sinne. Es existieren in Deutschland nicht nur zu wenig pflegewissenschaftlich orientierte Forschungseinheiten, die hochwertige Studien durchführen, vielmehr sind die Ausschreibungen einschlägiger Förderinstitutionen (vor allem Ministerien) immer mehr dazu übergegangen, die Pflegeforschung in Konkurrenz zu anderen Forschungsschwerpunkten zu bringen – zu nennen ist hier vor allem die Versorgungsforschung –, ohne dass die Pflegeforschung die notwendige Zeit bekommen hätte, sich infrastrukturell zu entwickeln, um überhaupt erst einmal konkurrenzfähig zu werden. Auch oder gerade deshalb ist die Qualität vieler derzeit vorliegenden Studien äußerst gering und eine entsprechende Evidenz zu pflegerischen Interventionen spärlich. Das ist nicht nur wissenschafts- und gesundheitspolitisch, sondern auch versorgungsstrukturell und volkswirtschaftlich betrachtet höchst bedauerlich. Von der Versorgungsqualität ganz zu schweigen.