

Die Funktion von Pflegenden im interprofessionellen Team in der Anfangsphase der Rehabilitation von Myokardinfarkt-Betroffenen

Eine systematische Übersicht qualitativer und quantitativer Studien

Isolde Lorenz^{1,2} · Almuth Berg² · Steffen Fleischer² · Johann Behrens^{2,3}

Eingegangen: 14. März 2016 / Angenommen: 11. Mai 2016 / Online publiziert: 20. Juni 2016
© Springer-Verlag Wien 2016

Zusammenfassung

Hintergrund Im Rahmen der Rehabilitation von Myokardinfarkt-Betroffenen wird die interprofessionelle Zusammenarbeit ausdrücklich gefordert. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die an der Kooperation beteiligten Berufe unterschiedliche Grade der Professionalisierung aufweisen und die Funktion der Pflege im interprofessionellen Team, insbesondere in der Anfangsphase der Rehabilitation, offenbar nicht klar bestimmt ist. Daher besteht die Zielsetzung dieser integrativen Übersichtsarbeit darin, einen Überblick zum diesbezüglichen Forschungsstand zu verschaffen und dadurch die Funktion der Pflege in diesem Kontext zu konkretisieren.

Methode In die systematische Übersichtsarbeit wurden qualitative und quantitative Studien in englischer und deutscher Sprache eingeschlossen, die sich mit der Pflege von Myokardinfarkt-Betroffenen in der Akutklinik befassten. Daraus wurden die jeweiligen Themen und Inhalte strukturiert extrahiert und mittels narrativer Synthese die zentralen Merkmale der Pflege in diesem Zusammenhang herausgearbeitet.

Ergebnisse Insgesamt wurden acht quantitative und zwei qualitative Studien einbezogen. Aus diesen Daten ist ersichtlich, dass Pflegenden in der Anfangsphase der Rehabilitation von Myokardinfarkt-Betroffenen insbesondere für die Schulung und Beratung sowie die Begleitung und Unterstützung bei medizinischen Maßnahmen und der Krankheitsbewältigung zuständig sind. Als Case Manager stellen sie zudem eine Verknüpfung zur weiteren Versorgung her. Anhand der einbezogenen Studien wurde deutlich, was die Pflegepraxis in Bezug auf Myokardinfarkt-Betroffene beinhaltet. Wie diese Praxis allerdings gestaltet und inwieweit sie professionalisiert ist, war nur ansatzweise ersichtlich und ging lediglich aus Befragungen von Betroffenen und Pflegenden hervor, ohne Untersuchungen der Pflegepraxis selbst.

Schlussfolgerung Die Ergebnisse dieser Übersichtsarbeit bieten Anhaltspunkte für die Weiterentwicklung der Pflegepraxis und der Kooperation im interprofessionellen Team. Um herauszufinden, inwieweit die Pflege tatsächlich als Profession in diesem Team beteiligt ist und welche Entwicklungspotenziale dabei bestehen, sind des Weiteren Untersuchungen der eigentlichen Pflegepraxis unter professionstheoretischen Gesichtspunkten erforderlich.

✉ Isolde Lorenz
isolde.lorenz@med.uni-tuebingen.de

¹ Universitätsklinikum Tübingen, Eberhard Karls Universität Tübingen, Otfried-Müller-Str. 39, 72076 Tübingen, Germany

² Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, German Center for Evidence-based Nursing „sapere aude“, Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Magdeburger Straße 8, 06112 Halle (Saale), Germany

³ Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, Mohrenstraße 58, 10117 Berlin, Germany

Schlüsselwörter Myokardinfarkt · Rehabilitation · Interprofessionelle Kooperation · Pflege · Systematische Übersicht

The capacity of nurses within interprofessional teams during the initial phase of rehabilitation of myocardial infarction patients

A systematic review of qualitative and quantitative studies

Abstract

Background In the context of the rehabilitation of myocardial infarction (MI) patients, interprofessional collaboration is a particular requirement. It should therefore be considered that the professions involved in this cooperation are professionalized to different degrees and the role of nurses within interprofessional teams, especially during the initial phase of rehabilitation, is evidently not clearly defined. Therefore, the purpose of this integrative review is to provide an overview of the current state of research on this subject and to clarify the capacity of nurses in this setting.

Methods Qualitative and quantitative studies in English and German investigating the nursing of MI patients within the inpatient setting were included in this systematic review. The issues and content of these studies were extracted systematically and a narrative synthesis was performed to develop the main features of nursing in this context.

Results In total, 8 quantitative and 2 qualitative studies were included. According to these studies, during the initial phase of rehabilitation of MI patients, nurses are responsible for training sessions and counseling, in addition to assistance and support in medical treatment and the coping process. As case managers, they also form a link to further care. The studies included showed what nursing practice for MI patients consists of, but it was marginally apparent how this practice is performed and how far it is professionalized. This was only indicated from interviews with patients and nurses, but not from investigations of nursing practice itself.

Conclusion The results of this review present points of reference for the further development of nursing practice and cooperation in interprofessional teams. Moreover, investigations of the actual nursing practice from a professional-theoretical point of view are required to find out how far nurses are actually involved as a profession within the teams and what potential they have to develop.

Keywords Myocardial infarction · Rehabilitation · Interprofessional cooperation · Nursing · Systematic review

Einleitung

Herz-Kreislauf-Erkrankungen gehören zu den häufigsten Krankheiten und sind die bedeutendste Todesursache weltweit [1]. Darunter sind die koronare Herzkrankheit (KHK) und der Myokardinfarkt (MI), als akute Manifestation der

chronischen KHK, führend in Deutschland [2] und zählen mit rund 470.000 Behandlungsfällen pro Jahr zu den häufigsten Hauptdiagnosen der Krankenhäuser [3].

Die Behandlung und Rehabilitation bezüglich dieser Erkrankungen basiert auf entsprechenden Leitlinien [4–7], wonach die kardiologische Rehabilitation verstanden wird als „Prozess, bei dem herzkranken Patienten mit Hilfe eines multidisziplinären Teams darin unterstützt werden, die individuell bestmögliche physische und psychische Gesundheit sowie soziale Integration wieder zu erlangen und langfristig aufrecht zu erhalten“ [6].

Mit dieser Auffassung wird sowohl die zunehmend geforderte interprofessionelle Zusammenarbeit [8, 9] als auch das Verständnis nach der *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)* [10] aufgegriffen, wonach zur Gesunderhaltung trotz Beeinträchtigungen der Körperfunktionen die Expertise mehrerer Professionen erforderlich ist [11]. Für die Kooperation der verschiedenen Gesundheitsberufe ist allerdings die Klärung ihrer jeweiligen Funktionen eine wesentliche Voraussetzung [8, 9]. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass die an der Kooperation beteiligten Berufe unterschiedlich professionalisiert sind und sich insbesondere die Pflege als noch junge Disziplin im Prozess der Neuorientierung befindet [8, 9]. Dementsprechend ist der ärztliche Handlungsbereich in den jeweiligen Leitlinien besonders ausgeprägt und spezifiziert, wogegen die Funktion der Pflege, vor allem in der Anfangsphase der Rehabilitation, welche den Zeitraum der Behandlung in der Akutklinik umfasst, offenbar nicht klar bestimmt ist. Auch eine entsprechende systematische Aufarbeitung bestehender Primärdaten zu dieser Thematik konnte nicht identifiziert werden.

Fragestellung und Zielsetzung

In Anbetracht der unklaren Funktion der Pflege im interprofessionellen Team zu Beginn der Rehabilitation von Myokardinfarkt-Betroffenen liegt dieser Arbeit die Fragestellung zugrunde, welche Funktion Pflegenden in der Anfangsphase der Rehabilitation von Personen mit Myokardinfarkt zukommt. Die Zielsetzung besteht darin, einen Überblick zum Forschungsstand bezüglich dieser Fragestellung zu verschaffen und dadurch das Handlungsfeld und die Position der Pflege im interprofessionellen Team näher zu bestimmen.

Methode

Die Erstellung der systematischen Übersichtsarbeit erfolgte nach den Empfehlungen Torracos [12] für integrative Übersichtsarbeiten und die Darstellung der Ergebnisse orientiert sich an den Kriterien des PRISMA-Statements [13].

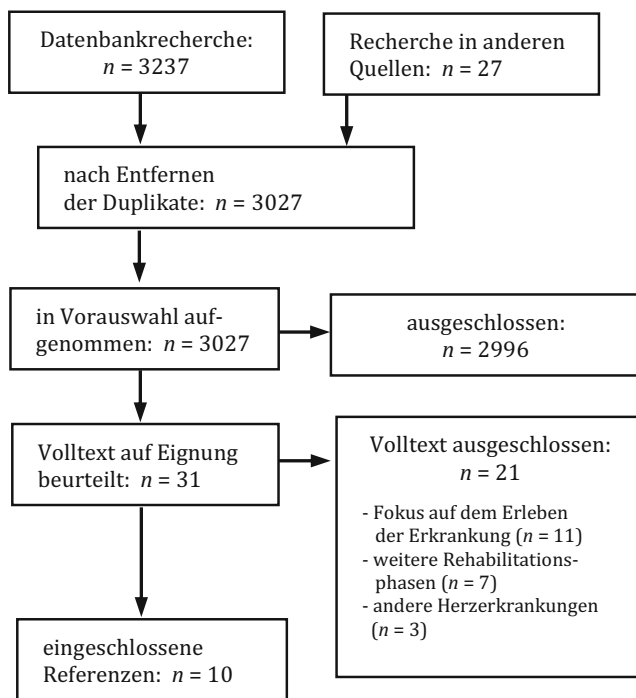


Abb. 1 Flussdiagramm zur Recherche

Ein- und Ausschlusskriterien der Studien

Um einen umfassenden Überblick zur Funktion der Pflegenden in der Anfangsphase der Rehabilitation von MI-Betroffenen zu erhalten, wurden sowohl quantitative als auch qualitative Studien in englischer und deutscher Sprache eingeschlossen. Diese sollten sich mit der Pflege von MI- bzw. ACS-Betroffenen in der Akutklinik befassen, da der Myokardinfarkt dem akuten Koronarsyndrom (ACS), als Überbegriff für lebensbedrohliche Manifestationen der KHK [14], zugeordnet wird. In den Studien sollten Charakteristika der Pflege in diesem Setting ersichtlich sein, unter Einbeziehung der Sichtweisen von Pflegenden oder weiteren Berufsgruppen und der MI-Betroffenen wie auch deren Bezugspersonen. Dabei wurden Studien ab 1993 berücksichtigt, da seither die Therapie des Myokardinfarkts mit Einführung der Katheterintervention als Standardtherapie gravierend geändert wurde [15] und die Funktion der Pflege in diesem Rahmen untersucht werden sollte.

Studien, die sich mit der Pflege bei anderen Herzerkrankungen und herzchirurgischen Eingriffen sowie weiteren Phasen der kardiologischen Rehabilitation oder vornehmlich mit dem Erleben der Erkrankung befassen, wurden hingegen ausgeschlossen.

Recherche

Die systematische Literaturrecherche wurde in den Datenbanken Medline (via PubMed), CINAHL, PsychINFO und der Cochrane Library durchgeführt (Stand: Juli 2014). Sie erfolgte mittels Text- und Schlagwortsuche, wobei folgende Suchbegriffe kombiniert wurden: (1) myocardial infarct, cardiac infarct, cardiac event, acute coronary syndrome, heart attack; (2) nurse, nursing, care, caring; (3) rehabilitation, rehabilitative, prevention, preventive. Dabei wurden die Filter *English*, *German* und *Humans* verwendet und die Recherche auf Artikel ab 1993 begrenzt. Außerdem wurden die im Internet verfügbaren Tagungsbände der Reha-Kongresse der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV) und der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW) sowie die Referenzlisten der eingeschlossenen Studien durchsucht. Die Ergebnisse der Recherche wurden mit dem Literaturverwaltungsprogramm *Citavi* verwaltet.

Datenextraktion und Einschätzung der Studienqualität

Von den eingeschlossenen Referenzen wurden folgende Inhalte herausgearbeitet und schriftlich erfasst: Fragestellung und Zielsetzung, Setting, Stichprobe, Datenerhebung und -auswertung, Funktion der Pflege und weitere bedeutende Ergebnisse. Die Qualitätsbeurteilung der quantitativen Studien erfolgte anhand der Kriterien nach Kelley et al. [16] und Draugalis et al. [17] und für die Einschätzung der qualitativen Studien wurden Kriterien nach Meyer [18] zugrunde gelegt.

Datenanalyse und -synthese

Aufgrund der Heterogenität der einbezogenen Studien wurde eine narrative Synthese [19] der Daten durchgeführt. Dabei wurden zunächst die Themen und Inhalte der einzelnen Studien analysiert und wiederkehrende Begrifflichkeiten identifiziert. Diese wurden dann entsprechend gruppiert, um daraus übergeordnete Themen zu bilden und, die verschiedenen Studiendesigns umfassend, die zentralen Merkmale der Pflege in der Anfangsphase der Rehabilitation von Myokardinfarkt-Betroffenen herauszuarbeiten.

Ergebnisse

Die Recherche ergab insgesamt 3264 Referenzen, von denen nach Entfernung der Dubletten 3027 für die Vorauswahl blieben (siehe Abb. 1). Von diesen wurden die Titel und Abstracts anhand der Ein- und Ausschlusskriterien hinsichtlich ihrer Relevanz gesichtet. Aufgrund der hochsensitiven Suche war mit einer hohen Anzahl irrelevanter Treffer zu rechnen, wonach 2996 Referenzen ausgeschlos-

sen werden mussten. Daraufhin wurden die Volltexte der 31 verbliebenen Studien ebenso auf ihre Eignung zur Verwendung in der Übersichtsarbeit beurteilt, worauf schließlich zehn Referenzen eingeschlossen werden konnten [20–29].

Beschreibung der eingeschlossenen Studien

Insgesamt wurden acht quantitative und zwei qualitative Studien aus den Ländern China, Deutschland, Großbritannien, Irland, Kanada, Niederlande, Schweden, Schweiz und USA eingeschlossen (siehe Tab. 1).

Bei den quantitativen Studien handelt es sich um zwei randomisierte kontrollierte Studien, zwei Vergleichs- und zwei Implementierungsstudien sowie eine Querschnitt- und eine Machbarkeitsstudie. Sie haben eine Stichprobengröße zwischen 10 und 3381 Studienteilnehmern und außer ACS- und MI-Betroffenen waren auch 85 Angehörige bzw. Bezugspersonen und 68 Pflegenden einbezogen. Die Qualitätsbeurteilung dieser Studien ist in Tab. 2 ersichtlich. Bei der Hälfte der Studien wurden die Charakteristika der Teilnehmer dargelegt, in fünf Studien wurde das Analyseverfahren erläutert und in drei Studien wurde auch die potenzielle Selektivität der Stichprobe thematisiert. Die Ergebnisparameter und Erhebungsinstrumente wurden in allen Studien beschrieben, wogegen die Ergebnisse nur in fünf Studien eindeutig nachvollziehbar sind.

Von den beiden qualitativen Studien, welche die Pflege von MI-Betroffenen im Fokus haben, ist eine phänomenologisch-hermeneutisch und die andere als Grounded Theory konzipiert. Bei der Erstgenannten wurden narrative Interviews mit 34 Pflegenden durchgeführt und bei der anderen Leitfadenterviews mit 13 MI-Betroffenen. Die Qualitätseinschätzung ist in Tab. 3 dargelegt. In beiden Studien ist der Forschungsprozess nachvollziehbar und die Kontexte und relevanten Bedingungen dargelegt. Die Kohärenz der Theorie und Reflexion der Subjektivität ist allerdings nur in jeweils einer Studie ersichtlich.

Anhand der Analyse und Synthese dieser Studien konnten zur Funktion der Pflegenden in der Anfangsphase der Rehabilitation von MI-Betroffenen drei Schwerpunkte identifiziert werden: (1) Schulung und Beratung, (2) Begleitung und Unterstützung sowie (3) Case Management.

Schulung und Beratung

Die Schulung und Beratung der Betroffenen und ihrer Bezugspersonen gehört unabdingbar zur Pflege von Personen mit Myokardinfarkt [22, 23, 26, 28, 29]. Basierend auf Leventhals Modell der Selbstregulation wurde ein dreistufiges Beratungsprogramm entwickelt, woraus eine signifikante Erhöhung der Teilnahme an der Anschlussrehabilitation (45 % in der Interventionsgruppe vs. 24 % in der Kontrollgruppe; $p < 0,001$) resultierte [29]. Dieses Programm zur

Förderung des Selbstmanagements beginnt mit einem persönlichen Gespräch in der Akutklinik und wird drei Tage nach der Entlassung mit einem telefonischen und weitere zehn Tage später mit einem erneuten Gesprächstermin fortgesetzt. Beim ersten Treffen geht es um den Umgang mit den Krankheitssymptomen, Aktivitäten nach der Entlassung und das Krankheitsverständnis der MI-Betroffenen. Beim zweiten Termin steht die Krankheitsbewältigung einschließlich Maßnahmen hinsichtlich der Risikofaktoren im Vordergrund und im dritten Gespräch wird außer der beabsichtigten Lebensstilmodifizierung und Risikoreduktion auch die Teilnahme am weiteren Rehabilitationsprogramm thematisiert. Diese dreistufige Vorgehensweise wurde gewählt, da während des Aufenthalts in der Akutklinik zunächst der Umgang mit dem Akutereignis und das Symptommanagement im Vordergrund stehen und die Reduktion der Risikofaktoren sowie die Teilnahme am Rehabilitationsprogramm erst später relevant werden [29]. Nach dem Selbstregulationsmodell ist das risikoreduzierende und gesundheitliche Handeln einer Person vor allem von ihrem Krankheitsverständnis abhängig, das hauptsächlich durch emotionale und kognitive Prozesse bestimmt wird. Dementsprechend umfasst das Pflegehandeln außer Schulungsinhalten auch Aspekte der emotionalen und kognitiven Unterstützung sowie die Bekräftigung von Stärken und Ressourcen [29].

Der jeweilige Schulungsbedarf der MI-Betroffenen kann mithilfe des *Cardiac Patients Learning Needs Inventory (CPLNI)* erfasst werden [23, 28]. Von den acht Kategorien dieses Fragebogens hat das *Symptommanagement* sowohl bei MI-Betroffenen als auch bei Pflegenden den höchsten Stellenwert [23]. Auch den Bereichen *Medikamente* und *Lebensstilfaktoren* wird beiderseits eine hohe Bedeutung beigemessen. Die Kategorie *Pathophysiologie* hat hingegen bei den Betroffenen einen höheren Stellenwert als bei Pflegenden und bezüglich des Bereichs *Aktivität* ist es umgekehrt. Daher ist zur Abstimmung des jeweils individuellen Beratungsbedarfs eine wechselseitige Verständigung erforderlich, um den weiteren Beratungsprozess dementsprechend zu gestalten [23].

Im Unterschied zu dem dreistufigen Beratungsprogramm mit lediglich einem Gesprächstermin in der Akutklinik [29] umfasst die individualisierte Schulung von MI-Betroffenen [28] drei Gesprächstermine in der Akutklinik. Nach diesem Konzept werden beim ersten Termin eine Broschüre über Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie der *CPLNI-Fragebogen* ausgehändigt. Im zweiten Schritt erfolgt anhand dessen die gemeinsame Klärung des Schulungsbedarfs und beim dritten Termin werden dann die priorisierten Themen und Fragen besprochen. Diese Vorgehensweise trägt sowohl zur Wissenserweiterung als auch zur Zufriedenheit der MI-Betroffenen bei [28].

Tab. 1 Übersicht der eingeschlossenen Studien

Referenz	Zielsetzung	Methodik	Stichprobe	Ergebnisse
Svedlund et al., [20] Schweden	Ergründung der Bedeutung von Erfahrungen Pflegender im Umgang mit MI-Betroffenen	Phänomenologisch-hermeneutische Studie Narrative Interviews	$n = 34$ (Pflegerische)	Die Pflege von MI-Betroffenen ist geprägt durch: <i>reading of</i> (Augenmerk auf nonverbale Signale), <i>adapting</i> (Berücksichtigung des passenden Moments), <i>coming close</i> (für eine gute Beziehung sorgen) und <i>helping</i> (helfen, sich sicher zu fühlen)
Walton, [21] USA	Untersuchung des pflegerischen Einflusses auf die Spiritualität von MI-Betroffenen sowie deren Bedeutung bei der Bewältigung	Grounded Theory Leitfadeninterviews	$n = 13$ (MI-Betroffene)	Therapeutische Präsenz ist von entscheidender Bedeutung für die Spiritualität der MI-Betroffenen und durch Anteilnahme und ermutigende Worte tragen Pflegende zur Angstreduktion und Förderung des Wohlbefindens bei
Westmacott et al., [22] Großbritannien	Untersuchung, inwieweit ein pflegerisches Schulungsprogramm für Angehörige von MI-Betroffenen deren Wissen und Zuversichtlichkeit beeinflusst	Vergleichsstudie Fragebogen vor und nach der Schulung: Selbsteinschätzung des Wissens und der Zuversichtlichkeit als Bezugsperson	$n = 85$ (Angehörige von MI-Betroffenen)	Das pflegerische Schulungsprogramm ging bei 81 % der Angehörigen mit einer signifikanten Zunahme des krankheitsspezifischen Wissens und bei 65 % mit einer signifikanten Erhöhung der Zuversichtlichkeit als Bezugsperson einher
Timmins & Kaliszer, [23] Irland	Vergleich der Vorstellungen von MI-Betroffenen über ihren Informationsbedarf mit den Vorstellungen von Pflegenden	Vergleichsstudie Fragebogen: Cardiac Patients Learning Needs Inventory (CPLNI)	$n = 95$ (27 MI-Betroffene und 68 Pflegerische)	Die Kategorie <i>Symptommanagement</i> hat sowohl bei MI-Betroffenen als auch bei Pflegenden den höchsten Stellenwert, gefolgt von den Bereichen <i>Medikamente</i> und <i>Lebensstil</i> . Anderen Kategorien, wie <i>Aktivität</i> oder <i>Pathophysiologie</i> wird hingegen eine unterschiedliche Bedeutung beigemessen
Eberl et al., [24] Deutschland	Erfassung des Pflegeaufwands bei Patienten mit Myokardinfarkt	Querschnittsstudie Erhebung der Pflegeaktivitäten anhand der Pflegepersonalregelung (PPR) und Leistungserfassung der Pflege (LEP)	$n = 26$ (MI-Betroffene)	Der durchschnittliche Pflegeaufwand für MI-Betroffene umfasst 3,4 Normstunden pro Tag, wobei die Überwachung und medikamentöse Therapie eine herausragende Stellung einnehmen. Auch Gespräche zur Unterstützung bei der Bewältigung haben einen hohen Stellenwert
Flynn et al., [25] USA	Untersuchung der Effektivität des <i>Get With the Guidelines (GWTG)-Programms</i> bei der Pflege von ACS-Betroffenen	Implementierungsstudie Erfassung von Endpunkten bei der Entlassung (Medikamenteneinnahme, Beratungsteilnahme, Blutdruck, Cholesterinwerte)	$n = 3381$ (ACS-Betroffene)	Die Umsetzung des <i>GWTG-Programms</i> führte zu einer Verbesserung der Adhärenz und klinischer Parameter. Durch das <i>Case Management</i> der <i>Risk Reduction Nurse</i> werden <i>Bedside Nurses</i> entlastet, um jeweilige Beratungsinhalte gezielter aufzugreifen
Jiang et al., [26] China	Untersuchung der Auswirkungen eines in der Akutklinik initiierten, pflegegeleiteten Rehabilitationsprogramms auf das Gesundheitsverhalten und kardiovaskuläre Risikofaktoren	Randomisierte kontrollierte Studie (RCT)	$n = 167$ (MI-Betroffene, IG: 83, KG: 84)	Das pflegegeleitete Rehabilitationsprogramm ging mit einer signifikanten Verbesserung der Aktivität und der Adhärenz bezüglich der Ernährung ($p < 0,001$) und der Medikation ($p < 0,05$) sowie des Blutdrucks und der LDL-Werte einher. Bezüglich Rauchen, Gewicht und HDL-Werten war kein Unterschied ersichtlich

Tab. 1 Übersicht der eingeschlossenen Studien (Fortsetzung)

Referenz	Zielsetzung	Methodik	Stichprobe	Ergebnisse
Broers et al., [27] Niederlande	Prüfung der Durchführbarkeit einer pfadgestützten Behandlung von Nicht-Hochrisiko-Infarktpatienten durch Pflegeexperten	Machbarkeitsstudie Erhebung der Mortalität, Re-Infarktrate und Verweildauer	n = 601 (MI-Betroffene)	Der Anteil der Re-Infarkte lag in den Vergleichsgruppen bei 1 %. Bei der pfadgestützten Behandlung durch Pflegeexperten ist hingegen kein Teilnehmer verstorben (0 vs. 2) und die Verweildauer wurde signifikant reduziert (6,2 vs. 11,1 Tage, p < 0,001)
Weibel et al., [28] Schweiz	Überprüfung der Anwendbarkeit bedürfnisorientierter Wissensvermittlung bei ACS-Betroffenen	Pilot-Implementierungsstudie Erfassung der Nützlichkeit des CPLNI-Fragebogens und des Wissenszuwachses	n = 10 (ACS-Betroffene)	Von der individualisierten Beratung durch Pflegenden konnte die Mehrheit der ACS-Betroffenen profitieren und ihr Wissen erweitern. Insgesamt waren sie mit der bedürfnisorientierten Wissensvermittlung sehr zufrieden
Cossette et al., [29] Kanada	Untersuchung, inwieweit die dreistufige individualisierte pflegerische Beratung die Teilnahme an der Rehabilitation beeinflusst	Randomisierte kontrollierte Studie (RCT)	n = 242 (ACS-Betroffene, IG: 121, KG: 121)	Durch die dreistufige individualisierte pflegerische Beratung wurde die Teilnahme an der Anschlussrehabilitation signifikant erhöht (45 % in der Interventionsgruppe vs. 24 % in der Kontrollgruppe; p < 0,001)

ACS Akutes Koronarsyndrom, MI Myokardinfarkt, IG Interventionsgruppe, KG Kontrollgruppe

Tab. 2 Einschätzung der quantitativen Studien

	Westmacott et al. (1999) [22]	Timmins & Kaliszer (2003) [23]	Eberl et al. (2005) [24]	Flynn et al. (2007) [25]	Jiang et al. (2007) [26]	Broers et al. (2009) [27]	Weibel et al. (2009) [28]	Cossette et al. (2012) [29]
Forschungsfrage und Zielsetzung klar formuliert	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Methodik argumentativ abgeleitet und begründet	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Berücksichtigung ethischer Belange dargelegt	x	✓	✓	x	✓	x	✓	✓
Auswahl der Stichprobe begründet und angemessen	✓	x	x	✓	✓	✓	✓	✓
Charakteristika der Teilnehmer beschrieben	x	✓	✓	x	✓	x	x	✓
Potenzielle Selektivität der Stichprobe thematisiert	✓	x	x	x	x	x	✓	✓
Ergebnisparameter dargelegt	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Erhebungsinstrumente beschrieben	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Analyseverfahren nachvollziehbar	x	✓	✓	x	✓	✓	x	✓
Ergebnisse klar und präzise	✓	x	x	x	✓	✓	✓	✓

Symbole: ✓ = ja; x = nein

Nach einem weiteren Konzept, dem zweiphasigen Rehabilitationsprogramm zur Förderung des Selbstmanagements [26], umfasst die Beratung in der Akutklinik hingegen sieben Schulungstermine zu folgenden Themen: koronare Herzkrankheit und Prinzipien des Selbstmanagements, medikamentöse Behandlung, Angina pectoris, Aktivität, Er-

nährung, Raucherentwöhnung und familiäre Unterstützung. Dabei wird die Informationsvermittlung möglichst kurz gehalten, um den Betroffenen und ihren Bezugspersonen vor allem die Reflexion ihrer eigenen Erfahrungen zu ermöglichen. Hierfür wird außer einem Herzhandbuch auch ein Selbsthilfearbeitsheft eingesetzt. Nach der Entlassung wer-

Tab. 3 Einschätzung der qualitativen Studien

	Svedlund et al. (1999) [20]	Walton (1999) [21]
Intersubjektive Nachvollziehbarkeit	✓	✓
Indikation des Forschungsprozesses	✓	✓
Empirische Verankerung (hinreichende Textbelege, kommunikative Validierung)	x	✓
Limitationen (Beschreibung der Kontexte und Identifikation relevanter Bedingungen)	✓	✓
Kohärenz der Theorie (Bearbeitung von Widersprüchen)	✓	x
Relevanz (Anwendungsrelevanz und Anschlussfähigkeit)	✓	✓
Reflektierte Subjektivität	✓	x
Multiperspektivität	x	x
Gerechter Umgang (fair dealing)	x	x

Symbole: ✓ = ja; x = nein

den die Betroffenen dann für einen weiteren Zeitraum von zwölf Wochen durch eine kardiologische Pflegeexpertin begleitet und unterstützt. Dadurch konnte eine Verbesserung der körperlichen Aktivität, des Blutdrucks und der LDL-Werte sowie der Adhärenz bezüglich der Ernährung und der medikamentösen Therapie erreicht werden [26].

Außer den Schulungen für die Betroffenen, welche ebenso an deren Angehörige oder Bezugspersonen gerichtet sind [26, 29], führen Pflegende auch Schulungen speziell für Angehörige durch [22]. Diese beinhalten Informationen über die koronare Herzkrankheit, den Herzinfarkt und kardiovaskuläre Risikofaktoren, die Behandlung in der Klinik sowie den Umgang mit möglichen Problemen nach der Entlassung und weitere Aspekte der Langzeitbehandlung. Daraus resultierte bei den Angehörigen eine signifikante Zunahme ihres krankheitsspezifischen Wissens und eine Erhöhung ihrer Zuversichtlichkeit als Bezugsperson [22].

Begleitung und Unterstützung

Im Rahmen von Schulungs- und Beratungsprogrammen werden MI-Betroffene im Umgang mit ihrer Krisensituation begleitet und in ihrem Selbstmanagement unterstützt [26, 28, 29]. Gespräche zur Unterstützung der Krankheitsbewältigung sind allerdings genauso Bestandteil des direkten Pflegehandelns in Bezug auf MI-Betroffene wie die Überwachung von Vitalparametern und die medikamentöse Versorgung [24].

Da MI-Betroffene ihre unfassbare lebensbedrohliche Erfahrung kaum direkt zur Sprache bringen, obgleich sie sich ihrer massiven Gefährdung durchaus bewusst sind, ist das pflegerische Handeln von folgenden vier Aspekten geprägt: *Reading of, Adapting, Coming close* und *Helping* [20]. Das heißt, dass Pflegende erstens ihr Augenmerk auf nonverbale und anderweitig vermittelte Signale der MI-Betroffenen richten, zweitens berücksichtigen, ob für eine Maßnahme der passende Moment ist oder nicht, drittens für eine gute Beziehung mit den Betroffenen sorgen und viertens den Betroffenen helfen, sich sicher zu fühlen und das Geschehene

zu begreifen. Dabei ist die *therapeutische Präsenz* von entscheidender Bedeutung für die Spiritualität der Betroffenen [21] und in der wechselseitigen Begegnung tragen Pflegende durch Anteilnahme und ermutigende Worte einerseits zur Reduktion von Ängsten und andererseits zur Förderung des Wohlbefindens und der Zuversicht der Betroffenen bei [21].

Case Management

In der Studie von Flynn et al. [25] wurde die führende Rolle der Pflegenden zur Verbesserung von Outcomes der ACS-Betroffenen betont, und zwar hinsichtlich der Teilnahme an Beratungsgesprächen, der Einnahme von Medikamenten sowie der Blutdruck- und Cholesterinwerte. Diese Kriterien konnten mittels Case Management durch spezialisierte *Cardiac Nurses* nach dem *Get With the Guidelines (GWTG)-Programm* verbessert werden. Bei diesem Programm ist die *Risk Reduction Nurse* verantwortlich für die Einschätzung des individuellen Risikoprofils der ACS-Betroffenen sowie die medikamentöse Therapie, die Unterstützung bei der Formulierung von Zielen hinsichtlich der Modifizierung des Lebensstils und die Koordination weiterer Rehabilitationsmaßnahmen. In Verbindung damit erstellt sie gemeinsam mit dem Arzt und anderen Beteiligten im interprofessionellen Team den jeweiligen Behandlungsplan. Da die *Bed-side Nurses* dadurch entlastet werden, können sie bei ihrem Handeln die jeweiligen Beratungsinhalte gezielter aufgreifen [25].

Durch eine weitere Studie [27] wurde bestätigt, dass die pfadgestützte Behandlung von Nicht-Hochrisiko-Infarktpatienten durch Pflegeexperten realisierbar und hinsichtlich der Re-Infarktrate und Mortalität genauso sicher ist wie die herkömmliche ärztliche Versorgung. Dabei sind die Pflegeexperten mittels Behandlungspfad für die Medikation und Maßnahmen der körperlichen Aktivierung sowie für Schulungen und die Koordination weiterer rehabilitativer Maßnahmen verantwortlich.

Diskussion

Durch die Ergebnisse dieser Literaturübersicht werden wesentliche Aspekte der Funktion Pflegenden in der Anfangsphase der Rehabilitation von MI-Betroffenen aufgezeigt. Demnach sind Pflegende in diesem Kontext erstens zuständig für die Schulung und Beratung der MI-Betroffenen und ihrer Bezugspersonen und zweitens für die Begleitung und Unterstützung bei medizinischen Maßnahmen und der Krankheitsbewältigung. Diese Funktionen kommen insbesondere in ihrer Rolle als Case Manager zur Geltung, wobei sie auch eine Verknüpfung zur ambulanten Versorgung herstellen.

Damit wird insgesamt die Schlüsselfunktion der Pflegenden bei der Rehabilitation von MI-Betroffenen betont sowie deren Rolle als Informationsvermittler, Berater, Begleiter, Coach, Koordinator und Supervisor [30], mit unterschiedlicher Ausprägung in den drei Phasen der Rehabilitation (Behandlung in der Akutklinik, Anschlussrehabilitation, Langzeitbehandlung). Diese spezifischen Funktionen werden vornehmlich durch Pflegeexperten mit entsprechender Spezialisierung (z. B. als *Cardiac Nurse*) ausgeübt.

Diese Pflegepraxis in der Akutklinik umfasst zugleich Elemente des international anerkannten *Chronic Care Modells* nach Wagner et al. [31] unter Berücksichtigung dessen, dass der Myokardinfarkt eine akute Manifestation einer chronischen Erkrankung ist. Die Umsetzung zentraler Aspekte der Versorgungspraxis [32] nach dem *Chronic Care Modell* ist insbesondere in den quantitativen Studien aus dem angloamerikanischen Raum [22, 25, 29] ersichtlich, und zwar:

1. die *Unterstützung des Selbstmanagements*,
2. die *Gestaltung der Leistungserbringung* durch eine verantwortliche und effektive Aufgabenteilung,
3. die *gezielte Entscheidungsunterstützung* durch entsprechende Hilfsmittel und
4. die *Anwendung klinischer Informationssysteme*.

In diesem Rahmen findet auch eine *produktive Interaktion* mit partizipativer Entscheidungsfindung [32] statt und es wurden *verbesserte Ergebnisse*, insbesondere hinsichtlich klinischer Parameter und der Adhärenz nachgewiesen.

Die Gestaltung der Pflegepraxis nach diesen Aspekten entspricht auch Fridlunds Rahmenkonzept [30, 33] und Mirkas Schulungsmodell [34] zur Rehabilitation von MI-Betroffenen, wonach Pflegende für die Gestaltung der zwischenmenschlichen Beziehung und die Einbeziehung der jeweiligen Lernbereitschaft und Motivation eine besondere Verantwortung haben.

Anhand einzelner quantitativer Studien [25–27] entsteht allerdings der Eindruck, dass Pflegende, auch in Anbetracht der zunehmenden Ökonomisierung der Gesundheitsversor-

gung, hauptsächlich *Regelanwender* und *Verfahrensvollzieher* [35] seien.

Den qualitativen Studien zufolge [20, 21] handeln Pflegende demgegenüber offenbar nach einem professionalisierten Selbstverständnis und die Pflegepraxis wird demnach, gemäß Evidence-based Nursing, in einem Arbeitsbündnis mit der pflegebedürftigen Person [36] vollzogen. Dabei ist die Gestaltung des Beziehungsgeschehens, ebenso wie in der ärztlichen Profession [35], von zentraler Bedeutung.

Stärken und Limitationen

Zur Erstellung dieser integrativen Übersichtsarbeit wurde eine systematische Literaturrecherche in den relevanten pflegebezogenen Datenbanken durchgeführt. Durch die Eingrenzung auf englisch- und deutschsprachige Literatur kann jedoch nicht ausgeschlossen werden, dass weitere Arbeiten zu dieser Thematik vorliegen.

Der gewählte integrative Ansatz ermöglichte eine Synthese sowohl quantitativer als auch qualitativer Daten für eine umfassende Exploration der Funktion Pflegenden in der Anfangsphase der Rehabilitation von Myokardinfarkt-Betroffenen. Der explizite Einbezug experimenteller Arbeiten resultierte aus der Annahme, dass auch die Konzeption und Evaluation entsprechender Interventionen im Rahmen von Studien das Rollenverständnis und die Funktion Pflegenden widerspiegelt. Die Auswahl und Bewertung der Studien erfolgte anhand vorab definierter Kriterien, jedoch lediglich durch eine Person. Darüber hinaus ist die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf das nationale Gesundheitssystem in weiteren Forschungsarbeiten zu prüfen.

Schlussfolgerungen für die Praxis und Forschung

Die vorgelegten Ergebnisse ermöglichen ein erweitertes Verständnis über die Funktion der Pflege in der Anfangsphase der Rehabilitation von Myokardinfarkt-Betroffenen und können als Anhaltspunkte für die Weiterentwicklung der Pflegepraxis hierzulande dienen und zum weiteren Klärungsprozess hinsichtlich der Kooperation der Gesundheitsberufe beitragen.

Die einbezogenen Studien zeigen überwiegend auf, *was* die Pflegepraxis in Bezug auf MI-Betroffene beinhaltet. *Wie* diese Praxis allerdings gestaltet ist, war nur ansatzweise erkennbar und geht lediglich aus Befragungen von Betroffenen und Pflegenden hervor, ohne eingehende Untersuchungen der Pflegepraxis selbst. In Anbetracht der eingangs erwähnten unklaren Stellung der Pflege im interprofessionellen Team besteht daher weiterer Klärungsbedarf zur eigentlichen Pflegepraxis unter professionstheoretischen Gesichtspunkten. Dementsprechende Forschungsar-

beiten könnten aufzeigen, inwieweit das Pflegehandeln tatsächlich professionalisiert und Pflege als Profession im interprofessionellen Team beteiligt ist, um letztlich weitere Entwicklungspotenziale der Pflege zu entfalten.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt I. Lorenz, A. Berg, S. Fleischer und J. Behrens geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht. Die vorliegende Arbeit wurde im Rahmen des Studiums am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg erstellt.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren, sondern umfasst eine Synthese vorhandener Studien.

Literatur

- World Health Organization (2014). The top 10 causes of death, 2014. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/index.html>. Zugegriffen: 15. Dez. 2014
- Statistisches Bundesamt (2013). Todesursachen in Deutschland: 2013. <https://www.destatis.de>. Zugegriffen: 15. Dez. 2014
- Statistisches Bundesamt (2012). Diagnosedaten der Patienten in Krankenhäusern: 2012. <https://www.destatis.de>. Zugegriffen: 21. Jan. 2014
- Achenbach, S., Szardien, S., Zeymer, U., Gielen, S., & Hamm, C. (2012). Kommentar zu den Leitlinien der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie (ESC) zur Diagnostik und Therapie des akuten Koronarsyndroms ohne persistierende ST-Streckenhebung. *Der Kardiologe*, 6, 283–301.
- Zeymer, U., Kastrati, A., Rassaf, T., Scholz, K. H., Thiele, H., & Nienaber, C. A. (2013). Kommentar zu den Leitlinien der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie (ESC) zur Therapie des akuten Herzinfarkts bei Patienten mit ST-Streckenhebung (STEMI). *Der Kardiologe*, 7, 410–422.
- Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, & Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2014). Nationale Versorgungsleitlinie Chronische KHK. 3. Auflage, 2014. <http://www.leitlinien.de>. Zugegriffen: 19. Dez. 2014
- Roffi, M., Patrono, C., Collet, J. P., Mueller, C., Valgimigli, M., Andreotti, F., Bax, J., Borger, M. A., Brotons, C., Chew, D. P., Gencer, B., Hasenfuss, G., Kjeldsen, K., Lancellotti, P., Landmesser, U., Mehilli, J., Mukherjee, D., Storey, R. F., & Windecker, S. (2015). ESC guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *European Heart Journal*, 37(3), 267–315. doi:10.1093/eurheartj/ehv320.
- Sachverständigenrat im Gesundheitswesen (2007). Gutachten 2007 des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/063/1606339.pdf>. Zugegriffen: 9. Dez. 2010
- Wissenschaftsrat (2012). Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf>. Zugegriffen: 15. Nov. 2013
- World Health Organization (2009). International classification of functioning, disability and health (ICF). <http://www.who.int/classifications/icf/en/index.html>. Zugegriffen: 24. Nov. 2013
- Behrens, J. (2003). Die ICF, die ICDH-2 und die Diagnostik in der Pflege: Chancen und Risiken aus pflegewissenschaftlicher Sicht. In B. S. Etzel (Hrsg.), *Pflegediagnostik und Pflegeklassifikationssysteme. Entwicklung und Anwendung* (S. 99–110). Stuttgart: Kohlhammer.
- Torraco, R. J. (2005). Writing integrative literature reviews: guidelines and examples. *Human Resource Development Review*, 4, 356–367.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & The PRISMA Group (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA Statement. *PLoS Medicine*, 6, e1000097.
- Reibis, R., Gaede-Illig, C., & Völler, H. (2014). Rehabilitation nach akutem Myokardinfarkt. *Die Rehabilitation*, 53, 191–202.
- Becker, H. (2010). Forschung, Mut, Zufall. Wie sich die Therapie des Herzinfarkts entwickelte. *Herz Heute*, 30, 4–7.
- Kelley, K., Clark, B., Brown, V., & Sitzia, J. (2003). Good practice in the conduct and reporting of survey research. *Int J Qual Health Care*, 15, 261–266.
- Draugalis, J., Coons, S., & Plaza, C. (2008). Best practices for survey research reports: a synopsis for authors and reviewers. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 72, 1–6.
- Meyer, T. (2007). Kritische Bewertung von qualitativen Studien. In R. Kunz, G. Ollenschläger, H. Raspe, G. Jonitz, & N. Donner-Banzhoff (Hrsg.), *Lehrbuch Evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis* (2. Aufl. S. 159–176). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Popay, J., Roberts, H., Sowden, A., Petticrew, M., Arai, L., Rodgers, M., & Britten, N. (2006). *Guidance on the conduct of narrative synthesis in systematic reviews: a product from the ESRC methods programme*. Swindon: Economic and Social Research Council.
- Svedlund, M., Danielson, E., & Norberg, A. (1999). Nurses' narratives about caring for inpatients with acute myocardial infarction. *Intensive and Critical Care Nursing*, 15, 34–43.
- Walton, J. (1999). Spirituality of patients recovering from an acute myocardial infarction: a grounded theory study. *Journal of Holistic Nursing*, 17, 34–53.
- Westmacott, J., Evans, J., Turner, S., Todd, S., & Bethell, H. J. (1999). Heartlearn: effects of a training session for relatives of myocardial infarction patients. *Coronary Health Care*, 3, 199–204.
- Timmins, F., & Kaliszer, M. (2003). Information needs of myocardial infarction patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2, 57–65.
- Eberl, I., Bartholomeyczik, S., & Donath, E. (2005). Die Erfassung des Pflegeaufwands bei Patienten mit der medizinischen Diagnose Myokardinfarkt. *Pflege*, 18, 364–372.
- Flynn, F. M., Cafarelli, M., Petrakos, K., & Christophersen, P. (2007). Improving outcomes for acute coronary syndrome patients in the hospital setting. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 22, 166–176.
- Jiang, X., Janet, W., & Thomas, K. (2007). A nurse-led cardiac rehabilitation programme improves health behaviours and cardiac physiological risk parameters. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1886–1897.
- Broers, C. J., Sinclair, N., Ploeg, T. J. van der, Jaarsma, T., Veldhuisen, D. J. van, & Umans, V. A. (2009). The post-infarction nurse practitioner project: a prospective study comparing nurse intervention with conventional care in a non-high-risk myocardial infarction population. *Netherlands Heart Journal*, 17, 61–67.
- Weibel, L., Barandun Schäfer, U., & Mahrer Imhof, R. (2009). Individualisierte Schulung und Beratung auf der Intensivpflegestation bei Patienten mit akutem Koronarsyndrom: Ein Pilotprojekt zur Forschungsanwendung. *Pflege*, 22, 165–171.
- Cossette, S., Frasure-Smith, N., Dupuis, J., Juneau, M., & Guertin, M. C. (2012). Randomized controlled trial of tailored nursing interventions to improve cardiac rehabilitation enrollment. *Nursing Research*, 61, 111–120.

30. Fridlund, B. (2002). The role of the nurse in cardiac rehabilitation programmes. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, *1*, 15–18.
31. Wagner, E. H., Austin, B. T., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J., & Bonomi, A. (2001). Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Affairs*, *20*, 64–78.
32. Gensichen, J., Muth, C., Butzlaff, M., Rosemann, T., Raspe, H., Müller de Cornejo, G., Beyer, M., Härter, M., Müller, U. A., Angermann, C. E., Gerlach, F. M., & Wagner, E. (2006). Die Zukunft ist chronisch: das Chronic Care-Modell in der deutschen Primärversorgung: Übergreifende Behandlungsprinzipien einer proaktiven Versorgung für chronische Kranke. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, *100*, 365–374.
33. Fridlund, B. (1994). A holistic framework for nursing care: rehabilitation of the myocardial infarction patient. *Journal of Holistic Nursing*, *12*, 204–217.
34. Mirka, T. (1994). Meeting the learning needs of post-myocardial infarction patients. *Nurse Education Today*, *14*, 448–456.
35. Maio, G. (2014). *Geschäftsmodell Gesundheit. Wie der Markt die Heilkunst abschafft*. Berlin: Suhrkamp.
36. Behrens, J., & Langer, G. (2010). *Evidence-based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung* (3. Aufl.). Bern: Huber.