

Pflegeforschung im Spannungsfeld zwischen Theorie und Praxis

Aus Anlass der Eröffnungsveranstaltung des Hessischen Instituts für Pflegeforschung

Sabine Bartholomeyczik, Frankfurt 26.11.02,

Als wir uns vor nunmehr fast drei Jahren, im Januar 2000, in kleinem Kreise trafen und entschlossen waren, dass etwas zur Förderung von Pflegeforschung an hessischen Fachhochschulen getan werden müsse, hätten wir uns kaum vorstellen können, dass wir heute eine so offizielle und hochkarätig besetzte Eröffnung eines Instituts feiern würden. Wir haben heute zwar nicht das erste Institut für Pflegeforschung zu feiern, auch nicht das erste an einer Fachhochschule, dafür aber das erste Pflegeforschungsinstitut, das ein Fachhochschul-Institut ist und dann auch noch gemeinsam von drei Fachhochschulen. Insofern ist dies wieder ein bedeutsamer Schritt in der Entwicklung der noch so jungen Pflegeforschung in Deutschland. Angestoßen war die Idee zur Gründung eines solchen Instituts im Wesentlichen durch zweierlei:

1. Während PflegewissenschaftlerInnen noch vor 10 Jahren ständig dabei waren zu betonen, dass es eine Wissenschaft von der Pflege gäbe, mit deren Hilfe kompetente und wissenschaftlich fundierte Antworten auf gestellte Fragen erarbeitet werden könnten und dieses nicht fachfremd geschehen müsse, waren einige Jahre später plötzlich gewisse Reaktionen nicht nur von staatlicher Seite wahrzunehmen. Im Zusammenhang mit der zwar weithin in Fachkreisen kritisierten Pflegeversicherung wurden pflegerisches Handeln und pflegerische Leistungen plötzlich als gesellschaftlich wichtige Dienstleistungen eingefordert, diskutiert und natürlich auch kritisiert. Forderungen nach Forschungsergebnissen wurden laut. Neu war auch, dass in den vergangenen Jahren staatlich einberufene Kommissionen Fragen der Pflege und der Pflegewissenschaft thematisierten ebenso wie die wissenschaftliche Ausbildung, Pflegewissenschaftlerinnen wurden sogar in derartige Kommissionen berufen. Es kamen zunehmend Anfragen aus der Praxis, auf die leider oft nicht eingegangen werden konnte, weil die Kapazitäten fehlten. Kurz: Pflegewissenschaftliche Expertise wurde nachgefragt, Forschungsergebnisse gefordert, aber sie konnten nicht geliefert werden.
2. Dieses unterstützte den zweiten Impuls, der uns damals trieb: Wir lehrten an Hochschulen, die den Anspruch hatten, Wissenschaft zu vermitteln, wir mussten bei unserer Bewerbung unsere eigene wissenschaftliche Reputation nachweisen, aber weitere wissenschaftliche Arbeit, vor allem in Form von Forschung war außerhalb der Lehre dann in den Strukturen der Fachhochschulen kaum oder nur äußerst mühsam möglich. Dies erschien uns als problematischer Widerspruch. Wenn wir Wissenschaft vermitteln sollten, dann wollten wir

auch mit eigener wissenschaftlicher Arbeit am Ball bleiben. Darüber hinaus entstanden in vielen studentischen Arbeitsgruppen, Projektstudien oder Praktika neue Konzepte für die Praxis, die auch ausprobiert wurden. Es gab aber keine Kapazitäten, diese ausführlicher zu verfolgen. Interventions- und Evaluationsstudien hätten daraus entstehen müssen, um die Sinnhaftigkeit der Konzepte auch nachzuweisen. Und schließlich: Pflegewissenschaft hatte in Deutschland keine eigene Basis, diese bestand höchstens aus vornehmlich englischsprachiger Literatur. Daraus ergab sich die als dringlich empfundene Suche nach der Schaffung einer Struktur, an die Forschung angebunden werden kann und die auch nach außen den Forschungsanspruch der Fachhochschulen demonstriert.

Soweit zur Motivation.

Das Jahr 2000 war damit ausgefüllt, die vagen Vorstellungen zu konkretisieren, Begründungen zu schreiben. Wir erfuhren dankenswerterweise verschiedenartige Unterstützungen, genannt sei die Abteilung Wissenstransfer der FH FFM, die Justitiarin Frau Gartner und nicht zuletzt die Hochschulchefs und Chefin der drei FHs. Eine erste Hürde war genommen, nachdem sich diese drei, Frau Köhler-Offierski, Herr Schopf und Herr Kessler Anfang Dezember 2000 mit je einer Fachvertreterin der drei Fachhochschulen getroffen hatten und eine klare Willensbekundung aus den drei Hochschulen vorlag. Im selben Monat noch hatte der Rat der FH FFM beschlossen, im Rahmen der Forschungsmittel 2001 eine Anschubfinanzierung für das nunmehr auch offiziell in Planung befindliche HessIP zu beantragen, die beiden anderen FHs zogen mit anderen Mitteln nach. Vermutlich haben Sie dieses heute alle schon gehört, deshalb möchte ich die Aufzählung der "vorgeburtlichen" Phasen hiermit beenden.

Damit bin ich endlich bei meinem eigentlichen Thema angelangt, der Pflegeforschung im Spannungsfeld zwischen Theorie und Praxis. Zunächst einmal erscheint das mit der Pflegeforschung und der Pflegepraxis ganz einfach: Ohne Pflegepraxis gäbe es keine Pflegeforschung, ohne die Notwendigkeit, Menschen mit entsprechendem Hilfebedarf mit pflegerischen Leistungen zu unterstützen, gäbe es keine Notwendigkeit, die Qualität dieser Leistungen wissenschaftlich zu fundieren. So einfach sich dies anhört, so schwierig ist aber das Verhältnis zwischen beiden Bereichen.. Das hat nicht nur damit zu tun, dass es zuerst die Praxis der Pflege hilfebedürftiger Menschen gab, von der viele behaupten, dass es sie gibt, seit Menschen als soziale Wesen existieren. Der Anspruch, dass Pflege als eigenständige und professionell zu erbringende Dienstleistung wissenschaftlich zu untermauern und daher auch zu beforschen sei, ist im Vergleich dazu ganz, ganz jung, auch wenn dieser Anspruch z.B. in den USA etwa drei Generationen früher als in Deutschland geäußert und auch akzeptiert

wurde. Die Schwierigkeiten haben aber auch und vor allem mit der strukturellen Verschiedenheit von Forschung und Praxis zu tun.

Gleichzeitig mit Beginn der Studiengänge Anfang der 90er Jahre entwickelte sich interessanterweise auch eine kontrovers geführte Diskussion zu diesem Verhältnis zwischen Praxis und Theorie. Soweit ich das überblicke, ist das weder in Skandinavien, noch in Großbritannien oder den USA je auf diese Weise diskutiert worden. Öffentlich bekannt wurde die Kontroverse um die Nähe der Pflegeforschung zur Pflegepraxis durch den viel zitierten Beitrag des inzwischen verstorbenen Soziologieprofessors Dirk Axmacher, der sich in einer Erwiderung auf Diskussionen und Veröffentlichungen von Ruth Schröck, der ersten Professorin für Pflegewissenschaft in Deutschland, damit auseinandersetzte (Axmacher, 1991; Schröck, 1988). Die Standpunkte, die Axmachers wichtigem Vortrag von 1991 und verschiedenen Veröffentlichungen von Ruth Schröck zu entnehmen sind, werden nach wie vor ähnlich diskutiert, auch wenn Axmacher selbst sich nicht mehr äußern kann. Angesichts der Forderung nach einer unlösbaren Verknüpfung der Pflegeforschung mit der Praxis und der Forderung, dass die Fragen an die Forschung nur aus der Praxis kommen könnten, warnte Axmacher davor, ein reibungsloses Verhältnis zwischen Wissenschaft und Forschung einerseits und Praxis andererseits zu erwarten. Er prophezeite den Pflegepraktikerinnen ein Gefühl des Heimatverlustes, da sie sich in einem pflegewissenschaftlichen Diskurs fremd und aus ihrer eigenen Disziplin hinausgeworfen fühlen würden. Im übrigen sei dies nichts Pflegespezifisches, sondern gelte für jede Wissenschaft, die sich mit Praxishandeln verbinde. Dies erklärte er vor allem mit den unterschiedlichen Sozialisationen und Welten, die einerseits der Wissenschaft und andererseits der Praxis zuzuordnen seien. Jede Wissenschaft müsse sich zunächst den wissenschaftlichen Normen verpflichtet fühlen. Für die Praxis dagegen würden Forschungsergebnisse erst fruchtbar, wenn sie ihrer Wissenschaftlichkeit entkleidet seien. So müssten die PraktikerInnen sich darauf verlassen können, dass Forschungsergebnisse haltbar sind, sie müssten keine Kenntnis der Forschungsmethoden haben, um die Ergebnisse zur Lösung von Praxisproblemen anzuwenden. WissenschaftlerInnen dagegen müssten ihr Forschungs"objekt" von außen betrachten können, müssten es mit einer Distanz analysieren können, die evtl. gerade nicht die direkte notwendige Problemlösung anbiete. Diese Diskussion will ich hier nicht weiterführen, habe sie aber aufgenommen, weil mir offensichtlich erscheint, dass

- es immer eine Art Bruch und nicht unbedingt eine glatte Schnittstelle zwischen Forschung und Praxis geben wird.

- dass es aber eine Überbrückung zwischen diesen beiden Welten geben kann, z.B. durch ExpertInnen, die in beiden Welten gelernt haben,
- dass es auch einer Theorieentwicklung bedarf, ohne die eine Praxisentwicklung mühselig ist und nur mit umwegigen Irrungen verlaufen wird.
- d.h. dass Anstöße nicht nur aus der Praxis kommen können, sondern auch theoretischen Überlegungen entspringen müssen.

Ein wesentliches Ziel gerade der hessischen FH-Studiengänge setzt hier an: Die AbsolventInnen sollten Kompetenzen erworben haben, diesen Bruch zwischen Wissenschaft und Praxis, zwischen Forschungsergebnissen und Umsetzungsmöglichkeiten zu bearbeiten, weil sie beides kennen. Ich möchte sogar behaupten, dass Auswirkungen dieser Arbeit insofern bereits sichtbar werden, als die früheren Extremwartungen zwischen auf der einen Seite Angst vor neuen AkademikerInnen in der Praxis, die ohne Rücksicht auf die hart Arbeitenden Rezepte verordnen, und auf der anderen Seite der Glorifizierung und Mystifizierung von Wissenschaft, die alles sofort und endgültig zur Zufriedenheit aller lösen könne, gewichen sind zugunsten realistischerer Möglichkeiten, gegenseitiger Wertschätzung und des voneinander Profitierens.

In einem Bericht der Workgroup of European Nurse Researchers von 1993 wird aufgeführt, dass es in Deutschland zu diesem Zeitpunkt sieben abgeschlossene Pflegeforschungsprojekte gegeben habe - gemeint ist hier allerdings nur die alte Bundesrepublik (Tierney, 1994). Wenn ich auch glaube, dass sich diese Zahl bei näherem Hinsehen modifizieren würde, so macht sie doch deutlich, welche schmalen Anfänge noch vor fast 10 Jahren zu beobachten waren. Mit dem Boom der Eröffnung von Studiengängen bis in die zweite Hälfte der neunziger Jahre war es recht still um die empirische Forschung geworden, weil alle mit der Entwicklung und Implementierung von Curricula beschäftigt waren. Aber auch dieses ist ein paar Jahre her, daher stellt sich die Frage, wie sich die heutige Situation im Forschungsbereich beschreiben lässt.

Zunächst ist zu konstatieren, dass es heute glücklicherweise nicht mehr ganz so einfach ist, einen kurzen Überblick über die Pflegeforschung zu geben, einfach weil sie rein quantitativ drastisch an Umfang gewonnen hat (Bartholomeyczik, 2000).

Ein Feld, das sehr deutlich als wichtiger Forschungsbereich mit einer Anzahl von Arbeiten in Erscheinung getreten ist, ist das der Patienten- oder Pflegebedürftigenperspektive: Wie erleben Patienten ihr Kranksein, ihre Versorgung und speziell auch die Pflege? Wie gehen sie selbst mit ihren Problemen um? (Hellige, 2002; Moers & Schiemann, 1999; Weidner, 1999) Dieses sind facettenreiche Ergebnisse, deren Kenntnis wesentliche Grundlagen für das

Praxishandeln bieten können, denn die Welt derer, die gepflegt werden, sieht oft ganz anders aus als sich das die Pflegenden vorstellen. Zu den Erkenntnissen gehört auch, dass die relativ klaren Vorstellungen pflegerischen Handelns der Professionellen oft gar nicht vorgefunden werden, dass kranke Menschen pflegerische Maßnahmen offenbar gar nicht als solche wahrnehmen. Gefragt nach ihrer Beurteilung der Pflege wissen sie meist nicht, was überhaupt gemeint ist. Beurteilt wird vor allem das Verhalten des Pflegepersonals, seine Freundlichkeit, Zugewandtheit und Zuverlässigkeit (Hunstein, 1997; Schnepf, 1996).

Ein weiteres Forschungsfeld, das vor 10 Jahren kaum erforscht wurde, ist das pflegerische Handeln, was tun Pflegende, wie tun sie es und wie kann dieses Handeln unter Gesichtspunkten der Qualität beurteilt werden? Insgesamt scheint mir die bisherige Forschung in diesem Bereich vor allem Mängel aufgedeckt zu haben. Viele dieser Mängel haben mit der Alltagsroutine zu tun, die in der Praxis nicht zu vermeiden ist. Sie haben aber auch damit zu tun, dass die Selbstverständlichkeiten des beruflichen Anspruchs der Pflegenden in der Alltagsroutine verschwinden. Ein Beispiel: Sich um die Fähigkeiten des Essens zu kümmern, wenn ein Mensch keine direkte Unterstützung dabei benötigt, wird als irrelevant betrachtet (Eckert, 1998), Unterstützung beim Essen hat sich auf das direkte „Füttern“ – und dieses Unwort benutze ich jetzt absichtlich – reduziert. Insgesamt herrscht eher ein technisches Pflegeverständnis vor, dessen Qualität in dem technisch perfekten Handlungs- und Arbeitsablauf gesehen wird und weniger in einem anlass- und zielbezogenen Aufbau einer Pflegebeziehung. Die vorher erwähnte Perspektive des Pflegebedürftigen wird eben nicht einbezogen, es fällt den Pflegenden unter dem Druck der organisatorischen Rahmenbedingungen offenbar oft schwer, ein Mindestmaß an hermeneutischer Kompetenz oder Empathie aufzubringen (Lotz, 2000).

Ich denke nicht, dass diese Ergebnisse ein Zeichen für eine so schlecht gewordenen Pflege sind, die früher viel besser war, sondern dass hier endlich einmal etwas genauer hingesehen wird und damit die Chance geschaffen wird, darauf aufbauend Konzepte zu entwickeln.

Es gibt sicher noch viele Felder mit wichtigen Forschungsarbeiten, nach denen vor 10 Jahren noch gesucht werden musste, Stichworte sind hier Vernetzung (Höhmann et al., 1998), epidemiologische Daten (Bartholomeyczik et al., 1998), Qualitätsüberprüfungen von Risikoerfassungs- oder anderen Assessmentinstrumenten (Haas et al., 2002; Halek & Meyer, 2002) u.a. mehr.

Vorherrschend sind allerdings die vielen Lücken, die so dringend der Antworten bedürften. Ich will hier nur zwei willkürlich herausgegriffene Beispiele nehmen, die mir derzeit ziemlich nahe sind:

1. Ich war u.a. beteiligt an einer Literaturanalyse zum Thema Mangelernährung mit dem Schwerpunkt alter Menschen. Mangelernährung ist ein großes Problem, vor allem bei alten Menschen, das ist bekannt, auch wenn es völlig unterschiedliche Prävalenzangaben dazu gibt. Die Mitarbeiterin, die diese Analyse durchgeführt hat, hat ca. 800 Literaturstellen dazu angesehen. Darunter gibt es eine endlose Zahl medizinischer und ernährungswissenschaftlicher Arbeiten, die sich mit Ursachen der Mangelernährung, deren Auswirkungen und vor allem allen Arten von Inhaltsstoffen der Nahrungsmittel befassen. Wie aber Pflegebedürftige, die vergessen zu essen, die keine Lust dazu haben, die nicht wissen, was sie mit dem Löffel in ihrer Hand anfangen sollen, vor Mangelernährung, aber auch vor einer Magensonde bewahrt werden können, und wie Pflegende hier unterstützend tätig werden können. Das findet sich kaum in Ansätzen, und ich rede von internationaler Literatur (Schreier, 2002).

2. Uns fehlt eine praktikable, ausreichend differenzierte Operationalisierung von Pflegebedürftigkeit als nutzbares Assessmentinstrument. Natürlich gibt es viele verschiedene Operationalisierungen, die jedoch keinerlei kritischen Nachfragen standhalten. Sie sind entweder so angelegt, dass jede Art nur denkbarer Hilfeleistung als Pflege anzusehen ist und damit eine Grundlage unerfüllbarer Aufgaben gelegt wird, oder sie stellen einen kleinen Ausschnitt dar, wie es die Operationalisierung von Pflegebedürftigkeit in der Pflegeversicherung tut. Man mag hier einwenden, dass bei der Entwicklung der Pflegeversicherung in Deutschland noch keine Pflegewissenschaft existierte, die hätte gefragt werden können. Jetzt allerdings existiert sie, und wir haben nach wie vor keinen sinnvoll operationalisierten und konsensualen Begriff von Pflegebedürftigkeit. Zu diesem Themenbereich gehören auch die Instrumente, die den Bedarf an Pflegepersonal begründen sollen. Ich gehöre auch zu denen, die das Verfahren PLAISIR, mit dem die Personalbedarfsermittlung in der stationären Altenpflege erfolgen soll, heftig kritisieren, u.a. weil in dem Instrument das Pflegerelevante bei dem "bio-psycho-sozialen Profil" fehlt oder völlig verzerrt wird (Bartholomeyczik et al., 2002). Ich kann aber auch nicht die praktikable, pflegewissenschaftlich abgesicherte und vor allem methodisch getestete Alternative bieten. Schließlich wird derzeit kurz vor der Einführung der DRGs ständig die Frage gestellt, ob die auf medizinischen Diagnosen beruhenden Fallpauschalen auch den Pflegebedarf adäquat abdecken können, wie dieser Pflegebedarf über ein Assessmentinstrument begründet werden

kann schließlich und weiter, welche Kriterien des Patienten eigentlich entlassungsrelevant sind.

Bei dem Thema der Pflegebedürftigkeit sind wir natürlich unversehens bei der Notwendigkeit eines theoretischen Konzepts angelangt, m.E. ist es vor allem die fehlende Theorie mit Prioritätensetzungen und aufzeigbaren Grenzen, die die Lösung dieser Fragen so schwer macht. Wir müssen uns intensiver damit beschäftigen, wo eigentlich die Prioritäten der Pflege zu setzen sind und was als "Luxus" angesehen werden kann? Eine Frage, die im Pflegediskurs nahezu einem Tabu unterliegt. Nur wenn die Pflegewissenschaft das nicht offensiv angeht und empirisch begründet, bekommen wir Definitionen von anderen vorgesetzt und können uns dann wieder in die Jammerecke verziehen.

Nachdem die Klage über die fehlende Forschung, die nicht ohne das Spannungsfeld zwischen Theorie und Praxis auskommt, hoffentlich ausreichend geführt wurde, soll zum Schluss der Blick in die Zukunft gerichtet werden. Welche Schwerpunkte sollten eigentlich gesetzt werden, wo gibt es dringende Prioritäten?

Die Global Advisory Group on Nursing and Midwifery der WHO hat 1999 verschiedene Themenbereiche als besonders wichtig gekennzeichnet (WHO, 1999):

1. Angesichts der demographischen Entwicklung die Suche nach Konzepten für die Bewältigung von Gesundheits- und Pflegeproblemen im höheren Alter,
2. Unterstützungsmöglichkeiten vor allem unter Einbeziehung von Ressourcen bei chronischer Krankheit,
3. Lösungen für die defizitäre Versorgungssituation bei kognitiven Einschränkungen,
4. die Möglichkeiten der Unterstützung bei Abhängigkeiten von der Technik während des Lebenslaufs,
5. die Entwicklung ambulanter Pflegemodelle und Versorgungskonzepte,
6. die Entfaltung präventiver Potenziale, auch und gerade in der Pflege.

Das sind natürlich außerordentlich umfassende Themenbereiche, die auch in Deutschland von vorrangiger Bedeutung sind. Ich möchte aber gerne aus der bundesdeutschen Sicht noch zwei Bereiche oder eher Forschungsarten nennen, die quer zu diesen Themen liegen, die mir dringend notwendig erscheinen.

1. Outcome-Forschung

Was bewirkt eigentlich die Pflege? Geht es den Patienten, den Pflegebedürftigen bei einer Pflege nach Lehrbuch oder nach einem neuen Konzept eigentlich besser? Oder geht es ihnen trotz dieser Pflege besser? Diese Fragen sind natürlich besonders schwierig zu untersuchen, weil

- a) pflegerische Maßnahmen oft verhindern sollen, dass etwas eintritt und
- b) Pflege meistens nicht als einzige Maßnahme im Zusammenhang mit der Versorgung wirksam wird.

Dennoch halte ich Untersuchungen, die das pflegesensitive Outcome zum Gegenstand haben, also die Ergebnisse, die besonders eng an pflegerisches Handeln zu binden sind, für unverzichtbar (Höwer, 2002). Und das gilt für alle Versorgungsbereiche. Die öffentlichkeitswirksamen Untersuchungen dazu werden derzeit vor allem von Pathologen geliefert, die sich mit der Prävalenz von Dekubitalulcera beschäftigt haben. So wichtig die Verhinderung von Dekubitus ist, es ist nicht das einzige Pflegeziel, hier gibt es ein weites Spektrum das zu untersuchen ist. Das Gleiche gilt für die netten Zufriedenheitsbefragungen, von denen ich nicht allzu viel halte, weil sie nicht wirklich die Perspektive der Pflegebedürftigen aufnehmen. Bei all dem wissen wir nicht, welchen Einfluss pflegerisches Handeln dabei hatte, vor allem nicht, welches pflegerische Handeln, noch wissen wir, warum es Unterschiede zwischen verschiedenen Einrichtungen gibt.

Eng damit verbunden ist

2. Interventions- und Evaluationsforschung

Ich habe bereits erwähnt, dass es viele neue Praxiskonzepte gab und ständig neue erprobt werden. Seien es nun - um zwei neuere Beispiele aus Frankfurt zu nennen - neue Wohnkonzepte für demenzkranke alte Menschen, oder das Primary Nursing im Akutkrankenhaus. Was bei den meisten Modellen leider fehlt, ist eine wissenschaftliche Evaluation, die sich nicht nur darauf beschränkt, ob diese Konzepte machbar und Beteiligte zufrieden sind, sondern untersucht, ob es den betroffenen Pflegebedürftigen oder Patienten mit diesen Konzepten tatsächlich auch besser geht. Diese Evaluation sollte auch die Möglichkeiten der Verstetigung derartiger Projekte umfassen, damit nicht wieder nach kurzer Zeit alles beim Alten landet, wie in der Vergangenheit oft zu sehen war. Das allerdings bedeutet eine relativ lang angelegte Begleitforschung.

Dass hier noch viel anderes zu nennen wäre, ist mir klar, wir haben hier aber ja nur EIN Institut, das auch nicht alle vorhandenen Forschungsmängel beseitigen kann. Daher wünsche ich allen, die an und mit diesem Institut arbeiten, dass sie vielleicht auf einen Teil dieser vielen Fragen Antworten finden können Und vor allen Dingen wünsche ich dem Institut auch, dass es die entsprechenden Mittel dazu einwerben kann.

Literatur

- Axmacher, D.** (1991), 'Pflegewissenschaft, Heimatverlust der Krankenpflege?' in Rabe-Kleberg, U. (ed.), *Fachtagung "Hochschulausbildung für Personen im Bereich Personenbezogener Dienstleistungen" Universität Bremen 11./12.2.1991*, Bielefeld, KT-Verlag.
- Bartholomeyczik, S.** (2000), 'Gegenstand, Entwicklung und Fragestellungen pflegewissenschaftlicher Forschung', in Rennen-Allhoff, B. and Schaeffer, D. (eds.), *Handbuch Pflegewissenschaft*, Weinheim, Juventa.
- Bartholomeyczik, S., Abt-Zegelin, A. and Hunstein, D.** (2002), 'Kann PLAISIR halten, was es verspricht?' *Altenheim*, 41, 4, 20-25.
- Bartholomeyczik, S., Ulmer, E.-M., Linhart, M., Schumann, G. and Tuschen, P.** (1998), 'Analyse des Bedarfs an häuslicher und stationärer Pflege nach SGB XI - Auswertungen von Begutachtungsdaten des MDK Hessen', in Steppe, H., Ulmer, E.-M., Saller, R., Tuschen, P. and Weinand, B. (eds.), *Pflegebegutachtung - besser als ihr Ruf?*, Frankfurt am Main, Fachhochschulverlag.
- Eckert, P.** (1998), *Essen und Trinken im Krankenhaus. Eine Beobachtungsstudie*, Frankfurt am Main, Diplomarbeit.
- Haas, U., Mayer, H. and Evers, G.C.M.** (2002), 'Die Interrater Reliabilität des FIM', *Pflege*, 15, 4, 191-197.
- Halek, M. and Meyer, H.** (2002), 'Die prädikative Validität der Norton-Skala in der Altenpflege', *Pflege*, 15, 6, 309-317.
- Hellige, B.** (2002), *Balanceakt Multiple Sklerose. Leben und Pflege bei chronischer Krankheit*, Stuttgart, Kohlhammer.
- Höhm, U., Müller-Mundt, G. and Schulz, B.** (1998), *Qualität durch Kooperation*, Frankfurt am Main, Mabuse.
- Höwer, O.** (2002), *Pflegequalität - Was sollte gemessen werden?*, Frankfurt am Main, Diplomarbeit.
- Hunstein, D.** (1997), *Patient - Markt - Kunde. Kundenorientierung und Kundenzufriedenheit*, Frankfurt am Main, Diplomarbeit.
- Lotz, M.** (2000), *Zur Sprache der Angst. Eine Studie zur Interaktion im pflegerischen Aufnahmegespräch*, Frankfurt am Main, Mabuse.
- Moers, M. and Schiemann, D.** (eds.) (1999), *Pflegerecherche zum Erleben chronisch kranker und alter Menschen*, Huber, Bern.
- Schnepf, W.** (1996), 'Pflegekundige Sorge', *Pflege und Gesellschaft*, 1, 2, 13-16.
- Schreier, M.M.** (2002), *Mangelernährung bei alten und pflegebedürftigen Menschen. Ursachen und Möglichkeiten der Prävention aus pflegerischer Perspektive*, BMFSFJ, unveröffentlicht.
- Schröck, R.** (1988), 'Forschung in der Krankenpflege: Methodologische Probleme', *Pflege*, 1, 2, 84-93.
- Tierney, A.J.** (1994), 'The Development of Nursing Research in Europe', *Workgroup of European Nurse Researchers 7th Biennial Conference*, Oslo.
- Weidner, F.** (ed.) (1999), *Pflegerecherche praxisnah*, Mabuse, Frankfurt am Main.
- WHO** (ed.) (1999), *HEALTH 21 - health for all in the 21st century.*, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen.