



universität
wien

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

4.3.2 Local Opinion Leader.....	69
4.3.3 Change Agent	69
4.3.4 Coach/Trainer.....	69
4.3.5 Change Manager.....	70
4.3.6 Educational Outreach Visits.....	70
4.3.7 Academic Detailer.....	71
4.3.8 Promoter	71
4.3.9 Prozessbegleiter	71
4.3.10 Vermittler.....	72
4.4 Kompetenzen des Vermittlers	73
4.4.1 Persönliche Kompetenzen	73
4.4.2 Fachliche Kompetenz.....	76
4.5 Rolle des Vermittlers.....	76
4.5.1 Hierarchisches Rollenbild	77
4.5.2 Führungsstilorientiertes Rollenbild.....	78
4.5.3 Positionsorientiertes Rollenbild.....	80
4.5.4 Aufgabenorientiertes Rollenbild	81
4.5.5 Potential des Vermittlers	82
5 Organisation Krankenhaus.....	83
5.1 Aufbauorganisation.....	84
5.1.1 Ausführungsstelle	85
5.1.2 Leitungsstelle.....	85
5.1.3 Stabsstelle	86
5.1.4 Einlinienorganisation	88
5.1.5 Mehrlinienorganisation.....	90
5.1.6 Stablinienorganisation	91
5.1.6 Matrixorganisation	92
5.1.7 Projektorganisation	94
5.2 Ablauforganisation.....	95
5.3 Die Kollegiale Führung.....	95
6 Resümee	98
Literaturverzeichnis.....	100
Linkverzeichnis.....	110
Abbildungsverzeichnis	112
Anhang	112

1 Einleitung

1.1 Problemstellung

Lange stützte sich das traditionelle Pflegewissen vor allem auf unstrukturierte Wissensquellen wie Tradition, Intuition, Autorität und Erfahrung sowie auf wissenschaftliche Erkenntnisse anderer Disziplinen, vor allem der Medizin. (vgl. Mayer, 2007, 42) Noch im Jahr 1902 schrieb die damalige Rotkreuz-Oberin Clementine von Wallmenich: „Gerade vermöge ihrer Berufsausbildung müssen besonders die Schwestern die Hoheit der Wissenschaft begreifen und einsehen, dass sie selbst zu wissenschaftlichem Urteil nicht befähigt sind.“ (vgl. Wallmenich 1902 nach Bischoff & Wanner, 1993, 20)

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.

Seit 1997 verpflichtet auch das österreichische Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) alle Gesundheits- und Krankenpflegepersonen ihre Pflegehandlungen evidenzbasiert durchzuführen. Konkret wird in §4. (1) gefordert: „Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe haben“...“das Wohl und die Gesundheit der Patienten“...“ nach Maßgabe der fachlichen und wissenschaftlichen Erkenntnisse und Erfahrungen zu wahren.“ (Weiss-Faßbinder/Lust, 2004, 28)

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.

Die Fülle an Publikationen, die der pflegewissenschaftliche Diskurs hervorgebracht hat, belegt den Einsatz einer beschleunigten pflegespezifischen Wissensproduktion. Gleichzeitig ist dieses Wissen einem schnellen Wandel unterworfen und es bestehen Schwierigkeiten in der Praxis, von dem Erkenntnisgewinn durch die Wissenschaft unmittelbar zu profitieren. Die Leistung für die Pflegepraxis besteht jedoch nur dann, wenn es gelingt, das Wissen aus der Forschung auch in die Pflegepraxis zu integrieren. Um Patienten kein unnötiges Leid durch potenziell falsche Pflegehandlung zukommen zu lassen, sollten Pflegepersonen ihre pflegerische Einzelfall-Entscheidung nicht einzig und allein aufgrund einer primären Grundausbildung und durch Erfahrungswissen treffen, sondern unter Kenntnisnahme und kritischer Abwägung des aktuellen Forschungsstandes.

Die Gründe für die sich erweiternde Kluft zwischen wissenschaftlichen Erkenntnissen und dem praktischen Verständnis sowie deren Umsetzung sind vielfältig. Viele in der Praxis arbeitende diplomierte Pflegepersonen haben ihre Ausbildung zu einem Zeitpunkt absolviert, als diese Anforderungen noch nicht integraler Bestandteile pflegerischer Tätigkeit waren. Auf universitärer Ebene handelt es sich bei den Pflegewissenschaften im deutschsprachigen Raum um eine noch sehr junge Disziplin und aus diesem Grund findet sich in den Krankenhäusern ein Theorie–Praxis-Transferproblem.

Die Etablierung von Pflegewissenschaft stellt sich trotz Implementierungsproblemen als Gewinn dar, denn wissenschaftliche Erkenntnisse haben gegenüber einem reinen Erfahrungswissen den unschätzbaren Vorzug, dass wissenschaftliche Erkenntnisse eine sachliche Bewertung ermöglichen, weil für sie rational begründete Verfahrensregeln gelten, die eingehalten werden müssen, um Aussagen zu produzieren, die allgemeine Gültigkeit beanspruchen. Die Pflegewissenschaft leistet somit einen entscheidenden Beitrag für die Pflegepraxis. (vgl. Ulrich et. al., 2005, 40; vgl. Bögemann-Großheim, 2004, 101-102)

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 englischsprachigen 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

Bei dieser Arbeit handelt es sich um eine Literaturliteraturarbeit. Als Methode bzw. Vorgehensweise habe ich mich für eine ausführliche und gezielte Literaturrecherche entschieden. Die Literaturrecherche erfolgte primär über eine grundsätzliche Auseinandersetzung mit den Themen Evidence-based Nursing, Evidence-based Medicine und Evidence-based Practice in Form von Fach- und Lehrbüchern. Die weitere Vorgehensweise war eine Schlagwortsuche über das Internet (sowohl in englischer als auch in deutscher Sprache), wobei der Schwerpunkt auf englischsprachiger Literatur lag, da gerade im englischsprachigen Raum zu diesem Thema am stärksten publiziert wird. Datenbanken, die verwendet wurden, waren Medline, PubMed, DimDi und Cinahl. In einem weiteren Schritt erfolgte das Lesen, Zusammenfassen und die kritische Bewertung der Literatur. Nach einer gründlichen Auseinandersetzung mit der EbN-, EbM- und EbP-Literatur begann ich gezielt in Bibliotheken und dem Internet nach Literatur zu dem Thema Geschichte von EbN zu suchen. In diesem Zusammenhang galt ein Schwerpunkt meiner Literaturrecherche der Auseinandersetzung mit dem Leben und der Arbeit von Florence Nightingale sowie der Geschichte von EbM als Vorreiter von EbN. Eine weitere gezielte Suche galt den Vermittlern und verwandten Berufen sowie einer Schlagwortsuche mit den Begriffen Rolle und Funktion, Rollentheorien und Vermittlungswissenschaften. Zusätzlich erfolgte eine Auseinandersetzung mit dem Österreichischen Krankenpflegegesetz, dem Curriculum der Krankenpflegeschulen und den Organisationsstrukturen Österreichischer Akutkrankenhäuser.

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 Gegenwart zu verstehen, ist die Auseinandersetzung mit der geschichtlichen Entwicklung von EbN hilfreich. In der Literatur wird EbN immer wieder mit dem Namen Florence Nightingale in Verbindung gebracht. Das zweite Kapitel dieser Arbeit setzt sich daher mit Florence Nightingale auseinander, um zu klären, inwiefern diese große Pionierin der Pflege bereits die ersten Grundsteine von EbN gelegt hat. Zusätzlich ist die Geschichte von EbN unmittelbar mit dem Begriff Evidence-based Medicine (EbM) verbunden, welche auch als Vorreiter und Vorbild für EbN gilt und es daher notwendig macht, genauer beleuchtet zu werden.

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

vor allem auf die externe Evidenz, die vom Vermittler implementiert werden soll, gelegt werden. Dies beinhaltet die Erläuterung der grundsätzlichen Unterschiede zwischen qualitativer und quantitativer Forschung, der Gütekriterien, der Evidenzhierarchien und die Beschreibung des Forschungsanwendungsprozesses. Zusätzlich wird die Bedeutung qualitativer und quantitativer Forschung für EbN im Unterschied zu EbM diskutiert. Mit der Definition, der Abgrenzung zu verwandten Begriffen und den notwendigen Eigenschaften und Fähigkeiten des Vermittlers soll seine Rolle für eine erfolgreiche Implementierung transparent gemacht werden.

Im letzten Kapitel soll auf die typische Aufbau- und Ablauforganisation eines Akutkrankenhauses in Österreich und der möglichen Positionierung des Vermittlers eingegangen werden. Die Aufbau- und Ablauforganisation hat hierbei vor allem zu klären, wer welche Aufgaben zu tun hat und wie diese zu erfüllen sind. Zusätzlich soll das in Österreich vorherrschende Führungsmodell der kollegialen Führung mit ihren Vor- und Nachteilen dargestellt und ihre Rolle für die erfolgreiche Implementierung eines Vermittlers näher beleuchtet werden.

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.

Geschichte und Modernismus scheinen Teil desselben Projekts zu sein. Ohne aber ein Konzept von Geschichte können jedoch kein Konzept des Modernismus und kein Konzept des Fortschritts bestehen. (Vgl. Gardner, 2005, 3)

2 Geschichte von Evidence-based Nursing (EbN)

Zur Lagebestimmung einer Disziplin gehört eine differenzierte Auseinandersetzung mit ihren historischen Wurzeln. Die Frage nach dem Woher, Wie und Warum EbN entstanden ist, ist sehr wichtig, weil der Glaube an ein Konzept das Handeln beeinflusst. (vgl. French, 2002, 250)

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.

Bereits ein flüchtiger Blick auf die einschlägige Literatur macht bewusst, dass es sich bei EbN keineswegs um eine simple, lineare und zusammenhängende Entwicklung handelt. Es ist auch keine lineare Entwicklung von der Vergangenheit über die Gegenwart in eine vorhersehbare Zukunft erkennbar, bei der man im besten Fall irgendwann bei einem Ziel landet. Gardener bevorzugt in diesem Zusammenhang die Vorstellung eines Wurzelstocks, dessen Strukturen dezentral, verzweigt und uneinheitlich sind. (vgl. Gardner, 2005, 3-4)

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

Gardener (vgl. 2005, 4) schreibt in seinen Ausführungen weiter, dass die Vergangenheit nicht ausgedehnt hinter uns liegt, sondern unter unseren Füßen liegt. Wir müssen graben. Was wir ausgraben sei keine längenmäßige Ausdehnung der Geschichte, sondern ein Querschnitt. Was wir ausgraben hänge auch davon ab, wie lange und wie tief wir graben und es gäbe keine einzig wahre, definitive Geschichte von Evidence-based Practice (EbP).

Die Geschichte der Krankenpflege hat auch ihre Schnittstellen mit der Geschichte der Medizin und so zeigt es sich, dass die Geschichte des Begriffes EbN auch unmittelbar mit dem Begriff Evidence-based Medicine (EbM) verbunden ist. Dieser gilt als Vorreiter und Vorbild für EbN und macht es daher notwendig, in diesem Kapitel genauer beleuchtet zu werden. Zusätzlich wird der Begriff EbN unmittelbar mit dem Namen Florence Nightingale

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)

Das 18. Jahrhundert ist jene Zeit, die als die Blütezeit der Medizin bezeichnet werden kann. Es schließt an die Entwicklungen des 17. Jahrhunderts an, führt sie kontinuierlich weiter und bringt all jene Ideen hervor, die „das 19. Jahrhundert nur ausgestaltet hat“. Es ist das Jahrhundert der Kritik am Kurfuscher und Scharlatan, der Rationalität und zugleich irrationaler Gegenbewegungen. (vgl. Strachota, 2002, 115-116)

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)

Die Sammlung und Einschätzung quantitativer Daten wurde zu einer üblichen Vorgangsweise im 18. Jahrhundert. Es war eine neue Kultur in der Medizin, gefördert von Männern mit sozialen Idealen und persönlichen Ambitionen. (vgl. Tröhler U. in Jorland G. et. al., 2005, 41-44)

1753 wurde von James Lind in Großbritannien eine der ersten kontrollierten klinischen Studien durchgeführt. Es war ein Versuch, den Skorbut mit Orangen und Zitronen zu behandeln. (vgl. Raspe in Kunz (Hrsg.), 2000, zit. nach Pocock 1983, 44)

Die Bezeichnung EbM findet sich erstmalig in dem 1793 publizierten Artikel „An attempt to improve the Evidence of Medicine“ des schottischen Arztes George Fordyce. (zitiert bei U. Tröhler: To Improve the Evidence of Medicine. The 18th Century British Origins of a Critical Approach. Edinburgh, Royal College of Physicians of Edinburgh²)

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

Der Beginn von EbM wird somit im 18. und beginnenden 19. Jahrhundert gesehen, wo die „medical arithmetic“ sich aus dem Modell der „political arithmetic“ entwickelte. Man bewegte sich mit der Statistik weg von der Vorstellung, dass etwas sicher wirkt, hin zu der Vorstellung von Wahrscheinlichkeiten, die man mit Forschung als sicher zu belegen versuchte. (vgl. Jorland G./Weisz. O., in Jorland G. et. al., 2005, 5)

„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)

Die Medizinische Arithmetik ist eine Methodologie der Beobachtung und des Experiments. Vor dem Hintergrund, dass im ausgehenden 18. Jahrhundert die Denktradition des Rationalismus vorherrschend war, wurde die Medizin ähnlich der Religion als eine Art Dogma gesehen. Die Methoden, welche die „alten Gelehrten“ vermittelten, wurden nicht hinterfragt.

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 Schwergewicht auf die Erfahrung und sinnliche Wahrnehmung legte.³

Der streng rationalistische Arzt zog seine Schlüsse aus der Pathogenese und der Pathophysiologie. Er zog seine Schlüsse deduktiv und es bestand, wenn er logische Argumente hatte, kein Anlass, diese mittels Testung zu hinterfragen, da seine Fragen rein theoretischer Natur waren. Hingegen testete der reine Empirist die Therapie, egal welches theoretische Konzept dahinter stand. Seine Hauptfrage war: „Kann diese Therapie wirken?“ Allein die Einschätzung seiner eigenen Beobachtung war wichtig für diesen Ansatz. (vgl. Tröhler U. in Jorland G. et. al., 2005, 25)

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

die einzig vorherrschende Krankheitslehre blieb. Sie war eine Doktrin. Nach diesem System wurde anderthalb Jahrtausende Medizin gelehrt und ausgeübt. Galen blieb bis ins 16. und 17. Jahrhundert, teilweise sogar bis ins 19. Jahrhundert hinein, eine unumschränkte Autorität. (vgl. Strachota, 2002, 61-67)

Die Rationalisten sprachen von einem sicheren Wissen, im Gegensatz dazu sprachen die Empiristen von Wahrscheinlichkeiten. Das sichere Wissen war alte Weisheit in Übereinstimmung mit göttlicher Enthüllung und eine aus Erfahrungen vergangener Zeiten gezogene wissenschaftliche und deduktive Logik. Wahrscheinliche Resultate kamen von Erfahrungen und Experimenten und waren eine auf Induktion basierte Logik. Die Rationalisten sahen in Krankheit eine Manifestation des Willen Gottes und die Heilung beruhte auf Wissenschaft, Lernen von „den Alten“ und Routine. Der empirische Ansatz von „Versuch und Irrtum“ war eine Methode der Chirurgen, Scharlatane und Quacksalber. Dieser Ansatz gehörte zu den Methoden der unteren sozialen Schicht, welche öffentlich mit ihrem Erfolg prahlte. Ein anständiger Arzt hatte es nicht notwendig ein solches Benehmen an den Tag zu legen, weil er, als ein gebildeter Mann, ein wertvolles Wissen besaß. (vgl. Tröhler U. in Jorland G. et. al., 2005, 25)

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 strenge 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

Population. (vgl. Cochrane, 1999, 36) Zusätzlich ist er der Meinung, dass sein Vorschlag zwar vielleicht nicht perfekt, aber man damit auf dem richtigen Weg sei. (vgl. Cochrane, 1999, 44)

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 Kohleminen. 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)

Zusammenfassend kann man das 18. Jahrhundert als die Zeit in der Entwicklung der modernen Medizin betrachten, in der ein Paradigmenwechsel, weg von einer rationalen Medizin hin zu einem empirisch - medizinischen Ansatz, stattfand. Die Grundlage für die Entwicklung von EbM wurde geschaffen und innerhalb von 2 Jahrhunderten entwickelte sich daraus die heute anerkannte Denkrichtung der modernen Medizin.

⁵ <http://www.payer.de/arztpatient/gesundheitsoekonomie02.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)

Solche und ähnliche Aussagen finden sich immer wieder, wenn man sich mit dem Thema EbN auseinandersetzt. In diesem Kapitel soll anhand des Lebens von Florence Nightingale geklärt werden, inwiefern diese große Pionierin der Pflege bereits die ersten Grundsteine von EbN gelegt und zur Professionalisierung der Pflege beigetragen hat.

In den „Notes on Nursing“ weist Florence Nightingale darauf hin, dass bei vielen Krankheiten der genaue Wert besonderer Heilmittel und Behandlungsmethoden keineswegs gesichert sei, während die allgemeine Erfahrung besagt, wie ungeheuer wichtig sorgfältige Krankenpflege ist, um den Ausgang der Krankheit zu bestimmen. (vgl. Nightingale, 2005, 24)

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

Frances und William Nightingale waren seit ihrer Heirat in Europa herumgereist als ihre zweite Tochter zur Welt kam. Sie wurde am 4. Juli 1820 auf den Namen Florence getauft, benannt nach ihrer Geburtsstadt. (vgl. Woodham-Smith, 1952, 9)

„Die Familie von Florence Nightingale war sehr wohlhabend und durch Heiraten mit einem weit verbreiteten Kreis anderer wohlhabender Familien verbunden.“ (Strachey, 1952, 3) Ihr Vater William Nightingale war der Erbe eines Vermögens und ihre Mutter Frances Nightingale war die Tochter einer sehr reichen Familie mit humanitärer Gesinnung. (vgl. Macrae, 2001, 3; vgl. Woodham-Smith, 1952, 12)

Das Leben von Florence Nightingale verlief dem Anschein nach reibungslos. Sie war jedoch niemals wirklich glücklich. Bereits im Alter von sechs Jahren war sie mit ihrem Leben sehr

unzufrieden. Unter einer scheinbar glatten Oberfläche herrschte ein wahres Treibhaus an Gefühlen. Über das innere Leben und Fühlen von Florence Nightingale weiß man sehr viel, weil sie die Angewohnheit hatte, sogenannte „persönliche Aufzeichnungen“ zu machen. Sie hatte in ihrer näheren Umgebung niemanden, mit dem sie sprechen konnte und deshalb vertraute sie sich dem Papier an oder schrieb Briefe. (vgl. Woodham-Smith, 1952, 14-26)

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.

Fast vierzig Jahre später, in einer Aufzeichnung aus dem Jahr 1874, bestätigte sie, die Stimmen viermal in ihrem Leben gehört zu haben. Einmal am 7. Februar 1837, dem Tag ihrer „Berufung“, dann im Jahr 1853, bevor sie ihre erste Stelle am Spital für arme Damen antrat, das dritte Mal vor dem Krimkrieg 1854 und das vierte Mal nach Sydnese Herberts⁸ Tod 1861. (vgl. Woodham-Smith, 1952, 27)

Dass eine Frau aus ihren Kreisen auf den Gedanken kommen könnte, einen Beruf auszuüben, war etwas fast Unvorstellbares für die damalige Zeit. Eine angemessene Arbeit zu finden, war schwierig für eine Dame der höheren Gesellschaft im 19. Jahrhundert. Frauen war der Zugang zur Universität oder zu irgendeiner anderen Profession verweigert. Die Betreuung von Kranken war den Angehörigen religiöser Orden vorbehalten. Die weltliche Pflege, wie sie in Krankenhäusern angeboten wurde, wurde von ungelernten Straßenfrauen durchgeführt, welche unter dem Ruf standen, betrunken und undiszipliniert zu sein. (vgl. Macrae, 2001, 11; vgl. Nightingale, 2005, 5-9)

Florence Nightingale und ihre Schwester wurden von ihrem Vater unterrichtet. Er unterrichtete sie in Griechisch, Latein, Deutsch, Französisch, Italienisch, Geschichte, Grammatik und Philosophie. (vgl. Nightingale, 2005, 9)

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.

mit den letzten Entwicklungen der Naturwissenschaften vertraut. Nachdem sie eine Schwäche für das Sammeln und Analysieren von Daten hatte, war sie sehr angetan von Statistischen Analysen. Cook (1913), ihr zuverlässigster Biograph, nannte sie eine „Passionierte Statistikerin“. Nightingale machte solch ausgedehnte Studien von Krankenhäusern und öffentlichen Gesundheitsstatistiken, dass sie eine der führenden Experten in Europa wurde. (vgl. Macrae, 2001, 6-7)

Sie verschlang heimlich die Berichte ärztlicher Kommissionen, die Schriften berühmter Hygieniker, die Entstehungsgeschichte von Krankenhäusern und Heimen. Bei den Auslandsreisen mit ihrer Familie besuchte sie sämtliche Krankenhäuser, so dass es bald kaum noch ein großes Krankenhaus in Europa gab, das sie nicht kannte. Sie schaute bei Untersuchungen zu und war bei Operationen zugegen. Sie ermöglichte es sich, eine paar Tage in einer Klosterschule in Rom und ein paar Wochen als „Soeur de Charité“ in Paris zu verbringen und als ihre Mutter und Schwester zur Kur in Karlsbad waren, gelang es ihr 1951, für drei Monate in einem Krankenhaus in Kaiserswerth, dessen Ärztlicher Leiter ein Freund der Familie war, eine Ausbildung zu machen. Die Erfahrungen, die sie dort als Pflegerin erwarb, bildeten die Grundlage ihres ganzen späteren Wirkens und bestimmten endgültig ihre Laufbahn. (vgl. Strachey, 1952, 7; vgl. Nightingale, 2005, 10; vgl. Woodham-Smith, 1952, 114)

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 ausgeglichenen Ausgaben und einer gewissenhaften Buchführung abhinge. (vgl. Woodham-Smith, 1952, 123)

Im März 1854 hatten England und Frankreich Russland den Krieg erklärt. Im September waren die alliierten Truppen auf der Krim gelandet. Harley-Street war somit für Florence Nightingale nur die Generalprobe gewesen. Jahrelang hatte sie sich vorbereitet. Wäre der Krieg ein paar Jahre früher gekommen, so hätte es ihr noch an Erfahrung gefehlt und ein paar Jahre später wäre sie vielleicht schon zu alt gewesen für diese aufreibende Arbeit oder schon mit etwas anderem beschäftigt und unabhkömmlich. (vgl. Woodham-Smith, 1952, 131-132; vgl. Strachey, 1952, 10)

Die Zustände im Krimkrieg waren verheerend und erstmals in der Geschichte gab es auch Kriegsberichterstatter. Die Times berichtete von diesen Missständen, was zu Empörung und Protesten innerhalb des Volkes führte. Sidney Herbert war im Dezember 1852 Kriegsminister geworden und war nun für die Betreuung der Kranken und Verwundeten verantwortlich. Florence Nightingale schrieb einen Brief an Sidney Herbert, in dem sie ihre Dienste im Orient anbot. Dieser Brief kreuzte sich mit dem Brief von Sidney Herbert, in dem er sie darum bat, diesen Dienst anzutreten. Florence Nightingale kam somit am 4. November 1854 in Skutari an, einer Vorstadt von Konstantinopel auf der asiatischen Seite des Bosphorus. (vgl. Woodham-Smith, 1952, 134-135; vgl. Strachey, 1952 10-13)

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“.⁹

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)

Florence Nightingale hatte es geschafft, dass in der öffentlichen Wertschätzung ein Wandel passiert war. Florence Nightingale hat vorgelebt wie eine Krankenschwester zu sein hat. (vgl. Woodham-Smith, 1952, 274; vgl. Legere, 1984, 167)

Die Arbeit auf der Krim war nur der Beginn. Ihr eigentliches Leben begann genau in dem Augenblick, wo es nach volkstümlicher Vorstellung geendet hatte. (vgl. Strachey, 1952, 33)

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)

Nach dem Krimkrieg schaffte sie es, dass eine königliche Kommission einberufen wurde, welche nach ihren Vorschlägen Anweisungen erhielt. Unter den Mitgliedern der Kommission befand sich unter anderem ein Dr. Farr. Er war ein Pionier der Statistik, die damals noch in ihren Kinderschuhen steckte. Sie wollte mit seiner Hilfe einen statistischen Vergleich zwischen der Krankheits- und Sterbequote in Kasernen und im zivilen Leben ausarbeiten. Statistisches Material über die britische Armee gab es überhaupt noch nicht. Sie tat echte Pionierarbeit, als sie die zivilen und militärischen Einrichtungen, Kasernen, Krankenhäuser, Heime und Gefängnisse besuchte, um statistische Daten zu erfassen. (vgl. Woodham-Smith, 1952, 287-301)

1858 erschien eine unsignierte Flugschrift von Florence Nightingale, „Die Sterblichkeit in der britischen Armee“, die eines der frühesten, wenn nicht überhaupt das früheste, Beispiel einer Darstellung statistischer Tatsachen durch bildhafte Tabellen ist. Florence Nightingale glaubte, diese Methode erfunden zu haben. Die Tatsache, dass der größte Teil der Todesfälle auf der Krim nicht durch den Krieg, sondern durch vermeidbare Missstände, verursacht worden war, und dass die Sterblichkeit in den Kasernen doppelt so hoch lag wie im zivilen Leben, prägte sich mit Hilfe von bunten Kreisen und Keilen auf den ersten Blick ein. (vgl. Woodham-Smith, 1952, 328)

Ein weiteres Ergebnis aus ihrem reichen Schatz an Erfahrungen und Erkenntnissen, die sie an den Krankenlagern von Skutari und auf der Krim gesammelt hat, ist ihr Werk „Notizen für Hospitäler“, das 1859 erschienen ist. (vgl. Legere, 1984, 172)

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)

Florence Nightingale hatte schon sehr früh erkannt, dass die Krankenpflege eine gewisse Schulung voraussetzt. Weder sie selbst, noch irgendjemand den sie kannte, hatte Pflegen gelernt. Sie hatte wie auch alle anderen geglaubt, dass man, um den Kranken zu helfen, nur zartfühlend, mitleidig, gütig und geduldig sein müsse. Ein paar kurze Versuche (die Pflege ihrer Großmutter und ihrer Kinderfrau) hatten ihr aber sehr schnell gezeigt, dass nur Wissen und geschulte Erfahrung Erleichterung brachte, und dass sie ihre Bestimmung, den Kranken zu helfen, nur erfüllen konnte, wenn sie mit Wissen ausgerüstet war. (vgl. Woodham-Smith, 1952, 65-66) Den Weg zu diesem Ziel sah sie in einer sorgfältigen Ausbildung und Vorbereitung der Krankenpflegerinnen auf ihren Beruf in einer vom Krankenhaus

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

Am 29. November 1855 war eine Versammlung einberufen worden, in der die Schaffung eines „Nightingale Fonds“ beschlossen worden war, mit dessen Hilfe sie eine Schulungsstätte für Pflegerinnen gründen sollte. (vgl. Legère, 1984, 147-148)

Ein Teil des Nightingale-Fonds war dazu verwendet worden, eine Hebammenschule zu errichten. Als auf der Endbindungsstation Kindbettfieber ausbrach und sich zu einer Epidemie entwickelte, musste man die Schule schließen. Nightingale machte sich zusammen mit der Hilfe von Dr. Sutherland daran, Fakten und Zahlen zu sammeln, auf denen man eine Statistik aufbauen konnte. Die Untersuchung legte den Schluss nahe, dass die Sterblichkeitsziffer in Wöchnerinnenheimen und Spitälern viel höher war als bei Hausentbindungen, so arm und unhygienisch manche dieser Wohnungen auch waren. 1871 wurde ein schmales Bändchen unter dem bescheidenen Titel „Introductory notes on Lying- in Institutions“ veröffentlicht. Sie kam darin zu dem Schluss, dass man kleine Einzelzimmer einführen müsse, um der hohen Sterblichkeitsquote bei Geburten zu begegnen. Als sie dieses schrieb, standen die großen Entdeckungen der Bakteriologie noch zehn Jahre aus. (vgl. Woodham-Smith, 1952, 445-446)

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.

Ein Kapitel widmet sie der Ansicht, dass jede Frau von Natur aus eine Krankenschwester zu sein scheint: „Es scheint eine allgemein verbreitete Vorstellung unter Männern und sogar Frauen selbst zu sein, dass es nichts als einer Enttäuschung in der Liebe bedarf, des Fehlens eines Zieles, eines allgemeinen Überdrusses oder Unfähigkeit zu anderen Dingen, um eine Frau zu einer guten Krankenschwester zu machen. ... Dies erinnert mich an eine Gemeinde, in der ein dummer alter Mann als Schulmeister eingesetzt wurde, weil er über das Schweinehüten hinaus war.“ (Nightingale, 2005, 195) Bald nach ihrem Erscheinen wurde diese Schrift auch ins Deutsche, Französische und Italienische übersetzt. (vgl. Legere, 1984, 174)

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,

Pflegerinnen hervorzubringen, die in der Lage waren, wieder andere auszubilden. Die Nightingale-Pflegerinnen durften keine Privatpflege übernehmen, sie sollten Posten in Spitälern und öffentlichen Anstalten besetzen und dort das allgemeine Leistungsniveau heben. (vgl. Woodham-Smith, 1952, 346-353)

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)

Zwischenzeitlich übernahm sie die königliche Sanitätskommission für die indische Armee. Sie verwendete unter anderem Fragebögen, um den Ist-Zustand der Armee zu eruieren, die sie dann zusammen mit Dr. Sutherland und Dr. Farr auswertete. Ihre Anmerkungen zu diesem Bericht fasste sie unter dem Titel „Beobachtungen von Miss Nightingale“ zusammen. Nach den „Notes on Nursing“ sind diese „Observations“ die Lesenswertesten ihrer Schriften. (vgl. Woodham-Smith, 1952, 401-403)

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)

„1887, im Jahr von Miss Nightingales Jubiläum, hatten allein zwanzig Spitälern, Anstalten und Organisationen Oberinnen oder Leiterinnen, die an der Nightingale-Schule ausgebildet worden waren. Gruppen von Pflegerinnen unter der Leitung einer von ihr geschulten Vorsteherin waren nach Sidney, Montreal, Indien, Ceylon, Deutschland, Schweden und nach den Vereinigten Staaten gegangen. An verschiedenen Orten waren nach dem Muster der Nightingale-Schule und unter der Aufsicht ihrer Oberinnen Ausbildungsstätten für Pflegerinnen errichtet worden.“ (Woodham-Smith, 1952, 505-506)

„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)

Vom Wirken für die Armee war sie fortgeschritten zum Wirken für die Nation und die Welt. Sie besuchte alle Spitäler in London, Dublin und Edinburgh, viele Landkrankenhäuser, verschiedene Marine- und Heereslazarette in England und alle Spitäler in Paris. Sie besichtigte Spitäler in Berlin, Rom, Alexandria, Konstantinopel und Brüssel sowie eine Reihe französischer und sardinischer Kriegslazarette. Das war eine Erfahrung, wie sie außer ihr kein Mensch in Europa besaß. (vgl. Woodham-Smith, 1952, 343)

In den „Notes on Nursing (1860/1969)“ schrieb sie, dass präzise Beobachtung das Fundament von wissenschaftlich basierter Pflegepraxis sei. Mit Hilfe der Beobachtung, unterstützt durch statistische Analysen, habe man die Möglichkeit, über die Naturgesetze der Heilung zu lernen. Es sei der Mangel an exakter Beobachtung, welcher am meisten die Entwicklung eines Wissens über Krankenpflege behindere. (vgl. Macrae, 2001, 77)

Auch heute findet man in der Pflegepraxis noch häufig tradiertes Wissen in Form von Ritualen, welches, vertreten durch Autoritätspersonen, verbindlichen Charakter erhält. (vgl. Mayer 2002, 15) Florence Nightingale hätte dem bereits entgegnet: „Nun gibt es keinen Grund für B, etwas zu tun, weil A es tat – es sei denn, die Ergebnisse von dem, was A getan hatte, waren erwiesenermaßen gut.“ (Nightingale, 2005, 201)

Florence Nightingale wollte die Dinge nicht einfach hinnehmen, sondern sie wollte die letzte Ursache finden. Sie wollte durch Vergleich vieler ähnlicher Fälle Erkenntnisse sammeln. Sie spielte auch mit den Gedanken, ob es möglich sei, in Oxford eine Dozentur oder Professur für angewandte Statistik zu errichten. Ein Plan, der sich allerdings nicht verwirklichen ließ. (vgl. Woodham-Smith, 1952, 517; vgl. Legère, 1984, 76)

Am 13. August 1910, nachmittags halb zwei Uhr, stirbt Florence Nightingale. Sie wurde neunzig Jahre und drei Monate alt. Die Regierung bot ihrer Verwandtschaft an, sie in der Westminster Abbey beizusetzen. Dem Wunsche von Florence Nightingale entsprechend wurde das Angebot abgelehnt.

„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)

Der Begriff „Evidence-based Nursing“ existierte zu Lebzeiten von Florence Nightingale noch nicht. Zusammenfassend kann man aber aufgrund ihrer Arbeit um und für die Krankenpflege zu Recht behaupten, dass EbN bereits ihren Anfang mit den Arbeiten von Florence Nightingale genommen hat.

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.

Die Rahmenbedingungen, unter denen sich die moderne Krankenpflege entwickelte, unterscheiden sich in wesentlichen Punkten zwischen England und dem restlichen Europa, weil durch die Gründung der anglikanischen Staatskirche und durch die damit verbundene Aufhebung aller Klöster die Tradition der katholischen Pflegeorden in England unterbrochen wurde. (vgl. Seidler, 1993, 200)

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

Internationalen Rotkreuzbewegung wurde in späterer Folge auch für die Friedenskrankenpflege von entscheidender Bedeutung. (vgl. Seidler, 1993, 205-206; vgl. Wolff, 1994, 158-159; vgl. Möller et. al., 1994, 79-81; vgl. Bauer, 1965, 241; 243; vgl. Strobl/Rettig, 1993, 36-37; vgl. Katscher, 1962, 74-75)

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

1. Die katholische Ordenspflege

Die Tätigkeit der katholischen Ordenspflege stellte von der Organisation, der Zielsetzung und den Anforderungen keine eigentliche Erneuerung dar. Man war hier nach wie vor der Meinung, dass jede Frau von Natur aus eine Krankenschwester sein müsste und es nur einen gesunden Menschenverstand, Mitgefühl, Achtsamkeit, Ruhe... bedürfe, um die Tätigkeiten einer Krankenschwester verrichten zu können. (vgl. Seidler, 1993, 195)

2. Die evangelische Diakonie

Die protestantischen Entwürfe einer Pflege orientierten sich am katholischen Vorbild. Nach Vorarbeiten von Amalie Sieveking, Johann Daniel Neigebaur, dem Freiherrn von Stein und Johannes Evangelista Goßner war es letztlich Theodor Fliedner, ein Lehrer Florence Nigthingales, der den größten Einfluss auf die protestantisch organisierte Pflege hatte. Durch einen sorgfältig konzipierten theoretischen Unterricht hat er den Typ einer neuzeitlichen Schwesternausbildung vorbereitet und damit letztlich der Verbreitung einer christlichen Berufsethik neue Wege gewiesen. (vgl. Seidler, 1993, 195-199; vgl. Möller et. al., 1994, 67-68; vgl. Katscher, 1962, 62-73)

3. Die weltlichen Mutterhausverbände

Beim Mutterhaussystem diente das Mutterhaus satzungsgemäß dem Zusammenschluss der Schwestern zur Pflege, der Zusammengehörigkeit und ihrer Berufsausübung in karitativem Geiste und eines Gemeinschaftslebens auf religiös-sittlicher Grundlage. Dem Mutterhaus angehörig blieben die Krankenpflegerinnen teilweise ein Leben lang und statt eines Gehaltes wurde nur ein Taschengeld bezahlt sowie freie Unterkunft und Verpflegung zur Verfügung gestellt. Nach traditioneller Vorstellung war eine Bezahlung der Pflege etwas Herabwürdigendes und daher schlossen die Krankenanstalten ihre Verträge direkt mit den Mutterhäusern ab. (vgl. Seidler, 1993, 206; vgl. Möller et. al., 1994, 78-96)

4. Die freiberufliche Krankenpflege

Die freiberuflichen Krankenpflegerinnen hatten früher vielfach einem Verband angehört und waren wegen der strengen Reglements der Mutterhäuser und besserer Verdienstmöglichkeiten in die Privatkanenpflege gewechselt. Die Arbeitsbedingungen waren meist katastrophal. Da noch kein allgemein verpflichtendes Ausbildungskonzept existierte, befanden sich unter den nicht organisierten Pflegerinnen viele schlecht oder gar nicht ausgebildete Frauen, deren mangelnde Qualifikation den ganzen Stand in Verruf zu bringen drohte. Ihre schlechte Ausbildung und die großen sozialen Probleme waren zentraler Diskussionspunkt der beginnenden Auseinandersetzung um die „Berufsfindung Krankenpflege“. (vgl. Seidler, 1993, 208, 211)

Bis zum Ende des 18. Jahrhunderts stand die Pflege außerhalb des gesetzlichen Kompetenzbereiches. Sie wurde als private Wohltätigkeit oder als freie Lohnarbeit ausgeübt. (vgl. Wolff, 1994, 105).

Im 19. Jahrhundert gab es bereits diverse Einrichtungen, in welchen Krankenpflege unterrichtet wurde. So gründete 1801 Dr. May in Verbindung mit der Heidelberger Universität eine „Schule für Gesundheits- und Krankenwärterlehre für weibliche Zöglinge“. Diese ist jedoch auf Widerstand gestoßen, da Frauen zu dieser Zeit in den universitären Hörsälen nicht geduldet waren. (vgl. Bauer, 1965, 171)

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

In Magdeburg bildete Christian Ferdinand Laue im Jahre 1822 "mehrere ordentliche Frauen in der Kunst der Krankenpflege aus." (vgl. Wolff, 1994, 140)

Die Krankenwärter-Schule am Königlichen Charité-Krankenhaus in Berlin nahm ihre Ausbildung 1832 auf und anders als bei den meisten anderen Schulen in Deutschland endete hier die Ausbildung von Krankenwärtern nicht mit dem Tod des sich dafür engagierenden Arztes. (vgl. Wolff, 1994, 140; vgl. Bauer, 1965, 200)

1855 gründete Florence Nightingale mit Hilfe eines Fonds die erste unabhängige Krankenpflegeschule. Mit der Florence Nightingale-Schule im Thomaspital und weiteren Neugründungen in der Folgezeit beginnt die erste Pionierstufe der modernen Krankenpfleges Schulung. (vgl. Bauer, 1965, 237-241) Danach entstanden auch in Australien und der USA Krankenpfleges chulen nach dem Vorbild der Nightingale-Schule.

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 mangelndes berufliches Standesbewusstsein hin. (vgl. Seidler, 1993, 213)

Ein zusätzliches Problem bestand darin, dass bis zum Ende des 19. Jahrhunderts die Krankenpflege fest unter ärztlichem Kommando stand. Wo immer es möglich war, setzten sich die Ärzte an die Spitze der Krankenpflege als Krankenpflege-Lehrer, als Lehrbuch-Autoren, als Interessensvertreter und als Herausgeber von Fachzeitschriften. (vgl. Wolff, 1994, 174) In Österreich war Prof. Dr. Billroth der Verfasser der ersten österreichischen Krankenpflegeliteratur. (vgl. Strobl/Rettig, 1993, 39)

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

Krankenpflege zu sorgen und gleichzeitig immer wieder Neuland erobern zu müssen, entdeckte die Ärzteschaft auch die Krankenpflege als wissenschaftliches Betätigungsbereich. Eine der ersten wissenschaftlichen Arbeiten stammt von dem Arzt Martin Mendelsohn (1860-1930). Mendelsohn hielt 1898 vor der jährlichen Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte einen Vortrag über „Die Stellung der Krankenpflege in der wissenschaftlichen Therapie“. (vgl. Wolff, 1994, 168-170)

1901 war Neuseeland das erste Land, das eine gesetzliche Registrierung von geprüften Krankenpflegepersonen durchführte. Ihm folgte 1902 Kuba und 1903 drei Länder in den USA. (vgl. Bauer, 1965, 280) In Deutschland erschien 1938 ein „Gesetz zur Ordnung in der Krankenpflege“. (vgl. Bauer, 1965, 300)

Die erste gesetzliche Regelung der Krankenpflege in Österreich erfolgte 1914 durch eine Verordnung des Innenministeriums, die bis 1938 gültig war. 1938-1945 galten die Bestimmungen der deutschen Krankenpflegeverordnung und von 1949- 1961 waren es die österreichischen Verordnungen zur Ausübung der Krankenpflege. (vgl. Strobl/Rettig, 1993, 39) Das erste österreichische Krankenpflegegesetz stammt aus dem Jahre 1997. (vgl. Weiss-Fassbinder/Lust, 2000, 16)

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)

Es war die USA, die 1907 als erstes Land an der Pädagogischen Akademie der Columbia-Universität in New York den ersten Hochschullehrstuhl für Krankenpflege einrichtete und an der Universität von Minnesota wurde 1910 ein kombiniertes fünfjähriges Studium für Krankenschwestern eingerichtet, welches mit dem akademischen Grad eines Bachelors abschloss. (vgl. Wolff, 1994, 258; vgl. Bauer, 1965, 282; vgl. Mayer, 2007, 47)

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)¹⁰

Die Beteiligung der Pflege an der Forschung hat sich im Laufe der letzten 150 Jahre sehr stark verändert. Den ersten Untersuchungen von Florence Nightingale folgten Studien zur Pflegeausbildung in den 1930er und 1940er Jahren. In den 1950er und 1960er Jahren wurde Forschung über die Pflegenden und über Pflegerollen durchgeführt. Erst in den 1970er Jahren bis in die 1990er Jahren konzentrierten sich die Pflegestudien zunehmend auf klinische Probleme und erzielten Ergebnisse, die einen Einfluss auf die Pflegepraxis hatten. Die klinische Forschung soll auch im 21. Jahrhundert den Mittelpunkt bilden mit dem Ziel, eine evidenzbasierte Pflege zu entwickeln. (vgl. Burns et. al., 2005, 9) Die klinische Forschung fand bis jetzt hauptsächlich in den englischsprachigen Ländern, vornehmlich in den USA und Großbritannien, statt. Österreich, wo die Pflege erst seit wenigen Jahren wissenschaftlich wurde, steht hier noch ganz am Anfang.

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.¹¹

Im Herbst 1999 wurde nach §17 Universitätsstudienengesetz ein 8 Semester dauerndes Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft an der Universität Wien etabliert.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.¹³

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

¹⁰ <http://www.nursing.manchester.ac.uk/ukchnm/archives/nurseleaders/lisbethhockey/biography>, Zugriff am 24.06.2009 um 09:15 Uhr

¹¹ <http://www.ebn.at>, Zugriff am 31. 10. 2009 um 09:00 Uhr

¹² <http://www.oegkv.at>, Zugriff 31.10.2009 um 20:00 Uhr

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:

Art der Einrichtung	Standort	Universität	Art des Angebotes
Öffentliche Universität	Wien	Universität Wien ¹⁵	Individuelles Studium Pflegewissenschaft auslaufend bis 2013
			mit WS 2010/11 Masterstudium mit aufbauendem Doktoratstudium
Öffentliche Universität	Graz	Medizinische ¹⁶ Universität Graz	Bachelorstudium Gesundheits- und Pflegewissenschaft
			Masterstudium Gesundheits- und Pflegewissenschaft mit aufbauendem Doktoratstudium
Private Universität	Hall in Tirol	UMIT ¹⁷	Bachelorstudium Pflegewissenschaft und Kombistudium Pflege
			Masterstudium Pflegewissenschaft
			Doktoratstudium Pflegewissenschaft
Private Universität	Linz	UMIT	Bachelorstudium Pflegewissenschaft und Kombistudium Pflege
Private Universität	Wien	UMIT	Bachelorstudium Pflegewissenschaft und Kombistudium Pflege
			Masterstudium Pflegewissenschaft
Private Universität	Salzburg	Paracelsus med. Univ. ¹⁸	Kombistudium Pflege
			Bachelorstudium Pflegewissenschaft durch Onlinestudium
Fachhochschule	Wien	FH Campus Wien ¹⁹	Bachelorstudium Gesundheit und Krankenpflege

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.uit.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

Art der Einrichtung	Standort	Universität	Art des Angebotes
Fachhochschule	Krems	FH Krems ²⁰	Bachelorstudium Gesundheitsmanagement
			Masterstudium Gesundheitsmanagement
Fachhochschule	Salzburg	FH Salzburg ²¹	Bachelorstudium Gesundheits- und Krankenpflege
Fachhochschule	Feldkirchen	FH Kärnten ²²	Bachelorstudium Gesundheits- und Pflegerwissenschaften
			Masterstudium Gesundheitsmanagement
Fachhochschule	Wiener Neustadt	FH Wiener Neustadt - Rudolfinerhaus ²³	Bachelorstudium "Health Studies" inklusive Berufsberechtigung für Gesundheits- und Krankenpflege
Weiterbildungs- universität	Krems	Donau- universität ²⁴	Lehrgänge in Gesundheits- und Pflegeberatung/Pädagogik/ Management...

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> Zugriff 17.08.2010 um 11:00 Uhr

²¹ <http://www.fh-salzburg.ac.at> Zugriff 17.08.2010 um 12:00 Uhr

²² <http://www.fh-kaernten.ac.at> Zugriff 17.08.2010 um 22:00 Uhr

²³ <http://www.rudolfinerhaus.at> Zugriff 17.08.2010 um 23:00 Uhr

²⁴ <http://www.donau-uni.ac.at> Zugriff 17.08.2010 um 23:00 Uhr

²⁵ <http://www.ebn.at/cms/beitrag/10043612/1486440/>, Zugriff am 24. 09. 2009 um 11:00 Uhr

3 Evidence-based Nursing (EbN)

Die in der Literatur verwendeten Definitionen von Evidence-based Nursing (EbN), die in ihrer Grundaussage ähnlich sind, erfordern eine genauere Auseinandersetzung mit diesen. Der Begriff EbN kommt primär aus der Denktradition der Medizin und wurde als Begriff von Evidence-based Medicine (EbM) übernommen. EbN kann somit als das zu EbM analoge Konzept für die Pflege betrachtet werden. (vgl. Thiel, 2001, 268)

Zusätzlich hat sich im Laufe der Zeit ein zum Teil synonymes Verwenden von ähnlichen Begriffen, wie z.B. forschungsbasierte Arbeit, Evidence-based Practice oder Evidence-based Healthcare in der Literatur entwickelt. Im folgenden Kapitel werden daher sowohl Definitionen von EbM als auch von EbN sowie der Begriff und das Konzept „Evidence“ bzw. „Evidence-based“ diskutiert. Es findet eine Auseinandersetzung mit der externen Evidence vor dem Hintergrund qualitativer und quantitativer Forschung sowie deren Bedeutung für EbN statt. Um inmitten der Masse an Publikationen in der Lage zu sein deren Qualität und Brauchbarkeit bewerten zu können widmen sich zwei Unterpunkte den Evidenzhierarchien und Gütekriterien. Abschließend soll mit Hilfe des Forschungsanwendungsprozesses jene Tätigkeit beleuchtet werden, die das von der Forschung erzeugte Wissen kommuniziert und nutzt, um eine Veränderung oder Neuerung in der Praxis zu bewirken.

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.

In der freien Enzyklopädie (vgl. Wikipedia 2008, 1) steht unter dem Begriff EbM, dass es jede Form von medizinischer Behandlung ist, bei der patientenorientierte Entscheidungen ausdrücklich auf Basis von bewiesener Wirksamkeit getroffen werden.

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

Wissenschaft und Berufspraxis der Pflege zum Nutzen pflegebedürftiger Menschen kooperieren.

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)

Definitionen, wie die von Hassler, Schnell und der CNA, stehen in der Kritik, in erster Linie den Einklang mit der Forschung zu betonen und dadurch zu einer Art „Kochbuchmedizin/pflege“ zu werden.

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 wohlüberlegten 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

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.

Cullum (vgl. 2000, in Grypdonck, 2004, 35) definiert EbN als den Prozess, bei dem Pflegende klinische Entscheidungen auf der Basis der besten vorliegenden Forschungsergebnisse sowie ihrer eigenen klinischen Erfahrung, der Vorlieben der Patienten und den vorhandenen Mitteln treffen.

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)

Insgesamt kann man feststellen, dass der Schritt hin zu einer evidenzbasierten Praxis ein Schritt ist weg von einer unmethodologisch, intuitiven Pflege, basierend auf Tradition, hin zu einer Pflege, basierend auf einer präzisen Beobachtung, klaren Entscheidungsfindung und angemessenen Vorgehensweise für individuelle Patienten. (vgl. McSherry, 2006, 104)

Die klinische Expertise war immer schon ein Teil der Pflege und in Zeiten der Emanzipation von Patienten ist es zunehmend nicht mehr möglich, ihre Wünsche und Vorstellungen auszuklammern, abgesehen davon, dass sich Krankheit nicht immer in völlig identischer Weise zeigt bzw. subjektiv unterschiedlich erlebt wird. Der neue Aspekt bei einer evidenzbasierten Pflege ist jedoch der Einbezug der Forschung in Kombination mit der klinischen Expertise und den Wünschen der einzelnen Patienten. Die Entscheidung für eine Pflegehandlung muss argumentiert werden. Dazu benötigt man eine systematischere Vorgehensweise als das möglich ist, wenn man sich auf Tradition, Intuition und das einmal Gelernte verlässt.

“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 Ursprung des Begriffspaares „Evidence-based“ wird in den Gesundheitsberufen, wie bereits erwähnt, allgemein auf die Medizin zurückgeführt. Entwickelt wurde der Begriff zur Beschreibung einer Klinischen Lernstrategie an der McMaster Medical School in Kanada in den 80er Jahren und markierte einen Paradigmenwechsel weg von Medizinischer Praxis, basierend auf Beobachtung und Erfahrung, hin zu Systematischer Forschung für präzise wissenschaftliche Evidenz. Nach primärer Verwendung des Begriffes EbM zogen es gleichzeitig viele Autoren vor, den Begriff Evidence-based Practice (EbP) synonym zu verwenden. Die EbP-Bewegung kann daher ebenfalls bis auf das Jahr 1980 zurückverfolgt werden. (vgl. Evidence-based Medicine Working Group, 1992; vgl. Thiel et. al. 2001, 268; 273)

Der Terminus Evidence-based wurde vom deutschen Cochrane Zentrum²⁷ 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“ bedeutet wörtlich übersetzt „Beweis“. Das deutsche Wort „Evidenz“ bedeutet allerdings „augenscheinlich“ und Augenscheinliches bedarf keiner weiteren Überprüfung. (vgl. Benesch, 2006, 12; vgl. Harsieber, 2006, 8; vgl. Mayer, 2003, 14; vgl. Schlömer, 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 Zweifellooses.

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.

Im englischen Sprachgebrauch werden mit „evidence“ Belege für die Richtigkeit einer Tatsache bezeichnet. Im deutschen Sprachgebrauch wird dem Begriff „Evidenz“ eine wesentlich breitere Bedeutung attestiert. Viele verstehen vorwiegend ihre persönliche Erfahrung als „Evidenz“. (vgl. Porzsolt, Sigl, in Perlet/Antes, 1998, 39)

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

Bezüglich der Frage nach dem Konzept EbN kommt French (vgl. 2002, 250) in seiner Analyse zu dem Schluss, dass Evidence-based ein Euphemismus für Begriffe wie Informationsmanagement, Klinische Entscheidungsfindung, Professionelle Praxisentwicklung oder kostensparende Präventivmedizin ist. Seiner Ansicht nach ist ungenügend Evidenz vorhanden um zu zeigen, dass EbN ein einzelnes Gedankengebäude oder ein Prozess ist, den man unabhängig von den obigen Begriffen sehen kann.

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)

Die beiden in Konflikt stehenden Sichtweisen von Evidence-based, nämlich dass es beides ist, ein neues Paradigma und ein alter traditioneller Weg der Praxis, existieren in der Literatur einträchtig nebeneinander. Diese beiden Sichtweisen bringen es mit sich, dass Evidence-based auf zwei verschiedene Arten, für zwei verschiedene Audienzen präsentiert wird. Einmal als etwas Aufregendes und Neues für Akademiker und Forscher und ein anderes Mal als eine sichere, nicht-bedrohliche, familiäre Sache für Praktiker. (vgl. Gardner, 2005, 2)

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 „What counts as evidence in evidence-based practice?“ (vgl. Rycroft-Malone et. al. 2004a, 81) beschreiben sie vier Typen von Evidenz in der Durchführung von Pflege, nämlich Forschung, klinische Erfahrung, Patientenerfahrung und Informationen aus dem lokalen Kontext. Auf diese Weise werden zwei verschiedene Ansätze zusammengebracht, der externe Ansatz – die Forschung, und der interne Ansatz – die Intuition.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Bedeutungsübertragung an Evidenz nicht nur für Krankenpflegepersonen, sondern für alle Gesundheitsberufe problematisch ist. Generell gibt es zwei Lager bezüglich dessen was „Evidenz“ ausmacht. Die einen argumentieren für eine umfassendere Bedeutung des Begriffs „Evidenz“, wie das Vier-Säulen-Modell, die anderen argumentieren restriktiver. Sie sind der Meinung „Evidenz“ sei nur auf das beschränkt, was auf Forschung basiere. (vgl. Rycroft-Malone, 2006, 107) Rolfe (vgl. 1999, 434) argumentiert in ihrem Artikel, dass EbN passender beschrieben wäre als das Modell einer reflektiven Praxis als ein Modell der research-based practice (RbP). Es wurden auch

schon Vorschläge gemacht, den Begriff EbM in Evidence-based Health Care (EbH) auszuweiten. Das scheint eine Verschiebung zu sein in der Kultur von Gesundheitsprofessionen weg von der Entscheidungsfindung, basierend auf Meinungen und Ansichten, vergangener Praxisgewohnheiten oder Präzedenzfällen, hin zu der Verwendung von mehr Wissenschaft, Forschung und Evidenz für die Entscheidungsfindung. (vgl. Leys, 2003, 219)

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.

Die klinische Expertise oder Interne Evidenz umfasst die Überzeugungen, die an das Diplomierte Krankenpflegepersonal gebunden sind. In diesem Zusammenhang sei neben der Ausbildung der Krankenpflegeperson auch ihre persönliche klinische Erfahrung genannt. Die Interne Evidenz beinhaltet auch Anerkennung und Reputation, die mit bestimmten pflegerischen Handlungen verbunden sind sowie gesetzliche und organisationsinterne Vorschriften, ungeschriebene Faustregeln, stationsinterne Richtlinien und Empfehlungen. (vgl. Behrens/Langer, 2006, 34; vgl. Craig, 2002, 44) Nicht zu vernachlässigen sind auch

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

Der Experte wendet seine praktische Erfahrung nicht unkritisch an, sondern kommt zu seiner professionellen klinischen Entscheidung basierend auf seinem praktischen Wissen, dem forschungsbasierten Wissen und seinem persönlichen Wissen über jeden individuellen Patienten. (vgl. Rolfe, 1999, 437) Wenn man sich fragt, wann genügend Evidenz vorliegt, um EbN zu praktizieren, muss die Antwort ein subjektives Element enthalten. Die Evidenz ist nämlich erst dann ausreichend, wenn die kritische Pflegeperson meint, dass dies der Fall ist. (vgl. Köberling in Fischer/Bartens, 1999, 266)

Evidenz von Forschung ist stärker, wenn sie zusammenpasst mit der klinischen Erfahrung. Das beweist wiederum, dass Evidenz ein soziales Konstrukt ist. Es gibt keinen klaren Schnitt zwischen Evidenz von Forschung und Evidenz von klinischer Erfahrung. Beides ist wichtig. (vgl. Rycroft-Malone et. al., 2004a, 85)

Klinische Erfahrung und Fachkenntnisse befinden sich in der Regel am unteren Ende der Evidenzhierarchie. Dennoch werden sie herangezogen, wenn es darum geht zu entscheiden, ob eine Studie es wert ist, in einem bestimmten Journal publiziert zu werden bzw. ein Urteil über ihre Qualität zu fällen.

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?

Auf die meisten Entscheidungen im Gesundheitswesen haben eben diese zur Verfügung stehenden Ressourcen einen Einfluss. Patienten in einem kleineren Bezirkskrankenhaus haben nicht den Zugang zu den gleichen Behandlungsoptionen wie Patienten in z. B. einer großen Universitätsklinik. (vgl. DiCenso, 2005, 4-5)

Die Praxis des Gesundheitswesens findet unter den verschiedensten Rahmenbedingungen, Gemeinschaften und Kulturen statt. Diese werden auch beeinflusst von z. B. nationaler und lokaler Politik, wirtschaftlichen, sozialen, steuerlichen, geschichtlichen und psychosozialen Faktoren. Das Umfeld, in dem Pflege stattfindet, hat Grenzen und Strukturen, die zusammen die Umwelt für die Praxis formen. (vgl. McCormack et. al., 2002, 96; vgl. Craig, 2002, 44; vgl. Titler, 2004, 25)

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.

Die Identifikation von Patientenpräferenzen ist zentral in der evidenzbasierten Entscheidungsfindung. (vgl. DiCenso, 2005, 4) Die Situation aus dem Blickwinkel der Klienten zu betrachten ist notwendig, um zu verstehen, welchen Beitrag professionelle Pflege

leisten könnte. (vgl. Grypdonck, 2004, 39) Denn was Patienten und Ihre Angehörigen wollen, wissen und meinen ist auch Expertenwissen. (vgl. Schnell, 2004, 44)

Ein nicht zu vernachlässigender Punkt in diesem Zusammenhang ist die Tatsache, dass das Internet kontinuierlich umfangreiches Wissen zu Gesundheitsthemen zur Verfügung stellt. (vgl. Doran, 2007, 70) Die Suche nach Informationen zu Gesundheitsthemen ist ein bedeutender Grund, warum Menschen das Internet benutzen. In der heutigen Gesellschaft ist es nicht selten der Fall, dass Patienten bereits die neuesten Behandlungsmethoden kennen, wenn sie auf professionelle Gesundheitsexperten treffen. Aufgrund dieser Tatsache müssen Angehörige des Gesundheitswesens, zu denen auch Pflegepersonen zählen, immer auf dem neuesten Stand sein. (vgl. Mazurek/Melnyk, 2006, 124)

Individuen treffen Entscheidungen, Daten zu akzeptieren oder auch nicht, basierend auf ihrer Weltanschauung über Wissenschaft, ihren persönlichen Gewohnheiten, Prioritäten, Interessen, und Lebenserfahrungen. Evidenz wird den Einfluss dieser wichtigen menschlichen Qualitäten weder eliminieren noch negieren, denn jeder kann Gründe finden, Evidenz abzulehnen, weil sie nicht komfortabel ist mit seinen Werten, darum ist es wichtig zu sehen, dass EbN nicht nur auf Forschung basierende Pflege sein kann. (vgl. Mitchell 1999, 31)

Selbst Medikamente, welche an sich keinerlei Wirkung besitzen, haben manchmal eine Auswirkung, allein aufgrund des Placeboeffektes. Eine Maßnahme zur Entspannung mit Hilfe der Basalen Stimulation wird zu keiner Entspannung führen, wenn diese vom Patienten abgelehnt wird. Die subjektive Einschätzung der Klienten bezüglich einer Maßnahme ist deshalb von entscheidender Bedeutung.

„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

Punkt bei der Entscheidung, ob eine evidenzbasierte Maßnahme an einem Patienten vorzunehmen ist. Aber in jedem Fall bleibt jedoch das Recht der Patienten unberührt, jeden Behandlungsvorschlag unabhängig von der Qualität seiner Evidenz abzulehnen. Ärzte und Pflegepersonen stellen Indikationen, aber Patienten treffen Entscheidungen – an diesem Grundverständnis wird auch EbN nichts ändern. (vgl. Kunz et. al., 2000, 52)

„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)

Vielfach wird die Meinung vertreten, dass Forschungsevidenz höchste Priorität im Gegensatz zu anderen Typen der Evidenz haben sollte. Eine solche Sicherheit könne nicht oft erreicht werden, weil definitive Ergebnisse selten sind. Das Wissen aus der Forschung sei vorläufig und befinde sich in einer ständigen Weiterentwicklung. Wenn das Wissen aus der Forschung auch sehr wichtig sei, ist es doch weit weniger sicher als zumeist zugegeben. (vgl. Rycroft-Malone et. al., 2004a, 83-84)

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)

Forschung ist dafür verantwortlich, evidenzbasierte Methoden zu wählen, die dazu geeignet sind, eine aktuelle Forschungsfrage zu beantworten. Die Forschungsergebnisse sind somit die resultierenden Ergebnisse einer bestimmten Fragestellung unter Auswahl einer geeigneten Methode. Unter Forschung ist daher ein Instrument zum Verständnis unserer Welt und deren Muster und Regeln zu verstehen. Sie erhebt dabei keinen Anspruch auf Wahrheit, sondern versucht sich nur der Wahrheit zu nähern. (vgl. Panfil, 2004, 47-51)

Es stellt sich somit die Frage nach der am besten geeigneten Forschungsmethode zur Beantwortung pflegerrelevanter 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

standardisierte Verfahren und Instrumente ein. Das übergeordnete Ziel besteht immer darin, aus den Ergebnissen allgemein gültige Aussagen abzuleiten. (vgl. Mayer, 2007, 83-85; vgl. Mayer, 2002, 69-71; vgl. Thiel, 2001, 269)

Der qualitativen Forschung liegt ein ganz anderer Wahrheits- und Realitätsbegriff zugrunde als der quantitativen Forschung. Die qualitative Forschung wurzelt in der Philosophie und entwickelte sich unter dem Einfluss verschiedener wissenschaftstheoretischer Positionen, wie dem Interpretativismus, der Phänomenologie und dem symbolischen Interaktionismus. Im Gegensatz zum quantitativen Ansatz geht man hier davon aus, dass die Wirklichkeit das Ergebnis von Bedeutung und Zusammenhängen ist, die im Zuge sozialer Interaktion von allen gemeinsam hergestellt wird. Wahrheit ist hier etwas Subjektives und subjektiv Erfahrenes. Qualitative Forschung hat zum Ziel, ein Phänomen aus der Perspektive der Betroffenen zu erkunden, es ganzheitlich und von innen heraus zu verstehen und herauszufinden, welche Bedeutung es für die Beteiligten hat. Qualitative Forschung ist daher nicht hypothesenprüfend, sondern hypothesenbildend und sie bedient sich einer induktiven Vorgangsweise. Das Ergebnis einer qualitativen Forschung sind keine numerischen Daten, sondern Beschreibungen. (vgl. Mayer, 2007, 87-88; vgl. Mayer, 2002, 71-73; vgl. Thiel, 2001, 269)

Weil quantitative Forschung die Grundlage der meisten biomedizinischen Forschungen ist und weil das Konzept der EbP durch die Anwendung quantitativer 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 Pflegepraxis zeigt, dass sowohl spezifisches und holistisches als auch prozess- und ergebnisorientiertes Wissen benötigt wird. Dies bedeutet, dass Pflege sowohl quantitative als auch qualitative Forschungsmethoden benötigt, um Wissen zu generieren. (vgl. Burns, 2005, 21)

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)

Die Forschung funktioniert nur so gut, wie seine Anwender sie nutzen. Die Herausforderung für die Praxis in der Anwendung von Forschungsergebnissen besteht somit in der Kenntnis der konkreten Bedingungen für die Gültigkeit und Verallgemeinerbarkeit der Forschungsergebnisse. (vgl. Panfil, 2004, 47) Inmitten der Masse an Publikationen ist es wichtig, dass man in der Lage ist wahrzunehmen, wie robust die Evidenz ist, wie die Studie aufgebaut ist und in welchem Umfang sie generalisierbar ist. Die verschiedenen Forschungsmethoden erzeugen unterschiedliche Arten von „Evidenz und Wissen“. Alle haben ihre Berechtigung, aber ihre Stärken und ihre Schwachstellen müssen bedacht werden. (vgl. Craig et. al., 2002, 7)

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

„Die Reliabilität ist ein Maß für die Reproduzierbarkeit.“ (Diekmann, 2004, 217) „Bei Wiederholung unter gleichen Bedingungen sollen identische Ergebnisse erzielt werden.“ (Atteslander, 2003, 7) „Die Reliabilität betrifft die Genauigkeit und die Exaktheit des Vorgehens bei der Messung.“ (Mayring, 2002, 141)

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)

Ein zusätzliches Gütekriterium ist der Pretest. Ein Pretest dient dazu, das erstellte Erhebungsinstrument auf seine Tauglichkeit hin zu testen und zu prüfen, inwieweit sich die beabsichtigte Hypothesenprüfung durchführen lässt. (vgl. Atteslander, 2003, 229-230)

Die beschriebenen Gütekriterien sind jene der quantitativen Forschung und sie können nicht ohne weiteres auf die qualitative Forschung übertragen werden. (vgl. Mayer, 2007, 98) „Der Grundsatz muss lauten: Die Gütekriterien müssen den Methoden angemessen werden.“ (Mayring, 2002, 142)

Tatsächlich versuchen die meisten qualitativen Studien erst gar nicht die absolute Wahrheit zu finden und haben es auch nicht zum Ziel, Objektivität im Sinne des Positivismus zu erreichen, sondern sie studieren die Wechselwirkung von verschiedenen Meinungen über die soziale Welt. (vgl. Leys, 2003, 222) Tatsächlich gibt es keinen „goldenen Standard“ für qualitative Forschung. Einerseits wird argumentiert, dass die traditionellen Konzepte der Objektivität, Validität, Reliabilität und Generalisierbarkeit für die qualitative Forschung gleichermaßen wie für die quantitative Forschung anwendbar sind, auf der anderen Seite gibt es die extremen Relativisten, die sagen, dass alle Kriterien zweifelhaft seien und keines einem weiterbringe. (vgl. Leys, 2003, 222-223)

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)

Wenn es auch „keinen einheitlichen Kanon von Gütekriterien“ (vgl. Mayer, 2007, 101) in der qualitativen Forschung gibt, so gibt es doch verschiedene sich ähnelnde Strömungen.

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 Qualitativen Studien wurde von den Mitgliedern der Association of Womens` Health, Obstetric and Neonatal Nursis (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

AWHONN`s Kriterien und Anweisungen für die Evaluation qualitativer Literatur sind ebenfalls eine Möglichkeit, dem Ziel näher zu kommen, ein besseres Verständnis für qualitative Methoden aufzubringen und Ergebnisse mit strenger Evidenz von qualitativer Forschung in die Praxis einzubringen und somit eine ganzheitliche Pflege zu fördern. (vgl. Cesario, et. al., 2002, 708-713)

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

möglich. Aufgrund der verschiedenen Ziele hat die Stichprobe bei qualitativen Studien weniger mit Zufälligkeit zu tun als mit Repräsentativität. Aber der Prozess, wie man zu seiner Stichprobe kommt, benötigt auch hier eine exakte Beschreibung. (vgl. Leys, 2003, 223-224)

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

Die beiden Professionen (Krankenpflege und Medizin) arbeiten am und für den Patienten, aber in einem unterschiedlichen Kontext. Deshalb ähneln sie sich zwar, sind aber auch großteils in ihrem Ansatz verschieden. Es gibt Ähnlichkeiten im Kern, aber es ist auch offensichtlich, dass sie in ihren Betonungen unterschiedlich sind. (vgl. Rycroft-Malone, 2006, 98)

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)

Schon Florence Nightingale schreibt in ihren Notes of Nursing (vgl. 2005, 194-195), dass die Medizin die Chirurgie von Funktionen sei. Sie beseitigt in erster Linie Hindernisse, ohne wirklich zu heilen. Im Gegensatz dazu bringt die Krankenpflege den Patienten in einen Zustand, der dazu beiträgt, dass die Natur ihre heilende Wirkung erzielen kann.

Aus diesem unterschiedlichen Fokus beider Disziplinen ergeben sich auch die unterschiedlichen Forschungsmethoden. (vgl. Lavin et. al., 2002, 105) Die Forschungsmethoden mit dem höchsten Level in der Medizin mögen die Doppelblind-Studie, die RCTs, die Kohortenstudien und die Fall-Kontroll-Studien sein. Diese Forschungsmethoden sind auch für die Pflege geeignet, denn sie erlauben es der Krankenpflege, objektive Behandlungseffekte zu überprüfen sowie das Auftreten und die Verbreitung von spezifischen Diagnosen, Prognosen, und ethologischen Faktoren. Gleichzeitig bedarf es in der Pflege allerdings der Verwendung eines größeren Spektrums an Forschungsmethoden. Die Pflege mit ihrem Fokus auf das Patientenwohl, die nicht nur Heilung, sondern auch Lebensqualität in ihren Interessenmittelpunkt stellt, benötigt vor allem auch qualitative Studiendesigns. (vgl. Lavin et. al., 2002, 105)

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)

Zu dieser Ansicht kommt auch Mitchell (vgl. 1999, 31), wenn sie in ihrem Artikel schreibt, dass die Pflege einen bedeutenden Kenntnisschatz über Gesundheit und Lebensqualität benötigt, der von realen Menschen gelebt und erlebt wurde. Zusätzlich bedarf es eines Wissens, das über technologische Erkenntnisse hinaus geht und das dauerhaften Einfluss hat. Dieses Wissen erhält man nur durch qualitative Studien, denn Lebensqualität kann man nicht in einer Weise messen, wie das die quantitativen Methoden zu tun pflegen.

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)

Zusammenfassend sollte man davon ausgehen können, dass die wissenschaftliche Polarisierung der 60er Jahre und der erkenntnistheoretische Dogmatismus heute weitgehend überwunden sind. Ergab sich damals die Polarisierung aus einer sektiererischen Forderung des „Entweder-oder“, hat sich heute die wachsende Einsicht eines „Sowohl-als-auch“ durchgesetzt. (vgl. Atteslander, 2003, 375)

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 randomisiert-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.

Ein problematischer Aspekt dieser Hierarchie, die primär von der Pflege übernommen wurde, ist, dass gewisse Typen von Wissen als wertvoller gelten als andere. Dadurch wird es nicht gerade leicht für qualitative Studien, sich in diesem System durchzusetzen. Interpretative, beobachtende und beschreibende Forschungsmethoden gelten als „low level“- Evidenz. Diese positivistische, rationalistische Art zu denken schließt qualitative Studien aus. (vgl. Leys, 2003, 219)

Die Meinung anderer Autoren ist, dass qualitative Forschung eine weit größere Rolle spielt als durch die dargestellten Evidenzhierarchien behauptet, dies allerdings nur in Kombination mit quantitativen Studien. Man ist der Ansicht, dass qualitative Designs eine wichtige Rolle in der Ergänzung von RCTs spielen. (vgl. Van Meijel et. al., 2004, 85) Sie sind der Ansicht, dass qualitative Designs helfen können, „Messprobleme und Methodenartefakte aufzudecken und die Qualität und Validität quantitativer Daten besser einzuschätzen“. (Kelle, 2004, 58) Qualitative Designs sind wertvoll in der Vorbereitungsphase eines Projektes, um Hypothesen zu generieren, welche dann durch quantitative Designs getestet werden können (vgl. Muir Gray 2001, 160) oder sie sollten an quantitative Studien angeknüpft sein. (vgl. Gournay, Ritter, 1997, 442)

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)

Qualitative Forschung generiert Hypothesen, entwickelt und validiert neue Forschungsinstrumente und stellt den Kontext zur Verfügung für die Evaluierung von Evidence-based Praxis in der Pflege. Sie entwickelt Pflegeinterventionen, sie entwickelt neue Forschungsfragen und sie evaluiert die Auswirkungen der Anwendung von Studienergebnissen. (vgl. Ailinger, 2003, 277-278)

Qualitative Forschung ist wichtig, um die Prozesse und Faktoren zu verstehen, welche für den Erfolg oder Misserfolg einer Intervention verantwortlich sind und sie lässt Menschen zu Wort kommen. (vgl. Jack, 2006, 282) „Skalen, Tests und Fragebögen als standardisierte Instrumente lassen die Versuchspersonen nicht zu Wort kommen, sondern reduzieren sie auf das Reagieren auf vorgegebene Kategorien.“ (Mayring, 2002, 9-10)

Eine weitere Meinung von einigen Autoren sieht die Fragestellung als das Entscheidungskriterium für die Wahl des am besten geeigneten Studiendesigns. Nach den Regeln der EbN gibt es für jeweils jede Fragestellung optimale Methoden, die durch die Hierarchie der besten verfügbaren Evidenz beschrieben werden, wobei diese Hierarchie variiert. (vgl. Panfil, 2004, 47)

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.

Entscheidend ist in diesem Zusammenhang, dass Erkenntnis als ein Prozess zu verstehen ist, in den wir mit Vorerfahrungen hineingehen. Nur wenn wir der Realität eine Chance geben, folgt auf unsere Vorerfahrungen ihre Berichtigung. Die wissenschaftliche Haltung besteht nun darin, unsere Fragestellungen und Untersuchungen so zu bilden, dass die unserer Meinung widersprechende Ansicht eine möglichst große Chance hat, sich als berechtigt zu erweisen. Die Formulierung der Fragestellung hat somit den größten Einfluss auf die Ergebnisse. Die Entscheidung für eine Methode ist erst der nächst größere außerwissenschaftliche Einfluss. Einige methodische Entscheidungen ergeben sich aus der Fragestellung, wobei fast alle Untersuchungen methodische Kompromisse eingehen müssen. Eine ordentliche Untersuchung

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

Wenn man gute Fragen stellen will, muss man sich auf das festlegen, was man erwartet und prüfen will. (vgl. Behrens/Langer, 2006, 97-98) Eine Frage besteht je nach Problem aus unterschiedlichen Komponenten. Für Interventionen empfiehlt sich zum Beispiel ein Aufbau nach dem PIKE-Schema, für Diagnosestudien würden die ‚Interventionen‘ zum Beispiel durch ‚diagnostische Tests‘ ersetzt werden.

PIKE-Schema (vgl. Behrens/Langer, 2006, 99; vgl. Levin, 2006, 29):

P: Pflegebedürftiger

I: Intervention/diagnostische Tests

K: Kontrollintervention

E: Ergebnismaß

Die einzelnen Elemente dieses Schemas umfassen den Pflegebedürftigen oder die Personengruppe, die eine Intervention erhält und die mit einer Kontrollintervention verglichen und an bestimmten Ergebnismaßen gemessen wird. Wird dieses Schema konsequent eingehalten, entsteht eine gute Gliederung für die Frage und die wichtigsten Aspekte des Pflegeproblems werden berücksichtigt. Der Sinn des Schemas liegt darin, sich einerseits des Problems bewusster zu werden, indem man es von mehreren Seiten beleuchtet, und andererseits in einer Erleichterung der Recherche durch eine klare Fragestellung, da die Frage nach dem PIKE-Schema in der Regel die zentralen Schlüsselworte schon enthält. (vgl. Behrens/Langer, 2006, 99)

Je nach Fragestellung und Untersuchungsziel empfiehlt sich dann nicht nur die Auswahl unterschiedlicher Methoden, sondern häufig auch Methodenkombinationen. Gelegentlich werden auch mehrere Methoden zur Beantwortung ein und derselben Forschungsfrage eingesetzt. Das Vertrauen wächst, wenn mit unterschiedlichen Methoden das gleiche Ergebnis erzielt wird. (vgl. Diekmann, 2004, 18)

Und auch Rycroft-Malone et. al. (vgl. 2002, 175-176) argumentieren in ihrem Artikel, dass unterschiedliche Quellen von Evidenz eine unterschiedliche Bedeutung in unterschiedlichen Fragestellungen für unterschiedliche Anwender haben und kommen zu dem Schluss, dass unterschiedliche Designs benötigt werden, um unterschiedliche klinische Fragen zu beantworten.

Die Probleme sollten somit stets wichtiger sein als die Methode. Aus dem Problembewusstsein der Forscher allein kann eine methodische Originalität der Untersuchungen entstehen. (vgl. Atteslander, 2003, 376)

Eine simple Hierarchie, wo die quantitative Forschung ganz oben und die qualitative Forschung ganz unten ist, repräsentiert somit nicht die Komplexität von (Pflege-)Evidenz und sollte übergehen in eine periodischere Sicht der Wissensentwicklung. Wissenschaftliche Methoden sollten ein Licht darauf werfen, wie gut die Daten sind und aus welchem Blickwinkel sie betrachtet wurden. In einer Zeit des schnellen sozioökonomischen und kulturellen Wandels ist eine Kombination von quantitativer und qualitativer Forschung notwendig. Quantitative Forschungen sind nicht der „gold standard“ gegenüber allen anderen Arten der Forschung. Ihre Ergebnisse beruhen auf einem Level an Kontrolle, welches nicht immer erreichbar ist und sollten die Ergebnisse der Forschung eine Auswirkung auf die Praxis haben, benötigt es einen breiteren Ansatz. (vgl. McCourt, 2005, 76-78)

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

3.4.6 Der Forschungsanwendungsprozess

Unter dem Prozess der Forschungsanwendung wird jene Tätigkeit verstanden, die das von der Forschung erzeugte Wissen kommuniziert und nutzt, um eine Veränderung oder Neuerung in der Praxis zu bewirken. Theoretisch hat er im Wesentlichen drei Schwerpunkte, nämlich das Lesen von Forschungsberichten, ihre kritische Bewertung und das Umsetzen des neuen Wissens in der Praxis. In der Praxis gestaltet sich der Forschungsanwendungsprozess jedoch weitaus komplizierter und daher gibt es mittlerweile einige zum Teil sehr komplexe Modelle, wie das IOWA Modell, Rogers Theorie der Forschungsanwendung etc. Vereinfacht kann der Prozess der Forschungsanwendung wie in Abbildung 1 in sechs Phasen eingeteilt werden. (vgl. Mayer et. al., 2006, 108)

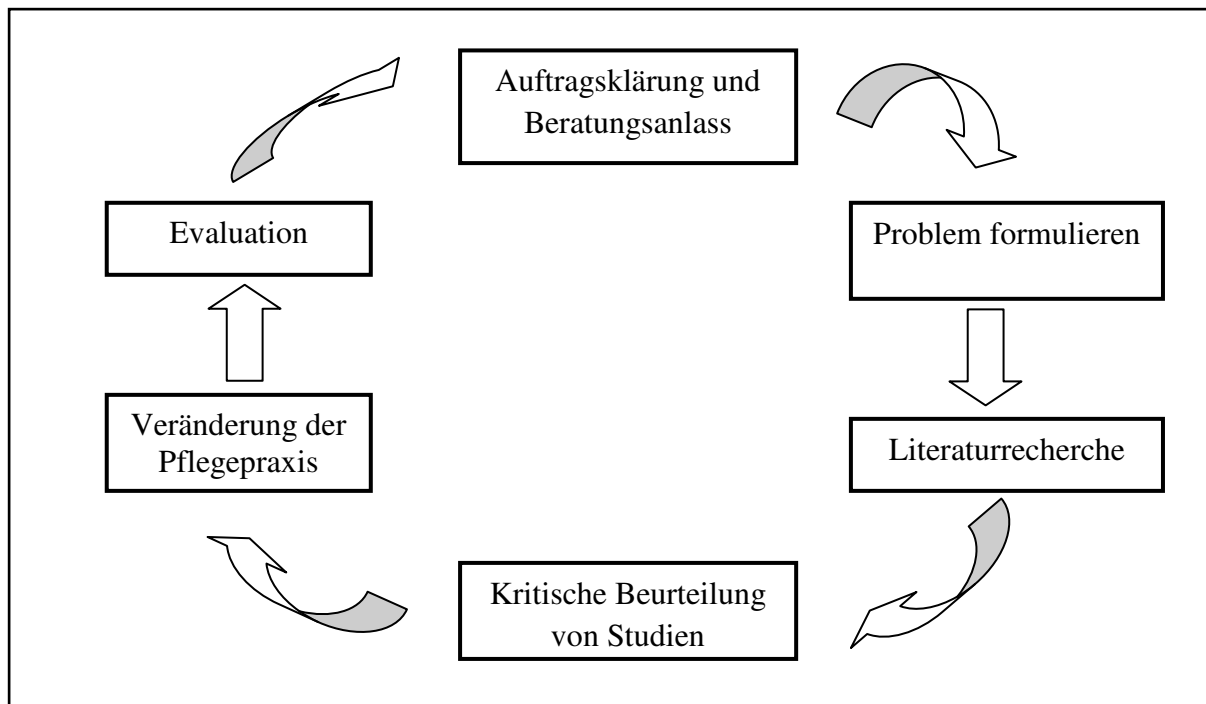


Abbildung 1: Forschungsanwendungsprozess

1. Auftragsklärung und Beratungsanlass

Das Ziel der Pflegeforschung ist die Anwendung der Erkenntnisse, um die Praxis zu verbessern. Die Verwendung von forschungsbasierten Interventionen ermöglicht es Pflegenden, Qualitätspflege zu leisten, die Pflegeresultate zu verbessern und die Gesundheitskosten zu senken. Das bedeutet, dass sowohl Patienten als auch Pflegende und Gesundheitsanbieter von den Veränderungen profitieren, die auf Forschung basieren. Das gemeinsame Ziel ist eine evidenzbasierte Pflege. (vgl. Burns/Grove, 2005, 506)

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.

Das Formulieren einer beantwortbaren Frage ist eine erste Hürde im EbN-Prozess, denn die Notwendigkeit einer gut durchdachten Frage führt oftmals dazu, sich Klarheit über das eigentliche Problem zu verschaffen und das bisherige Verhalten zu reflektieren. (vgl. Behrens/Langer, 2006, 43-44; vgl. Mayer, 2007, 319-320; vgl. Fineout-Overholt, 2005, 338; vgl. Kitson, 2000, 459; vgl. Stetler in Mitchell, 1996, 74; vgl. Korf, 1997, 143; vgl. Gross, 2002, 33; vgl. Sackett in Greenhalgh, 2000, 17)

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

Der dritte Schritt besteht darin, verwertbare und wissenschaftlich fundierte Informationen zu sammeln, die Antworten auf die gestellten Fragen geben könnten und dient dazu, den aktuellen Stand der Forschung in Erfahrung zu bringen sowie der kritischen Beurteilung des gefundenen Wissens hinsichtlich Glaubwürdigkeit, Aussagekraft und Anwendbarkeit. (vgl. Behrens/Langer, 2006, 43-44; vgl. Mayer, 2007, 254; vgl. Fineout-Overholt, 2005, 338; vgl. Kitson, 2000, 459; vgl. Stetler in Mitchell, 1996, 74; vgl. Korf, 1997, 143; vgl. Gross, 2002, 33; vgl. Sackett in Greenhalgh, 2000, 17)

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)

Für eine effiziente Literaturrecherche sind daher gewisse Voraussetzungen notwendig, damit sie sinnvoll und zielführend durchgeführt werden kann. Zum einen benötigt es eine Informationskompetenz, d. h. man braucht gewisse Fähigkeiten und Fertigkeiten, auf welche in Kapitel 4 noch genauer eingegangen wird, zum anderen braucht man einen Zugang zu Bibliotheken, Datenbanken, dem Internet, ausreichend Zeit und die Unterstützung durch die Institution. (vgl. Mayer, 2007, 255-256) Es ist nicht notwendig, dass die praktisch tätige Pflegeperson diese Tätigkeit selber durchführt, man könnte an dieser Stelle einen Vermittler als Zwischeninstanz einschalten.

4. Kritische Beurteilung von Studien

In diesem Schritt werden die gefundenen Studien unter Berücksichtigung der eigenen Pflegebedürftigen, der Umgebung, der Situation und des vorher definierten Problems gelesen und analysiert. Um EbN in der Praxis anwenden zu können, kommt man für die kritische Beurteilung von Studien und für das Verständnis der Ergebnisse nicht umhin, sich mit den wichtigsten Grundlagen aus den Bereichen der Statistik und der angewandten Forschung zu beschäftigen. (vgl. Behrens/Langer, 2006, 133; vgl. Fineout-Overholt, 2005, 339; vgl. Stetler in Mitchell, 1996, 74; vgl. Korf, 1997, 143; vgl. Gross, 2002, 33; vgl. Sackett in Greenhalgh, 2000, 17)

Es gibt zwei Ebenen von Bewertungskriterien (vgl. Behrens/Langer, 2006, 134; vgl. Mayer, 2007, 321; vgl. Fineout-Overholt, 2005, 339-340):

- Bewertungsebene 1: Ist eine Studie oder Meta-Analyse geeignet, externe Evidenz zu erzeugen, das heißt möglichst viele Verzerrungen und Selbsttäuschungen auszuschließen? Wie groß ist die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die eigene Situation? Wie ähnlich sind die Stichprobenmerkmale mit der eigenen Patientengruppe? Gibt es Ähnlichkeiten der Studienumgebung mit der eigenen Arbeitsumgebung? Diese Fragen wären vom Vermittler zu klären.
- Bewertungsebene 2: Kann der verantwortlichen Pflegeperson und deren jeweils einzigartigen Klienten die gefundene externe Evidenz helfen, im Hinblick auf deren biographische Ziele und Ressourcen zu einer angemessenen Entscheidung und Problemlösung zu kommen? Diese Frage ist von der betreuenden Pflegeperson zu treffen.

Die Analyse der Studien bezieht sich in erster Linie auf die wissenschaftliche Qualität der Forschungsarbeiten. Neben dieser wissenschaftlichen Qualität einer Studie ist jedoch auch ihre klinische Relevanz von Bedeutung. (vgl. Mayer, 2007, 320)

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 Pflegenden sehr verwirrend sein kann, was die Inanspruchnahme eines Vermittlers nahelegen würde. (vgl. Burns/Grove, 2005, 55)

5. Veränderung der Pflegepraxis

Als fünfter Schritt des Prozesses sollte nun das beste gefundene Wissen in die Praxis transferiert werden und somit eine Entscheidung über die Veränderung der eigenen Interventionen getroffen werden. (vgl. Behrens/Langer, 2006, 259; vgl. Stetler in Mitchell 1996, 74; vgl. Korf, 1997, 143; vgl. Gross, 2002, 33; vgl. Sackett in Greenhalgh, 2000, 17)

Neben der Überprüfung, ob mit der Neuerung die gewünschten Ziele erreicht werden können, sind auch die Vor- und Nachteile der Praxisveränderung zu evaluieren. Dabei sollte auch die Sichtweise der Patienten bedacht werden, die gegebenenfalls von großer Bedeutung ist und daher berücksichtigt werden muss. (vgl. Mayer, 2007, 321)

In diesem Stadium sollte auch entschieden werden, ob es zu einer vollständigen oder nur partiellen Übernahme der Neuerung kommen soll. Um eine gänzliche Akzeptanz oder direkte Anwendung handelt es sich, wenn eine Neuerung so umgesetzt wird, wie sie entwickelt wurde. Von einer teilweisen Übernahme oder Neuerfindung spricht man, wenn eine Neuerung so modifiziert wird, dass sie den Anforderungen der eigenen Situation entspricht. Die Übernahme kann dabei auf unbestimmte Zeit erfolgen oder sie kann nach einer Probezeit abgebrochen werden. Erfolgt eine Ablehnung einer Innovation, so kann diese sowohl aktiv als auch passiv sein. Aktive Ablehnung bedeutet, dass man nach einer Prüfung zu der Entscheidung gelangt, die Neuerung nicht zu übernehmen. Eine passive Ablehnung liegt vor, wenn die Neuerung nie ernsthaft in Betracht gezogen wurde. (vgl. Burns/Grove, 2005, 521-523)

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

- a. Die Veränderung der Pflegepraxis in der einzigartigen Beziehung zwischen einem individuellen Pflegebedürftigen und einer einzigartigen Pflegenden.
- b. Die Adaption der Arbeitsorganisation.
- c. Die Implementierung des EbN-Prozesses in die Organisation.

6. Evaluation

Der sechste, letzte und vielleicht auch wichtigste Schritt des Forschungsanwendungsprozesses ist die Evaluation, denn seine Wichtigkeit liegt darin, den Pflegeprozess dynamisch zu erhalten. In diesem Schritt erweist sich auch, ob die ersten fünf Schritte wirklich an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen orientiert waren und er ist die Grundlage für die Entscheidung, ob mit der Neuerung fortgefahren wird. (vgl. Behrens/Langer, 2006, 285; vgl. Burns/Grove, 2005, 523; vgl. Fineout-Overholt, 2005, 340; vgl. Stetler in Mitchell, 1996, 74; vgl. Korf, 1997, 143; vgl. Gross, 2002, 33; vgl. Sackett in Greenhalgh, 2000, 17)

Die Evaluation kann zu Ergebnissen auf drei Ebenen führen (vgl. Behrens/Langer, 2006, 286-287):

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)

Burns differenziert in diesem Zusammenhang zwei Arten der Diskontinuität, nämlich der Ersatzdiskontinuität und Diskontinuität aufgrund von Desillusionierung. Bei der Ersatzdiskontinuität wird die Innovation zu Gunsten einer besseren Idee abgelehnt, weil möglicherweise die neue Idee bereits wieder überholt ist. Die Diskontinuität aufgrund von Desillusionierung tritt dann auf, wenn eine Idee abgelehnt wird, weil der Anwender mit ihrem Ergebnis unzufrieden ist. (vgl. Burns/Grove, 2005, 524)

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

wichtig ist, dass man sich im Klaren sein sollte, dass Forschungsanwendung nicht von selbst vor sich geht, sondern ein komplexer, anspruchsvoller Prozess ist, der Zeit, Wissen, Denkarbeit, Kreativität und Planung erfordert. Pflegende ohne spezielle Ausbildung sind damit oft überfordert, denn die kritische Analyse einer Forschungsarbeit ist eine schwierige Angelegenheit. Gruppen, die Forschungsanwendung durchführen, sollten daher von einer wissenschaftlich ausgebildeten Pflegeperson geleitet werden bzw. deren Expertise hinzuziehen. (vgl. Mayer, 2007, 322)

Zusätzlich sind die einzelnen Pflegepersonen mit den alltäglichen Problemen der Patientenbetreuung konfrontiert und dürften daher auch nur geringe Zeitressourcen zu Verfügung haben, um die dargestellten 6 Schritte des Forschungsanwendungsprozesses durchführen zu können. Die Pflegeprobleme, an einen Vermittler weiterzugeben, der sie methodisch bearbeitet und Möglichkeiten der Implementierung und Adaption an die Pflegenden am Bett zurückgibt, würden den Prozess erleichtern. Auf diese Weise benötigen die Pflegenden nur Grundlagenwissen und können aber die Verantwortung für die Zielvoraussetzung, die Formulierung der Fragestellung, die Maßnahme und die Evaluation behalten. (vgl. Behrens/Langer, 2006, 52)

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.

Der Unterschied des Forschungsanwendungsprozesses gegenüber dem Modell EbN könnte daran festgemacht werden, dass bei EbN neben der externen Evidenz auch den Aspekten interne Evidenz, Patientenpräferenzen und dem Kontext eine entsprechend große Bedeutung im Rahmen der klinischen Entscheidungsfindung zugestanden wird. Der Forschungsanwendungsprozess stellt somit einen Aspekt von EbN dar, da effektive und professionelle Pflege sich auf unterschiedliche Wissensquellen stützen muss.²⁸

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

Trotz der großen Ähnlichkeit, die EbN mit dem Forschungsanwendungsprozess besitzt, wird in der Literatur zum Teil ein Unterschied in der Frage, was als „Beweis“ gilt bzw. welche Ergebnisse die größte Beweiskraft haben, gesehen. Dabei wird attestiert, dass EbN ein durchaus gravierendes Augenmerk auf die Qualitätskriterien von wissenschaftlichen Arbeiten im Sinne von Evidenzhierarchien legt und geeignet ist, Fragestellungen vor allem nach dem PIKE Schema beantworten zu können. Es bleibt jedoch vielfach, trotz Hinweis auf die Wichtigkeit von qualitativen Studiendesigns, die Kritik an der Unterbewertung von Forschung im Bereich der individuellen Patientenbedürfnisse bestehen. (vgl. Mayer et. al., 2006, 110-111)

Eine Problematik in der Darstellung des Verhältnisses des Forschungsanwendungsprozesses zu EbN liegt in der zum Teil in der Literatur uneinheitlichen Verwendung beider Begriffe. Entscheidend stellt sich jedoch die einheitliche Meinung dar, dass beide Modelle das gleiche Ziel verfolgen, indem sie Forschungswissen in der Praxis nutzen wollen, um eine qualitativ hochwertige, kosteneffiziente Patientenpflege zu gewährleisten, welche die positiven Auswirkungen auf Patienten und Angehörige fördern soll. (vgl. Burns, 2005, 511)

Abbildung 2 zeigt wie das Konzept EbN mit seinem Vier-Säulen-Modell und der Forschungsanwendungsprozess zueinander im Verhältnis stehen. In sämtlichen Phasen des Forschungsanwendungsprozesses kommt es zu Überschneidungen mit dem Vier-Säulen-Modell von EbN. Wie in Kapitel 3.4 dargestellt benötigt die Pflegepraxis sowohl spezifisches und holistisches als auch prozess- und ergebnisorientiertes Wissen. (vgl. Burns et. al., 2005, 21) Weil Pflegewissenschaft keine rein naturwissenschaftliche Ausrichtung hat, darf EbN ihren Fokus nicht nur auf jene Fragen beschränken, welche quantitativ erschließbar sind, sondern muss auch Fragen klären, welche ausschließlich qualitativ untersucht werden können. (vgl. Mayer, 2003, 15) Durch die Berücksichtigung dieser Tatsache im Forschungsanwendungsprozess stellt er eine konstruktive Möglichkeit dar, sich mit EbN zu ergänzen und nicht im Widerstreit zueinander zu stehen, um Forschungswissen in der Praxis zu implementieren.

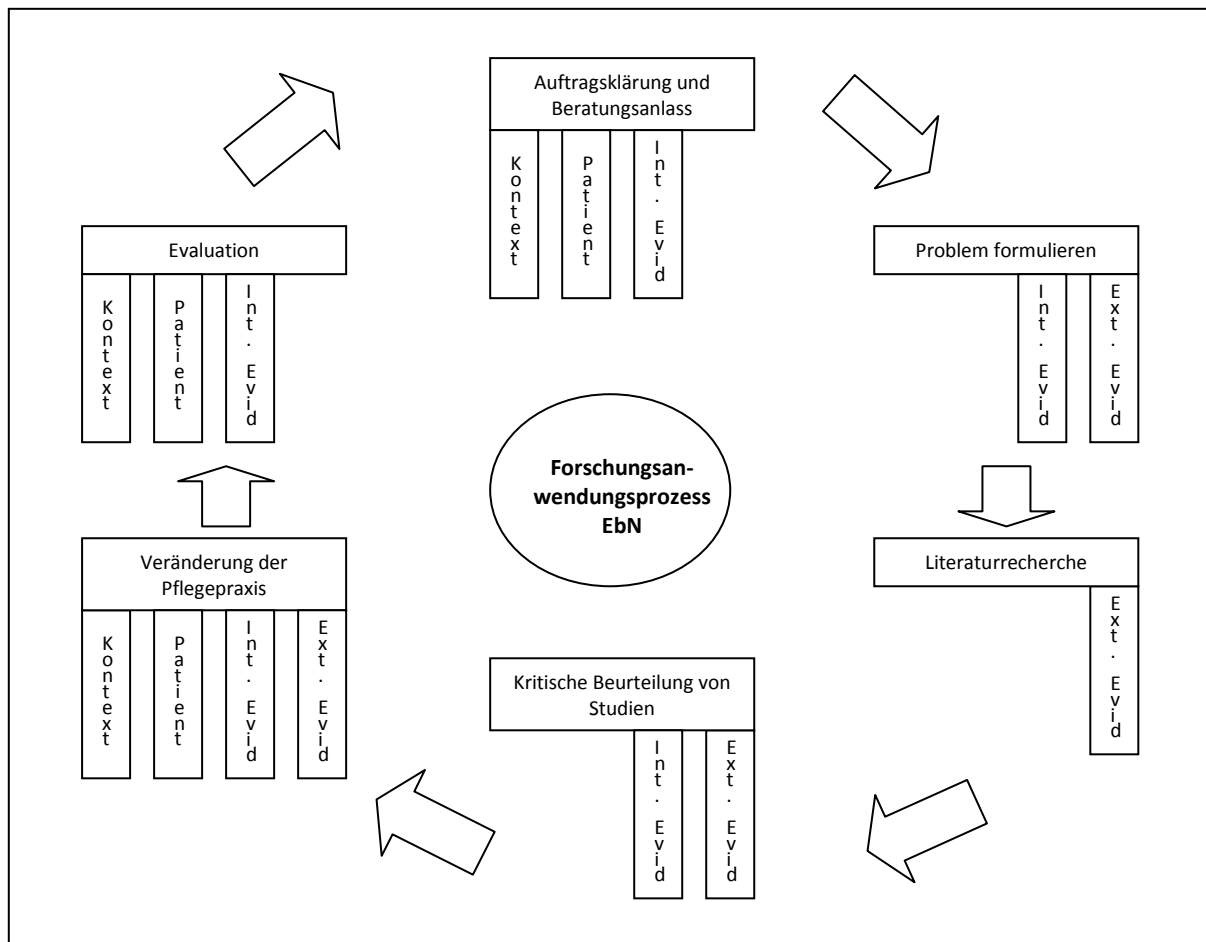


Abbildung 2: Forschungsanwendungsprozess - EbN

In der ersten Phase des Forschungsanwendungsprozesses erfolgt die Auftragserklärung 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)

Während es allerdings einen Anstieg an Forschungsergebnissen gibt, scheinen diese nicht in die Praxis aufgenommen zu werden. (vgl. Rycroft-Malone, 2006, 103) Mit dieser Vermutung bezieht sich Rycroft-Malone auf Großbritannien, einem Land, in dem die Pflegeforschung eine weitaus längere Tradition hat als in Österreich. Es dürfte somit auch davon ausgegangen werden können, dass diese Vermutung auch auf Österreich zutrifft.

Alleine EbN-Fortbildungen von individuellen, praktisch arbeitenden Pflegepersonen macht diese nicht gleich dazu fähig, Forschung in die Praxis zu integrieren. (vgl. Rycroft-Malone, 2006, 104) Außerdem ändert sich die Einstellung zur Forschung nicht zwingend zum Positiven durch das Absolvieren von kurzen Fortbildungen zum Thema EbN. (vgl. Rycroft-Malone et. al., 2004b, 915)

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

Obwohl man heute davon ausgehen können sollte, dass Forschung in die Praxis implementiert wird, scheint dies nicht immer der Fall zu sein. (vgl. Rycroft-Malone, 2004, 297) Wenn Forschungsergebnisse in die Praxis integriert werden sollen, darf man das weder dem Zufall noch dem Engagement von Einzelpersonen überlassen. Um Forschungsergebnisse in die Praxis zu integrieren, bedarf es sowohl einer systematischen Planung als auch einer Strategie. (vgl. Mayer, 2007, 319)

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.

Die Ergebnisse der Studien sind oft sehr komplex, schlecht präsentiert und unverständlich für die in der Praxis tätigen Pflegepersonen. Die wissenschaftliche Sprache der Forschung, die nicht nur per se abstrakt ist, sondern vielfach auch noch in englischer Sprache abgefasst ist, die Ausbildung der praktisch Tätigen mit teilweise eingeschränkter Fähigkeit, Forschungsergebnisse interpretieren zu können, der Zugang zu Forschungsergebnissen, Zeitmangel, der Kostenfaktor und die mangelnde Förderung durch den Arbeitgeber sind Faktoren, die zu Problemen bei der Implementierung von Forschungswissen führen. (vgl. Retsas, 2000, 599, vgl. McCoughan et. al. 2002, 50)

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.

Die Implementierung von EbN wird auch durch die bereits vorhandene Arbeitskultur behindert, denn Pflegepersonen in der Praxis verwenden bereits verschiedene Arten von Wissen. (vgl. Winch et. al., 2005, 25) Wird dieses von außen in Frage gestellt, unterstellt man damit, dass die bisherige Arbeitsweise falsch war und ruft damit internen Widerstand hervor.

McCaughan et. al. (vgl. 2002, 50) kommen in ihrer Arbeit zu dem Ergebnis, dass ein mangelndes Vertrauen in das eigene Verstehen und demzufolge dem Verwenden von Studien bestehe. Es entsteht dadurch ein innerer Konflikt bezüglich dem Wunsch, die Ergebnisse einer Studie verwenden zu wollen, und gleichzeitig dem Gefühl, nicht dazu befähigt zu sein.

In der Cross-Case-Analyse von McCaughan et. al. (vgl. 2002, 56-57) kam man zu dem Ergebnis, dass sogar akademisch ausgebildetes Pflegepersonal gerne durch Dritte die Forschungsinformationen erhalten würden und an der Implementierung von EbN lieber indirekt als direkt beteiligt sein möchten. Aufgrund dieses Ergebnisses kann man zu dem Schluss kommen, dass sich hier ein Vermittler anbieten würde.

Die Ablehnung von Forschung muss aber keine Barriere für dessen Implementierung sein. Es ist vielmehr die Präsentation und der Umgang mit der Forschung in der Praxis, welcher eine Barriere sein kann. Umgekehrt führen der richtige Umgang und die entsprechende Präsentation sogar zu einer Beschleunigung einer Implementierung. (vgl. McCaughan et. al., 2002, 47)

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

Wissenschaft und alltägliche Interaktion benutzen eine unterschiedliche Sprache. Wissenschaftliches Wissen arbeitet mit bestimmten Begriffen, welche sich, auch wenn es die gleichen Wörter sind, in ihrem Bedeutungsgehalt im Alltag unterscheiden. Hier gilt es die Erkenntnisse zu „übersetzen“ und sie anknüpfbar an alltägliches Handeln zu machen. (vgl. Faulstich, 2008, 15)

2. Das Komplexitätsproblem

Wissenschaftliches Wissen ist nie einfaches Wissen. Es operiert auch niemals mit endgültigen Ergebnissen, sondern lässt Fragen offen und erfordert, diese Spannung auszuhalten. Hier gilt es, Grundstrukturen herauszuarbeiten, die allgemein erfassbar sind und zum Verständnis der Wissenschaft beitragen. (vgl. Faulstich, 2008, 15)

3. Das Partizipationsproblem

Die Beteiligung an Wissenschaft ist hochgradig an die Expertenrolle gebunden. Hier dürfte es notwendig sein, den Zugang zur Wissenschaft zu erweitern und an alltägliche Fragen rückzubinden. Es muss in diesem Zusammenhang möglich sein, einen größeren Kreis an Personen in den Prozess der Wissensvermittlung einzubinden. (vgl. Faulstich, 2008, 15) Praktisch arbeitendes diplomiertes Pflegepersonal hat eine wesentliche Expertenrolle in diesem Zusammenhang. Sie kennen den Patienten, das Arbeitsumfeld, in welches externes Wissen implementiert werden soll, und haben einen großen Schatz an klinischer Erfahrung.

4. Das Selektionsproblem

Es steigt zwar der Anteil der Studierenden an der Gesamtbevölkerung, nichtsdestotrotz handelt es sich dabei immer noch um einen ausgewählten Kreis an Personen. (vgl. Faulstich, 2008, 15-16) Gleichzeitig steigt auch der Anteil an Pflegepersonen mit akademischer Ausbildung. Es ist im Zusammenhang mit der Implementierung von EbN aber dringend notwendig, auch Personen ohne akademischer Vorbildung in die wissenschaftliche Diskussionen einzubeziehen.

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)

Statt des Kaskaden-Modells (von oben nach unten) scheint ein Diskurs-Modell angemessener. Es handelt sich hierbei um eine neue Form der Wissenserzeugung, die vielfach in komplexen Netzwerken vollzogen wird, in denen kein Akteurstyp per se die dominante Rolle übernimmt. Generierung, Diffusion und Implementierung von Wissen ist dann ein Prozess der Interaktion zwischen vielen Beteiligten. (vgl. Faulstich, 2008, 19-20)

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).

Eine Annahme wäre, dass ein Vermittler eine Schlüsselrolle innehaben könnte, um Individuen und Teams verstehen zu helfen, was sie brauchen, um eine Veränderung durchzuführen und ihnen zu zeigen, wie sie dieser Veränderung durchführen sollten. (vgl. Harvey et. al., 2002, 577; vgl. Kitson et. al., 1998, 152; 156; vgl. Thompson et. al., 2001a, 12; vgl. Thompson et. al., 2001b, 386; vgl. Rycroft-Malone, 2004, 298; vgl. Rycroft-Malone et. al., 2004b, 915)

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 hohlen. (vgl. Thompson et.

al., 2001a, 12) 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)

Praktiker brauchen Zeit und Unterstützung sowie Zugang zur Forschung (Internet, Datenbanken, Journals), um eine Änderung der Praxis zu bewerkstelligen. Die Organisation muss die Infrastruktur (Vermittler, Vermittlerteam) zu Verfügung stellen. Es muss eine Zusammenarbeit zwischen Forschern, praktizierenden Pflegepersonen sowie zwischen den verschiedenen Disziplinen stattfinden, um die Ausbreitung/Anwendung von Forschungsergebnissen in der Praxis zu verbessern. (vgl. Rosseurm & Larrabee, 1999, 322)

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.

Vermittlung wurde in verschiedenen Arbeitsbereichen und Disziplinen innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens angewendet. Vermittlung ist beispielsweise ein Bestandteil der Erziehung, Beratung, des Qualitätsmanagements, der Praxisentwicklung, der Gesundheitsvorsorge und der Forschung. (vgl. Harvey, 2000, 579)

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 Facilitator wird im Pons Großwörterbuch (vgl. 2000) als Vermittler übersetzt. Facilitate hingegen wird als das Erleichtern oder Ermöglichen einer Arbeit bzw. eines Prozesses beschrieben.

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

Ein anderer Vermittlungsagent ist der Local Opinion Leader. Local Opinion Leadership ist definiert als der Grad, in welchem eine Person in der Lage ist, die Haltung oder das offensichtliche Verhalten anderer Individuen zu beeinflussen. (vgl. Kitson et. al., 1998, 152) Wenngleich es Überlappungen zwischen den beiden Rollen des Facilitators und des Local Opinion Leaders gibt, so sind Facilitator doch Menschen, die anderen vordergründig helfen, wenngleich natürlich auch eine Beeinflussung stattfindet.

4.3.3 Change Agent

Darunter versteht man eine Person, die "wichtige Problembereiche und Möglichkeiten für Veränderungen identifiziert, welche die Bereitschaft und das Engagement für ein sich selbst erneuerndes System schafft, für die notwendigen Ressourcen in der Organisation sorgt, um die Fähigkeiten zum Wandel aufrechtzuerhalten, ständig den Veränderungsprozess überprüft und neu bewertet.“ (Broome, 2000, 109) Zusammengefasst handelt es sich beim Change Agent um eine Person, die den Veränderungsprozess leitet. Broome (vgl. 2000, 109) erwartet von einem Change Agent, dass er unterschiedliche Fähigkeiten und Vorlieben haben sollte und sein Verhalten der entsprechenden Situation bzw. dem Ziel, das zu erreichen man beabsichtigt, anpassen sollte.

4.3.4 Coach/Trainer

Der Ursprung des Begriffes Coaching wird in Übereinstimmung mit zahlreichen Autoren im sportlichen Sektor gesehen. (vgl. Loffing, 2003, 18) Das dürfte der Grund für ein definitionsgemäß falsches, synonymes Verwenden des Begriffes mit dem Begriff des Trainers sein.

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.

Im Gegensatz zum Trainer gibt der Coach den Weg nicht vor, sondern unterstützt seinen Schützling dabei, ihn selbstständig zu finden und zu beschreiten. Eine Top-down-Vorgabe widerspricht dem Geist des Coachings. (vgl. Loffing, 2003, 20-21)

Coaching ist eine lösungs- und zielorientierte Begleitung von Menschen im vorwiegend beruflichen Umfeld. Der Coach begleitet den Klienten bei der Realisierung eines Anliegens oder der Lösung eines Problems. Ziel des Coachings im beruflichen Kontext ist vor allem die Verbesserung der Lern- und Leistungsfähigkeit unter Berücksichtigung der Ressourcen des Klienten.²⁹

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

Ein anderer Begriff, welcher ebenfalls im Zusammenhang mit Veränderung einer bestehenden Praxis vorkommt, ist jener des Change Managers. Der Change Manager ist laut der Definition von Menix (vgl. Yoder-Wise, 1999, 74) eine Person, welche die gesamten Prozesse und Strategien zu Vorbereitung und Durchführung einer Änderung und deren Ergebnisse verwaltet. Der Fokus liegt hier in einer entsprechenden Wissens- und Informationsweitergabe, Beziehungen zur Verfügung zu stellen und Rahmenbedingungen zu schaffen, um die gewünschten Ergebnisse zu erreichen.

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.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

²⁹ vgl. <http://de.wikipedia.org/wiki/Coaching> Zugriff am 29. 10. 2009 um 11:15 Uhr

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

Absicht, die bestehende Praxis zu ändern bzw. als eine Intervention, die die Praxis der Fachkräfte des Gesundheitswesens verbessern kann. (vgl. Harvey et. al., 2002, 583)³¹ Das im englischsprachigen Raum verwendete Outreach-Modell bedient sich ausschließlich externer Vermittler, welche mit mehreren medizinischen Einrichtungen zusammenarbeiten und diese mit Beratung, Networking und Hilfe bei der Implementierung von EbN versorgen. (vgl. Rycroft-Malone, 2004, 300)

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 Pflorgeteam 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=y0pMSKhLsr8sQa66uGFDA&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

³² vgl. http://en.wikipedia.org/wiki/Academic_detailing, 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

Wenn es auch Unklarheiten in der Abgrenzung des Vermittlers zu ähnlichen Vermittlungsagenten gibt, so kann doch zusammengefasst werden, dass es sich beim Vermittler um eine Person handelt, welche andere unterstützt, ihre bestehende Praxis zu verändern. Das beinhaltet eine Zusammenarbeit mit den praktisch arbeitenden Pflegepersonen sowie eine Unterstützung von Teams und Individuen. (vgl. Rycroft-Malone, 2004, 300)

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.

Der Vermittler darf dabei keinesfalls zu einer Person werden, der die sechs Schritte der EbN-Methode stellvertretend für die Pflegepersonen durchführt. Die Methode lebt davon, dass die Schritte Aufgabenklärung und Fragestellung von allen, die täglich pflegerische Entscheidungen treffen, durchgeführt werden und die pflegerische Entscheidung und ihre Evaluation kann nur mit den Pflegebedürftigen zusammen getroffen werden. Nur technische Zwischenschritte, zum Beispiel die Literatursuche, sind delegierbar. (vgl. Behrens/Langer, 2006, 272)

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

innerhalb der Organisation (Österreichisches Akutkrankenhaus) mit der entsprechenden Fähigkeit und einem entsprechenden Wissen des Vermittlers, um dem individuellen Diplombierten Pflegepersonal und der Organisation zu helfen, externe Evidenz in die Praxis zu implementieren. (vgl. Harvey, 2002, 579)

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.

Das impliziert, dass der Vermittler eine bestimmte Rolle innehat, bestimmte Fähigkeiten und ein bestimmtes Wissen besitzt, um Individuen, Teams und Organisationen zu helfen, EbN zu implementieren. (vgl. Rycroft-Malone, 2004, 300)

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 Niemandland - 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

In der Literatur findet man zahlreiche Erwartungshaltungen an persönlichen Fähigkeiten und Eigenschaften eines Vermittlers. Offenheit, Angemessenheit, Zuverlässigkeit, Vertrauenswürdigkeit, Selbstbewusstsein, die Fähigkeit, lateral zu Denken, nicht urteilend zu sein, Respekt, Empathie, Authentizität und Glaubwürdigkeit zählen zu den zentralen Persönlichkeitsmerkmalen einer erfolgreichen Person, die mit der Vermittlung von Forschungswissen beauftragt wird. (vgl. Kitson et. al. 1998, 152)

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 abstimmen zu können, von Vorteil. (vgl. Yoder-Wise, 1999, 83)

Einen entscheidenden Beitrag zum Aufbau von Vertrauen leisten auch eine breite Lebens- und Berufserfahrung. Da der Prozess der Implementierung von EbN in weiten Feldern vor allem auf einer kommunikativen Ebene stattfindet, sind ein angemessener Interaktions- und Kommunikationsstil sicher hilfreich. (vgl. Loffing, 2003, 32)

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 verschiedenen 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)

Goleman (1999, 56) fasst die genannten Eigenschaften unter dem Begriff emotionale Intelligenz zusammen, indem er diese als "... eine Metafähigkeit, von der es abhängt, wie gut wir unsere sonstigen Fähigkeiten, darunter auch den reinen Intellekt, zu nutzen verstehen“ definiert und sie in die folgenden Elemente einteilt (vgl. Goleman, 1999, 153-154):

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

Die Empathie und die Fähigkeit der Herstellung von Beziehungen erleichtert es, mit anderen in Verbindung zu treten oder die Probleme und Sorgen anderer zu erkennen und angemessen zu reagieren. Beides sollte der Vermittler in sich vereinen, wenn er die Implementierung von EbN organisiert und die anderen davon überzeugt, externe Evidenz in ihre bisherige Arbeitsweise zu integrieren.

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.

Zusammengenommen bilden diese Fähigkeiten die Grundlage höchster sozialer Kompetenz. Wer soziale oder emotionale Intelligenz besitzt, kann ohne Schwierigkeit, Verbindungen zu anderen herstellen, ihre Reaktionen und Gefühle scharfsinnig erfassen, führen und organisieren und mit Konflikten fertig werden, die bei allem menschlichen Tun unvermeidlich auftreten. Natürlich müssen diese interpersonellen Fähigkeiten aufgewogen werden durch ein sicheres Gespür für die eigenen Gefühle und Bedürfnisse und für die Möglichkeiten, ihnen gerecht zu werden. Teamwork, offene Kommunikationsstränge, Kooperation, Zuhören und frei seine Meinung äußern sind Anfangsgründe der emotionalen Intelligenz. Es ist die Kunst, Menschen dazu zu bringen, dass sie für ein gemeinsames Ziel arbeiten. (vgl. Goleman, 1999, 154-192)

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.

Eine Ausbildung zum Vermittler von EbN gibt es nicht, da es diesen Beruf formell nicht gibt. (vgl. Harvey et. al. 2000, 582) Von Vorteil dürfte ein Studium der Pflege- bzw. Sozialwissenschaften sein, wobei auch ein entsprechendes Pflegefachhintergrundwissen entsprechende Akzeptanz im Vermittlungsprozess bedingen dürfte. Der Vermittler kann dann die Forschungsergebnisse evaluieren und den praktisch arbeitenden Pflegepersonen in einer Sprache präsentieren, die einfach, verständlich und glaubwürdig ist. (vgl. Winch et. al., 2005, 24)

4.5 Rolle des Vermittlers

Die soziale Rolle ist ein dem Theater entlehnter Begriff der Soziologie und Sozialpsychologie. Die Rollentheorie beschreibt und erklärt einerseits die Rollenerwartungen und –Festlegungen und andererseits, welche Spiel- und Handlungsfreiräume dem Individuum und sozialen Gruppen in einer Rolle offenstehen. Dazu gehören Erwartungen, Werte, Handlungsmuster und Verhaltensweisen.³³

Yoder-Wise (1999, 402-403) verwenden das Akronym ROLES, wobei "R" für „responsibility“, „O“ für „opportunity“, „L“ für „lines of communication“, „E“ für

³³ vgl. <http://de.wikipedia.org/wiki/Rollentheorie>, Zugriff am 07.12.2007 um 10:00 Uhr

„expectation“ und „S“ für „support“ steht, um den Übergang von einem Zustand in den anderen zu beschreiben.

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 selbständiger 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

Mitarbeiter werden hier als gleichberechtigte Partner gesehen. Auf der Grundlage der von den praktisch arbeitenden Pflegekräften herangetragenen Pflegeprobleme und mit ihrem Wissen um den Patienten und den Handlungsmöglichkeiten in ihrem Bereich werden Veränderungen vorgenommen. Dem Mitarbeiter wird hier eine große Verantwortung zuteil. Die Auswirkung auf das Betriebsklima ist bei der Rolle eines demokratischen Vermittlers ebenfalls positiv. Immer dann, wenn die Mitarbeiter die Konsequenzen von Veränderungen zu tragen haben, sollten sie in Entscheidungen auch einbezogen werden.

5. Die leistungsbetonte Rolle

Hier geht es ausschließlich darum, Leistung zu erzielen. Die Implementierung von EbN funktioniert aber nicht unbedingt linear. Nach einer Evaluation ist es unter Umständen nötig, wieder einen Schritt im Implementierungsprozess zurückzugehen, weil die entsprechenden Erfolge im entsprechenden Kontext nicht eintrafen. Diese Tatsache hat aber wenig mit der schlechten Leistung der Mitarbeiter zu tun. Wird aber nur die erfolgreiche Implementierung einer auf dem neuesten Stand der Forschung basierten Pflegemaßnahme als Leistung

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 Positionorientiertes Rollenbild

Ein anderes Modell der Unterteilung in Anlehnung an Broome und Loffing ist die in Externer Vermittler, Interner Vermittler und Beschäftigt als Vermittler. (vgl. Broome, 2000, 111-114; vgl. Loffing, 2003, 38-40) Bei Yoder-Wise (vgl. 1999, 83) findet sich eine ähnliche Unterteilung mit gleichem Inhalt in insiders, outsiders und informelle Mitglieder der Organisation. Insiders arbeiten bereits in der Organisation, outsiders sind Fachleute zu einem bestimmten Thema, denen man vertraut und informelle Mitglieder der Organisation sind jene, welche eigens zum Zwecke der Vermittlung angestellt wurden.

1. Externer Vermittler - Outsider

Der organisationsexterne Vermittler ist freiberuflich tätig, selbstständig tätig oder gehört einem Dienstleistungsanbieter an. Der externe Vermittler hat den Vorteil, dass er kein fest angestelltes Organisationsmitglied ist und damit nur wenigen Zwängen unterliegt. Ein weiterer Vorteil, außerhalb des Systems zu stehen, liegt in einem weiteren Blickwinkel, und dass er als Treuhänder im Namen des Klienten mit anderen Institutionen, und Schlüsselpersonen (EbN Fachleuten) zusammenarbeiten kann.

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

Unternehmenskultur, die Unternehmensphilosophie, die entsprechende Terminologie und lokalen Besonderheiten kennt. Des Weiteren kann der unabhängige und neutrale organisationsinterne Vermittler bereits über einen Vertrauensvorsprung verfügen. In der Eingebundenheit des organisationsinternen Vermittlers und seiner Kenntnis über das Unternehmen liegt aber auch gleichzeitig sein größter Nachteil. Der Begriff Betriebsblindheit umschreibt diesen Sachverhalt sehr treffend. Interne Vermittler besitzen nicht die Distanz und den perspektivisch weiten Blickwinkel des externen Vermittlers. Arbeitet der interne Vermittler nur zu 50% als solcher und gleichzeitig an anderer Stelle (z. B. als Pflegekraft), wie das oft in österreichischen Krankenhäusern der Fall ist, kann es schwierig sein, die Rolle entsprechend der jeweiligen Position zu verändern. Der in die Organisation integrierte Vermittler sieht sich häufig mit unterschiedlichen Erwartungen der Führungskräfte und Mitarbeiter in seiner Rolle als Vermittler konfrontiert.

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

Ein großer Unterschied liegt zwischen der Rolle des Vermittlers, der „für die anderen arbeitet“ und der Rolle des Vermittlers, „andere zu befähigen“. Die „für die anderen arbeitende“ - Rolle ist praktisch angelegt und legt ihren Fokus auf Administration, Unterstützung und der Übernahme einer bestimmten Aufgabe, die notwendig ist. Dies kann das Auffinden, Lesen, Bewerten und Vorstellen der Forschungsliteratur betreffen. Im Gegensatz dazu ist die „andere befähigende“ - Rolle ein Entwickeln, Suchen und Befreien der innewohnenden Fähigkeiten von Individuen. Dies kann das Kommunikationsproblem und das Komplexitätsproblem betreffen. Der Vermittler kommuniziert das gefundene Material und gemeinsam mit den Praktikern wird dann entschieden, ob das Vorgeschlagene umsetzbar ist, denn bezüglich Umsetzung ist der Praktiker der Experte, der den Patienten und das Umfeld am besten kennt.

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 weiterentwickelnd.
- Ansatz des Erwachsenenlernens.
- Interner oder Externer Vermittler.

4.5.5 Potential des Vermittlers

Zusammenfassend liegt das Potential des Vermittlers in der Zusammenarbeit mit Individuen und Teams, um Fragen und Probleme der Patientenversorgung zu thematisieren und zu artikulieren. Er sollte dabei in der Lage sein, Pflegeprobleme in Forschungsfragen zu transferieren, die Forschungsergebnisse zu bewerten, verständlich zu machen und zu verbreiten, um ein kritisches Denken und die Fähigkeit zur Reflexion in der professionellen Pflege von Patienten zu fördern. Vermittler haben in ihrer Position Kontakt und Zugriff zu den verschiedensten Schnittstellen der Organisation und sollten in der Lage sein, sich in Abhängigkeit der Situation weiterzuentwickeln, um damit einen entsprechenden Beitrag zur Implementierung von EbN in die Praxis beizusteuern. (vgl. Rycroft-Malone, 2006, 105; vgl. Thompson et. al. 2001b, 386)

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

Dem Begriff Organisation werden verschiedene Bedeutungen attestiert, wobei im Zusammenhang mit dem Krankenhaus vor allem die Organisation als Struktur, d.h. als Art und Weise der Beziehungen zwischen den Eigenschaften und Elementen eines sozialen Systems, die Organisation als Tätigkeit des Organisierens sowie die Organisation als konkretes soziales Gebilde mit bestimmten Merkmalen, von Bedeutung sind. (vgl. Leuzinger, 1994, 31)

Krankenhäuser sind ein wesentlicher Bestandteil des österreichischen Gesundheitssystems und können je nach Betrachtungsperspektive unterschiedlich eingeteilt werden. Aus Sicht der Trägerorganisationen werden sie üblicherweise in öffentliche Krankenhäuser, freigemeinnützige Krankenhäuser und privatkommerzielle Krankenhäuser unterteilt.

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.

Die Organisation eines Krankenhauses ist gleichbedeutend mit der Struktur des Krankenhausaufbaus und der Arbeitsabläufe im Krankenhaus. (vgl. Lechner et. al., 1996, 106). Wie auch bei Wirtschaftsbetrieben hat die Organisation von Krankenhäusern zwei große Strukturbereiche, die Aufbau- und die Ablauforganisation, die sehr eng miteinander verbunden sind und zum Teil einander bedingen. (vgl. Dorfmeister, 1999, 19)

Im Zusammenhang mit der Rolle eines Vermittlers bei der erfolgreichen Implementierung von EBN soll im folgenden Kapitel vor allem auf die typische Aufbau- und Ablauforganisation eines Akutkrankenhauses in Österreich und der möglichen Positionierung des Vermittlers eingegangen werden. Die Aufbau- und Ablauforganisation hat hierbei vor allem zu klären, wer welche Aufgaben zu tun hat und wie diese zu erfüllen sind. (vgl. Dorfmeister, 1999, 19-22) Zusätzlich soll das in Österreich vorherrschende Führungsmodell der kollegialen Führung mit ihren Vor- und Nachteilen dargestellt und dessen Rolle für die erfolgreiche Implementierung eines Vermittlers näher beleuchtet werden.

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.

Die klassische Metapher, dass Organisationen Maschinen sind, die aus ineinander greifenden Teilen bestehen, bei denen jeder Mensch (= Teil) eine klar definierte Rolle für das funktionieren des Ganzen hat, erweist sich bei der Beschreibung der Aufbau- und Ablauforganisation von Krankenhäusern als hilfreich, obgleich die Nachteile einer solchen Betrachtungsweise, die sich in einem bestimmten Grad als Formalisierung und Entpersonalisierung darstellt, nicht außer Acht gelassen werden dürfen. (vgl. Kasper, 2002, 23)

Die Bemühungen der formalen Darstellung, des Berechenbarmachens und des Ordners münden in das Ergebnis des Organigramms, das in erster Linie Auskunft über Art und Umfang der Arbeitsteilung und Art der Koordination und Kommunikation gibt. (vgl. Kasper, 2002, 24)

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

formale Elemente bezeichnen kann. Die drei grundlegenden Elemente sind Stellen, Verbindungswege zwischen den Stellen und Arbeitsgänge. Die Stelle kann demnach als die kleinste organisatorische Einheit definiert werden, die im Rahmen einer Gesamtorganisation einen umschriebenen Aufgabenkomplex umfasst, der einem oder mehreren Aufgabenträgern zur Erfüllung übertragen wurde, wobei dieser mit den dazu erforderlichen Kompetenzen ausgestattet wird und entsprechende Verantwortung trägt. Zusätzlich bedarf es zur Aufgabenerfüllung Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortung, die sich entsprechen müssen. Das Bewusstsein der Verantwortung wird dort am stärksten erwartet, wo Aufgabe und Kompetenz einander entsprechen. (vgl. Leuzinger, 1994, 310-311)

Primär kann man Stellen nach dem Charakter der Aufgaben, die ihnen zugeordnet sind, unterscheiden. Im Krankenhaus findet man daher folgende Stellen (vgl. Leuzinger, 1994, 314-315):

5.1.1 Ausführungsstelle

Hierbei handelt es sich um Stellen, deren Aufgabenkomplex rein dem ausführenden Bereich auf unterster hierarchischer Ebene zugeordnet werden kann. Auch hier muss das Gesetz der Einheit von Aufgabe, Kompetenz und Verantwortung gelten.

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.

Da eine Leitungsstelle mit entsprechenden Führungs-, Leitungs-, und Organisationsaufgaben betraut wird, dürfte es unmöglich sein, auch die Tätigkeiten eines EBN-Vermittlers mit zu übernehmen. Die entsprechende Unterstützung des Vermittlers bei der Umsetzung seiner Tätigkeiten dürfte jedoch für ein erfolgreiches Implementieren von EBN unerlässlich sein.

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 Stabsstelle 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 Anordnungs-kompetenzen 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.

Zusätzlich können Stabsstellen auch noch nach deren personalem Umfang und der Einsatzdauer unterschieden werden. Ein einfacher Stab besteht aus einer Person im Gegensatz zu einem zusammengefassten Stab, der aus mehreren Personen besteht. Eine auf Dauer eingerichtete Stelle wird als ständiger Stab bezeichnet, hingegen ist die Existenz des temporären Stabes zeitlich begrenzt. (vgl. Leuzinger 1994, 315)

Im Zusammenhang mit der Etablierung von EBN in einem Akutkrankenhauses könnte mit der Positionierung des Vermittlers als Stabsstelle, diesem eine entsprechende Bedeutung zukommen. Obwohl dem Vorschlag oder den Empfehlungen des Stabes keine verpflichtende Wirkung zukommt, sind aufgrund der fachlichen Qualifikationen des Stabes und der Verpflichtung der zuständigen Leitungsstelle, sich mit dem Stab zu beraten, die Einflussmöglichkeiten der Stabsstelle nicht zu unterschätzen.

Eine mögliche Positionierung des Vermittlers als Stabsstelle zwischen der Pflegedirektion und den Bereichsleitungen zeigt die folgende Abbildung (vgl. Dorfmeister, 1999, 20):

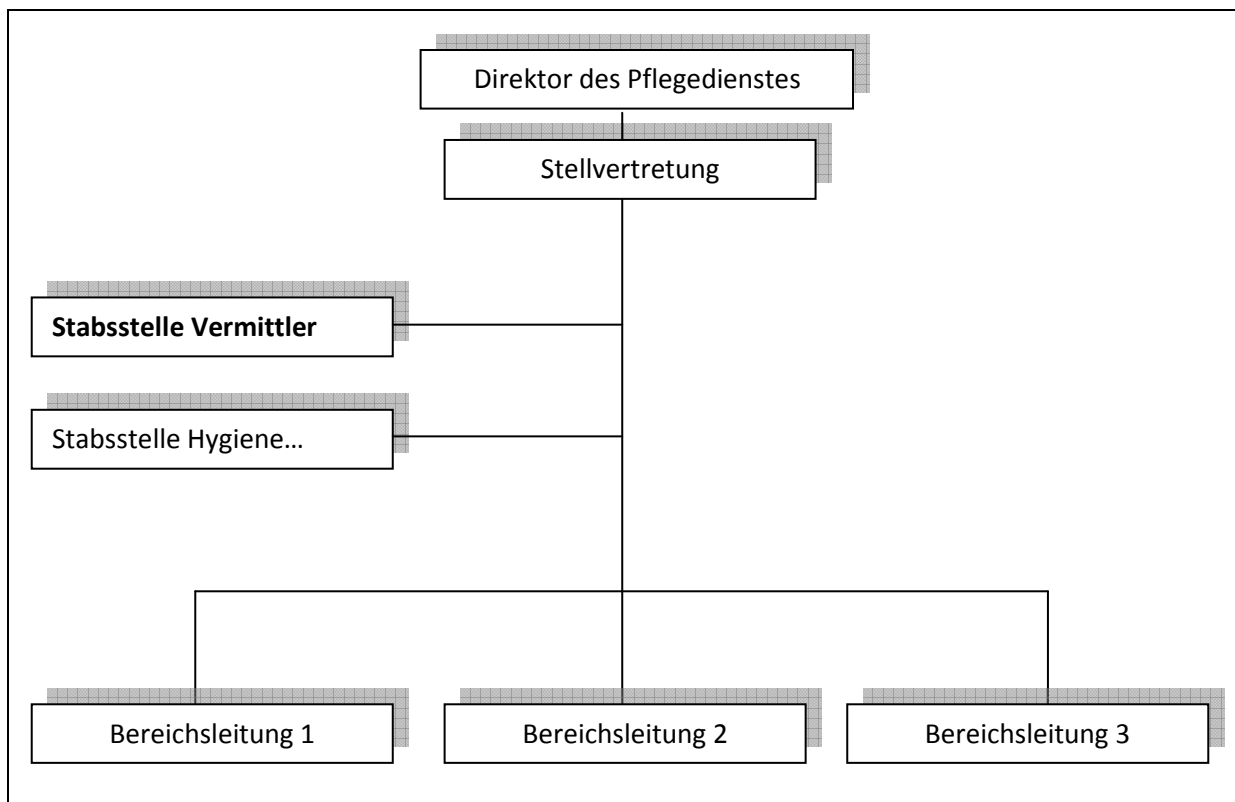


Abbildung 3: Stab-Linien-System-Pflegedirektion

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 Stabsstelle durch ihre Fachautorität die Entscheidungen der Leitungsstelle in hohem Maße beeinflussen, ohne letztlich diese Entscheidungen direkt verantworten zu müssen. Kompetenzkonflikte zwischen Linien- und Stabsabteilung ergeben sich vor allem dann, wenn die Stabsstelle versucht, direkte Macht auf ihr zugeordnete Linienabteilungen auszuüben. Stabssysteme sind in größeren Krankenhäusern weit verbreitet,

wobei sich ihre Machtposition nur schwierig aufgrund eines Organigramms abschätzen lässt. Diese hängt maßgeblich von beteiligten Handlungsträgern in Stab und Linie und von der Qualität der Beziehung zwischen diesen Personen ab. (vgl. Leuzinger, 1994, 315; vgl. Kasper, 2002, 32-33)

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

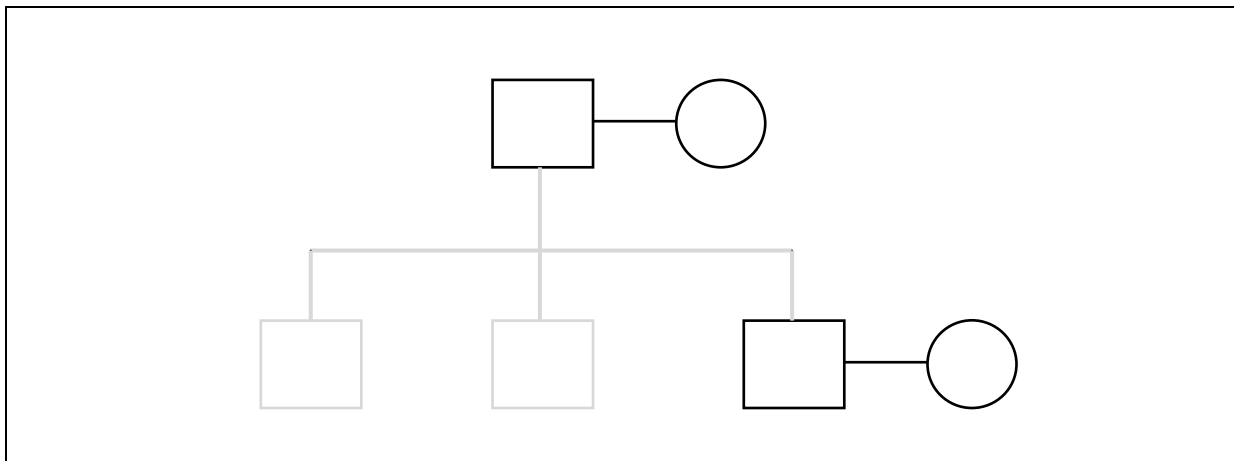


Abbildung 4: Stabsstellenpositionierung

Die Positionierung des Stabes dürfte auch unmittelbare Auswirkungen auf dessen Tätigkeitsspektrum haben. Dadurch, dass die obersten hierarchischen Positionen im Allgemeinen, Entscheidungen zu treffen haben, die sehr oft den Großteil der Organisation betreffen, ergibt sich ein entsprechend inhaltlich breit definiertes Aufgabenspektrum der Stabsstelle. Je näher die Stabsstelle bei einem Spezialbereich positioniert ist, desto spezifischer dürfte das Aufgabenspektrum werden.

In der Literatur werden drei traditionelle Organisationsformen beschrieben, die ihre Vor- und Nachteile in sich bergen und zum Teil als nicht mehr zeitgemäß bezeichnet werden. In der Praxis haben sich aufgrund der Komplexität und den Herausforderungen der heutigen medizinisch/pflegerischen Versorgung von Patienten in Akutkrankenhäusern Misch- und Alternativformen herauskristallisiert, die den gestiegenen Ansprüchen einer modernen Gesundheitsversorgung besser gerecht werden. Zur besseren Darstellung der Positionierung des Vermittlers werden im Folgenden dennoch auch diese traditionellen Modelle vorgestellt.

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

mit all ihren übergeordneten Stellen verbunden. (vgl. Dorfmeister, 1999, 20; vgl. Leuzinger, 1994, 334-335) Abbildung 4 zeigt ein Einliniensystem (vgl. Kasper, 2002, 30):

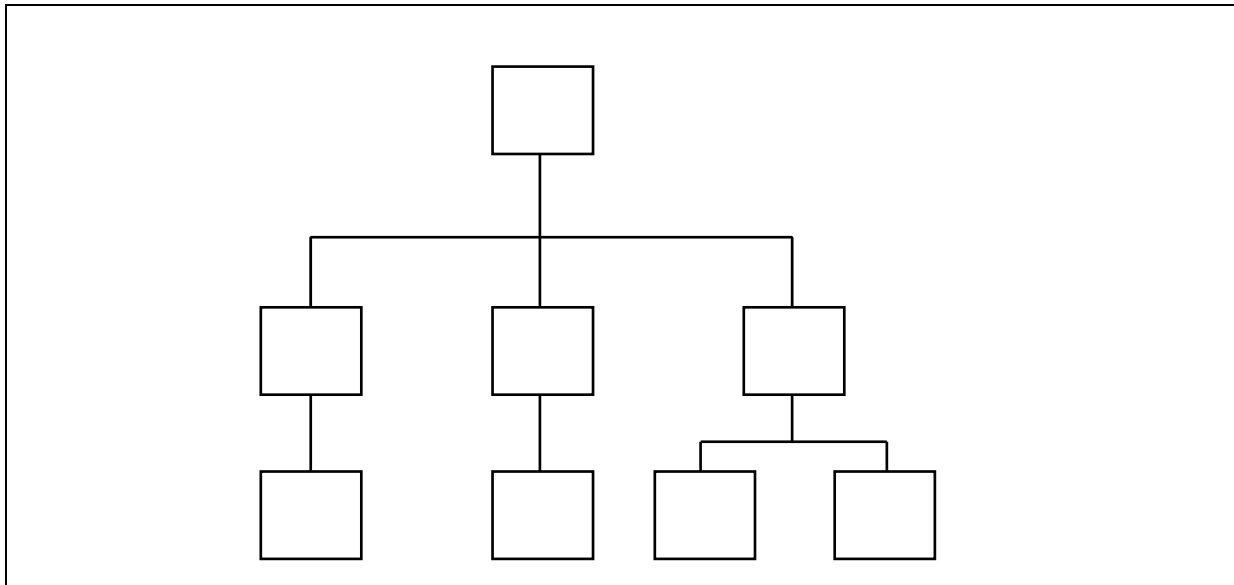


Abbildung 5: Einliniensystem

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)

Vorteile des Einliniensystems sind (vgl. Kasper, 2002, 30; Leuzinger, 1994, 336):

- 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.

Die möglichen Nachteile des Einliniensystems liegen in den folgenden Punkten (vgl. Kasper, 2002, 30; Leuzinger, 1994, 336):

- 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

Im Unterschied zum Einliniensystem kann beim Mehrliniensystem eine untergeordnete Stelle mehreren übergeordneten Stellen zugeordnet sein. Es erfolgt eine Mehrfachunterstellung in disziplinärer und/oder fachlicher Hinsicht. (vgl. Dorfmeister, 1999, 20) Abbildung 5 zeigt ein Mehrliniensystem (vgl. Kasper, 2002, 31):

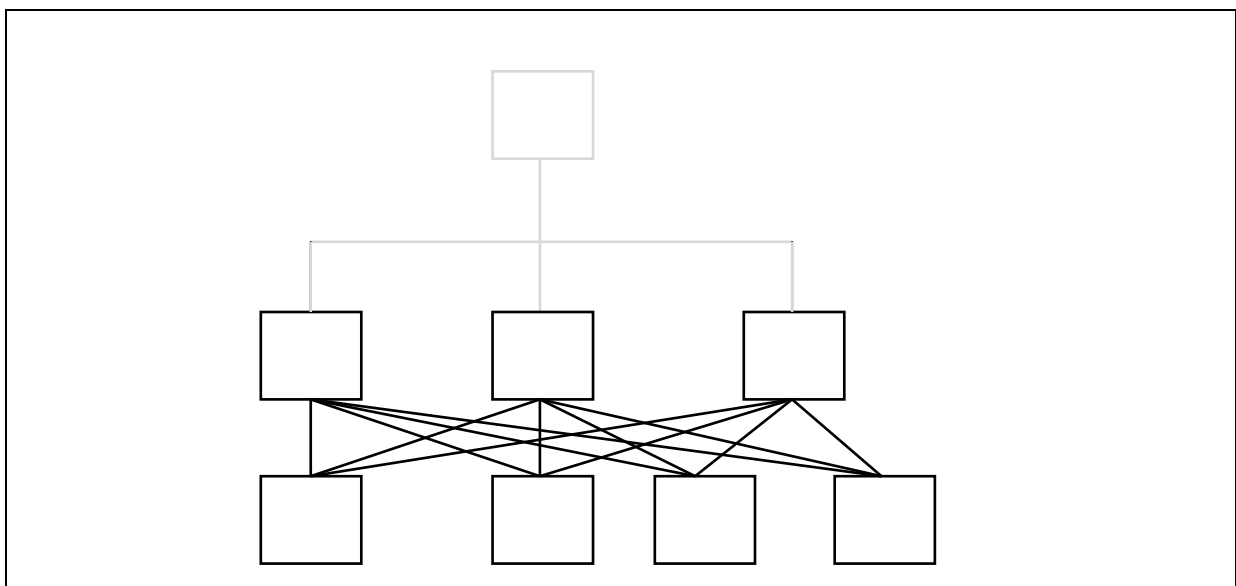


Abbildung 6: Mehrliniensystem

Das Wesen des Mehrliniensystems lässt sich anhand von drei Prinzipien charakterisieren (vgl. Kasper, 2002, 31; vgl. Leuzinger, 1994, 335):

1. **Prinzip der Spezialisierung:** Die Anordnungs Kompetenzen 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.

2. Prinzip des direkten Weges: Der Mitarbeiter kann sich mit einem bestimmten Problem direkt über den kürzesten Weg an den Spezialisten wenden.
3. Prinzip der Mehrfachunterstellung: Eine Stelle kann somit so vielen Stellen unterstellt sein, wie sie Teilaufgaben erfüllt.

Die Stärken des Mehrliniensystems liegen darin, dass die Anweisungen von fachlich kompetenten Stellen erfolgen, kurze Kommunikationswege vorhanden sind und eine große Flexibilität in der Problemlösung gegeben ist. Dem stehen Schwächen gegenüber, die sich in der Gefahr von Kompetenzkonflikten zwischen den Vorgesetzten, in der Gefahr von widersprüchlichen Anweisungen und in Problemen der Verantwortungszuordnung zeigen können. Dies kann zu Ressortdenken führen, in dem Einzelaspekte statt dem Blick für das Ganze die Entscheidungen bestimmen.

5.1.6 Stablinienorganisation

Diese dritte traditionelle Organisationsstruktur versucht sowohl die Vorteile des Ein- als auch des Mehrliniensystems zu realisieren. Sie beinhaltet Elemente beider Liniensysteme und wird zusätzlich durch Stabsstellen ergänzt, welche an sämtlichen Ebenen etabliert werden können. Sie haben unterstützende und beratende Funktionen und sind üblicherweise nicht mit Anordnungsbefugnissen ausgestattet. (vgl. Dorfmeister, 1999, 20)

Der Idealtypus einer Stablinienorganisation (wie in Abbildung 6) kommt in der Praxis kaum vor. Es finden sich vielmehr Mischtypen verschiedenster Art, die je nach Ausprägung mögliche Vor- und Nachteile mit sich ziehen. (vgl. Kasper, 2002, 32; vgl. Leuzinger, 1994, 338). Vorteile sind die folgenden Argumente:

- Qualitative und quantitative Entlastung der Leitungsstellen und der Linienabteilung.
- Eindeutige Kommunikationswege und hohe Koordinationsfähigkeit.
- Verbessertes 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.

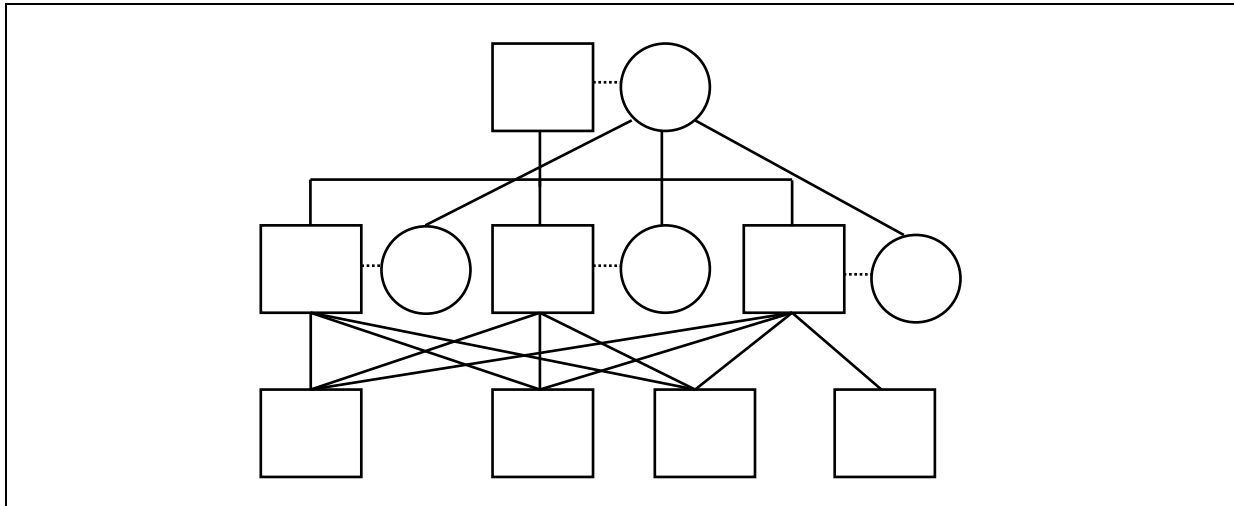


Abbildung 7: Stabliniensystem

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 erfolversprechende Variante sein könnte.

Wie gezeigt wurde ist die konsequente Verwirklichung des Einliniensystems mit schwerwiegenden Nachteilen verbunden, wodurch es zur Entwicklung des Mehrlinien- und Stabliniensystems kam. Diese Modifizierungen haben sich in der Praxis jedoch auch als vielfach nicht ausreichend wirkungsvoll erwiesen, sodass nach neuen Organisationsformen gesucht worden ist. (vgl. Leuzinger, 1999, 339)

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

Diese Organisationsform entsteht durch die Verknüpfung zweier oder mehrerer Gliederungsprinzipien mit dem Aufgeben der Eindeutigkeit der Unterstellung. Die Entscheidungs- und Weisungsbefugnisse sind gleichzeitig zwischen Projektleiter und Linienvorgesetzten verteilt, wobei die Projektmitarbeiter in den Abteilungen disziplinarisch eindeutig dem Linienvorgesetzten unterstellt bleiben, meist in den funktionalen Abteilungen verbleiben und Beiträge leisten, die von den Projektverantwortlichen angefordert werden. (vgl. Leuzinger, 1999, 342; vgl. Kasper, 2002, 33; vgl. Dorfmeister, 1999, 20-21)

Die Stärken der Matrixorganisation liegen in einer Erhöhung der Innovationsfähigkeit und Flexibilität der Gesamtorganisation. Zusätzlich soll es zu einem höheren Problem- und Konfliktlösungspotenzial in den Schnittstellen sowie einer Betonung der Gruppenarbeit und dadurch Senkung des Fehlerrisikos kommen.

Dem stehen die Risiken einer erhöhten Komplexität der Gesamtstruktur und Verzögerung von Entscheidungsprozessen durch großen Kommunikationsbedarf gegenüber. Die erhöhte Arbeitsbelastung kann vor allem bei den Schnittstellen zur Beeinträchtigung der Motivation führen. (vgl. Kasper, 2002, 34)

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.

Seitens der Organisation muss gewährleistet werden, dass die matrixartige Abstimmung unbürokratisch und flexibel erfolgen kann. Strikte Zuständigkeiten und geringer Entscheidungsspielraum in den Matrixknotenpunkten können zur Lähmung des Systems und zu massiven Belastungen des Personals führen. (vgl. Kasper, 2002, 35)

Abbildung 7 zeigt eine Matrixorganisation mit integriertem EBN-Vermittler (vgl. Kasper, 2002, 34):

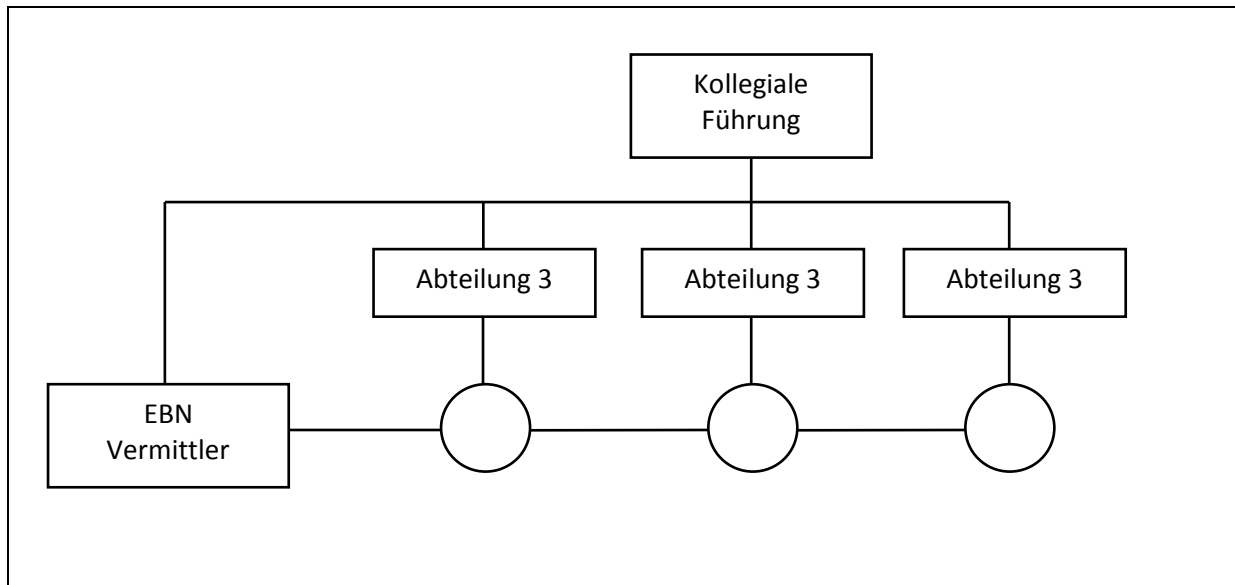


Abbildung 8: Matrixorganisation

5.1.7 Projektorganisation

Bei der Projektorganisation handelt es sich um eine Form der Parallel- oder Sekundärorganisation, weil sie zusätzlich zu einer bereits existierenden Primärorganisation eingerichtet wird und nicht in die bestehende Organisation eingreift. Es lässt sich hier zwischen reiner Linienprojektorganisation, Stabsprojektorganisation und Matrixprojektorganisation unterscheiden, die entsprechende Vor- und Nachteile mit sich ziehen und sich in erster Linie durch die Kompetenzverteilung zwischen Linienvorgesetzten und Projektleiter unterscheiden. Alle drei Organisationsformen sind dadurch gekennzeichnet, dass sie zeitlich befristet sind, komplexe, genau definierte Aufgabenstellungen zu erfüllen versuchen und eine eigenständige und differenzierte innere Struktur im Aufbau und im Ablauf aufweisen. (vgl. Kasper, 2002, 35-45)

Nach Leuzinger (vgl. 1999, 340) wird ein Projekt dadurch charakterisiert, dass ihr Zweck darin besteht, eine nicht-routinemäßige, komplexe, einmalige Aufgabe zu bewältigen. Ihre Struktur ist dabei zeitlich begrenzt, da die Aufgabe klar definiert und der Zeitpunkt der Erfüllung absehbar ist. Sie ist weder an die hierarchisch gegliederte Betriebsstruktur gebunden noch passt sie in diese hinein.

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 Pflegezuges 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)

Wie bereits in Kapitel 4 gezeigt sollte der Vermittler bestimmte persönliche Voraussetzungen und Fähigkeiten besitzen. Aufgabe der Ablauforganisation wäre im Bezug auf den Vermittler primär die Bestimmung von speziellen Arbeitsgängen, ihre Zusammenfassung zu Arbeitsgangfolgen sowie die Regelung der zeitlichen Belastung des Vermittlers. In diesem Zusammenhang muss die Zuordnung von Ressourcen und die optimale Stellenauslastung geregelt werden.

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):

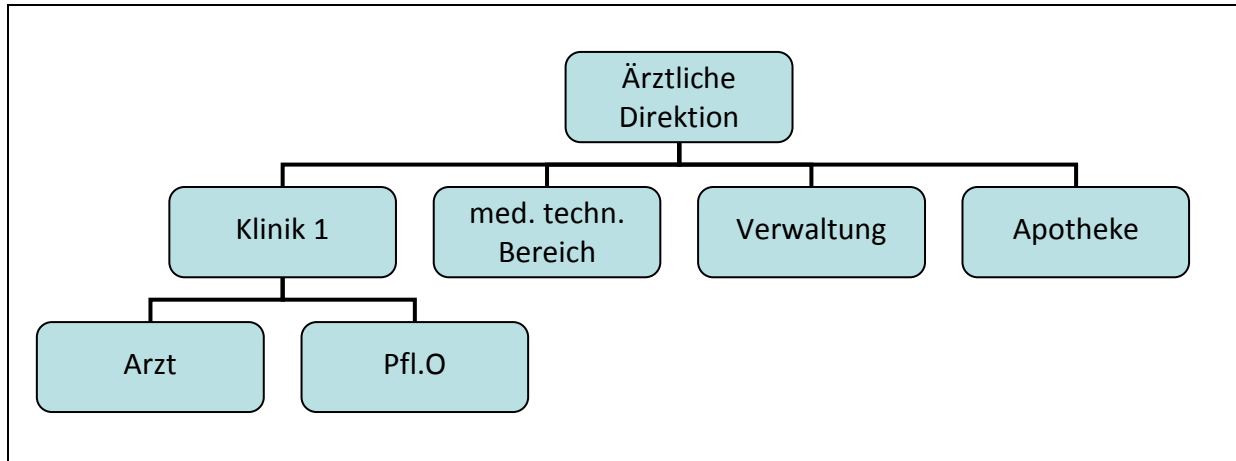


Abbildung 9: Zentral-direktionale Leitungsorganisation

Mit zunehmender Größe und Aufgabenkomplexität im Bereich des ärztlichen, des pflegerischen und des Verwaltungsdienstes entwickelten sich daraus andere Organisationsformen, die schließlich in eine dezentrale divisionale Struktur in Form eines Dreierdirektoriums mündeten. In dieser Kollegialinstanz sind alle Mitglieder gleichgestellt und gleichberechtigt an allen Entscheidungen beteiligt, sodass Beschlüsse nur einstimmig gefasst werden können. Wird diese Einstimmigkeit nicht erreicht, so entscheidet das zuständige Organ des Krankenhausträgers unter Berücksichtigung der verschiedenen Meinungen der Kollegialorgane. (vgl. Leuzinger, 1994, 346-348)

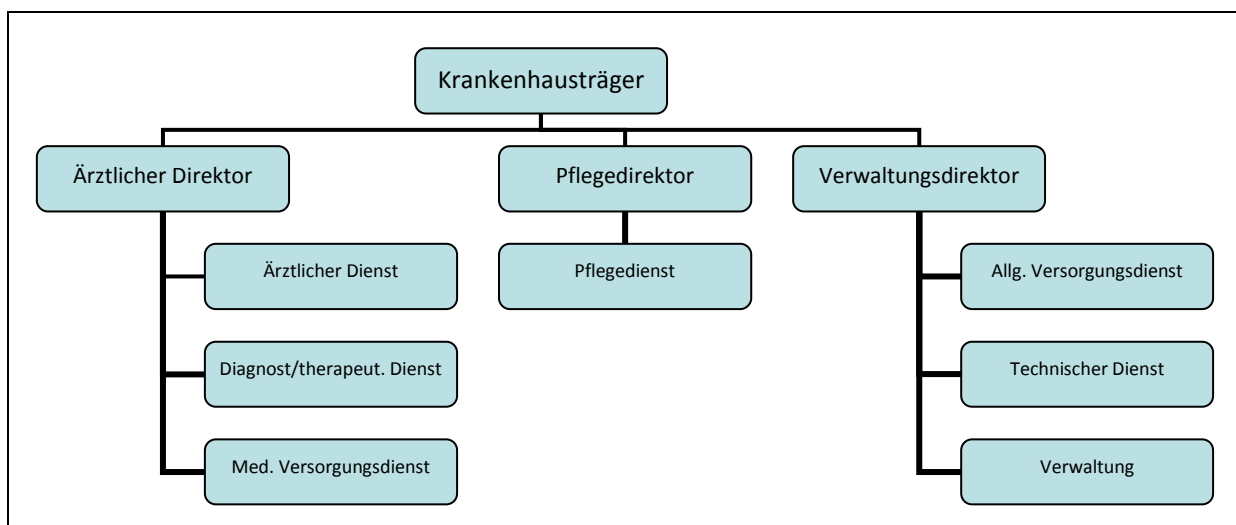


Abbildung 10: Dreierdirektorium der Krankenhausleitung

Das Krankenanstaltengesetz (vgl. Wiener KAG, §11) sieht durch das gemeinsame Besprechen von Angelegenheiten und Fällen von Entscheidungen die Form des Dreierkollegiums als geeignete Leitungsstruktur, um berufsständische Eigeninteressen zu überwinden und so die Interessen des Gesamtunternehmens Krankenhaus zu erreichen. Der sich daraus ergebende Nachteil zeigt sich in ineffizienten und oftmals langwierigen Entscheidungsstrukturen sowie Pattstellungen bei persönlichen Differenzen, mangelhaftem Schnittstellenmanagement und insuffizienter, interdisziplinärer Kooperation. (vgl. Dengg, Mobbing 2005, 44-46)

Durch die Differenzierung des pflegerischen Aufgabengebietes im GuKG (vgl. §14-16) in einen mitverantwortlichen, einen interdisziplinären und einen eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich dürfte es sinnvoll sein, die Positionierung des Vermittlers von EBN in den Verantwortungsbereich des Pflegedirektors zu legen. Gleichzeitig sollte aber auch die notwendige Kooperation zwischen Medizin und Pflege nicht unterschätzt werden, um im Sinne einer ganzheitlichen Betreuung des Patienten interdisziplinäres Forschungswissen zur Verfügung stellen zu können.

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.

Zusammenfassend bestehen für österreichische Akutkrankenhäuser, je nach Größe und Aufgabenschwerpunkt, die verschiedensten Varianten von Aufbau- und Ablauforganisationen, wobei sie sich größtenteils durch eine stark formale Sozialstruktur mit vorgegebenen Hierarchien und festgelegten Abläufen ähneln. Innerhalb dieser möglichen Organisationsformen gilt es, den Vermittler an jener Stelle zu positionieren, an der er mit größtmöglicher Effizienz das Modell EbN in die Praxis integrieren kann. Sinnvolle Positionierungsmöglichkeiten bilden in diesem Zusammenhang vor allem die Stabsstelle und die Projekt- und Matrixorganisation. Die am häufigsten anzutreffende Führungsstruktur in österreichischen Akutkrankenhäusern besteht in Form der Kollegialen Führung, wobei deren notwendige Unterstützung bei der Implementierung sowie die Positionierung des Vermittlers im Zuständigkeitsbereich der Pflege unumgänglich zu sein scheint.

6 Resümee

Die gesetzliche Forderung nach wissenschaftsbasierten Pflegemaßnahmen, sowie die gesellschaftliche Erwartung einer qualitätsorientierten, fachlich kompetenten und sicheren medizinisch-pflegerischen Versorgung führte in den letzten Jahrzehnten zur Notwendigkeit pflegerisches Handeln zu erforschen und die Ergebnisse in der Praxis umzusetzen. Bereits Florence Nightingale erkannte die Notwendigkeit von präzisen, systematischen Beobachtungen und durch die gezielte Verwendung von statistischen Analysen legte sie das Fundament für EbN, wenngleich der Begriff EbN erst Ende des letzten Jahrhunderts angelehnt an die Medizin seinen Ursprung fand.

Da es sich beim Begriff EbN um eine Transformation des Begriffes EbM handelt, fand im zweiten Kapitel der Arbeit eine Auseinandersetzung mit der Entstehungsgeschichte von EbM statt. Der Beginn von EbM wurde dem Ende des 18. Jahrhunderts und dem beginnenden 19. Jahrhundert zugeordnet, wo sich die Medizin vor dem Hintergrund der Denktradition des Rationalismus hin zu einem empirisch-medizinischen Ansatz entwickelte. Der zweite Blick auf die Entstehungsgeschichte von EbN galt der Geschichte der Professionalisierung der Pflege, die ungefähr zur selben Zeit stattfand. In diesem Zusammenhang war Florence Nightingale eine von vielen, die sich um die Professionalisierung der Pflege bemühte, und daher wird ihr Name vielfach in Zusammenhang mit der Gründung von EbN gebracht. Anhand einer ausführlichen Betrachtung ihres Lebenslaufes konnte gezeigt werden, dass EbN unabhängig von EbM zeitgleich mit den Arbeiten von Florence Nightingale begann, auch wenn die gleichzeitige Diskussion über die Stellung der Frau innerhalb der Gesellschaft lange Zeit kaum Platz für die Forderung nach einer „evidenzbasierten Pflege“ zuließ. Der Begriff EbN existierte zu Lebzeiten von Florence Nightingale noch nicht, wobei aber aufgrund ihrer Arbeit um und für die Krankenpflege zu Recht behauptet werden kann, dass EbN bereits ihren Anfang mit den Arbeiten von Florence Nightingale genommen hat.

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

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

Trotz des wachsenden Bewusstseins für die Notwendigkeit des Einsatzes von evidence basierten Wissen wird zwar ein Anstieg an Forschungsergebnissen beobachtet, gleichzeitig stellt sich jedoch ein Theorie-Praxis-Transferproblem dar, das gekennzeichnet ist durch diverse Probleme auf Seiten der Wissenschaft wie auch der Praxis. In zahlreichen Untersuchungen wird auf die Komplexität und Unverständlichkeit von Studien und auf die eingeschränkte Fähigkeit von Praktikern, diese Studien korrekt zu identifizieren, zu interpretieren und zu implementieren, hingewiesen. Die Probleme sind im Bereich der Kommunikation, der Komplexität, der Partizipation und der Selektion zu identifizieren, und daher liegen die Strategien zur Überwindung des Theorie-Praxis-Transferproblems in der Schaffung eines Instrumentes, das in der Lage ist in allen genannten Bereichen unterstützend zu wirken.

Das Einsetzen eines Vermittlers, der mit den Pflegefachkräften an der Veränderung der Pflegepraxis durch die Implementierung von EbN arbeitet, wird im vierten Kapitel als Instrument zur Überwindung des Theorie-Praxis-Transferproblems identifiziert. Notwendigerweise ausgestattet mit einer Reihe an persönlichen und fachlichen Kompetenzen nimmt er eine bestimmte Rolle innerhalb des Systems Akutkrankenhauses ein, die von einer autoritären bis zu einer autonomen, von organisationsintern bis organisationsextern, unter Beachtung entsprechender Vor- und Nachteilen reichen kann. Das Potential des Vermittlers liegt in der Zusammenarbeit mit Individuen und Teams, um Themen rund um die Patientenversorgung aufzugreifen, Pflegeprobleme in Forschungsfragen zu transferieren, eine entsprechende Recherche durchzuführen, die Ergebnisse aufzubereiten und verständlich zu kommunizieren, um ein kritisches Denken und die Fähigkeit zur Reflexion in der professionellen Pflege zu fördern und damit einen positiven Beitrag zu einer qualitativen Versorgung von Pflegebedürftigen zu leisten.

Albert Einstein meinte, dass das letzte Ziel aller wissenschaftlichen Erkenntnis darin besteht, das größtmögliche Tatsachengebiet aus der kleinstmöglichen Anzahl an Axiomen und Hypothesen zu erhellen. Der Sinn eines Vermittlers von EbN in einem österreichischen Akutkrankenhauses besteht in einer Erhellung des professionellen Pflegewissens durch die Vermittlung von Forschungswissen zum Nutzen des individuellen Patienten.

Literaturverzeichnis

Ailinger, R.L. (2003): Contributions of Qualitative Research to Evidence-Based Practice in Nursing, *Rev Latino-am Enfermagem*, maio-junho; 11(3): 275-9

Atteslander, P. (2003): *Methoden der empirischen Sozialforschung*, Walter de Gruyter, Berlin

Bauer, F. (1965): *Geschichte der Krankenpflege, Handbuch der Entstehung und Entwicklung der Krankenpflege von der Frühzeit bis zur Gegenwart*, Verlag E. C. Baumann KG, Kulmbach

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

Behrens, J., Langer G. (2006): *Evidence-based Nursing and Caring, Interpretativ-hermeneutische und statistische Methoden für tägliche Pflegeentscheidungen, Vertrauensbildende Entzauberung der „Wissenschaft“*, Verlag Hans Huber, Bern

Benesch, M. (2006): Können und sollen wir alles hinterfragen? Evidence Based Medicine/Autoritätenmeinungen kritisch prüfen, *Ärzte Exklusiv, Österreichs größtes Health- & Lifestyle Magazin für Ärzte*, 12-13

Bernal, J. D. (1986): *Die soziale Funktion von Wissenschaft*. Pahl-Rugenstein, Köln

Bischoff, C., Wanner B. (1993): Wer gut pflegt, der gut lehrt? In: Bischoff, C./P Botschafter (Hg.): *Neue Wege in der Lehrerausbildung für Pflegeberufe*. Melsungen, 13-31

Bögemann-Großheim, E. (2004): Zum Verhältnis von Akademisierung, Professionalisierung und Ausbildung im Kontext der Weiterentwicklung pflegerischer Berufskompetenz in Deutschland; In *„Pflege und Gesellschaft“*, 9.Jahrgang 3/2, 100-107

Broome, A. (2000): *Change Management in der Pflege, Veränderungen planen, durchführen und bewerten*, Verlag Hans Huber, Bern

Burns, N., Grove, S.K. (2005): *Pflegeforschung verstehen und anwenden*, Elsevier GmbH, München

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

Cesario, S., Morin, K., Santa-Donato, A. (2002): Evaluating the Level of Evidence of Qualitative Research, JOGNN, 31, 708-714; DOI: 10.1177/0884217502239216

Cochrane A. L. (1999): Effectiveness & Efficiency, Random Reflections on Health Services, Royal Society of Medicine Press, London

Craig J. V., Smyth R. L. (2002): The Evidence-Based Practice Manual for Nurses, Churchill Livingstone Elsevier

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

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

Deleuze, G., Guattari, F. (1987): A Thousand Plateaus (B. Massumi, Trans.). University of Minnesota Press, Minneapolis

DEUTSCHE NATIONALBIBLIOTHEK: Gutachtenbasierte Medizin, SYS 27.20, Schlagwort 4543414-1, (http://z3950gw.d-nb.de/z3950/zfo_search_scan.cgi, Zugriff am 28.04. 2008, 11:20 Uhr)

DiCenso, A., Cullum, N., Ciliska, D. (1998): Implementing evidence-based nursing: some misconceptions. Evidence Based Nursing 1 (2), 38-40

DiCenso, A., Guyatt, G., Ciliska, D. (2005): Evidence-Based Nursing, A Guide to Clinical Practice, Mosby, St. Luise

Diekmann, A. (2004): Empirische Sozialforschung, Grundlagen, Methoden, Anwendungen, rowohlt's enzyklopädie, Reinbek bei Hamburg

Doran, D. M., Mylpoulos, John, Kushniruk, A., Nagle, L., Laurie-Shaw, B., Sidani S., Tourangeau A. E., Lefebvre N., Reid-Haughian, Ch., Cranley L.A., Carryer, J.R., McArthur, G. (2007): Evidence in the Palm of your Hand: Development of an Outcomes-Focused Knowledge Translation Intervention, Vol. 4. - pp. 69-77

Dorfmeister, G. (1999): PflegeManagement - Personalmanagement im Kontext der Betriebsorganisation von Spitals- und Gesundheitseinrichtungen – Theoretische Grundlagen und Beispiele aus der Praxis, Verlag Wilhelm Maudrich, Wien

Drosdowski, G., Scholze-Stubenrecht, W., Wermke, M., (1997): Duden, Das Fremdwörterbuch, Bibliographisches Institut & F. A. Brockhaus AG

Duden, (2000): Deutsches Universalwörterbuch, Oxford Advanced Learner`s Dictionary, Oxford University Press

Eichhorn, P. (2000): Das Prinzip Wirtschaftlichkeit – Basis der Betriebswirtschaftslehre, Gabler Verlag, Wiesbaden

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

Evidence-Based Medicine Working Group, (1992): Evidence-based Medicine: a new approach to teaching the practice of medicine, Journal of the American Medical Association 268: 17, 2420-2425

Faulstich, P. (2008): Vermittler wissenschaftlichen Wissens, Biographien von Pionieren öffentlicher Wissenschaft, transcript Verlag, Bielefeld

Fineout-Overholt, E., Mazurek Melnyk, B., Schultz, A. (2005): Transforming Health Care from the Inside Out: Advancing Evidence-Based Practice in the 21st Century, Journal of Professional Nursing, Vol 21, No 6, pp 335-344

Fischer, M.R., Bartens, W. (Hrsg). (1999): Zwischen Erfahrung und Beweis – medizinische Entscheidungen und Evidence-Based Medicine, Verlag Hans Huber, Bern

French, P. (2002): What is the evidence-based nursing? An epistemological concern, Journal of Advanced Nursing, 37, 250-257

Gardner, R., Gary, R. (2005): Towards a geology of evidence-based practice – A discussion paper, International Journal of Nursing Studies I (III) III-III, 1-11

Goleman, D. (1999): Emotionale Intelligenz, Deutscher Taschenbuch Verlag GmbH & Co, München

Gournay, K., Ritter, S., (1997): What future for research in mental health nursing? Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing (4), 441-446

Greenhalg Trisha (2000): Einführung in die Evidence-based Medicine. Bern: Verlag Hans Huber

- Gross, D. (2002): Der systematische Weg zur erfolgreichen Pflegepraxis. In Österreichischer Pflegezeitschrift, 33-36
- Grypdonck, M. H. F. (2004): Eine kritische Bewertung von Forschungsmethoden zur Herstellung von Evidenz in der Pflege. Pflege & Gesellschaft, 19, 35-41
- Harsieber, R. (2006): Die unbekannte Größe, EBM / In aller Munde aber voller Mythen, Ärzte Exklusiv, Österreichs größtes Health-& Lifestyle Magazin für Ärzte, 8
- Harvey, G., Loftus-Hills, A., Rycroft-Malone, J., Titchen, A., Kitson, A., McCormack, B., & Seers, K (2002): Getting evidence into practice: the role and function of facilitation. Journal of Advanced Nursing, 37, 577-588
- Hasseler, M. (1999): Evidenz-basierte Praxis – Was ist das? In Pflege aktuell, 7, 416-419
- Heron J. (1989): The facilitator`s handbook. London: Kogan Page
- Jack, S. M. (2006): Utility of Qualitative Research Findings in Evidence-Based Public Health Practice, Public Health Nursing, Vol. 23 No. 3, pp. 277-283
- Jorland, G., Opinel, A., Weisz, G. (2005): Body Counts, Medical Quantification in Historical & Sociological Perspectives, McGill-Queen`s Press-MQUP, (<http://books.google.at/books?id=3NsFM3wN5YQC&pg=PA5&lpg=PA5&dq=medical-arithmetic&source=web&ots=W57IIxMAEL&sig=bgpA1iJS0esvGLDwalqBaRzyqLc&hl=de#PPP1,M1>, Zugriff am 11. 03. 2008, 10:30 Uhr)
- Kasper, H., Mayrhofer, W. (2002): Personalmanagement, Führung, Organisation, Linde Verlag, Wien
- Katscher, L. (1962): Geschichte der Krankenpflege, Ein Leitfaden für den Schwesternunterricht, Christl. Zeitschriftenverlag, Berlin-Friedenau
- Kearney, M. (2001): Focus on Research Methods Levels and Applications of Qualitative Research Evidence, Recherche in Nursing &Health, 24, 145-153
- Kelle, U. (2004): Empirische Sozialforschung zur Evidenzbasierung komplexen sozialen Handelns – Handlungstheoretische und methodologische Grundlagen, Pflege & Gesellschaft, 19, 52-58

- Kitson, A., Harvey, G., & McCormack, B. (1998): Enabling the implementation of evidence based practice: a conceptual framework. *Quality in Health Care*, 7, 149-158
- Kitson A. (2000). Towards evidence-based quality improvement: perspectives from nursing practice. *International Journal for Quality in Health Care*, 12, 459-464
- Korff, M. (1997): Die Umsetzung von Forschungsergebnissen. In Sabine Bartholomeyczik, Elke Müller (Hrsg.): *Pflegforschung verstehen*. München, Wien, Baltimore: Urban und Schwarzenberg, 137-150
- Kunz, R., Ollenschläger, G., Raspe, H., Jonitz, G., Kolkmann, F.-W.(2000): *Lehrbuch Evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis*, Dt. Ärzte-Verlag, Köln
- Lavin, M. A., Meyer, G., Krieger, M., McNary, P., Carlson, J., Perry, A., James, D., & Civitan, T. (2002). Essential differences between evidence-based nursing and evidence based medicine. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 13, 101-106.
- Lechner, K., Egger, A., Schauer, R. (1996): *Einführung in die Betriebswirtschaftslehre*, Linde Verlag, Wien
- Legere, W. (1984): *Schwester Florence, Ein Leben im Dienst der Verwundeten und Kranken*, Tyrolia-Verlag, Innsbruck-Wien
- Leuzinger, A. (1994): *Mitarbeiterführung im Krankenhaus: Spital, Klinik und Heim*, Huber Verlag, Bern
- Levin, F. (2006): *Teaching Students to Formulate Clinical Questions: Tell Me Your Problems and Then Read My Lips, Teaching Evidence-Based Practice in Nursing*, Springer, New York
- Leys, M. (2003): Health care policy: qualitative evidence and health technology assessment, *Health Policy*, 65, 217-226
- Loffing, Ch. (2003): *Coaching in der Pflege*, Verlag Hans Huber, Bern
- Maaß, E., Ritschl, K. (1997): *Coaching mit NLP: Erfolgreich coachen im Beruf und Alltag. Ein Übungsbuch*, Junfermann, Paderborn
- Macrae, J. A. (2001): *Nursing as a spiritual practice: contemporary application of Florence Nightingale`s views*, Springer Verlag, New York

- Mayer, H. (2002): Einführung in die Pflegeforschung, Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien
- Mayer, H. (2003): "Body of evidence?", Ein kritischer Blick auf und hinter einen sehr populär gewordenen Begriff in der Pflege, PflegeNetz 02.03, 12-16
- Mayer, H., Warmbrunn, A., Sommer, E. (2006): Pflegehandeln an pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen ausrichten, Elsevier GmbH, München
- Mayer, H. (2007): Pflegeforschung anwenden, Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung, Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien
- Mayring, Ph. (2002): Einführung in die Qualitative Sozialforschung, Beltz Verlag, Weinheim und Basel
- Mazurek, Melnyk, B. (2006): Consumer Preferences and Values as an Integral Key to Evidence-based Practice, Nurs Admin Q, Vol. 30, NO 2, pp. 123-127
- McCaughan, D., Thompson, C., Cullum, N., Sheldon, t., & Thompson, D. R. (2002): Acute care nurses` perception of barriers to using research information in clinical decision-making, Journal of Advanced Nursing, 39, 46-60
- McCormack, B., Kitson. A., Harvey, G., Rycraft-Malone, J., Titchen, A., & Seers, K. (2002): Getting evidence into practice: the meaning of "context". Journal of Advanced Nursing, 38, 94-104
- McCourt, Ch. (2005): Research and theory for Nursing and Midwifery: Rethinking the Nature of Evidence, Vol. 2, I. 2, pp. 75-83
- McSherry, R., Artley, A., Holloran, J. (2006): Research Awareness: An Important Factor for Evidence-Based Paractice?, Vol. 3, Issue 3, pp. 103-115
- Messinger, H., Rüdener, W., (1977): Langenscheidts Großes Schulwörterbuch, Englisch-Deutsch, Langenscheidt KG, Berlin, München, Wien
- Mitchell, G. J. (1996): Die Entwicklung der Forschung von der Wissenschaft zur Praxis. In Geri LoBiondo-Wood, Judith Haber: Pflegeforschung. Wiesbaden: Ullstein Mosby, S. 65-102
- Mitchell, G. J. (1999): Evidence based practice: critique and alternatives view, Nursing Science Quarterly, 12, 30-35

Möller, U., Hesselbarth, U., (1994): Die geschichtliche Entwicklung der Krankenpflege, Hintergründe, Analysen, Perspektiven, Brigitte Kunz Verlag, Hagen

Mühlhauser, I.(2000): Pflege, 47-52

Muir Gray, J. (1997): Evidence-based healthcare. Churchill Livingstone, New York, Edinburgh, London

Muir Gray, J.(2000): Die englische EbM-Story. In: Kunz et al., 30-37

Muir Gray, J. A. (2001): Evidence-Based Healthcare: How to Make Health Policy and management Decisions, Churchill Livingstone, Edingburgh

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

Oxford Advanced Learner`s Dictionary (2000): Oxford University Press

Panfil, E.M. (2004): Quantitative Methoden – Grundlagen für komplexes Handeln. Pflege & Gesellschaft, 19, 47-51

Panke-Kochinke, B. (2004): Die rekonstruktive hermeneutische Textanalyse, Pflege & Gesellschaft, 9. Jhg. 2, 59-63

Perleth, M., Antes, G. (Hrsg.) (1998): Evidenz-basierte Medizin, Wissenschaft im Praxisalltag, MMV, Medizin-Verlag, München

Pipe, T.B., Wellik, K.E., Buchda, V.L., Hansen, C.M., & Martyn, D.R. (2005): Implementing evidence-based nursing practice. MEDSURE Nursing, 14, 179-184

Pons, (2000): Großwörterbuch für Experten und Universität Englisch-Deutsch/Deutsch-Englisch, Oxford Advanced Learner`s Dictionary, Oxford University Press

Retsas, A. (2000): Barriers to using research evidence in nursing practice. Journal of Advanced Nursing, 31, 599- 606

Rolfe, G., (1999): Insufficient evidence: the problems of evidence-based nursing, Nurse Education Today, 19, 433-442

Rosswurm, M.A., & Larrabee, J.H. (1999): A model for change to evidence based practice. *Journal of Nursing Scholarship*, 31, 317-322

Rycroft-Malone, J., Kitson, A., Harvey, G., McCormack, B., Seers, K., Titchen, A. & Estabrooks, C. (2002): Ingredients for change: revising a conceptual framework, *Qual Saf Health Care*, 11, 174-180

Rycroft-Malone, J. (2004): The PARISH framework – a framework for guiding the implementation of evidence-based practice. *Journal of Nursing Care Quality*, 19, 297-304

Rycroft-Malone, J., Seers, K., Titchen, A., Harvey, G., Kitson, A., McCormack, B. (2004a): What counts as evidence in evidence-based practice. *Journal of Advanced Nursing* 47:1, 81-90

Rycroft-Malone, J., Harvey, G., Seers, K., Kitson, A., McCormack, B., & Titchen, A. (2004b): An exploration of the factors that influence the implementation of evidence into practice. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 913-924

Rycroft-Malone J., (2006): The politics of the evidence-based practice movements; Legacies and current challenges. *Journal of Research in Nursing*, Vol 11(2) 95-108 DOI: 10.1177/1744987106059793

Sackett, D. L., Rosenberg, W., Gray, J., Haynes, R., Richardson, W. (1996): Evidence-based medicine: what it is and what it isn't., *British Journal of Medicine* 312, 71-72

Sackett D L., Richardson W. S., Rosenberg, W., Haynes, R. B. (1997): Evidence-based Medicine: How to practice and teach EBM. London : Churchill Livingstone

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

Schlömer, G. (2000): Evidence-based nursing – Eine Methode für die Pflege. *Pflege*, 13, 47-52

Schnell, M. W. (2004): Evidenzbasierung der Pflege – ethisch betrachtet. *Pflege & Gesellschaft*, 19, 42-64

Seidler, E. (1993): Geschichte der Medizin und der Krankenpflege, Kohlhammer, Stuttgart

Strachey, L. (1952): Florence Nightingale, Eine Biographie, S. Fischer Verlag, Wien

Strachota, A. (2002): Heilpädagogik und Medizin, Eine Beziehungsgeschichte, Literas
Universitätsverlag, Wien

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

Thiel, V., Steger, K.-U., Josten, C., Schemmer, E. (2001): Evidence-based Nursing – missing
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

Titler, M. G. (2004): Methods in Translation Science, Worldview on Evidence-based Nursing,
Vol. 1, (1), 38-48

Torpy JM, Lynn C, Glass RM. (2006): Evidence-based medicine, JAMA patient page, Sep
6;296(9):1192

Ullrich, L., Stolecki, D., Grünewald, M. (Hrsg.) (2005): Intensivpflege und Anästhesie. Georg
Thieme Verlag KG, Stuttgart

Van Meijel, B., Gamel, C., Van Swieten-Duijfjes, B., Grypdonck, M.H. (2004): The
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

Winch, S., Henderson, A., & Creedy, D. (2005): Read, Think, Do!: a method for fitting research evidence into practice, *Journal of Advanced Nursing*, 50, 20-26

Wolff P., Wolff J. (1994): *Geschichte der Krankenpflege*, RECOM-Verlag, Basel

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/gesundheitssoekonomie02.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://de.wikipedia.org/wiki/Coaching>, Zugriff am 29. 10. 2009 um 11:15 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=#delenlVermittlung, 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

<http://translate.google.at/translate?hl=de&sl=en&u=http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10796542&ei=y0pMSKhLsr8sQa66uGFDA&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

http://en.wikipedia.org/wiki/Academic_detailing, Zugriff am 12. 01. 2010, um 11:30 Uhr

<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.uit.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

Gesetzliche, gesellschaftliche sowie berufs- und organisationsinterne Forderungen nach einem umfassenden, regelmäßig aktualisierten und dem wissenschaftlichen Erkenntnisfortschritt entsprechenden Pflegewissen bedarf einer Entwicklung von Konzepten, die trotz der Fülle an Wissensproduktionen und dem raschen Wandel des Wissens sowie der Problematik des Wissenstransfers eine optimale pflegerische Versorgung des Patienten begünstigen. EbN stellt in diesem Zusammenhang ein Konzept dar, das durch eine multifaktorielle Vier-Säulen-Modellabbildung sämtliche Einflussfaktoren auf die Patientenbehandlung integriert und durch das Aufzeigen und Beseitigen von Störfaktoren versucht, eine wissenschaftlich orientierte, patientenindividuelle, erfahrungswissensoptimierte und dem Behandlungskontext angepasste professionelle Pflege zu etablieren. Vor dem Hintergrund eines stark traditionell geprägten Berufs wie der Pflege, wo Intuition, Erfahrung und Autoritäten in zum Teil strengen Hierarchien eine wesentliche Rolle spielen, bekommt das Theorie-Praxis-Transferproblem und dessen Überwindung eine neue Dimension. Durch die Implementierung eines Vermittlers, dessen Potential in der konstruktiven Zusammenarbeit mit Individuen und Teams liegt, um Fragen und Probleme der Patientenversorgung zu thematisieren und zu artikulieren, wird eine Institution geschaffen, die in der Lage ist, Pflegeprobleme in Forschungsfragen zu transferieren, die Forschungsergebnisse zu bewerten, verständlich zu machen und mit Hilfe des Behandlungsteams in die Praxis zu integrieren. Ausgerichtet an den verschiedensten externen und internen Rahmenbedingungen eines Akutkrankenhauses mit optimaler Positionierung, entsprechender persönlicher und fachlicher Eigenschaften des Vermittlers und konsequenter Unterstützung der kollegialen Führung stellt er ein adäquates Instrument zur Implementierung von EbN dar und leistet damit einen entscheidenden Beitrag zu einer fachlich hoch qualitativen Patientenbehandlung.

Lebenslauf

Datum		Berufliche Tätigkeit
von	bis	
Okt. 1990	Jän. 1993	DGKS an der Abteilung für Innere Medizin am a. ö. Krankenhaus Bregenz
Jän. 1994	Aug. 2004	Universitätsklinik für Anästhesie und Intensivmedizin 13B3 und 13C3 am AKH Wien

Datum		Schulbildung
von	bis	
Sept. 1976.	Juni 1980	Volksschule (Parndorf)
Sept. 1980	Juni 1984	Hauptschule (Neusiedl/See)
Sept. 1984	Juni 1987	Dreijährige Fachschule für wirtschaftliche Frauenberufe (Neusiedl/See)
Sept. 1987	Sept. 1990	Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflegeschule (Oberwart)
März 2001	Feb. 2004	Berufsreifeprüfung Bildungsanstalt für Kindergartenpädagogik (Wien)

Datum		Studium
März 2004	2010	Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft an der Universität Wien

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

Datum		Andere Tätigkeiten
Feb. 1993	Sept. 1993	Au-pair in London