DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Rolle und Funktion eines Vermittlers bei der Implementierung von Evidence-based-Nursing (EbN) im Österreichischen Akutkrankenhaus“

Verfasserin

STEIDL Alexandra

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2010

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 057 122
Studienrichtung lt. Studienblatt: Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaften
Betreuerin / Betreuer: Prof. Mag. Dr. Hanna Mayer
INHALTSVERZEICHNIS

1 Einleitung .................................................................................................................................. 2
  1.1 Problemstellung.................................................................................................................. 3
  1.2 Gegenstand und Ziel der Arbeit ........................................................................................... 5
  1.3 Aufbau der Arbeit ............................................................................................................. 6
2 Geschichte von Evidence-based Nursing (EbN)............................................................................ 8
  2.1 Entstehungsgeschichte der Evidence-based Medicine (EbM) ........................................... 9
  2.2 Florence Nightingale ........................................................................................................... 13
    2.2.1 Lebenslauf .................................................................................................................. 13
  2.3 Das 19. Jahrhundert bis zur Gegenwart .............................................................................. 21
3 Evidence-based Nursing (EbN).................................................................................................. 29
  3.1 Definitionen ...................................................................................................................... 29
  3.2 Evidence-based ................................................................................................................... 32
    3.2.1 Der Begriff Evidence-based ......................................................................................... 33
    3.2.2 Das Konzept Evidence-based ....................................................................................... 34
  3.3 Die Vier Säulen .................................................................................................................. 36
    3.3.1 Interne Evidenz – das diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal .......... 36
    3.3.2 Kontext oder Umgebungsbedingungen ........................................................................ 37
    3.3.3 Patient .......................................................................................................................... 38
    3.3.4 Externe Evidenz - wissenschaftlich belegte Erfahrung Dritter .................................... 40
  3.4 Externe Evidenz (wissenschaftliche Forschung) .................................................................. 41
    3.4.1 Externe Evidenz vor dem Hintergrund der qualitativen und quantitativen Forschung ... 41
    3.4.2 Gütekriterien .............................................................................................................. 43
    3.4.3 Bedeutung qualitativer und quantitativer Forschung für EbN im Unterschied zu EbM... 46
    3.4.4 Evidenzhierarchien ..................................................................................................... 48
    3.4.5 Gütekriterien von Fragestellungen ............................................................................. 51
    3.4.6 Der Forschungsanwendungsprozess ............................................................................ 52
    3.4.7 Verhältnis zwischen Forschungsanwendungsprozess und EbN ..................................... 58
4 Vermittlung von EbN in die Praxis ............................................................................................ 62
  4.1 Das Problem des Theorie-Praxis-Transfers ......................................................................... 62
  4.2 Strategien zur Überwindung des Theorie-Praxis-Transferproblems ..................................... 66
  4.3 Vermittler – Definition und Abgrenzung zu verwandten Begriffen ..................................... 67
    4.3.1 Facilitator .................................................................................................................... 68
1 Einleitung

1.1 Problemstellung


In den letzten Jahrzehnten konnte zunehmend eine Entwicklung beobachtet werden, die sich u. a. durch die Schaffung einer eigenen fundierten Wissensbasis, eines aufkommenden beruflichen Selbstbewusstseins und eigener therapeutisch relevanter Ansätze auszeichnet. Von den Pflegekräften wird dabei ein umfassendes und regelmäßig aktualisiertes, dem wissenschaftlichen Erkenntnisfortschritt entsprechendes Begründungs-, Handlungs- und Reflexionswissen gefordert.


Auf europäischer Ebene wird vom beratenden Ausschuss der Europäischen Kommission betont, „dass forschungsbasierte Reflexion und Modifikation der eignen Arbeit im Sinne der Qualitätsentwicklung und -sicherung stattzufinden hat, indem Forschungsergebnisse angewandt, umgesetzt oder in die Pflegepraxis implementiert werden“.1

Im offenen Curriculum (November 2003) für die Ausbildung in allgemeiner Gesundheits- und Krankenpflege wird auch im Kapitel 2.1.1 Rechtsgrundlagen, unter Absatz 2.1.1.2 der Ausbildungsverordnung die Ausrichtung der Pflege an einer wissenschaftlich anerkannten Pflegetheorie und deren Verwendung als ein analytischer und problemlösender Vorgang

---

1 Bericht für Empfehlungen zur verlangten Fachkompetenz der für die Allgemeine Pflege verantwortlichen Krankenschwestern/Krankenpfleger in der Europäischen Union (1998), Kapitel 2.1.2. offenes Curriculum
vorgegeben. Zusätzlich sind Grundlagen der Pflegewissenschaft und Pflegeforschung im Fächerkanon der Ausbildung vorgesehen.


Aktuelle Diskussionen über die Frage wie die Implementierung von pflegewissenschaftlichen Wissen in einen stark traditionell geprägten Beruf wie der Pflege, wo Intuition, Erfahrung und Autoritäten in zum Teil strengen Hierarchien eine wesentliche Rolle spielen, von statten gehen könnte und der in der engschlischsprachigen Literatur gefundenen Vorschlag, einen Vermittler zwischen Theorie und Praxis zu schalten, weckten in mir das Interesse, die
mögliche Rolle und Funktion eines Vermittlers bei der Implementierung von EbN in die Praxis eines österreichischen Akutkrankenhauses zu erforschen.

Auf Erfahrungen von Vermittlern in Bezug auf die Implementierung von EbN kann in Österreich noch nicht zurückgegriffen werden, wodurch sich der Informationsgewinn auf englischsprachige Erfahrungsberichte, und hier vor allem aus den USA und Großbritannien, reduziert.

1.2 Gegenstand und Ziel der Arbeit


Im angloamerikanischen Raum kann man bereits auf erste Erfahrungen im Zusammenhang mit dem Einsatz von Vermittlern zur Implementierung von EBN zurückgreifen. Seine zentrale Aufgabe im Implementierungsprozess ist dabei vor allem die Integration der externen Evidenz im Krankenhaus. Vergleichbare Erfahrungen gibt es in Österreich nur in Form von Pilotprojekten, Qualitätssicherungsmaßnahmen oder seinem Einsatz in Anfangsphasen von Implementierungsversuchen. Das zentrale Ziel dieser Arbeit ist es daher, die Frage zu klären,
ob ein Vermittler das geeignete Instrument ist, um EbN in die Praxis eines österreichischen Akutkrankenhauses zu implementieren.

Aus dieser Frage ergeben sich die folgenden Unterfragen:

- Wo findet man die geeignete Position im Organisationsaufbau eines Akutkrankenhauses, um die Funktion des Vermittlers optimal ausführen zu können? Sollte der Vermittler aus der Organisation kommen oder besser von außen?
- Wodurch unterscheidet sich ein Vermittler von Berufsgruppen mit erwartet ähnlichen Arbeitsinhalten wie dem Change Agent, dem Coach, dem Trainer, dem Mediator, dem Berater oder dem Lehrer und wo sind die Parallelen?
- Welche persönlichen Eigenschaften und Fähigkeiten sollte der Vermittler besitzen?
- Mit welchen Kompetenzen muss der Vermittler ausgestattet werden, um effizient arbeiten zu können?
- Was sind die zentralen Aufgaben des Vermittlers?

1.3 Aufbau der Arbeit


Um die Rolle und Funktion des Vermittlers bei der Implementierung von EbN im Akutkrankenhaus zu erforschen, bedarf es einer primären Auseinandersetzung mit den verschiedenen Definitionen von EbN, um herauszufinden, was genau die Aufgabe des Vermittlers sein sollte. Wichtig erscheint hier die kritische Auseinandersetzung mit dem Begriff EbN, dem Konzept EbN und auch dem Begriffspaar „Evidence-based“.

Das dritte und vierte Kapitel widmen sich EbN als Vier-Säulen-Modell, dem Problem des Theorie-Praxis-Transfers sowie den Strategien zur Überwindung desselben mit der entscheidenden Rolle des Vermittlers. Bei der Beschreibung des Vier-Säulen-Modells, bestehend aus interner Evidenz, Kontext, Patient und externer Evidenz, soll der Schwerpunkt


Beim Verfassen dieser Arbeit habe ich aufgrund der besseren Lesbarkeit immer die männliche Form und Schreibweise verwendet. Ich möchte aber ausdrücklich darauf hinweisen, dass hinsichtlich des Geschlechts auf eine heterogene Gruppe Bezug genommen wird und sowohl Frauen als auch Männer im gleichen Ausmaß gemeint sind.

2 Geschichte von Evidence-based Nursing (EbN)


Trotz zahlreicher Versuche EbN als zusammenhängenden Diskurs darzustellen, ist die Literatur voll von Widersprüchen und Meinungsverschiedenheiten. Einmal wird behauptet EbN sei etwas gänzlich Neues und Innovatives, dann wieder heißt es, EbN sei ein alt Bekanntes und Praktiziertes, das wiederentdeckt wurde.


Auch Deleuze and Guattari (1987, 25) schreiben: „A rhizome has no beginning or end; it is always in the middle, between things, interbeing, intermezzo.”


als Begründerin in Verbindung gesetzt, wodurch es auch einer Klärung dieser Zuordnung
anhand des Lebenslaufes von Florence Nightingale bedarf.

2.1 Entstehungsgeschichte der Evidence-based Medicine (EbM)


Es fand der Aufbruch der Medizin in die allgemeine Verantwortung statt. In diese Zeit fällt der Beginn einer umfassenden, neuen, systematischen Krankheitslehre. (vgl. Seidler, 1993, 145)

Es gab zu jener Zeit noch eine Vielfalt an psychodynamischen Krankheitsvorstellungen. Für die weitere Entwicklung der Medizin war allerdings ein völlig anderer Ansatz von Bedeutung, die solidarpathologische Auffassung von Krankheit. Im 19. Jahrhundert war die Medizin nicht mehr bloß darum bemüht, wissenschaftlich zu werden, sie wurde es auch. (vgl. Strachota, 2002, 125-135)


² http://www.payer.de/arztpatient/gesundheitsoekonomie02.htm#3.2., Zugriff am 05. 10. 2008 um 14:40 Uhr

„Das Wort Arithmetik kommt aus dem Griechischen. Die Arithmetik ist ein Teilgebiet der Mathematik, die sich mit bestimmten und allgemeinen Zahlen und Reihentheorien, Kombinatorik und Wahrscheinlichkeitsberechnungen befasst.” (Elektronisches Wörterbuch: Deutsches Universalwörterbuch, Bibliographisches Institut & F.A. Brockhaus AG)


Der Rationalismus stellte eine philosophische Strömung dar, welche die Vernunft als für den Erkenntnisprozess wesentlich hervorhob und damit im Gegensatz zum Empirismus stand, welcher das Schwer gewicht auf die Erfahrung und sinnliche Wahrnehmung legte.³


Hippokrates gilt als der Begründer einer rationalen Medizin. Die hippokratischen Ärzte durften keine Sektionen durchführen. Die Lehre von den Körpersäften⁴ war eine von mehreren Versuchen, die verborgene Innenwelt des Menschen zu erklären. Sie war eine Theorie unter mehreren, aber sie war jene Theorie, welche sich aufgrund ihrer Logik und dank der Vermittlung Galens im 2. Jahrhundert durchsetzte und bis tief in die Neuzeit hinein

---

³ vgl. http://home.allgaeu.org/kschroep/emprat/rational.htm, Zugriff am 14.03.2008 um 11:00 Uhr

⁴ Die Lehre von den Körpersäften sagt aus, dass die vier Körpersäfte die materielle Grundlage des Körpers sind. Ihre Mischung und ihre Bewegung im Körper entscheiden über Gesundheit und Krankheit


Es war kein Wunder, dass Autoren, die monumentale Autoritäten von ihren Podesten gestoßen haben, mit erbitterter Opposition zu rechnen hatten. Der Empirismus wurde von den traditionellen Rationalisten abgelehnt.

Die Anhänger des Empirismus suchten eine Methode zu finden, um strengere Evidenz herzustellen. Wenn man sich die Geschichte von EbM ansieht, fällt es einem leichter zu verstehen, warum diese zumindest in den Anfängen, aber auch heute noch, sehr die quantitative Forschung und hier speziell RCT’s bevorzugten. Cochrane A. schreibt in seinem Werk „Effectiveness and efficiency“: „If anyone had any doubts about the need for doing RCT’s to evaluate therapy, recent publications using this technique have given ample warning of how dangerous it is to assume that well established therapies which had not been tested are always effective.”(Cochrane, 1999, 29)

Er geht auch bereits auf den Kostenfaktor ein, indem er schreibt, dass die zunehmenden Kosten der Krankenhauseinweisungen eine verstärkte Aufmerksamkeit auf sich ziehen wird müssen. (vgl. Cochrane, 1999, 32) Er meint, um das Problem zu lösen, wäre der beste Ansatz jener, nach der einfachsten diagnostischen Situation zu suchen und das sei zweifellos die Durchführung eines diagnostischen Tests an einer großen

Das bereits zitierte Buch „Effectiveness and efficiency: Random Reflection on Health Services“ von Professor Cochrane A. markiert den Beginn der aktuellen internationalen Bemühungen um EbM.5

Cochrane A. war ein Epidemiologe und Pionier der Feldstudien von Lungenleiden in Kohlenminen. Es war eine von ihm publizierte Abhandlung, welche dazu führte, dass die Internationale Kollaboration gegründet wurde, welche auch seinen Namen trägt. In dieser Abhandlung schreibt Cochrane A.: „It is surely a great criticism of our profession that we have not organized a critical summary, by speciality or subspeciality, adapted periodically, of all relevant randomized controlled trials.” (vgl. Silagy in Cochrane, 1999, xiii-xiv)

Im deutschsprachigen Bereich kommt 1848 dem in Wien tätigen, ungarischen Arzt Ignaz Semmelweis (1818–1865) die Erstautorenschaft für die Einführung der „systematischen klinischen Beobachtung“ in die medizinische Forschung zu.6

Neben der Cochrane Collaboration gibt es inzwischen zahlreiche Datenbanken. „Die Verbreitung der EbM ist im deutschsprachigen Bereich maßgeblich durch die Institutionalisierung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin gefördert worden.“ 7

Die moderne Epidemiologie hat sich (erst) seit den 1960er Jahren herausgebildet. „Ganz wesentlich für diese Entwicklung war die zunehmende Einführung der randomisierten, kontrollierten Studien (RCT’s) als Standard in die klinische Forschung, die eine weitgehend unverzerrte Aussage über die Wirksamkeit neuer Verfahren erlaubte.“ (Perleth N. in Antes G. (Hrsg), 1998, 14)


5 http://www.payer.de/arztpatient/gesundheitssoekonomie02.htm#3.2., Zugriff am 05.10. 2008 um 14:00 Uhr
6 http://www.ebm-netzwerk.de/grundlagen/geschichte, Zugriff am 7.3. 2008 um 18:40 Uhr
7 http://de.wikipedia.org/wiki/Evidenzbasierte_Medizin#EbM_im_deutschsprachigen_Bereich, Zugriff am 05. 10. 2008 um 18:40 Uhr
2.2 Florence Nightingale

„Evidence-based Nursing ist spätestens seit Florence Nightingale etwas ganz Selbstverständliches, was alle unsere Klienten und Pflegebedürftigen bei uns erwarten und was bisher trotzdem schwer und nur selten im Alltag zu erreichen war.“ (Behrens/Langer, 2006, 27)


Florence Nightingale war eine enorm gebildete Frau ihrer Zeit. Sie beschäftigte sich neben der Krankenpflege und der Reformierung des (Heeres)-Sanitätswesens mit zahlreichen Dingen, wie z. B. der Spiritualität, Philosophie, oder auch der Literatur.

Da es aber in erster Linie um die Frage geht, inwieweit sie als eine Vorreiterin der EbN-Bewegung zu sehen ist, wird im Folgenden ihr Lebenslauf, ihre Verdienste um die Gründung der Krankenpflege und Arbeiten in Zusammenhang mit „Empirischer Forschung“ dargestellt.

2.2.1 Lebenslauf


Florence Nightingale war sehr religiös. Aus ihren Aufzeichnungen geht hervor, dass sie sich von Gott berufen fühlte. Wozu berufen, war ihr allerdings nicht von Anfang an klar. „The divine voice did not give her specific instructions, only a powerful “inner certainty” that her life was to be devoted to God’s service.” (Macrae, 2001, 14-15)

Fünf Jahre brauchte sie, bis sie sicher war, dass ihre „Berufung“ darin bestand, Kranke zu pflegen. Neun weitere Jahre kämpfte sie gegen ihre Familie, bis sie wirklich pflegen durfte.


William Nightingale war Mitglied der “British Association for the Advancement of Science” und nahm seine Familie oft zu seinen Versammlungen mit. Folglich war Florence Nightingale

---

8 zu Kriegsbeginn Kriegsminister, später kein Mitglied der Regierung mehr, ist er trotzdem ein großer Förderer von F. N. an dem sie sich immer wendet. Er hatte Zutritt zu den höchsten Stellen.


Im Jahr 1853 trat sie ihre erste Stelle in der Harley-Street, im „Institut zum Wohl kranker Damen in beschränkten Verhältnissen“, an. Sie hatte dort nicht nur die Verwaltung des Instituts ganz in der Hand, sondern auch seine Finanzen. Sie organisierte das Institut systematisch um und beteiligte sich auch selbst an der praktischen Pflege. Sie war sich auch immer bewusst, dass ihr Erfolg von ausgewogenen Ausgaben und einer gewissenhaften Buchführung abhinge. (vgl. Woodham-Smith, 1952, 123)


Ihre Berühmtheit hatte Florence Nightingale in erster Linie ihrer Tätigkeit auf der Krim zu verdanken. Durch ihre Tätigkeit dort ging sie in die Geschichte ein als „The lady with the Lamp“.

Bei ihren Erwägungen, auf die Krim zu gehen, war für sie von ausschlaggebender Wichtigkeit, dass ihr dadurch die Möglichkeit geboten wurde, die Sache der Krankenpflege im Allgemeinen entscheidend zu fördern. Wenn die Pflegerinnen sich dort als vertrauenswürdig erwiesen, konnten sie nie mehr verächtlich angesehen werden. „Wenn dies gelingt“, hatte Sidney Herbert geschrieben, „... wird ein Vorurteil durchbrochen und ein Präzedenzfall geschaffen sein, der das Gute für alle Zukunft vervielfachen wird.“ (vgl. Woodham-Smith, 1952, 143-144)

„Sie vergaß niemals, dass sie eigentlich den Wert von Pflegerinnen beweisen wollte.“ (Woodham-Smith, 1952, 186)

„Jede persönliche Demütigung achtete sie gering, wenn nur am Ende des Krieges die Stellung der Krankenpflegerinnen gefestigt und gesichert dastand.“ (Woodham-Smith, 1952, 247)


---

9 „Wenn F. N nachts mit ihrer Lampe durch die Krankensäle wandert küssen manche Soldaten den Schatten ihrer Gestalt, den ihnen die Lampe zuwirft.“ (Legere, 1984, 100)


Wenn ihre Arbeit für die Armee, ihr Interesse für Krankenpflege und deren Reform auch für kurze Zeit in den Hintergrund hatte treten lassen, so verlor sie es dennoch niemals aus den Augen. (vgl. Woodham-Smith, 1952, 346-347)

unabhängigen Schule, die eine organisierte, praktische und wissenschaftliche Schulung bietet. (vgl. Katscher, 1962, 86)


Im Jahre 1859 fing sie zu überlegen an, ob sie ihre Schule nicht dem St. Thomas-Spital angliedern könne. Während sie diesen Plan zur Schulung von Berufspflegerinnen verfolgte, schrieb sie ein kleineres Buch über die Krankenpflege, welches sie „Notes on Nursing“ nannte und das für den Gebrauch der Frau im Allgemeinen bestimmt war.


Sechs Monate nach der Veröffentlichung der „Notes of Nursing“ wurde am 24. Juni 1860 der Plan einer Schulungsstätte für Pflegerinnen, die von dem Ertrag des Nightingales-Fonds unterhalten werden sollte, endlich in die Tat umgesetzt. Der Zweck der Schule war,

Florence Nightingale wollte die Leitung der Schule selber übernehmen, aber ihr Gesundheitszustand ließ das nicht mehr zu. Sie fand in Mrs. Wardroper die geeignete Person, welche die Schule nach ihren Grundsätzen leitete. Wie Florence Nightingale das Vorbild der Krankenschwester war, so wurde ihre Schule Vorbild für viele ähnliche Einrichtungen auf der ganzen Welt. (vgl. Legere, 1984, 174)


1871 widmete sich Florence Nightingale wieder der Nightingale-Schulungsstätte. Im neu bezogenen Gebäude des St. Thomas-Spitals standen der Schule größere Räume zur Verfügung und sie konnte weit mehr Schüler aufnehmen. Sie fand alles dringend der Reform bedürftig. 1873 stürzte sie sich mit verzweifelter Energie in die Reform der Nightingale-Schule. (vgl. Woodham-Smith, 1952, 472-475)


„Das Leben zieht an Florence Nightingale vorüber. Es war ein Kampf gewesen. Zuerst ein Ringen gegen die gesellschaftliche Enge der Familie, dann gegen die Vorurteile der Männer gegen Frauen als Krankenpflegerinnen in Militär­lazaretten, dann eine ungeheure Arbeit, um den Gesundheitszustand der Armee zu heben und schließlich die Ausbildung von
Krankenpflegerinnen in ihrem Geist, die Schaffung einer neuen, wissenschaftlich begründeten Krankenpflege.“ (Legère, 1984, 177)

Als Pionierin in der Verwendung von Statistiken legte sie auch das Fundament für „research based practice“. (vgl. Macrae, 2001, ix)


„Der vierteilige Grabstein zeigt auf der einen Seite nur die Buchstaben FN. Born 1820 – Died 1910. Es ist nicht notwendig, den Namen der Toten zu wissen, aber zu tun, was sie getan hat: Selbstlos dem Nächsten zu dienen.“ (Legère, 1984, 178)


2.3 Das 19. Jahrhundert bis zur Gegenwart

Als Voraussetzung, dass sich EbN entwickeln konnte, waren entsprechend ausgebildete Humanressourcen von Nöten. Es ist daher die fundierte Ausbildung von Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, das für die Anwendung von pflegewissenschaftlichem Wissen und der Generierung von praxisrelevanten Forschungsfragen notwendig ist sowie die universitäre Ausbildung von akademischen Pflegewissenschaftlern, welche die Verantwortung für die korrekte Durchführung der entsprechenden Forschung tragen sollten, als Fundament für die Entwicklung von EbN zu verstehen.


In England gab es zwei für die Pflege wichtige Entwicklungen:

1. Die Nightingale-Bewegung:

Wie bereits im vorigen Kapitel dargestellt, wurde Florence Nightingale als die erste Person innerhalb der Pflege identifiziert, die sich für eine evidenzbasierte Pflege einsetzte.

2. Die Entstehung des Roten Kreuzes:

Das Rote Kreuz wurde ursprünglich von Henri Dunant (1828-1910) gegründet, um in Friedenszeiten geeignete Hilfskräfte auszubilden und für die Bereitstellung nötiger Hilfsmittel zu sorgen, um im Kriegsfall gerüstet zu sein. Handelte es sich anfangs um eine reine Männerorganisation, so schlossen sich später auch die „Vaterländischen Frauenvereine“, die Diakonissen und der Malteser- sowie der Johanniter-Orden an. Die Weiterentwicklung der

Generell wurden für die Erneuerung der Krankenpflege im 19. Jahrhundert vier grundsätzliche Organisationsformen entwickelt bzw. neu gestaltet:

1. Die katholische Ordenspflege


2. Die evangelische Diakonie


3. Die weltlichen Mutterhausverbände

4. Die freiberufliche Krankenpflege


1812 wurde von Dr. Maximilian Florien Schmiedt eine Krankenwärterinnenschule in Wien gegründet. (vgl. Wolff, 1994, 137)


Von entscheidendem Nachteil war, dass es zu dieser Zeit noch keine staatlich geregelte Krankenpflegeausbildung gab, wodurch es im Ermessen jedes Einzelnen in der Krankenpflege Tätigen war, eine Ausbildung zu machen und eine Prüfung abzulegen. Dass eine Prüfungsordnung mit fakultativem Charakter nicht ausreichte, war vielen Persönlichkeiten aus dem krankenpflegerischen und ärztlichen Bereich klar und daher lagen die Notwendigkeit und die Bedeutung einer systematischen Ausbildung auf der Hand. (vgl. Möller et. al., 1994, 103)

Zunächst war es vor allem aus der Medizin heraus zu langwierigen Meinungsverschiedenheiten bezüglich der endgültigen Stellung von Pflege und Pflegerinnen innerhalb einer sich wissenschaftlich neu definierenden Krankenhausmedizin gekommen. (vgl. Seidler, 1993, 208)

Ideen einer staatlich geregelten Krankenpflegeausbildung wurden zunehmend innerhalb der Schwesternschaft diskutiert und es standen sich zwei kontroverse Argumentationen gegenüber:

1. Die Gegner einer allgemein verpflichtenden Regelung:

Das waren insbesondere die katholischen Pflegeorden und das Rote Kreuz. Sie waren der Meinung, die Krankenpflege sei eine Hilfstätigkeit aus Nächstenliebe und widerspräche als dienende Tätigkeit der Frau einer auf Erwerb angelegten Arbeit.

2. Die Befürworter einer allgemein verpflichtenden Regelung:

Sie wiesen dagegen auf die, nicht zuletzt hieraus resultierender Mängel im Wissen und Können, Gefahren der Ausbeutung und auf mangelflndes berufliches Standesbewusstsein hin. (vgl. Seidler, 1993, 213)


Die erste wissenschaftliche Beschäftigung mit krankenpflegerischen Problemen fand ebenfalls in Ärztekreisen statt. Unter dem Druck, für adäquate, medizinisch ausgerichtete


Der Kampf der Krankenpflege, mit dem Ziel sich als eigenständige Profession zu behaupten, dem gleichzeitig eine Diskussion über die Stellung der Frau innerhalb der Gesellschaft zugrunde lag, bestimmte lange Zeit die Entwicklung der Krankenpflege und ließ kaum Platz für die Forderung nach einer „evidenzbasierten Pflege“. (vgl. Seidler, 1993, 208)


In Europa war Großbritannien das erste Land, in dem die Pflege wissenschaftlichen Status erhielt. 1956 wurde an der Universität von Edinburgh von Lisbeth Hockey, die als gebürtige Grazerin 1938 Österreich aufgrund der zunehmend gefährlichen politischen Situation
verlassen musste, das erste universitäre Institut für Pflegeforschung gegründet. (vgl. Mayer, 2007, 47)\textsuperscript{10}


Mitte der 80er Jahre legte die Pflegeforschung den Fokus auf klinische Themen. 1986 wurde das National Institute for Nursing Research (NINR) gegründet, um die Sichtweise der Pflegeforschung zu erweitern und Möglichkeiten für die Forschung zu finden. Zusätzlich unterstrichen viele neue Journale die Bedeutung der Pflegeforschung.\textsuperscript{11}

Im Herbst 1999 wurde nach §17 Universitätsstudiengesetz ein 8 Semester dauerndes Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft an der Universität Wien etabliert.\textsuperscript{12} Mit dem Wintersemester 2010/11 besteht nun auch die Möglichkeit ein viersemestriges Masterstudium, aufbauend auf einem facheinschlägigen Bakkalaureat, zu absolvieren. Zusätzlich wurde mit dem Wintersemester 2009/10 die Pflegewissenschaft Bestandteil der Doktoratsstudien für Sozialwissenschaften.\textsuperscript{13}

Die zweite Möglichkeit, an einer öffentlichen Universität in Österreich Pflegewissenschaft zu studieren, besteht seit Wintersemester 2004/05 an der Medizinischen Universität Graz, die

\textsuperscript{10} http://www.nursing.manchester.ac.uk/ukchmn/archieves/nurseleaders/lisbethhockey/biograpy, Zugriff am 24.06.2009 um 09:15 Uhr

\textsuperscript{11} http://www.ebn.at, Zugriff am 31. 10. 2009 um 09:00 Uhr

\textsuperscript{12} http://www.oegkv.at, Zugriff 31.10.2009 um 20:00 Uhr

\textsuperscript{13} http://www.pflegewissenschaft.univie.ac.at/studium-und-lehre, Zugriff 16.08.2010 um 16:00 Uhr
aktuell ein 6 Semester dauerndes Bakkalaureatsstudium, ein 4 Semester dauerndes Masterstudium sowie ein aufbauendes Doktoratstudium anbietet.¹⁴

Zahlreiche private Universitäten und Fachhochschulen haben in den letzten Jahren begonnen, Masterstudien, Bachelorstudien und diverse Lehrgänge im pflegewissenschaftlichen Bereich anzubieten. Folgende Lehreinrichtungen bieten Studien mit pflegewissenschaftlichen Hintergründen an:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Art der Einrichtung</th>
<th>Standort</th>
<th>Universität</th>
<th>Art des Angebotes</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Öffentliche Universität</td>
<td>Wien</td>
<td>Universität Wien¹⁵</td>
<td>Individuelles Studium Pflegewissenschaft auslaufend bis 2013 mit WS 2010/11 Masterstudium mit aufbauendem Doktoratstudium</td>
</tr>
<tr>
<td>Öffentliche Universität</td>
<td>Graz</td>
<td>Medizinische Universität Graz¹⁶</td>
<td>Bachelorstudium Gesundheits- und Pflegewissenschaft Masterstudium Gesundheits- und Pflegewissenschaft mit aufbauendem Doktoratstudium</td>
</tr>
<tr>
<td>Private Universität</td>
<td>Hall in Tirol</td>
<td>UMIT¹⁷</td>
<td>Bachelorstudium Pflegewissenschaft und Kombistudium Pflege Masterstudium Pflegewissenschaft Doktoratstudium Pflegewissenschaft</td>
</tr>
<tr>
<td>Private Universität</td>
<td>Linz</td>
<td>UMIT</td>
<td>Bachelorstudium Pflegewissenschaft und Kombistudium Pflege</td>
</tr>
<tr>
<td>Private Universität</td>
<td>Wien</td>
<td>UMIT</td>
<td>Bachelorstudium Pflegewissenschaft und Kombistudium Pflege Masterstudium Pflegewissenschaft</td>
</tr>
<tr>
<td>Private Universität</td>
<td>Salzburg</td>
<td>Paracelsus med. Univ.¹⁸</td>
<td>Kombistudium Pflege Bachelorstudium Pflegewissenschaft durch Onlinestudium</td>
</tr>
<tr>
<td>Fachhochschule</td>
<td>Wien</td>
<td>FH Campus Wien¹⁹</td>
<td>Bachelorstudium Gesundheit und Krankenpflege</td>
</tr>
</tbody>
</table>

¹⁴ http://www.medunigraz.ac.at, Zugriff 16.08.2010 um 19:00 Uhr ¹⁵ http://www.pflegewissenschaft.univie.ac.at Zugriff 16.08.2010 um 14:00 Uhr ¹⁶ http://www.meduni-graz.ac.at Zugriff 16.08.2010 um 15:00 Uhr ¹⁷ http://www.umit.at Zugriff 16.08.2010 um 18:00 Uhr ¹⁸ http://www.pmu.ac.at Zugriff 16.08.2010 um 22:00 Uhr ¹⁹ http://www.fh-campuswien.ac.at Zugriff 17.08.2010 um 09:00 Uhr
<table>
<thead>
<tr>
<th>Art der Einrichtung</th>
<th>Standort</th>
<th>Universität</th>
<th>Art des Angebotes</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Fachhochschule</td>
<td>Krems</td>
<td>FH Krems(^{20})</td>
<td>Bachelorstudium Gesundheitsmanagement, Masterstudium Gesundheitsmanagement</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Salzburg</td>
<td>FH Salzburg(^{21})</td>
<td>Bachelorstudium Gesundheits- und Krankenpflege</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Feldkirchen</td>
<td>FH Kärnten(^{22})</td>
<td>Bachelorstudium Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Masterstudium Gesundheitsmanagement</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Wiener Neustadt</td>
<td>FH Wiener Neustadt - Rudolfinerhaus(^{23})</td>
<td>Bachelorstudium &quot;Health Studies&quot; inklusive Berufsberechtigung für Gesundheits- und Krankenpflege</td>
</tr>
<tr>
<td>Weiterbildungs-</td>
<td>Krems</td>
<td>Donau-universität(^{24})</td>
<td>Lehrgänge in Gesundheits- und Pflegeberatung/Pädagogik/Management...</td>
</tr>
<tr>
<td>universität</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

In Österreich laufen derzeit starke Bemühungen, neben dem Studium auch in der Praxis die Bedeutung der Pflegewissenschaft und Forschung zu integrieren und die praktisch Pflegenden auf die Bedeutung von beweisbarer Pflege aufmerksam zu machen. In Graz besteht seit 2003 eine EBN – Projektgruppe. In Wien wird derzeit eine EBN – Gruppe aufgebaut.\(^{25}\)

---

\(^{20}\) [http://www.fh-krems.ac.at](http://www.fh-krems.ac.at) Zugriff 17.08.2010 um 11:00 Uhr  
\(^{21}\) [http://www.fh-salzburg.ac.at](http://www.fh-salzburg.ac.at) Zugriff 17.08.2010 um 12:00 Uhr  
\(^{22}\) [http://www.fh-kaernten.ac.at](http://www.fh-kaernten.ac.at) Zugriff 17.08.2010 um 22:00 Uhr  
\(^{23}\) [http://www.rudolfinerhaus.at](http://www.rudolfinerhaus.at) Zugriff 17.08.2010 um 23:00 Uhr  
\(^{24}\) [http://www.donau-uni.ac.at](http://www.donau-uni.ac.at) Zugriff 17.08.2010 um 23:00 Uhr  
3 Evidence-based Nursing (EbN)


3.1 Definitionen

Mühlhauser (vgl. 2000, 48) nennt die der EbN zugrunde liegende Methode das „critical appraisal“, nämlich die kritische Beurteilung/Einschätzung der Behandlung. Denn angesichts der raschen Halbwertszeit des Wissens ist es heute nicht mehr angemessen, sich auf das einmal gelernte zu verlassen, um Entscheidungen für und mit dem Patienten zu treffen.


Laut Hasseler (vgl. 1999, 417) ist die Entscheidung für oder gegen eine bestimmte pflegerische Maßnahme auf einer vernünftigen Basis in Einklang mit der klinisch entsprechenden Forschung zu treffen.

Bei Schnell (vgl. 2004, 42) wird unter EbN verstanden, dass das aktuellste Wissen in der Gesundheitsversorgung zum Einsatz kommen soll. Dieses Wissen ist wissenschaftliches Wissen, d. h. im Hinblick auf die Pflege pflegewissenschaftliches Wissen. Insgesamt sollen
Die Canadian Nurse Association (CNA) definiert Evidence als Informationen, die durch wissenschaftliche Evaluation der Praxis erworben werden. Sie unterscheiden experimentelle Studien, nicht-experimentelle Studien, Expertenmeinungen, historische sowie empirische Informationen als Formen von Evidence. (vgl. CNA-Position)


Indessen verstehen andere Autoren, wie z. B. Behrens/Langer, unter Evidence-based Nursing nicht nur die beste wissenschaftlich belegte Erfahrung Dritter, sondern betonen auch das individuelle Arbeitsbündnis zwischen einem einzigartigen Pflegebedürftigen und der professionellen Pflegenden. (vgl. 2006, 27)

Sacket et. al. (vgl. 1997, 2) schreiben sowohl von der gewissenhaften, expliziten und wohl überlegten Anwendung der gegenwärtig besten (externen) Evidenz bei der Entscheidungsfindung in der Pflege individueller Patienten als auch von einer Kombination dieses externen Wissens mit der klinischen Expertise, um zu entscheiden, ob und wie die externe Evidenz zu einem individuellen Patienten passt. Das Ziel ist die Information der in der Praxis arbeitenden Pflegepersonen und die Kontrolle, ob die Behandlung, die angewendet wurde, die beste, genaueste und sicherste Methode ist.

Später übernehmen Sacket et. al. (vgl. 2000, 1) auch noch den Aspekt der Patientenwünsche, indem sie EbN als die Integration der besten Forschung in Kombination mit dem klinischen Fachwissen und der Patientenwünsche definieren.

In der EbM-Definition der Deutschen Nationalbibliothek wird von der bewussten und wohüberlegten Nutzung der besten Informationen für die Entscheidungsfindung bei der Behandlung eines Patienten gesprochen, was sich nicht ausschließlich auf die wissenschaftlich belegte Information Dritter beziehen muss, sondern durchaus Raum für die Integration des klinischen Fachwissens der Pflegepersonen bzw. der Patientenpräferenzen lässt.\(^{26}\)

\(^{26}\) [http://z3950gw.d-nb.de/z3950/zfo_search_scan.cgi, Zugriff am 28.04. 2008 um 11:20 Uhr](http://z3950gw.d-nb.de/z3950/zfo_search_scan.cgi)
Torpy et. al. (vgl. 2006, 296) schreiben von einer Kombination der besten Evidenz (externe Evidenz) mit den Wertvorstellungen des Patienten, um Entscheidungen in der Behandlung/Pflege zu treffen. Mit bester (externer) Evidenz wird das Betrachten aller klinischen Studien von individuellen Patienten oder eine Gruppe von Patienten, die unter derselben Krankheit leiden, verstanden, das in Folge zur Auswahl der besten Behandlungsmethode führt.

Bei der Definition von Mullhall (vgl. 1998, 5) integriert die evidenzbasierte Pflege ebenfalls die auf Forschung basierende Evidenz, klinische Expertise und die Patientenpräferenzen in ihre Entscheidungen bei der Gesundheitsversorgung von individuellen Patienten.


Sehr allgemein formuliert Muir Gray (vgl. 1997, 18), indem er EbN so beschreibt, dass wenn man das Richtige richtig mache, d. h. mehr richtige als falsche Ergebnisse erziele.

In einer späteren Aussage wird Muir Gray (vgl. 2000, 32) konkreter, wenn er schreibt, dass evidenzbasierte Praxis die Kombination der besten zur Verfügung stehenden, externen Evidenz von systematischer Forschung mit der individuellen klinischen Expertise bedeutet.

Ähnlich klingt es auch bei DiCenso et. al. (vgl. 2005, 186), wenn sie schreiben, dass ein evidenzbasierter Entscheidungsprozess nicht nur Forschung in Betracht zieht, sondern auch Werte und Überzeugungen und die Ressourcen der Organisation und abhängig von der Natur der Intervention auch die klinische Expertise des Pflegepersonals.

Das Konzept EbN verbindet klinische Erfahrung und die bestmögliche wissenschaftliche Evidenz unter dem Prinzip der patientenorientierten Intervention. Das heißt, dass kein Zweifel daran besteht, dass neben der klinischen Erfahrung und der wissenschaftlichen Evidenz auch die Lebensumstände und die Wertvorstellungen des einzelnen Patienten berücksichtigt werden. (vgl. Thiel et. al., 2001, 267; 269; 275)


“EBN is an integration of the best evidence available, nursing expertise, and the values and preferences of the individuals, families, and communities who are served. This assumes that optimal nursing care is provided when nurses and health care decision-maker have access to a synthesis of the latest research, a consensus of expert opinion, and are thus able to exercise their judgment as they plan and provide care that takes into account culture and personal values and preferences. This approach to nursing care, bridges the gap between the best evidence available and the most appropriate nursing care of individuals, groups, and populations with varied needs.” (Nancy Dickenson-Hazard, RN, MSN, FAAN; Chief Executive Officer Honor Society of Nursing, Sigma Theta Tau International in DiCenso et al., 2005, Xxiii)

Zusammenfassend sei festgehalten, dass in der Literatur keine einheitliche Verwendung des Begriffes EbN gegeben ist. Wie anhand der Definition von Sigma Theta Tau International deutlich erkennbar ist, geht es bei EbN nicht nur um die statistische und hermeneutische Bewertung von Forschungsarbeiten. EbN schließt die Wünsche des Patienten, das Wissen und die Erfahrung der individuellen, professionellen Pflegenden und auch das Umfeld, in welchem sich beide bewegen, mit ein. Es wird daher diese Definition als die Grundlage der gesamten Arbeit gesehen.

Im folgenden Unterpunkt wird der Begriff Evidence-based ausführlich durchleuchtet und es findet eine Auseinandersetzung mit seiner Bedeutung bzw. der Bedeutungszuschreibung durch andere statt.

3.2 Evidence-based

Betrachtet man die verschiedenen Definitionen und speziell jene Definition von EbN, auf der diese Arbeit aufbaut, ist zu erkennen, dass EbN weit mehr als auf Forschung basierte Arbeit
ist. Die Frage, die sich somit stellt, ist die Frage nach der Bedeutung des Begriffes bzw. des Konzeptes „Evidence-based“.

3.2.1 Der Begriff Evidence-based


Der Terminus Evidence-based wurde vom deutschen Cochrane Zentrum in Freiburg direkt mit Evidenz-basiert übersetzt. Dadurch blieb zwar die gleiche Abkürzung erhalten, der Begriff „Evidenz“ führt jedoch zu Verwirrung. (vgl. Schlömer, G., 2000, 47)


Das englische Wort evidence, evidentialy, evidently wird bei Messinger (vgl. 1977) als Zeugnis oder Beweis übersetzt. Es handle sich um etwas Erwiesenes oder Zweifelloses.

Das deutsche Wort evident bzw. Evidenz wiederum wird bei Drosdowski et. al. (vgl. 1997) als offenkundig und als etwas klar Ersichtliches beschrieben. Es handle sich um eine einleuchtende Erkenntnis und um eine überwiegende Gewissheit.


---

27 http://www.imi.uni-freiburg.de/cochrane, Zugriff am 2. 11. 2009 um 12: 00 Uhr
Evidence-based Medicine hat somit nichts mit „evident“, sprich „augenscheinlich“, zu tun, denn das würde im Englischen „obvious“ heißen, sondern eher mit dem „augenscheinlichen“ Beweis. Da aber aus der Naturwissenschaft bekannt ist, dass nicht einmal die unumstößlichen Naturgesetze beweisbar sind und die viel zitierten Erfahrungen zeigen, dass in der Medizin „die Wahrheiten von heute die Irrtümer von morgen sind“, kann EbM auch nichts mit Beweisen zu tun haben, sondern nur mit dem aktuellen Stand der Wissenschaft. (Harsieber, 2006, 8)

Um die Verwendung identischer Begriffe mit unterschiedlichen Inhalten zu verhindern, soll in dieser Arbeit EbN synonym, als Terminus technicus, ungeachtet seiner korrekten Übersetzung, verwendet werden.

3.2.2 Das Konzept Evidence-based


Hanna Mayer schreibt (2003, 12-13) „…dass mit dem Begriff EbN und dem dahinter stehenden Konzept sprachlich relativ locker umgegangen wird“ und fragt, ob der Begriff EbN neu ist oder nur die modernen Bezeichnung für Forschungsanwendung. Des Weiteren stellt sie sich die Frage: „Wenn dieser Begriff etwas grundsätzlich anderes sei, was sei dann anders?“

Rycroft-Malone (vgl. 2006, 100) ist der Ansicht, dass Evidence-based ein Oberbegriff für eine Anzahl an verschiedenen Konzepten ist und weniger ein eigenständiger Begriff an sich.

Er (vgl. 2006, 102) schreibt dazu, dass Evidenz ein gesellschaftliches Konstrukt ist, das nicht nur an die philosophische Position gebunden ist, sondern auch individuell begrenzt ist, deshalb nicht statisch ist, dazu neigt kontextuell zu entsprechen und nicht so sicher ist wie einige das gerne haben würden: „there is no such thing as `the` evidence.” (vgl. Rycroft-Malone 2004a, 84)

Die Medizin interpretiert Evidence-based zumeist als die Anwendung von Ergebnissen aus großen umfangreichen quantitativen Studien. Gleichzeitig haben in der Pflege viele Autoren
Die Terminologie und Rhetorik von EbM übernommen, ohne sich der Konsequenzen bewusst zu sein. (vgl. Rolfe, 1999, 433)


Rycroft-Malone et. al. (vgl. 2002, 175) identifizierten 1998 in ihrer Arbeit (the Promoting Action on Research Implementation in Health Service) drei verschiedene Möglichkeiten von Evidenz, die in der Klinischen Entscheidungsfindung benutzt werden können, nämlich Forschung, Klinische Erfahrung und die Vorlieben/Präferenzen der Patienten.

In einem späteren Artikel schreiben Rycroft-Malone et. al. (vgl. 2004a, 81) dazu, dass die Praxis der EbN, welche durch den Kontakt und die Beziehung zwischen der individuellen Pflegeperson und dem Patienten vermittelt ist, nur erreicht werden kann, wenn man verschiedene Arten von Evidenz verwendet. Er schreibt weiter, dass entsprechend der Bewegung in Richtung patientenzentrierter Pflege, basierend auf Humanismus und Individualismus, die den Patienten in den Mittelpunkt der Arbeit stellen, die Pflege auf dem basieren sollte, was wirkt. Dazu benötigt es einen breiten Ansatz von Evidenz.


In der modernen Krankenpflege sollte unter EbN ein Vier-Säulen-Modell gesehen werden, das demnach nicht nur die externe Evidenz (Forschung), sondern auch interne Evidenz (das gesamte Wissen des Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonals), den Kontext, in dem Pflege stattfindet (Umgebungsbedingungen) und den individuellen Patienten mit seiner Geschichte und seinen Wertvorstellungen umfasst.

3.3 Die Vier Säulen

Das Zusammenwirken der vier Säulen soll die Qualität der pflegerischen Tätigkeit zum Nutzen des pflegebedürftigen Menschen verbessern und impliziert, dass der dazu notwendige Informationsaustausch verschiedener Sorten von Wissen erfolgreich miteinander kombiniert wird.

3.3.1 Interne Evidenz – das diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal

Vom diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonal wird in diesem Zusammenhang ausgegangen, da laut GuKG §14(2) die Mitwirkung an der Pflegeforschung zum eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich der Gesundheits- und Krankenpflegefachkraft gehört und daher auch nur Teiltätigkeiten an die Berufsgruppe der Pflegehelfer delegiert werden können. Dass auch Pflegehelfer über einen reichen klinischen Erfahrungsschatz verfügen können, steht hier außer Diskussion.

Herkunft, religiöse Normen und auch ethische Werte und Grundsätze der einzelnen Krankenpflegeperson.


Externe klinische Evidenz kann nur informieren, aber niemals die individuelle klinische Expertise ersetzen. Es ist diese individuelle klinische Expertise, welche entscheidet, ob die Externe Evidenz geeignet ist für diesen individuellen Patienten und wie diese externe Evidenz in die klinische Entscheidungsfindung integriert werden soll. (vgl. Sacket et. al., 1996, 72)

Die Praktiker wissen häufig, was sie tun, ohne erklären zu können, warum sie es tun. Die reibungslose Pflegepraxis und die angemessene Beziehung zwischen Pflegenden und Klienten bestehen zum großen Teil aus dieser Art nicht wissenschaftlich gesicherter Erkenntnis. Alle diese Erkenntnisquellen zusammen ermöglichen es dem Praktiker, dass er nicht jede Situation angehen muss als ob sie neu wäre. (vgl. Grypdonck, 2004, 37-38)

3.3.2 Kontext oder Umgebungsbedingungen

Hier geht es um die Rahmenbedingungen, in denen Pflege stattfindet. Es wird beispielsweise die Frage berücksichtigt, um welches Krankenhaus es sich handelt. Handelt es sich um eine große Universitätsklinik in einer urbanen Umgebung oder handelt es sich um ein kleines Krankenhaus in einer ländlichen Umgebung? Handelt es sich um eine internistische
Normalstation, eine Ambulanz oder eine Intensivstation? Stehen den Diplomierten Pflegekräften Computer mit Internetzugang zur Verfügung, um in Datenbanken zu recherchieren und gibt es Interesse an bzw. Ressourcen für Fortbildungsmaßnahmen? Ist das Klima aufnahmefähig für Veränderungen und werden Veränderungsprozesse in geeigneter Weise unterstützt?


Diese Säule ist sehr komplex wegen der vielen Punkte, die auf sie Einfluss nehmen. McCormack et. al. (vgl. 2002, 101) sind zu dem Schluss gekommen, dass viele Unterpunkte in das Konzept Kontext hineinwirken, und dass deshalb noch einiges an Forschung durchgeführt werden muss, um die komplexen Fragestellungen, die sich aus dieser Säule ergeben, beantworten zu können.

In dieser Arbeit wird im Kapitel 5 noch speziell auf die Organisationsstruktur als Einfluss nehmender Faktor für ein Krankenhaus eingegangen werden.

3.3.3 Patient

In dieser Säule geht es um die Wünsche und Vorstellungen des Patienten, welche im Kontext zu seiner Herkunft, seinen religiösen Normen und Werten zu sehen sind. Gute und professionelle Pflege kann nicht getrennt werden von der Tatsache, dass das Empfinden und die Erfahrung der Patienten für den Heilungsprozess mitentscheidend sind und selbst die beste externe Evidenz nutzlos machen, wenn sich der Patient mit dieser nicht wohlfühlt.


„Dass eine Maßnahme anderen geholfen hat, heißt nicht notwendigerweise, dass sie uns oder unseren Klienten hilft.“ (Behrens/Langer, 2006, 31)

Rycroft-Malone et. al. (vgl. 2004a, 85) betonen, dass zwei Typen von Evidenz zur Verfügung stehen und relevant für die Praxis sind: Die Evidenz der früheren Erfahrungen der Patienten mit Pflege und die Evidenz des Wissens der Patienten über sich selbst, ihren Körper und ihrem sozialen Leben.

Die Kombination des Wissens über Patienten und Klienten mit der externen Evidenz in der Pflegepraxis erfordert Geschick und Fachkenntnis. (vgl. Rycroft-Malone et al., 2004a, 86)

Die Einschätzung, ob ein individueller Patient in das Patientenprofil der Untersuchungsgruppe einer Studie passt, trifft natürlich das professionelle Behandlungsteam und ist ein wesentlicher

„Die gemeinsame Quelle externer und interner Evidenz ist das bei der Sache selbst sein. Ihr Unterschied besteht darin, dass die interne Evidenz primär auf eigener Erfahrung beruht und die externe hauptsächlich auf der Erfahrung von anderen, deren Forschungsergebnisse man vor jeder formellen Prüfung vertraue.“ (Schnell, 2004, 44) Es wird angenommen, dass die Evidenz, die aus den Erfahrungen von dutzenden oder hunderten Personen gewonnen wurde, im Allgemeinen vertrauenswürdiger ist als die Erfahrung einer einzelnen Person, obgleich selbstverständlich auch hier Ausnahmen die Regel bestätigen können. Aber durch die Zusammenführung von Daten aus verschiedenen Studien sind normalerweise präzisere Aussagen möglich. (vgl. Benesch, 2006, 12)

**3.3.4 Externe Evidenz - wissenschaftlich belegte Erfahrung Dritter**

Externe Evidenz liegt in Datenbanken und Journals über erwiesene Wirksamkeit von Interventionen oder diagnostischen Verfahren vor, also in Aussagen, welche Wirkung eine Intervention auf eine bestimmte Population wahrscheinlich hatte. Extern wird diese Evidenz genannt, weil sie unabhängig von der pflegenden Person und ihrer Klienten existiert. (vgl. Behrens/Langer 2006, 33)


Man ist sich heute einig, dass entsprechendes Forschungswissen in der modernen Gesundheits- und Krankenpflege von entscheidender Bedeutung ist, gleichzeitig stellt sich jedoch die Frage, welche Forschungsmethode zu jenen Ergebnissen führt, die auch einen unmittelbaren Nutzen für den pflegebedürftigen Patienten hat und in welchem Ausmaß die Ergebnisse der Forschung aus quantitativen Studien bestehen sollen oder ob auch qualitative Studien einen gleichberechtigten Platz einnehmen sollten. Diesen Fragen und der Frage,
welche Anforderungskriterien an die Forschung im Allgemeinen gestellt werden müssen, um brauchbare Forschungsergebnisse zu erzielen, widmet sich das folgende Kapitel.

3.4 Externe Evidenz (wissenschaftliche Forschung)


Es stellt sich somit die Frage nach der am besten geeigneten Forschungsmethode zur Beantwortung pflegerelevanter Fragen. Eine der am häufigsten genutzten Differenzierung von Forschungsmethoden ist die Unterscheidung in quantitative und qualitative Studiendesigns. (vgl. Panfil, 2004, 47)

3.4.1 Externe Evidenz vor dem Hintergrund der qualitativen und quantitativen Forschung

Bei der qualitativen und der quantitativen Forschung handelt es sich um zwei verschiedene Weltanschauungen, die sich in wesentlichen Punkten voneinander unterscheiden. (vgl. Mayer, 2007, 83)

Die quantitative Forschung entwickelte sich, wie bereits in Kapitel 2 beschrieben, in England aus der politischen Arithmetik, während gleichzeitig in Deutschland die qualitative Forschung in Form der Universitätsstatistik entstand. Die politische Arithmetik war auf die quantitative Messung und Erfassung sozialer Vorgänge und Tatbestände sowie deren Regel- und Gesetzmäßigkeiten ausgerichtet und stand der Universitätsstatistik gegenüber, die vorwiegend qualitativ ideographisch, beschreibend ausgerichtet war. (vgl. Dickmann, 2004, 78-81)

Die Wurzeln der quantitativen Forschung liegen in der Philosophie des Positivismus und im kritischen Rationalismus. Quantitative Forschung bedient sich der deduktiven Vorgangsweise, indem sie aufgestellte Hypothesen überprüft und beruht auf dem naturwissenschaftlichen Denkmodell. Man geht davon aus, dass Wahrheit objektive Wirklichkeit ist, die mit den Sinnen erfasst und gemessen werden kann. Ein weiteres Charakteristikum der quantitativen Forschung ist, dass sie alles, was wir wahrnehmen, als Wirkung einer Ursache betrachtet. Sie erkennt somit in allem Messbaren eine kausale Wirkung und setzt in ihrer Methodik


Weil quantitative Forschung die Grundlage der meisten biomedizinischen Forschungen ist und weil das Konzept der EbP durch die Anwendung quantitatischer Forschung in die klinische Praxis entwickelt wurde, glauben viele Pflegepersonen fälschlicherweise, dass EbN nur quantitative Forschung beinhaltet. Die Pflegepraxis generiert aber viele Forschungsfragen. (vgl. DiCenso, 2005, 10-12)


Die qualitative Universitätsstatistik und die quantitative politische Arithmetik sind ein Gegensatz, der in der Geschichte der Sozialforschung wiederholt in unterschiedlicher Form und Intensität diskutiert wurde. Im Hinblick auf die teilweise hitzige Debatte über quantitative und qualitative Forschungsmethoden sollte bewusst sein, dass der Kern der Kontroverse ganz und gar nicht neuen Datums ist. (vgl. Diekmann, 2004, 80) Vielmehr gilt bereits
Aristoteles (384-322 v. Chr.) als der Urvater der qualitativen Forschung und die quantitative Forschung ist auf die galileische Denktradition zurückzuführen. (vgl. Mayring, 2002, 12)


3.4.2 Gütekriterien

Gütekriterien sind Maßstäbe, die entwickelt wurden, um die Qualität von Forschung bestimmen zu können. Die Gütekriterien beziehen sich in der Regel auf die Erhebung und die Auswertung der Daten. Die klassischen (oder traditionellen) wissenschaftlichen Gütekriterien sind die Objektivität, Validität und Reliabilität. (vgl. Mayer, 2007, 708)

Objektivität
„Der Grad der Objektivität bringt zum Ausdruck, in welchem Ausmaß die Ergebnisse unabhängig sind von der jeweiligen Person, die das Messinstrument anwendet.“ (Diekmann, 2004, 216) „Das Erfassen der Daten muss intersubjektiv nachvollziehbar sein.“ (Atteslander, 2003, 7)

Reliabilität

Validität
„Das Hauptziel ist die Konstruktion möglichst valider Messinstrumente.“ (Diekmann, 2004, 223) „Es muss gewährleistet sein, dass ein Messinstrument auch das misst, was es messen soll.“ (Atteslander, 2003, 7)


Um die systematische und genaue Natur ihrer Arbeit gegenüber ihren Kritikern, den Anhängern der quantitativen Forschung, zu verteidigen, welche ihren Fokus stark auf Kriterien, wie Reliabilität und Validität, legen, haben Anhänger der qualitativen Forschung ihren Fokus oft so stark auf die Verteidigung der Genauigkeit ihrer Arbeit gelegt, dass in der Folge die Brauchbarkeit der Studie gelitten hat. Es sind aber die Ergebnisse beider Studiendesigns, sowohl der quantitativen als auch der qualitativen Studie, von Nutzen, sofern systematisch und ohne Vorurteile an die Sache rangegangen wird. (vgl. Kearney, 2001, 146)


Craig (vgl. 2002, 163-171) beschreibt folgende Techniken zur Sicherung der Glaubwürdigkeit qualitativer Forschung:

- Glaubwürdigkeit
- Transferierbarkeit
- Zuverlässigkeit
- Untermauerung
Beck (vgl. 1993, 263-266) fasst die wichtigsten Strömungen der Gütekriterien qualitativer Forschung in drei Kategorien zusammen:

- Glaubwürdigkeit
- Folgerichtigkeit
- Angemessenheit

Im deutschsprachigen Raum werden zumeist die Gütekriterien von Philipp Mayring verwendet (vgl. Mayring, 2002, 144-148):

- Verfahrensdokumentation
- Argumentative Interpretationsabsicherung
- Regelgeleitetheit
- Nähe zum Gegenstand
- Kommunikative Validierung
- Triangulation

Ein weiteres Verfahren für die Evaluation von Qualitativens Studien wurde von den Mitgliedern der Association of Womens´s Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN) evidence-based clinical practice guideline development team entwickelt. Dieses beinhaltet:

- Anschaulichkeit
- Methodologische Übereinstimmung (Genauigkeit in der Dokumentation, verfahrenstechnische Genauigkeit, ethische Genauigkeit, Strenge)
- Analytische Präzision
- Theoretischer Zusammenhang
- Ganzheitliche Relevanz


Es ist wichtig, dass beide, qualitative und quantitative Forschung, genug Beschreibung der Forschungsfrage, des Designs und der Methode beinhalten sollten, um ihre Angemessenheit beurteilen zu können. Einzelheiten der Stichprobenerhebung und der Analyse sollten offengelegt werden. Der Prozess einer genauen Beschreibung macht eine Interpretation

3.4.3 Bedeutung qualitativer und quantitativer Forschung für EbN im Unterschied zu EbM


Unterschiede sind auf jeden Fall das unterschiedliche Thema und der unterschiedliche Fokus. Während die Medizin einem Behandlungsfokus unterliegt, hat die Pflege einen patientenzentrierten Fokus. (vgl. Lavin et. al., 2002, 104)


Aus diesem Grund werden durch RCTs in der Pflege nur einige Forschungsfragen am besten beantwortet, denn EbN bedeutet die Implementierung der Ergebnisse der besten Forschung, sei es quantitative Forschung oder qualitative Forschung. (vgl. DiCenso, 2005, 10-12)
Die RCTs, welche ein gutes Design für die Bewertung pflegerischer Handlungen sind, erforschen nämlich weder welche Barrieren sich aus der Therapie für die Patienten ergeben, noch wie die Therapie ihr tägliches Leben beeinflusst. Die Bedeutung der Krankheit und der Einfluss der Behandlung auf die Patienten werden nicht erfasst. (vgl. DiCenso et. al., 1998, 39) Diese Fragestellungen verlangen nach differenzierteren und pluralistischeren Ansätzen, um zu bestimmen, was als evident gilt. Ganz fundamental in diesem Zusammenhang ist die qualitative Forschung. (vgl. Leys, 2003, 217-218)

Qualitative Methoden sind eine Spezifität von Forschung in der Pflege, mit deren Hilfe die Dimension des subjektiven Sinns erfassbar wird. (vgl. Thiel et. al., 2001, 267)


Thiel (vgl. 2001, 274) bezeichnet es sogar als eine Besonderheit der Pflege, dass hier die qualitative Forschung immer ein größeres Gewicht haben wird als das in der Medizin der Fall ist.

Pflegeforschung hat keine rein naturwissenschaftliche Ausrichtung so wie die medizinische Forschung. Pflegende müssen anders denken, da viele Phänomene, mit denen sie in ihrer täglichen Arbeit mit den Patienten zu tun haben, nicht rein naturwissenschaftlich beweisbar sind. Wird aber das, was auf naturwissenschaftlichem Weg nicht beweisbar ist, ignoriert und als nicht so wichtig gesehen, so hat dies durchaus Auswirkungen auf die Entwicklung des Gegenstands der Pflege an sich. Eine evidenzbasierte Pflege im rein naturwissenschaftlichen Sinn baut auf Wissen auf, das instrumentellen Nutzen hat. Wissen über die Erfahrung, das Erleben, das Fühlen und Denken der Patienten fällt in diese Betrachtung nicht hinein. Die Gefahr besteht daher darin, dass der Fokus auf jene Fragen beschränkt wird, welche die Effizienz von Handlungen im klassischen, naturwissenschaftlichen Sinn nachweisen. Wird in einem Evidence based Practice-Modell ignoriert, was auf naturwissenschaftlichem Weg nicht beweisbar ist, so ist es auf lange Sicht auch nicht mehr existent oder wichtig. (vgl. Mayer, 2003, 15)

Folglich darf die Pflege nicht nur quantitative Studien verwenden, sondern muss sich auch der qualitativen Studien bedienen, denn die Pflege muss sich auch mit den komplexeren, alltäglichen Angelegenheiten des Pflegealltags auseinandersetzen. (vgl. Rolfe, 1999, 434)

Pflegeforschung benötigt also eine große Anzahl von Forschungsmethoden, um Wissen zu erzeugen und sie braucht gute Forschung.

Man ist sich heute in der Pflege einig, dass Methodenpluralismus angestrebt werden sollte und nach sich ergänzenden Beiträgen aus verschiedenen Studiendesigns gesucht werden sollte, anstatt die Zeit mit einem erkenntnistheoretischen Wettbewerb zu verschwenden. (vgl. Titler, 2004, 39)

Das folgende Unterkapitel widmet sich der Beschreibung, der Problematik und den Nachteilen strenger Evidenzhierarchien für EbN im Zusammenhang mit quantitativer und qualitativer Forschung.

3.4.4 Evidenzhierarchien

In der Medizin ist die Evidenzhierarchie eindeutig festgelegt, indem die randomisierten kontrollierten Studien (RCTs) und somit ein quantitatives Studiendesign als die Spitze der Hierarchie gesehen werden. Der Grund dafür scheint darin zu liegen, dass nur RCTs die Fähigkeit zugeschrieben wird, in der Lage zu sein, kausale Beziehungen zwischen Behandlung und Wirkung herzustellen. Grypdonck (vgl. 2004, 35) schreibt dazu, dass es andere Evidenzquellen gibt, diese aber nicht an das Ideal von RCTs heranreichen können, wodurch sie nur beim Fehlen von RCT-Evidenz benutzt werden sollten. Die Stufen der Hierarchie von oben nach unten lauten deshalb: Evidenz von RCTs, nicht randomisierte Untersuchungen, beschreibende Studien, Fallstudien, qualitative Forschung und Expertenmeinungen.

Laut Cochrane 1972 wird das höchste Level (Level I) durch systematische Überprüfung von relevanten RCTs erreicht. Diese sogenannten Metaanalysen können verwendet werden, um verschiedene Studien zu vergleichen. Das zweite Level kann durch kleinere (oder mehrere)
RCTs, die nicht immer ein statistisch signifikantes Ergebnis erreichen, erlangt werden. Level III ist Evidenz von nicht randomisiert-kontrollierten Studien, von Kohortenstudien oder Fall-Kontroll-Studien. Level IV wird durch nicht experimentelle Studien erreicht und Level V erlangt man durch einzelne Studien oder Expertenmeinungen.

Eine ähnliche Hierarchisierung beschreibt Antes (vgl. in Perlet, Antes (Hrsg.), 1998, 21) durch Festlegung folgender Evidenzhierarchien:

- **Level I**: Wenigstens eine systematische Überprüfung von mehreren RCTs.
- **Level II**: Wenigstens eine ausreichend große, methodisch hochwertige RCT.
- **Level III**: Methodisch hochwertige Studien ohne Randomisierung.
- **Level IV**: Mehr als eine nicht experimentelle Studie.
- **Level V**: Meinungen von Autoritäten und Expertenkommissionen sowie beschreibende Studien.


Die Meinungen, welche die Wichtigkeit der qualitativen Forschung besonders hervorheben, betonen, dass qualitative Forschung neue Informationen erarbeitet und/oder einen neuen
Blickwinkel auf bereits vorhandene Informationen über das Phänomen Mensch bietet. (vgl. Kearney, 2001, 146)


Unterschiedliche Fragestellungen verlangen unterschiedliche Zugangsweisen und die Entscheidung für den einen oder den anderen Forschungsansatz bestimmt somit:

1. Die Fragestellung,
2. die Art des zu untersuchenden Phänomens,
3. die Frage, ob die Grundlagen dieses Gebietes bereits erforscht sind.

zeigt sich hauptsächlich dadurch, dass in ihr die Kompromisse und Überlegungen zur Methode offengelegt werden. Das Wissen muss zwischenmenschlich nachprüfbar und auf die biographischen Teilbedürfnisse der individuellen, uns beauftragenden Klienten anwendbar sein. (vgl. Behrens/Langer, 2006, 61-71)

3.4.5 Gütekriterien von Fragestellungen


P: Pflegebedürftiger
I: Intervention/diagnostische Tests
K: Kontrollintervention
E: Ergebnismaß


Das folgende Unterkapitel zeigt den Prozess der Forschungsanwendung anhand der sechs Schritte der EbN-Methode.

### 3.4.6 Der Forschungsanwendungsprozess

Abbildung 1: Forschungsanwendungsprozess

1. Auftragsklärung und Beratungsanlass


Der erste und somit auch unerlässliche Schritt liegt daher in der Auftragsklärung, damit die Recherche nicht in der Luft hängt und dort zum Spielball aller möglichen unreflektierten Interessen wird. (vgl. Behrens/Langer, 2006, 43)

Die Einrichtungen haben in diesem Zusammenhang einen Zweck, der auch ihre Existenz rechtfertigt und sie sorgen für die entsprechende Infrastruktur, damit man dem Auftraggeber gerecht werden kann. Der Auftraggeber jedoch ist der individuelle Patient, nicht die Einrichtung. (vgl. Behrens/Langer, 2006, 75-76)

2. Problem formulieren

Der zweite Teilschritt bei der Implementierung von Forschung in die Praxis ist es, Pflegeprobleme zu identifizieren, welche einer Lösung zugeführt werden sollten. Wie bereits
in Kapitel 3.4.4 beschrieben muss nun eine beantwortbare Frage formuliert werden, die das Problem beschreibt, für das man eine Lösung sucht.


Hierbei handelt es sich um eine Tätigkeit, die wahrscheinlich schwer von in der Praxis tätigen Personen durchgeführt werden kann, wodurch es vernünftig erscheinen könnte, ab diesem Zeitpunkt zumindest die Hilfe eines Vermittlers in Anspruch zu nehmen.

3. Literaturrecherche


Die natur- und sozialwissenschaftliche Literatur besteht aus einer unendlich scheinenden Vielzahl an Publikationen. Wissen ist in Büchern zu finden, welche heute hauptsächlich als Nachschlagewerke und somit als Quelle jenes Wissens genutzt werden, das sich nicht allzu schnell verändert. Man findet Wissen in Zeitschriften, die sich sehr gut dazu eignen, sich über neue Entwicklungen auf dem Laufenden zu halten und man findet Wissen im Internet. Das Auffinden von relevanten Informationen im Internet ist aber aufgrund der unüberschaubaren Menge an Webseiten nicht einfach, außerdem sind die meisten Artikel nur noch in englischer Sprache publiziert und müssen zudem auch noch inhaltlich verstanden werden. Die Quelle der Wahl sind große Datenbanken, in denen via Internet recherchiert werden kann, wenn es darum geht, hochaktuelles Wissen schnell und effizient zu finden. Um auf dem aktuellen wissenschaftlichen Stand zu sein, wäre daher eine einzige Datenbank, in der sämtliches Wissen griffbereit zur Verfügung steht, erstrebenswert. (vgl. Behrens/Langer, 2006, 103-108)

4. Kritische Beurteilung von Studien


Forschungsberichte werden in der Regel verfasst, um mit anderen Forschenden zu kommunizieren und nicht mit dem klinischen Fachpersonal, wodurch der Stil dieser Berichte zumeist mit viel Fachjargon angereichert ist und daher für praktizierende Pflegende sehr verwirrend sein kann, was die Inanspruchnahme eines Vermittlers nahelegen würde. (vgl. Burns/Grove, 2005, 55)

5. Veränderung der Pflegepraxis


Zusammengefasst beinhaltet die Veränderung der Pflegepraxis in der Regel drei Aufgaben (vgl. Behrens/Langer, 2006, 259):


b. Die Adaption der Arbeitsorganisation.

c. Die Implementierung des EbN-Prozesses in die Organisation.
6. Evaluation


a) Das Ergebnis ist (nicht) wie erwartet:

Das ist die einfachste Art der Evaluation. Jede Maßnahme beinhaltet ein gedanklich vorweggenommenes, erwartetes Ergebnis.

b) Das Ergebnis ist wie erwartet, aber es entspricht inzwischen nicht mehr den Bedürfnissen:

Dieser Fall tritt gar nicht so selten auf, denn nicht nur eine Maßnahme braucht ihre Zeit zu wirken, sondern auch die Pflegebedürftigen in ihren Vorstellungen, in ihren Leidensbereitschaften und ihren Zielen können sich ändern.

c) Das Ergebnis ist wie erwartet, aber es wäre etwas Besseres möglich gewesen:

Als Pflegewissenschaftler sollte jeder Einzelfall unter der Frage evaluiert werden, ob er zur externen Evidenz für bessere pflegerische Handlungen beitragen kann. (vgl. Behrens/Langer, 2006, 287)


Es gibt viele Modelle, die den Prozess der Forschungsanwendung beschreiben, und sie unterscheiden sich nur wenig voneinander. Ganz egal, welchem Modell man sich bedient,


3.4.7 Verhältnis zwischen Forschungsanwendungsprozess und EbN

Wie in Kapitel 3 dargestellt besteht EbN aus den Säulen der externen Evidenz, der internen Evidenz, dem Kontext sowie den Patientenwünschen, wobei EbN oft fälschlicherweise als ausschließlich auf Forschung basierter Pflege verstanden wird.

Der Forschungsanwendungsprozess wurde in Kapitel 3.4.6 als eine Tätigkeit definiert, die erzeugtes Forschungswissen kommuniziert und nutzt, um eine Veränderung der Pflegepraxis zu bewirken.


28 www.rudolfinerhaus.at/fileadmin/media/Konzeptbeschreibung_EBN_01.pdf, Zugriff am 21.8.2010 um 8:00 Uhr


Abbildung 2: Forschungsanwendungsprozess - EbN

In der ersten Phase des Forschungsanwendungsprozesses erfolgt die Auftragsklärung durch die Organisation, die eine primär festgelegte Aufgabe besitzt und die notwendigen Ressourcen bereitstellt und die betroffenen professionellen Pflegenden in Abstimmung mit den Bedürfnissen und Problemen des individuellen Patienten. (vgl. Behrens/Langer, 2006, 73-77) Im nächsten Schritt erfolgt mit Hilfe oder durch das professionelle Behandlungsteam die Formulierung einer Forschungsfrage, die in weiterer Folge durch Literaturrecherche zu beantworten versucht wird. Die kritische Beurteilung von Studien findet, wie in Kapitel 3.4.6 dargestellt, in der nächsten Phase des Forschungsanwendungsprozesses statt und erfolgt hier in zwei Bewertungsebenen. Auf der ersten Ebene wird die Qualität der gefundenen Studie eingeschätzt, um sie auf der zweiten Ebene vom professionellen Behandlungsteam so zu prüfen, ob die gefundene externe Evidenz zu einer angemessenen Entscheidung und Problemlösung bezüglich des zu betreuenden Patienten führt. Sind diese Fragen geklärt, erfolgt in der nächsten Phase die Veränderung der Pflegepraxis anhand der Durchführung der Neuerung durch das professionelle Behandlungsteam unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse des Patienten in einer
Adaption der Arbeitsorganisation (Kontext). Wie in Kapitel 3.4.6 gezeigt, wird in der letzten Phase des Forschungsanwendungsprozesses geprüft, ob sich die ersten fünf Schritte wirklich an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen orientiert haben, ob die externe Evidenz mit der internen Evidenz kongruent ist und ob sie im entsprechenden Kontext durchführbar ist. Sollten diese Fragen nicht positiv zu beantworten sein, beginnt der Kreis von Neuem.
4 Vermittlung von EbN in die Praxis

Mit der Verwissenschaftlichung der Pflege besteht die Möglichkeit, die eigene Praxis zu untersuchen, zu beschreiben, zu erklären und zum Verstehen pflegerischer Phänomene beizutragen. Damit leistet die Pflegewissenschaft einen wichtigen Beitrag für die Pflegepraxis. (vgl. Ulrich et. al., 2005, 40)

„Die Pflegeforschung soll helfen, Pflegeprobleme für Pflegende zu lösen, indem sie diese erfasst, beschreibt und in einer Art Metamorphose entsprechende Antworten auf eben diese Probleme findet und so in die Praxis rückvermittelt, dass verständlich und klar wird, was zu tun ist.“ (Panke-Kochinke, 2004, 59)


Die Leistung für die Pflegepraxis besteht allerdings nur dann, wenn das Wissen aus der Forschung auch in die Pflegepraxis integriert wird. Es geht also um die Problematik des „Theorie-Praxis-Transfers“.

4.1 Das Problem des Theorie-Praxis-Transfers

Tatsächlich wird immer mehr wissenschaftliches Wissen produziert. Die Kluft zwischen dem, was produziert, und dem, was rezipiert wird, wächst damit stetig an und es besteht die Gefahr, dass die Diskrepanz zwischen wissenschaftlicher Produktion und der Diffusion dieses Wissens in die Praxis weiter wächst je mehr sich die wissenschaftliche Kommunikation gegenüber der nichtwissenschaftlichen Öffentlichkeit abschließt, damit nur noch eine interne Fachöffentlichkeit anspricht und sich um die praktische Relevanz kaum noch kümmert. (vgl. Faulstich, 2008, 15; 22)

Es gibt aber auch zahlreiche Gründe auf Seiten der Praxis, warum diese Forschungswissen nicht implementieren will oder nicht in der Lage dazu ist.


Thompson et. al. (vgl. 2005, 437- 441) fassten folgende Punkte als Theorie-Praxis-Transferproblem zusammen:

- Begrenzte Zeit,
- Probleme beim Umgang mit dem Computer,
- Probleme im Umgang mit Datenbanken (Medline, CINAHL, Cochrane Library etc.),
- Probleme bei der Interpretation von statistischen Daten,
- Probleme mit der Fachsprache in Forschungsberichten,
- fehlende Routine bei Pflegepersonen, welche eine entsprechend höhere Ausbildung haben (z. B. Pflegewissenschaft),
- nicht förderliche Präsentation der Forschung für die Praxis,
- Bedarf an Zusammenfassungen von Forschungsberichten,
- geringe Motivation, Forschung zu verwenden,
- eingeschränkter Zugang zu Forschung.
Barrieren, die von Fineout-Overholt (vgl. 2005, 341-342) in ihrer Arbeit identifiziert wurden, sind:

- Mangelndes Wissen und Missverständnisse bezüglich EbN,
- der Glaube, es sei zu zeitaufwendig,
- eine negative Grundhaltung in Bezug auf Forschung.


Eine andere Hürde ist, dass es keine einzige Zusammenfassung aller Forschungen gibt, sondern viele Datenbanken und Journals, die es zu durchforsten gilt. Die explodierende Menge an Forschung macht es zusätzlich schwierig bis unmöglich, alles zu lesen bzw. evidente Forschung zu identifizieren. (vgl. Pipe et. al., 2005, 180)
Faulstich (vgl. 2008, 15) teilt das Problem des Theorie-Praxis-Transfers in 4 große Gruppen:

1. Das Kommunikationsproblem


2. Das Komplexitätsproblem


3. Das Partizipationsproblem


4. Das Selektionsproblem


Gerade deshalb muss es „eine Schnittstelle geben, über die das Wissen (der Externen Evidenz) sich in die Hierarchie der Verantwortung einbringen lässt.“ (Behrens/Langer 2006, 44)
4.2 Strategien zur Überwindung des Theorie-Praxis-Transferproblems

„Es sind viele Strategien entwickelt worden, welche Brücken zwischen wissenschaftlichem Wissen und Alltagswissen herstellen sollen und so die Probleme der Kommunikation, Komplexität, Partizipation und Selektion bearbeiten.“ (Faulstich, 2008, 16)


Was benötigt wird, um die Implementierung von EbN in die Praxis zu erleichtern, sind (vgl. Retsas, 2000, 602):

- Zeit,
- Unterstützung (professioneller Rat, Unterstützung durch die Führung, Unterstützung innerhalb der Gruppe)
- Information (Wissen, Sachkenntnisse),
- Ausrüstung (Computer, Internetzugang, Abonnement für Fachzeitschriften im Haus),
- Finanzierung,
- Motivation,
- Belohnung (Prestige, Karrieremöglichkeiten, finanzielle Belohnung).


Das Einsetzen eines Vermittlers, welcher gemeinsam mit den Diplomierten Pflegekräften an der Veränderung der Pflegepraxis arbeitet, scheint, eine wirksame Strategie zu sein, die Probleme der Kommunikation, Komplexität, Partizipation und Selektion zu bearbeiten (vgl. DiCenso et. al., 2005, 17), denn es ist weder notwendig, noch immer möglich, dass die am Bett arbeitende Pflegefachkraft Forschungsliteratur durchforstet und beurteilt.

Vielen Pflegepersonen geben an, ihr Wissen aus Journals und anderen Medien zu haben, sich aber tatsächlich lieber Rat von Kollegen und anderen Spezialisten holen. (vgl. Thompson et.
Sie lehnen vielfach Forschung in Form von systematischen Übersichtsarbeiten ab, vertrauen allerdings dem übersetzenden Rat eines Vermittlers. (vgl. Thompson, 2001b, 386) Die menschliche Informationsquelle ist die am meisten verbreitete und es ist deshalb nicht verwunderlich, dass diese am leichtesten zugängliche Informationsquelle auch jene ist, der man am meisten vertraut. (vgl. Thompson et. al., 2001a, 12-16) Gleichzeitig kann der Vermittler die Informationen an die individuelle Situation anpassen und Barrieren die Organisation betreffend leichter überwinden. Es ist nicht die Forschung per se, die wenig Gewicht für die Praxis hat, sondern vielmehr die Art und Weise, wie sie für die Praxis präsentiert wird. (vgl. Thompson et. al., 2001b, 387)


Diese Aussagen implizieren, dass Vermittler eine Reihe von Fähigkeiten bezüglich Gruppenführung und zwischenmenschlichem Geschick besitzen sollten, um die erwünschte Veränderung der Praxis zu erreichen. Ausschlaggebend sind hier die persönlichen Merkmale einer Person, eine klar definierte Rolle, die er innerhalb einer Institution einzunehmen hat und ein angemessener Arbeitsstil. (vgl. Harvey et. al., 2002, 578)

4.3 Vermittler – Definition und Abgrenzung zu verwandten Begriffen

Vermittler erscheinen in verschiedenen Gestalten und mit verschiedenen Etiketten. Um einen Vermittler implementieren zu können, ist es daher notwendig, ein klares Verständnis über den Vermittlungsprozesses zu haben. Der Vermittler benötigt eine angemessene Rolle im Vermittlungsprozess, um diesen zu ermöglichen und die entsprechenden Fähigkeiten, um eine effektive Vermittlung zu erreichen. Es stellt sich auch die Frage nach alternativen Berufen, welche vermitteln oder alternativen Methoden für die Implementierung von EbN. Inwieweit ähneln sich die verschiedenen Vermittler bzw. deren Vermittlungsstrategien und inwieweit sind sie konzeptuell und praktisch verschieden. (vgl. Harvey et. al., 2002, 579)

Das deutsche Universalwörterbuch Duden (vgl. 2000) versteht unter Vermitteln eine Einigung erzielen. Darunter fällt sowohl die Vermittlung in einem Streit zwischen den streitenden Parteien als auch das Zustandebringen oder Herbeiführen einer Bekanntschaft oder eines
Aktiengeschäftes als auch die Vermittlung eines Postens aber auch die reine Wissensvermittlung.

Im Pons Großwörterbuch (vgl. 2000) wird der Vermittler ins Englische mit arbitrator übersetzt, was soviel wie Schlichter oder Schiedsrichter heißt. Es handelt sich hier also um eine Person, welche bei Streitigkeiten vermittelt. Andere Übersetzungen der Vermittlung in diesem Wörterbuch sind Mediation, welche oft im Zusammenhang mit Vermittlung im Sinne von Schlichten verwendet wird.


Bei der Durchforstung der englischen Literatur bezüglich des Einsetzens eines Vermittlers zwecks Implementierung von EbN stößt man immer wieder auf den Begriff des Facilitators.

### 4.3.1 Facilitator

Der Googl-Übersetzer wirft bei der Eingabe des Wortes Vermittlung achtzehn verschiedene Vorschläge aus, welche sich teilweise vom Wort ‚facilitation‘ völlig unterscheiden, wie z. B. arranging, insemination, connecting, intercession, imparting, agency etc. Diese Wörter werden zwar teilweise mit Vermittlung übersetzt, es wohnt ihnen allerdings eine ganz andere Art der Vermittlung inne als jene welche dem Wort facilitation zu geschrieben wird.


Der Oxford Advanced Learner’s Dictionary (vgl. 2000) versteht unter facilitate ebenfalls das Ermöglichen bzw. Erleichtern eines Prozesses. Der Facilitator ist demnach eine Person, die anderen hilft, etwas selber zu tun, indem sie mit ihnen die Probleme diskutiert, ihnen mit Ratschlägen zur Seite steht. Der Facilitator ist jedoch keine Person, die anderen sagt, was sie zu tun haben.

Kitson et. al. (vgl. 1998, 152), welche sich mit der Vermittlung von Ebn in die Praxis auseinandergesetzt haben, beschreiben Facilitation als eine Technik, bei der eine Person
anderen die Arbeit erleichtert. Er beruft sich in seiner Definition auf Heron (vgl. 1989, 1), der unter dem Facilitator eine Person versteht, welche andere befähigt, etwas zu tun.

Ein wichtiger Aspekt bezüglich dem deutschen Vermittler und dem englischen Facilitator ist, dass der Facilitator formal zu dieser Rolle ernannt wurde und von den Mitgliedern einer Gruppe freiwillig akzeptiert wird. (vgl. Heron, 1989, 1; vgl. Harvey, 2002, 585)

**4.3.2 Local Opinion Leader**


**4.3.3 Change Agent**


**4.3.4 Coach/Trainer**


Beim Training beschreibt der Trainer, auf welche Art und Weise sich die Personen zu verhalten haben. Er stellt auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse, seiner persönlichen Erfahrung und passend zu den zu trainierenden Personen und deren Leistungen einen individuellen Trainingsplan auf, den diese zu befolgen haben. Den Weg zum Ziel kennt
nur die betroffene Person. (vgl. Loffing, 2003, 18-19) Das Pons Großwörterbuch (vgl. 2000) übersetzt Trainer auch mit Dresseur oder Dompteur, was ganz stark die Hierarchie zwischen ihm und den zu trainierenden Personen betont.


Eine andere Definition liefern Maaß und Ritschl (vgl. 1997, 16), wenn sie Coaching als die Anregung zur persönlichen Bestleistung in Balance mit dem beruflichen und privaten Umfeld beschreiben.

### 4.3.5 Change Manager


Die Europäische Wirtschaftsakademie sieht im Change Manager jemanden, der das nötige Know-how hat, das erforderlich ist, um Veränderungsprozesse professionell zu begleiten und zum Erfolg zu führen.\textsuperscript{30}

### 4.3.6 Educational Outreach Visits

Educational Outreach Visits sind definiert als die Verwendung einer ausgebildeten Person, die auf Krankenpflegepersonen in der Praxis trifft, um sie mit Informationen zu versorgen mit der

\textsuperscript{29} vgl. http://de.wikipedia.org/wiki/Coaching Zugriff am 29. 10. 2009 um 11:15 Uhr

\textsuperscript{30} vgl. http://www.ewa-demos.com/modules.php?name=News&file=article&sid=185, Zugriff am 02. 11. 2009 um 12:00 Uhr

4.3.7 Academic Detailer

Der Academic Detailer ist eine Person, welche eine persönliche (face-to-face) Ausbildung von Gesundheitsexperten, in der Regel Krankenschwestern, Ärzten und Apothekern, durchführt.32

4.3.8 Promoter

Eine Möglichkeit der Wissensvermittlung besteht im Einsetzen einer Person aus dem Pflegeteam als Promoter. Der Promoter arbeitet meist zeitreduziert (z.B. eine halbe Stelle) im normalen Betrieb mit, die andere Hälfte seiner Zeit verbringt er damit, Probleme, die das Team in der täglichen Praxis vorgefunden hat, mit Hilfe der EbN-Methode zu bearbeiten. Der Vorteil ist, dass er direkt vor Ort ist und als Mitglied auf der Station hautnah die Praxis erlebt. Durch seine Integration im Team werden Änderungen von seinen Kolleginnen leichter akzeptiert. Sein wesentlicher Nachteil liegt darin, dass er, um EbN anwenden zu können, über ein großes Zusatzwissen verfügen muss (Statistik, Sprache, Datenbanken usw.) und dieses Wissen zu aufwendig zu erwerben ist, um ihn die Fragenstellungen auch von Stationen bearbeiten zu lassen, in denen er nicht arbeitet. Dadurch werden Promotoren zu Prozessbegleitern. (vgl. Behrens/Langer, 2006, 272)

4.3.9 Prozessbegleiter

Der Prozessbegleiter ist für die gesamte Institution zuständig und wird nach Bedarf in verschiedenen Bereichen eingesetzt, um dort die Einführung neuer Konzepte zu begleiten. Der Vorteil liegt darin, dass damit eine geschulte Fachkraft zur Verfügung steht, die an Brennpunkten bei Bedarf eingesetzt werden kann und dort eine Zeit lang praktisch mitarbeitet, um ein Gespür für die Probleme zu bekommen. Da der interne Prozessbegleiter

---

31 vgl.http://translate.google.at/translate?hl=de&sl=en&u=http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10796542&ei=y0pMSKhLsr8sQa6uGFDA&sa=X&oi=translate&ct=result&resnum=1&ved=0CAkQ7gEwAA&prev=/search%3Fq%3Deducational%2Boutreach%2Bvisits%26hl%3Dde%26sa%3DN, Zugriff am 12.01.2010 um 11:30 Uhr

jedoch nicht wirklich zum jeweiligen Team gehört, dürfte die Akzeptanz für Veränderungen von Seiten der Kollegen geringer als beim Promoter sein. (vgl. Behrens/Langer, 2006, 273)

4.3.10 Vermittler


Kitson et. al. (vgl. 1998 152) sehen im Vermittler eine Person, die andere Menschen bei der Veränderung der bestehenden Praxis unterstützt und ihnen die Arbeit erleichtert. Das kann er einerseits, indem er ihnen Arbeit abnimmt und andererseits, indem er ihnen bei der Arbeit hilft. In der Situation der Implementierung von Forschung in die Praxis ist es die Aufgabe des Vermittlers, den Menschen verstehen zu helfen, was sie zu ändern haben und wie sie diese Änderung durchführen müssen, um ihr erklärtes Ziel zu erreichen. Der Vermittler benützt hierzu eine Reihe von Fertigkeiten, um die Änderung zu erreichen. Die Rolle des Vermittlers ist weitreichender und umfassender als die verwandter Professionen. (vgl. Kitson, 1998, 152)

Zusätzlich betont Heron (vgl. 1989, 1), dass der Vermittler formal zu dieser Rolle ernannt wurde und die Mitglieder der Gruppe/Organisation ihn freiwillig akzeptieren.

Harvey et. al. (vgl. 2002, 583) haben in ihrer Analyse herausgefunden, dass Vermittlung ein Prozess ist, welcher von der Person abhängt, welche die Rolle des Vermittlers mit ihren entsprechenden Fähigkeiten und ihrem Wissen ausführt, um eine Änderung der Praxis zu bewirken.


In dieser Arbeit wird der Vermittler als eine Person verstanden, die eine spezielle Rolle mit dem Ziel innehat, seinen Klienten zu helfen. Das impliziert eine entsprechende Position

Die Durchsicht diverser Studien durch Harvey (vgl. 2000, 585) ergab, dass Vermittler, welche eine persönliche Kommunikation anwenden und Techniken verwenden, die es Personen ermöglichen, auch selber etwas zu tun, mehr Einfluss auf eine Veränderung der klinischen – organisatorischen Praxis haben.


**4.4 Kompetenzen des Vermittlers**

Bei einer Implementierung von EbN in die Praxis durch einen Vermittler sollte niemals die ungeheure Wirkung von Veränderungen auf Personen unterschätzt werden. Jede Veränderung verlangt umfassende Anpassungen sowohl in der Organisation, die sie auslöst, als auch bei den betroffenen Personen, denn diese haben bis zum Zeitpunkt der Veränderung gute Arbeit geleistet oder es zumindest versucht. Der Übergang der Veränderung ist gekennzeichnet durch folgende Phasen:

- **Loslassen - Schock und Lösung**
- **Das Niemandsland - Defensiver Rückzug und Abwehr**
- **Neuer Anfang - Anerkennung und Anpassung** (vgl. Broome, 2000, 34-35)

Um EBN erfolgreich in diesem Veränderungsprozess zu implementieren, bedarf es persönlicher und fachlicher Kompetenzen des Vermittlers.

**4.4.1 Persönliche Kompetenzen**

Vielfach ist man auch der Meinung, dass es wichtiger ist, wenn die Person des Vermittlers Begeisterung, Energie und Glaubwürdigkeit mitbringt als Überlegenheit. (vgl. Rycroft-Malone et. al., 2004b, 919)

Da Menschen und Systeme unberechenbar sind, sind Flexibilität, die Kenntnis der Konfliktbewältigung und die Fähigkeit, Abläufe aufeinander abzustimmen zu können, von Vorteil. (vgl. Yoder-Wise, 1999, 83)


Implementierung wird auch in einem Umfeld, welches für Veränderung empfänglich ist, nicht gelingen, wenn die Vermittlung ungeeignet oder nichtexistent ist, die persönlichen Charakteristika des Vermittlers unangebracht sind, er seine Rolle missversteht und sein Stil gegenüber verschieden Gruppen und Untergruppen unsensibel ist. (vgl. Kitson et. al. 1998, 152)

Nützliche Fähigkeiten und Eigenschaften eines Vermittlers in diesem Zusammenhang wären:

- Führungsqualitäten,
- Planung,
- Koordination,
- das Schreiben von Berichten,
- das Team zusammenhalten,
- Leiten von Meetings,
- Hilfestellung bei der Problembewältigung und
- Aufrechterhaltung sowie Leiten des Kommunikationsprozesses. (vgl. Rycroft-Malone et. al., 2004b, 919)

1. Gruppen organisieren

Der Vermittler muss sich je nach Größe des Krankenhauses ein Team zusammenstellen und mit den Pflegepersonen auf den Stationen zusammenarbeiten. Die Fähigkeit, eine größere Zahl von Menschen zu initiieren und zu koordinieren, wird in diesen Zusammenhang hilfreich sein.

2. Lösungen aushandeln

Diese Fähigkeit wird benötigt, um neue innovative Pflegemethoden einzuführen und dürfte daher eine Grundvoraussetzung für erfolgreiche EBN Vermittler sein.

3. Persönliche Verbindung


4. Soziale Analyse

Das ist die Fähigkeit, Motive und Anliegen anderer zu verstehen. Ist diese Fähigkeit hochentwickelt, kann das helfen, ein kompetenter Vermittler zu sein.


Während es Kernfähigkeiten, wie zwischenmenschliche, kommunikative Fähigkeiten, gibt, welche als Vorbedingungen und Grundvoraussetzungen für die Arbeit als Vermittler gelten,
gibt es keine einhellige Meinung darüber, welche sonstigen notwendigen Fähigkeiten und Eigenschaften einen guten Vermittler ausmachen. (vgl. Harvey, 2002, 582)

4.4.2 Fachliche Kompetenz

Um erfolgreich externe Evidenz in die Praxis implementieren zu können, muss der Vermittler aber vor allem über grundlegende Kenntnisse bezüglich dem Konzept EbN verfügen. Der Vermittler muss Zugang zu den neuesten Studien haben und in der Lage sein, diese zu lesen und zu bewerten.

Die Literaturrecherche kann sehr ergiebig sein, aber nicht alles, was publiziert wird, ist es wert, gelesen zu werden. Andererseits kann eine fundierte Entscheidung nicht alleine durch das Lesen der Artikelzusammenfassungen getroffen werden. Spätestens an diesem Punkt muss man wissen, was als wissenschaftlicher Beweis für die formulierte Fragestellung gelten kann, wie z. B. die Methodik der Studie, die Forschungsfrage usw. (vgl. Schlömer, 2000, 50)

Um diese Dinge einzuschätzen und bewerten zu können, benötigt man eine Ausbildung.


4.5 Rolle des Vermittlers


Im Zusammenhang mit der Verantwortlichkeit ("responsibility") wäre zu klären, was die speziellen Pflichten des Vermittlers sind, welche Aufgaben zu erledigen und welche Entscheidungen zu treffen sind. In einem weiteren Schritt ("opportunity") sollte entschieden werden, was machbar ist und wen man dazu benötigt. Alle Rollen beinhalten Beziehungen zu anderen Menschen, mit denen der Vermittler durch verschiedenste Kommunikationskanäle ("lines of communication") verbunden ist, wobei sämtliche Positionen des Vermittlers innerhalb der vorhandenen Hierarchie möglich sind. Es entsteht dabei eine Erwartungshaltung ("expectation") an den Vermittler sowohl von Seiten der Mitarbeiter, als auch der Organisation, die ihn beschäftigt. Im letzten Schritt sollte geklärt werden, ob und in welcher Form Unterstützung ("support") zur Verfügung steht. Die Unterstützung ist dabei eng an die Erwartungen der Leistung geknüpft und alle Rollen sind bis zu einem gewissen Grad von der Unterstützung anderer abhängig.

In der Situation der Implementierung von EbN in die Praxis ist es die Aufgabe des Vermittlers, die handelnden Personen zu unterstützen, und ihnen klar zu machen, was sie zu tun haben und wie sie es zu tun haben, um ihr erklärtes Ziel zu erreichen. (vgl. Kitson et. al., 1998, 152) Gleichzeitig sollte er sich in diesem Prozess darüber klar sein, welche Art der Rolle er einnehmen könnte.

4.5.1 Hierarchisches Rollenbild

Es gibt verschiedene Interpretationen bezüglich der Rolle des Vermittlers. Das reicht von einer mehr interventionistischen Rolle bis hin zu einer komplexeren, vielschichtigeren Rolle. (vgl. Harvey et. al., 2002, 581)

Heron (vgl. 1989, 8) beschreibt in diesem Zusammenhang drei Rollenarten:

1. Die Hierarchische Rolle

Der hierarchische Vermittler leitet den Prozess, trainiert die Teammitglieder und übernimmt bestimmte Aufgaben für das Team. Er befindet sich an der Führungsspitze, denkt und agiert für die Gruppe und trägt die volle Verantwortung in Bezug auf alle großen Entscheidungen in vollem Umfang.
2. Die Kooperative Rolle

Der kooperative Vermittler teilt die Führungsmacht und die Verantwortung für den Veränderungsprozess und organisiert die unterschiedlichen Dimensionen der Veränderung mit dem Team. Er ermöglicht und befähigt das Team selbstständiger zu werden, indem er sie befähigt und ihnen Dinge erklärt.

3. Die Autonome Rolle

Der autonome Vermittler respektiert die Autonomie (Selbständigkeit und Unabhängigkeit) der Gruppe. Er macht nichts für und mit dem Team, sondern lässt dem Team die Möglichkeit, ihren eigenen Weg zu finden. Er übt mit dem Team die eigene Urteilsfähigkeit, ohne selbst einzugreifen.

Heron (vgl. 1989, 8-9) ist der Ansicht, dass ein kompetenter Vermittler alle drei Methoden beherrschen sollte, und dass er die Rolle flexibel wechseln können sollte, wenn es entsprechend der Situation angemessen ist.

Eine zu hierarchische Vorgehensweise macht das Team passiv, abhängig oder sogar feindselig und ablehnend. Eine zu kooperative Vorgehensweise mündet allenfalls in eine erzieherische Unterdrückung und verwehrt dem Team die Anerkennung für das erreichte. Eine zu autonome Vorgehensweise und Laisser-faire-Verhalten des Vermittlers wiederum bergen die Gefahr, dass das Team in eine Art Ignoranz, Chaos abrutscht und eine falsche Vorstellung davon entsteht, was erreicht werden soll. Die drei Rollen schließen einander nicht aus, denn der Vermittler kann grundsätzlich hierarchisch kombiniert mit Elementen der kooperativen und autonomen Rolle sein. (vgl. Heron, 1989, 9)

4.5.2 Führungsstilorientiertes Rollenbild

Loffing (vgl. 2003, 57-62) unterscheidet 5 verschiedene Führungsstile, die vor dem Hintergrund, dass auch ein Vermittler mit dem Führen von Gruppen und Leiten von Prozessen konfrontiert wird, für dessen Rolle von Bedeutung sein können:

1. Die autoritäre Rolle

Bei der autoritären Rolle werden nur Anweisungen gegeben und keine anderen Meinungen und Diskussionen zugelassen. Das einzig wirksame Mittel, um von Mitarbeitern die bezahlten Leistungen einzufordern, ist die Weitergabe von Befehlen. Die angewiesenen Tätigkeiten werden zwar in den meisten Fällen durchgeführt, wobei jedoch ein negativer Einfluss auf das
Eigenengagement und das Betriebsklima zu erwarten ist und dadurch Qualitätseinbußen möglich sind.

2. Die autoritative Rolle

Ein Vermittler, der autoritativ handelt, muss motivieren und für das Ziel begeistern können. Die Mitarbeiter werden hier als Menschen betrachtet, die Höchstleistungen erbringen können und auch wollen. Das Ziel des Vermittlers wird hier zum Ziel aller Mitarbeiter, dementsprechend hoch qualitativ wird die durchgeführte Arbeit sein und das wird sich positiv auf das Betriebsklima auswirken.

3. Die affiliative Rolle

In Mitarbeitern sieht der Vermittler mit dem affiliativen Stil vor allem das Gute und so wird auch mit den Mitarbeitern umgegangen. Ein motivierter Mitarbeiter und ein positives Betriebsklima sind in diesem Fall zu erwarten. Die Verbesserung der Pflegequalität sollte nicht auf dem Rücken der Mitarbeiter ausgetragen werden, wenn es entsprechend funktionieren soll.

4. Die demokratische Rolle


5. Die leistungsbetonte Rolle

angesehen, führt das zu einer Demoralisierung der Mitarbeiter und wirkt sich negativ auf das Betriebsklima aus.

Wie Heron (vgl. 1989, 8-9) ist auch Loffing (vgl. 2003, 63) der Ansicht, dass vor allem Vermittler, die mehrere Rollen beherrschen und diese situativ adäquat einsetzen, erfolgreich sind.

4.5.3 Positionsorientiertes Rollenbild


1. Externer Vermittler - Outsider


Eine unabdingbare Voraussetzung für die erfolgreiche Implementierung von EbN ist die richtige Auswahl eines kompetenten Vermittlers. Da es sich beim Vermittler für EbN um keinen geschützten Begriff handelt, könnte die Überprüfung seiner Qualifikation größeren Aufwand bedeuten. Nachteilig könnte sich auch auswirken, dass er keine detaillierten Kenntnisse über den Bereich und die Personen, mit denen er zusammenarbeiten muss, hat bzw. entsprechende Vorarbeiten notwendig sein dürften, um die Organisation und deren Mitarbeiter kennenzulernen.

2. Interner Vermittler - Insider

Der organisationsinterne Vermittler ist durch ein Angestelltenverhältnis in die Organisation eingebunden. Der Vorteil eines internen Vermittlers liegt darin, dass er das Personal, die

1. Beschäftigt sein als Vermittler – Informelles Mitglied der Organisation

Hier handelt es sich um einen internen Vermittler, der ausschließlich in dieser Position tätig ist. Er kennt die derzeitige innere Kultur, die entsprechende Terminologie, lokalen Besonderheiten und das Personal. Es handelt sich meist um eine Stabsstelle. Somit ist er in der Lage, frei in seinen Entscheidungen zu sein, hat Fürsprecher in der kollegialen Führung, da er von dieser in seine Funktion eingesetzt wurde und setzt seine Aktivitäten in Bezug zur Strategie der Organisation.

4.5.4 Aufgabenorientiertes Rollenbild

Eine ähnliche Art der Unterteilung findet sich bei Rycroft-Malone (vgl. 2004, 302):

1. Aufgabenorientierte Rolle:
   - Für andere arbeiten.
   - Episodischer Kontakt.
   - Praktische und Technische Hilfe.
   - Didaktisch, traditioneller Ansatz des Lehrens.
   - Externe Vermittler.

2. Ganzheitliche Rolle:
   - Andere befähigen.
   - Partnerschaftlich.
   - Sich weiterentwickeln.
   - Ansatz des Erwachsenenlernens.
   - Interner oder Externer Vermittler.

4.5.5 Potential des Vermittlers


Der Vermittler sollte das Arbeitsumfeld (System - Österreichisches Akutkrankenhaus), in dem er die externe Evidenz implementieren will, entsprechend gut kennen, damit er nicht an dessen Komplexität, festgefahrenen Mustern und Grenzen scheitert. (vgl. Kitson, 2000, 462)
5 Organisation Krankenhaus


Zusätzlich bestünde beispielsweise noch die Möglichkeit der Einteilung nach der Zweckwidmung, nach der Versorgungsstufe, nach der Aufgabenstellung und nach den Rechtsträgern. (vgl. Eichhorn, 2000, 125)

Die Unterteilungen könnten in einem weiteren Schritt wiederum differenziert werden, um auf diese Weise schlussendlich zu einer exakten Beschreibung der Aufgabe, Finanzierung, Organisation etc. des entsprechenden Krankenhauses zu gelangen.


5.1 Aufbauorganisation

Krankenhäuser werden vielfach durch eine stark formale Sozialstruktur beschrieben, die sich dadurch auszeichnet, dass in ihr die sozialen Positionen und die Beziehungen zwischen ihnen explizit spezifiziert und unabhängig von den persönlichen Merkmalen derjenigen, die diese Positionen innehaben, definiert sind. Im Gegensatz dazu findet man die informelle Sozialstruktur, in der es unmöglich ist, zwischen den Merkmalen von Positionen und den Merkmalen der beteiligten Personen zu unterscheiden, in Krankenhäusern kaum bis gar nicht.


Organigramme werden in der Literatur vielfach als geeignetes Instrument gesehen, um aufbau- und ablauforganisationsrelevante Fragestellungen zu beantworten, was sich auch im Folgenden zur optischen Darstellung der möglichen Positionen eines Vermittlers innerhalb einer Organisation als hilfreich erweisen soll.

Die Aufbauorganisation umfasst die Gliederung der Gesamtaufgabe eines sozialen Systems in Teilaufgaben und die Zuordnung dieser Teilaufgaben sowie die zu ihrer Erfüllung erforderlichen Kompetenzen und die daraus abgeleitete Verantwortung an die verschiedenen Subsysteme bzw. an die einzelnen Aufgabenträger. (vgl. Leuzinger, 1994, 318)

Es wird mit der Aufbauorganisation somit beschrieben, wer welche Aufgabe innerhalb der Organisation zu erfüllen hat und wie die einzelnen Elemente der Organisation zueinander in Beziehung stehen.

Das allgemeine Ziel des Organisierens besteht in der Schaffung von Gebilde-, Prozess- und Kommunikationsstrukturen, die sich aus kleinsten Bausteinen zusammensetzen, die man als


5.1.1 Ausführungsstelle


Die Positionierung eines EBN–Vermittlers als reine Ausführungsstelle dürfte aufgrund seiner definierten Rolle und Funktion ausgeschlossen werden können.

5.1.2 Leitungsstelle

Eine Leitungsstelle zeichnet sich vor allem durch ihre besonderen Aufgaben in Kombination mit entsprechenden Kompetenzen aus. Während die Kompetenzen der Nicht-Leitungsstellen grundsätzlich nur die eigene Tätigkeit betreffen, betreffen die Kompetenzen der Leitungsstellen auch die Tätigkeiten anderer Stellen. Neben dieser resultierenden Anordnungskompetenz ergibt sich auch eine Fremdverantwortung der Leitungsstelle für nachgeordnete Stellen, was jedoch nicht ein Einstehen für sämtliche Handlungen der nachgeordneten Aufgabenträger bedeutet, sondern sich auf jene Fehlhandlungen reduziert, die sich aus einer ungenügenden Erfüllung der Leitungsaufgabe ergeben.


-85-
5.1.3 Stabsstelle

Die Stabsstelle kann als Leitungshilfsstelle oder sekundäre Stelle bezeichnet werden, weil sie stets einer primär gebildeten Stelle zugeordnet ist und diese bei der Erfüllung ihrer Tätigkeiten unterstützt.

Die Stabstelle wird durch folgende Merkmale gekennzeichnet:

- Sie existiert nur in Zuordnung zu einer anderen Stelle.
- Sie kann jeder Stelle sämtlicher Hierarchieebenen zugeordnet werden.
- Sie erfüllt Aufgaben, die sich aus den Aufgaben der anderen Stelle ableiten.
- Ihre Kompetenzen sind begrenzt.
- Sie besitzt in der Regel keine Entscheidungskompetenz, sondern nur ein Vorschlagsrecht.
- Innerhalb des Stabes hat der Leiter alle üblichen Weisungs- und Anordnungskompetenzen gegenüber seinen Mitarbeitern.
- Ein Stab kann sowohl eine Stelle als auch eine Abteilung sein.
- Sie kann alle Teilaufgaben der Leitungsaufgabe einer Leitungsstelle übernehmen, die einer Entscheidung vor bzw. nachgelagert sind.
- Trifft die Leitungsstelle eine Entscheidung, die nicht dem Antrag der Stabsstelle entspricht und ist die Stabsstelle der Überzeugung, dass dadurch Schaden entstehen kann, so hat sie die Pflicht, eine Wiedererwägung oder einen Stabsrekurs zu beantragen.

Nach dem Umfang der Aufgabe lassen sich Stäbe gliedern in (vgl. Kasper 2002, 32):

1. Generalisierter Stab:
   Dieser unterstützt die Leitungsstelle in allen zu erfüllenden Leitungsaufgaben. Die Stabsstelle soll hier die Leitungsstelle von unterschiedlichen Detailarbeiten entlasten.

2. Spezialisierter Stab:
   Diese Spezialisten sind mit der Erfüllung einer bestimmten Teilaufgabe betraut, stehen meistens sämtlichen Abteilungen zur Unterstützung zur Verfügung und sind lediglich formal einer Stelle zugeordnet.


Abbildung 3: Stab-Linien-System-Pflegedirektion

Die Effizienz des Stabes hängt neben einem einwandfreien Kommunikationsverhältnis zu den Ausführungsstellen in erster Linie von der Qualität der Zusammenarbeit mit der entsprechenden Leitungsstelle ab. Probleme können sich einerseits dadurch ergeben, dass der Stab zwar eine hohe fachliche Qualifikation besitzt, aber nicht mit den nötigen Kompetenzen ausgestattet ist, andererseits kann die Stabstelle durch ihre Fachautorität die Entscheidungen der Leitungsstelle in hohem Maße beeinflussen, ohne letztlich diese Entscheidungen direkt verantworten zu müssen. Kompetenzzkonflikte zwischen Linien- und Stabsabteilung ergeben sich vor allem dann, wenn die Stabstelle versucht, direkte Macht auf ihr zugeordnete Linienabteilungen auszuüben. Stabssysteme sind in größeren Krankenhäusern weit verbreitet,

Wie Abbildung 3 zeigt, kann die Stabsstelle an sämtlichen hierarchischen Positionen innerhalb des Krankenhauses etabliert werden (vgl. Kasper, 2002, 32):

Abbildung 4: Stabsstellenpositionierung


5.1.4 Einlinienorganisation

In diesem System erhält jede Stelle, mit Ausnahme der obersten Leitungsebene, nur von einer übergeordneten Stelle Anweisungen. Jede Stelle ist also nur durch eine einzige vertikale Linie

![Diagramm](image)

Abbildung 5: Einliniensystem

Die Einlinienorganisation ist unmittelbarer Ausdruck hierarchischen Denkens, denn die Linie ist der einzige formale Kommunikationsweg zwischen den Stellen. Sämtliche Informationen, Anordnungen, Vorschläge, Beschwerden etc. sind an die Linie gebunden und das Überspringen von übergeordneten Stellen oder direkte vertikale Verbindungswege sind unzulässig. (vgl. Leuzinger, 1994, 335)


- Klare Abgrenzungen der Kompetenzen und daher Vermeidung von Kompetenzkonflikten und Erleichterung der Koordination und Kontrolle.
- Klare Regelung der Ansprechpartner und daher eindeutige Kommunikationswege.
- Durchsichtigkeit des Gesamtsystems.


- Qualitative und quantitative Überlastung der oberen Hierarchieebenen.
- Länge und Umständlichkeit der Kommunikationswege und Gefahr der Informationsfilterung durch Zwischeninstanzen.
- Geringer Entfaltungsraum der unteren Stellen mit möglichem Motivationsverlust und Arbeitsunzufriedenheit.
• Betonung des hierarchischen Denkens kann Rivalität statt Solidarität unter gleichrangigen Stellen bewirken.

Das Einliniensystem findet sich vor allem in kleinen Krankenhäusern und wird vielfach durch direkte Kommunikationsverbindungen zwischen gleichrangigen Bereichen ergänzt. Für mittlere und größere Krankenhäuser sind die vielen notwendigen Kommunikationsabläufe zu schwerfällig und führen zu einer Überlastung der Führungskräfte.

5.1.5 Mehrlinienorganisation


1. Prinzip der Spezialisierung: Die Anordnungskompetenzen werden jenen Stellen zugeordnet, die fachlich am geeignetsten erscheinen. Die fachlichen Anforderungen an die einzelnen Vorgesetzten sind daher geringer als bei Generalisten, woraus auch eine Entscheidungsdezentralisation resultiert. Im Vordergrund steht dabei die fachliche Kompetenz bzw. die funktionale Autorität und nicht das hierarchische Denken bzw. die formale Autorität.

3. Prinzip der Mehrfachunterstellung: Eine Stelle kann somit so vielen Stellen unterstellt sein, wie sie Teilaufgaben erfüllt.


5.1.6 Stablinienorganisation


- Qualitative und quantitative Entlastung der Leitungsstellen und der Linienabteilung.
- Eindeutige Kommunikationswege und hohe Koordinationsfähigkeit.
- Verbesserter Einsatz der Mitarbeiter entsprechend ihrer Leistungsprofile.
- Ausgewogene Berücksichtigung von Einzelaspekten (Stab) und der Gesamtsicht (Linie).

Dem stehen folgende möglichen Nachteile gegenüber:

- Eventuell lange Kommunikationswege mit der Gefahr von Informationsfilterung.
- Konfliktpotenzial zwischen Stab und Linie mit Koordinationsproblemen.
- Verlust der Transparenz von Entscheidungsprozessen.
Abbildung 7: Stabliniensystem

In Kapitel 1.1.7 wird die Stabsstelle noch näher beleuchtet, da im Zusammenhang mit einer langfristigen Positionierung eines Vermittlers für EBN als Stabsstelle innerhalb eines Stabliniensystems aufgrund der beschriebenen Vorteile dieses Systems, dies eine durchaus erfolgversprechende Variante sein könnte.


Es hat durch den Wandel des Krankenhausumfeldes und den zunehmend komplexen Krankenhausaufgaben eine Vielzahl von neuen, bedeutungsvollen Organisationskonzepten gegeben, wobei im folgenden zwei Konzepte, die für die Positionierung eines Vermittlers interessant erscheinen, dargestellt werden.

5.1.6 Matrixorganisation


Die Entscheidung, bei der Implementierung eines EBN-Vermittlers eine Matrixorganisationsform zu benutzen, würde die Vorteile bringen, dass der Vermittler unmittelbar an jener Stelle arbeitet, an der die Probleme und Fragestellungen entstehen, die er direkt bewerten und erforschen kann. Eine optimale Planung, Koordination und Durchführung des Gesamtprojektes ist möglich. Der direkte aufgabenbezogene Kommunikationsweg zwischen Vermittler und Linienvorgesetzten könnte die optimale Voraussetzung für Implementierung von Forschungswissen in die Praxis darstellen.

Ein konstruktives Kommunikationsverhalten zwischen Vermittler und Linienvorgesetzten ist die Voraussetzung für eine gelingende Zusammenarbeit, da der Vermittler in die Kompetenzbereiche des Linienvorgesetzten eindringt und durch die zugestandenen Weisungsrechte zu einer Fachinstanz wird.


Abbildung 8: Matrixorganisation

5.1.7 Projektorganisation


Bei der Implementierung eines Vermittlers könnte die Wahl einer Projektorganisation den Vorteil mit sich bringen, dass durch das nicht Eingreifen in die Primärorganisation es auch zu
keinen Irritationen in den einzelnen Bereichen kommen dürfte und somit ein erwartetes Ablehnungsverhalten von Seiten des Personals minimiert werden kann. Durch die ständige Präsenz des Vermittlers und das "sanfte" Kennenlernen des neuen Pflegezuganges besteht die Möglichkeit, dass die Methode EBN langsam in die Organisation integriert wird und sich eine entsprechende Organisationskultur entwickeln kann.

Da Projekte jedoch für Aufgaben mit zeitlich begrenztem Horizont verwendet werden, sollte beim Wunsch einer ständigen Implementierung des Vermittlers bereits bei Beginn des Projektes eine Strategie festgelegt werden, welche die Integration des Vermittlers in die routinemäßigen Abläufe der Organisation festlegt.

5.2 Ablauforganisation

Im Gegensatz zur Aufbauorganisation, die sich mit der Bildung funktionsfähiger Einheiten und deren Anordnung innerhalb einer Aufbaustruktur beschäftigt, bezieht sich die Ablauforganisation auf die Erfüllung der Aufgaben und umfasst die raumzeitliche Strukturierung der zur Aufgabenerfüllung notwendigen Arbeitsprozesse. Ziel der Ablauforganisation ist daher die Schaffung einer Struktur, die es ermöglicht, die zahlreichen und vielfältigen Arbeitsprozesse, die zur Erfüllung der betrieblichen Gesamtaufgabe notwendig sind, so zu steuern, dass ein möglichst hoher Grad an Zweckmäßigkeit, Wirtschaftlichkeit, Stabilität und Koordination erreicht werden kann. (vgl. Leuzinger, 1999, 351; Dorfmeister, 1999, 22)


5.3 Die Kollegiale Führung

Sehr viele Krankenhäuser besitzen heute eine kollegial strukturierte Leitung in Form des Dreierdirektoriums, bestehend aus dem ärztlichen Leiter, dem Leiter des Pflegedienstes und dem Verwaltungsleiter.
Ausgangspunkt dieser Organisationsform war eine funktionale, zentral-direktionale Leitungsstruktur mit der ärztlichen Direktion an der Spitze entsprechend Abbildung 8 (vgl. Leuzinger, 1999, 347):


Die absolute Überzeugung der Sinnhaftigkeit des Vermittlers sowie die daraus resultierende Unterstützung durch die kollegiale Führung dürften dabei die Grundvoraussetzungen für eine erfolgreiche Implementierung eines Vermittlers von EbN in einem Akutkrankenhaus sein.

6 Resümee


Nach der ausführlichen Auseinandersetzung mit der Geschichte von EbN konnte im dritten Kapitel aufgrund der Betrachtung des Konzeptes und der verschiedenen Definitionen von EbN gezeigt werden, dass es sich bei EbN nicht nur um die statistische und hermeneutische Bewertung von Forschungsarbeiten handelt, sondern um ein 4 Phasenmodell in dem die Wünsche des Patienten, das Wissen und die Erfahrung der individuellen, professionellen Pflegenden, das Umfeld, in welchen sich beide bewegen und die externe Evidence gleichberechtigte Säulen darstellen. Wird allerdings von der Implementierung von EbN in die Pflege gesprochen, ist damit die Implementierung der externen Evidence gemeint, was

-98-
fälschlicherweise immer wieder dazu führte, EbN als ausschließlich auf Forschung basierte Pflege zu verstehen.


Literaturverzeichnis


Beck Ch. T. (1993): Qualitative Research: the evaluation of its credibility, fittingness and auditability, Western Journal of Nursing Research 15, 263-266


Canadian Nurses Association, Position Statement, Evidence-Based Decision-Making and Nursing Practice, www.cna-aic.ca


Curriculum (Offenes Curriculum) für die Ausbildung in Allgemeiner Gesundheits- und Krankenpflege, 2003 Wien

Dengg, Ch. (2005): Mobbing im Krankenhaus, Eigenverlag, Wien


Elektronisches Wörterbuch: Deutsches Universalwörterbuch, Bibliographisches Institut & F.A. Brockhaus AG


Harsieber, R. (2006): Die unbekannte Größe, EBM / In aller Munde aber voller Mythen, Ärzte Exklusiv, Österreichs größtes Health- & Lifestyle Magazin für Ärzte, 8


Loffing, Ch. (2003): Coaching in der Pflege, Verlag Hans Huber, Bern


Mayring, Ph. (2002): Einführung in die Qualitative Sozialforschung, Belz Verlag, Weinheim und Basel


McCourt, Ch. (2005): Research and theory for Nursing and Midwifery: Rethinking the Nature of Evidence, Vol. 2, I. 2, pp. 75-83


Mullhall, A., (1998): Nursing, research and the evidence. Evidence-Based Nursing 1 (1), 4-6

Nightingale, F. (2005): Bemerkungen zur Krankenpflege, Die „Notes on Nursing“ neu übersetzt und kommentiert von Christoph Schweikardt und Susanne Schulze-Jaschok, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main


Sackett, D. L., Straus, S. E., Richardson, S. W., Rosenberg W., Haynes B. R. (2000): Evidence-Based Medicine, How to Practice and Teach EBM. Churchill Livingstone, China


Universitätsverlag, Wien

Strobl, M.-Th., Rettig, A. Österreichischer Krankenpflegeverband (Hrsg.) (1993): Geschichte
der Krankenpflege, Kurzer Abriss, Facultas Universitätsverlag, Wien

link zwischen Forschung und Praxis, Pflege, 14:267-276

Thompson, C., McCaughan, D., Cullum, N., Sheldon, T., & Raynor, P (2001a): The
accessibility of research-based knowledge for nurses in United Kingdom acute care settings,
Journal of Advanced Nursing, 36, 11-22

Thompson, C., McCaughan, D., Cullum, N., Sheldon, T., Mulhall, A., & Thompson, D. R.
(2001b): Research information in nurses` clinical decision-making: what is useful? Journal of
Advances Nursing, 36, 376-388

Thompson, C., McCaughan, D., Cullum, N., Sheldon, T., & Raynor, P. (2005): Barriers to
evidence-based practice in primary care nursing – why viewing decision-making as context is
helpful, Journal of Advanced Nursing, 52, 432-444

Vol. 1, (1), 38-48

6;296(9):1192

Thieme Verlag KG, Stuttgart

development of evidence-based nursing intervention: Methodological considerations. Journal
of Advanced Nursing 48 (1), 84-92

Weiss-Faßbinder S., Lust A. (2000): GuKG, Gesundheits- und Krankenpflegegesetz,
MANZ’sche Verlags- und Universitätsbuchhandlung GmbH, Wien

Weiss-Faßbinder S., Lust A. (2004): GuKG, Gesundheits- und Krankenpflegegesetz,
MANZ’sche Verlags- und Universitätsbuchhandlung GmbH, Wien


Woodham-Smith, C. (1952): Florence Nightingale, Kösel-Verlag, München

Yoder-Wise P. S. (1999): Leading and Managing in Nursing, Mosby, St. Louise, Missouri
Linkverzeichnis

http://de.wikipedia.org/wiki/Rollentheorie, Zugriff am 07.12.2007 um 10:00 Uhr

http://de.wikipedia.org/wiki/Evidenzbasierte_Medizin, Zugriff am 03.03.2008 um 17:00 Uhr

http://www.ebm-netzwerk.de/grundlagen/geschichte, Zugriff am 07.03.2008 um 18:40 Uhr

http://home.allgaeu.org/kschroep/emprat/rational.htm, Zugriff am 14.03.2008 um 11:00 Uhr

http://www.payer.de/arztpatient/gesundheitsoekonomie02.htm#3.2., Zugriff am 05.10.2008 um 14:00 Uhr

http://de.wikipedia.org/wiki/Evidenzbasierte_Medizin#EbM_im_deutschsprachigen_Bereich, Zugriff am 05.10.2008 um 18:40 Uhr

http://www.nursing.manchester.ac.uk/ukchnm/archives/nurseleaders/lisbethhockey/biography, Zugriff am 24.06.2009 um 09:15 Uhr

http://www.ebn.at/cms/beitrag/10043612/1486440/, Zugriff am 24.09.2009 um 11:00 Uhr


http://www.ebn.at, Zugriff am 31.10.2009 um 09:00 Uhr

http://www.oegkv.at, Zugriff am 31.10.2009 um 20:00 Uhr

http://translate.google.at/translate_t?prev=hp&hl=de&js=y&text=Vermittler&file=&sl=de&tl=de&history_state0=#delen!Vermittlung, Zugriff am 02.11.2009, um 11:00 Uhr

http://www.imi.uni-freiburg.de/cochrane, Zugriff am 02.11.2009 um 12:00 Uhr

http://www.ewa-demos.com/modules.php?name=News&file=article&sid=185, Zugriff am 02.11.2009 um 12:00 Uhr

KhLsr8sQa66uGFDA&sa=X&oi=translate&ct=result&resnum=1&ved=0CAkQ7gEwAA&prev=/search%3Fq%3Deducational%2 Boutreach%2Bvisits%26hl%3Dde%26sa%3DN, Zugriff am 12.01.2010 um 11:30 Uhr

http://en.wikipedia.org/wiki/Academic_detailing, Zugriff am 12.01.2010, um 11:30 Uhr

-110-
http://www.medunigraz.ac.at, Zugriff am 16.08.2010 um 19:00 Uhr
http://www.pflegewissenschaft.univie.ac.at, Zugriff am 16.08.2010 um 14:00 Uhr
http://www.meduni-graz.ac.at, Zugriff am 16.08.2010 um 15:00 Uhr
http://www.umit.at, Zugriff am 16.08.2010 um 18:00 Uhr
http://www.pmu.ac.at, Zugriff am 16.08.2010 um 22:00 Uhr
http://www.fh-campuswien.ac.at, Zugriff am 17.08.2010 um 09:00 Uhr
http://www.fh-krems.ac.at, Zugriff am 17.08.2010 um 11:00 Uhr
http://www.fh-salzburg.ac.at, Zugriff am 17.08.2010 um 12:00 Uhr
http://www.fh-kaernten.ac.at, Zugriff am 17.08.2010 um 22:00 Uhr
http://www.rudolfinerhaus.at, Zugriff am 17.08.2010 um 23:00 Uhr
http://www.donau-uni.ac.at, Zugriff am 17.08.2010 um 23:00 Uhr
Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Forschungsanwendungsprozess ............................................................... 53
   aus Mayer et. al., 2006, 108

Abbildung 2: Forschungsanwendungsprozess - EbN.................................................... 60

Abbildung 3: Stab-Linien-System-Pflegedirektion......................................................... 87
   aus Dorfmeister, 1999, 20

Abbildung 4: Stabsstellenpositionierung...................................................................... 88
   aus Kasper, 2002, 32

Abbildung 5: Einliniensystem..................................................................................... 89
   aus Kasper, 2002, 30

Abbildung 6: Mehrliniensystem.................................................................................. 90
   aus Kasper, 2002, 31

Abbildung 7: Stabliniensystem................................................................................... 92
   aus Kasper, 2002, 32

Abbildung 8: Matrixorganisation............................................................................... 94
   aus Kasper, 2002, 34

Abbildung 9: Zentral-direktionale Leitungsorganisation............................................. 96
   aus Leuzinger, 1999, 347

Abbildung 10: Dreierdirektorium der Krankenhausleitung....................................... 96
   aus Leuzinger, 1994, 348
Anhang

Kurzfassung

### Lebenslauf

<table>
<thead>
<tr>
<th>Datum</th>
<th>Berufliche Tätigkeit</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Okt. 1990</td>
<td>DGKS an der Abteilung für Innere Medizin am a. ö. Krankenhaus Bregenz</td>
</tr>
<tr>
<td>Jän. 1993</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Jän. 1994</td>
<td>Universitätsklinik für Anästhesie und Intensivmedizin 13B3 und 13C3 am AKH Wien</td>
</tr>
<tr>
<td>Aug. 2004</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Datum</th>
<th>Schulausbildung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Sept. 1976.</td>
<td>Volksschule (Parndorf)</td>
</tr>
<tr>
<td>Juni 1980</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sept. 1980</td>
<td>Hauptschule (Neusiedl/See)</td>
</tr>
<tr>
<td>Juni 1984</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sept. 1984</td>
<td>Dreijährige Fachschule für wirtschaftliche Frauenberufe (Neusiedl/See)</td>
</tr>
<tr>
<td>Juni 1987</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sept. 1987</td>
<td>Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflegeschule (Oberwart)</td>
</tr>
<tr>
<td>Sept. 1990</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>März 2001</td>
<td>Berufsreifeprüfung Bildungsanstalt für Kindergartenpädagogik (Wien)</td>
</tr>
<tr>
<td>Feb. 2004</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Datum</th>
<th>Studium</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>März 2004</td>
<td>Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft an der Universität Wien</td>
</tr>
<tr>
<td>2010</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Datum</th>
<th>Ausbildungen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Juni 1993</td>
<td>First Certificate in Englisch Universität Cambridge (London)</td>
</tr>
<tr>
<td>März 1996</td>
<td>Sonderausbildung für Anästhesie- und Intensivmedizin</td>
</tr>
<tr>
<td>März 1997</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>April 1999</td>
<td>Basiskurs „Basale Stimulation in der Pflege“</td>
</tr>
<tr>
<td>Nov. 2000</td>
<td>Aufbaukurs „Basale Stimulation in der Pflege“</td>
</tr>
<tr>
<td>März 2001</td>
<td>Psychotherapeutisches Propädeutikum Universität Klagenfurt</td>
</tr>
<tr>
<td>Dez. 2008</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Datum</th>
<th>Andere Tätigkeiten</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Sept. 1993</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>