

Evangelische Hochschule für angewandte Wissenschaften –  
Evangelische Hochschule Nürnberg

Advanced Nursing Practice – Akutpflege

Masterthesis  
zur Erlangung des akademischen Grades  
Master of Science M.Sc.

Effektivität eines Evidence-based Nursing Trainings  
im stationären Akutsetting der Urologie

**Anna Katharina Diller, B.Sc.**

E-Mail: [anna.diller@stud.evhn.de](mailto:anna.diller@stud.evhn.de)

Matrikelnummer: 20509184

Erstgutachterin: Frau Prof. Dr. Susanne Schuster

Abgabetermin: 14.08.2022

## Abstract

The increase in nursing science courses of study enables more and more nurses to become academics and to learn competences in scientific work. Despite the increase in study programmes in Germany in recent years, academically trained nursing staff working in direct patient care is still a rarity. It has long been known that nursing care can be not only inefficient but also dangerous if it is not based on current evidence. The concept of evidence-based nursing (EBN) is becoming increasingly important and must find its way into nursing practice. The research project investigates the effectiveness of EBN training among nurses in an acute urology ward and determines how participants' attitudes and knowledge about EBN change as a result of participating in the training. The design was a mixed-method approach. For this purpose a scaled questionnaire from two validated instruments was combined, oral interviews were conducted and memory protocols were used. A pretest-posttest survey was conducted to determine the current knowledge of nurses and their attitudes towards the use of current research findings in nursing practice. Between the two survey phases, EBN training took place, which was divided into three sessions. The results show a high willingness and openness among nurses to use new research findings in practice. The actual implementation of research findings in practice did not change as a result of the EBN training. On the other hand a clear increase could be observed in the exchange among the nurses and the independent research for literature. Also, none of the participants said after the training that they did not know or understand the term EBN. After participating in the EBN training, however, more nurses than before stated that they had no time for reading scientific literature due to their professional tasks and that they received little support from their superiors. Although there is a great willingness in the team to further develop the practice and to incorporate new findings into the practical work, there are many factors that hinder the implementation of evidence-based practice. After the nurses have been exposed to the EBN process for the first time, there is still some uncertainty after the project. Further workshops and regular meetings will be necessary in the future to integrate EBN into everyday care.

## Zusammenfassung

Die Zunahme pflegewissenschaftlicher Studiengänge ermöglicht es immer mehr Pflegenden, sich zu akademisieren und Kompetenzen im wissenschaftlichen Arbeiten zu erlernen. Trotz der Zunahme an Studienangeboten in den letzten Jahren in Deutschland, stellt akademisiertes Pflegepersonal, welches in der direkten Patientenversorgung tätig ist, weiterhin eine Seltenheit dar. Dabei ist längst bekannt, dass Pflege nicht nur ineffizient, sondern auch gefährlich sein kann, beruht sie nicht auf aktueller Evidenz. Der Begriff des Evidence-based Nursings (EBN) gewinnt an immer größerer Bedeutung und muss Einzug in die Pflegepraxis finden. Das Forschungsprojekt untersucht die Effektivität eines EBN-Trainings unter Pflegenden einer urologischen Akutstation und ermittelt, wie sich die Einstellung und das Wissen der Teilnehmenden gegenüber EBN durch die Teilnahme am Training verändern. Bei dem Design handelt es sich um einen Mixed-Method-Ansatz. Dazu wurde ein skalierter Fragebogen aus zwei validierten Instrumenten zusammengefügt, mündliche Befragungen durchgeführt und Gedächtnisprotokolle genutzt. Im Rahmen einer Prätest-Posttest-Befragung wurde der aktuelle Wissensstand der Pflegenden sowie ihre Haltung gegenüber der Nutzung aktueller Forschungsergebnisse in der Pflegepraxis ermittelt. Zwischen den beiden Erhebungsphasen fand ein EBN-Training statt, welches sich in drei Sitzungen gliederte. Bei den Ergebnissen zeigten sich sowohl vor als auch nach der Durchführung des Trainings eine hohe Bereitschaft und Offenheit der Pflegenden, neue Forschungserkenntnisse in der Praxis zu nutzen. Die tatsächliche Umsetzung von Forschungserkenntnissen in der Praxis veränderte sich durch das EBN-Training nicht. Eine deutliche Zunahme konnte dagegen im Austausch der Pflegenden untereinander und der selbstständigen Recherche nach Literatur beobachtet werden. Auch äußerten alle Teilnehmenden nach dem Training, den Begriff EBN zu kennen oder zu verstehen. Nach der Teilnahme am EBN-Training gaben jedoch mehr Pflegenden als zuvor an, durch ihre beruflichen Aufgaben keine Zeit für das Lesen wissenschaftlicher Literatur zu haben und wenig Unterstützung durch ihre Vorgesetzten zu erhalten. Durch diese Arbeit konnte gezeigt werden, dass im Team eine große Bereitschaft herrscht, die Praxis weiterzuentwickeln und neue Erkenntnisse in die praktische Arbeit einfließen zu lassen. Jedoch liegen auch viele Faktoren vor, welche die Implementierung einer evidenzbasierten Praxis behindern wie mangelnde zeitliche Ressourcen, fehlende Unterstützungsangebote und unzureichendes Wissen. Nachdem die Pflegenden zum ersten Mal mit dem EBN-Prozess in Berührung gekommen sind, herrscht auch nach dem Projekt noch eine gewisse Unsicherheit. Weitere Workshops und regelmäßige Treffen werden zukünftig nötig sein, um EBN langfristig in den Pflegealltag zu integrieren.

## Abkürzungsverzeichnis

|         |   |
|---------|---|
| ANP     | Advanced Nursing Practice                     |
| EBN     | Evidence-based Nursing                        |
| APN     | Advanced Practice Nurse                       |
| EBPq    | Evidence-based Practice Profile Questionnaire |
| IAD     | Windelassoziierte Dermatitis                  |
| SAQ     | Safety Attitudes Questionnaire                |
| COVID19 | Coronavirus Disease 2019                      |

## Abbildungsverzeichnis

|   |    |
|---|----|
| Abbildung 1: Inhalte des geplanten EBN-Trainings (Quelle: eigene Darstellung) .....   | 9  |
| Abbildung 2: Prozess der Literaturrecherche (Quelle: eigene Darstellung) .....  | 20 |
| Abbildung 3: ISBAR-Assessment (Quelle: Liaw et al. 2019).....   | 26 |
| Abbildung 4: Kommunikationstool zur interdisziplinären Visite (Quelle: Gormley et al. 2019)<br>.....  | 28 |
| Abbildung 5: Beschwerdekategorien medizinisch-pflegerische Leistung, Information und<br>Kommunikation (Abteilung für Organisationsentwicklung und Patientensicherheit 2022) ..... | 34 |
| Abbildung 6: Beschwerdekategorie persönlicher Umgang (Abteilung für<br>Organisationsentwicklung und Patientensicherheit 2022) .....   | 34 |
| Abbildung 7: Beschwerdekategorie Entlassung (Abteilung für Organisationsentwicklung und<br>Patientensicherheit 2022) .....  | 34 |
| Abbildung 8: Quellen der Informationsgewinnung der Pflegenden (Quelle: eigene<br>Darstellung) .....   | 41 |
| Abbildung 9: Häufigkeit der Online-Datenrecherche (Quelle: eigene Darstellung).....   | 42 |
| Abbildung 10: Berücksichtigung der Patientenwünsche (Quelle: eigene Darstellung) .....  | 42 |
| Abbildung 11: Bewertung der eigenen Kompetenzen der Pflegenden (Quelle: eigene<br>Darstellung) .....  | 44 |
| Abbildung 12: Korrelation Besuche der Stationsbesprechungen und Arbeitsqualität (Quelle:<br>eigene Darstellung).....  | 51 |
| Abbildung 13: Korrelation Nutzen von Forschung und Berücksichtigung von EBN (Quelle:<br>eigene Darstellung).....  | 52 |

## Tabellenverzeichnis

|  |    |
|--|----|
| Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien der Literaturrecherche (Quelle: eigene Darstellung)<br>..... | 19 |
| Tabelle 2: Bewertung der Studienqualität nach Panfil 2013 (Quelle: eigene Darstellung) ....          | 21 |

|   |       |
|---|-------|
| Inhalt  |       |
| Abstract .....  | II    |
| Zusammenfassung .....   | III   |
| Abkürzungsverzeichnis .....   | IV    |
| Abbildungsverzeichnis .....   | V     |
| Tabellenverzeichnis .....   | VI    |
| 1 Einleitung.....   | 1     |
| 2 Theoretischer Rahmen .....  | 3     |
| 2.1 Der Begriff des Evidence-based Nursings.....                                  | 3     |
| 2.2 Relevanz des Themas .....   | 5     |
| 2.3 Ziel der Masterarbeit.....  | 8     |
| 2.4 Formulierung einer Forschungsfrage .....                                      | 10    |
| 3 Methodik .....  | 10    |
| 3.1 Prozess der Literaturrecherche.....   | 10    |
| 3.2 Design und Stichprobe.....  | 11    |
| 3.3 Erstellen eines Fragebogens.....  | 11    |
| 3.4 Datenauswertung.....  | 14    |
| 3.5 Planung und Durchführung der Stationsbesprechungen .....                      | 15    |
| 3.5.1 Vorbereitungen und Ergebnisse der ersten Stationsbesprechung.....           | 15    |
| 3.5.2 Vorbereitungen und Ergebnisse der zweiten Stationsbesprechung.....          | 18    |
| 3.5.3 Vorbereitungen und Ergebnisse der dritten Stationsbesprechung.....          | 33    |
| 3.6 Planung der Implementierung .....   | 37    |
| 3.7 Planung der Evaluation des Visitenkonzepts.....                               | 38    |
| 4 Ergebnisse des EBN-Trainings .....  | 39    |
| 4.1 Ergebnisse der ersten Befragungsrunde.....                                    | 39    |
| 4.2 Effektivität des EBN-Trainings.....   | 44    |
| 4.2.1 Veränderungsprozess durch EBN-Training.....                                 | 44    |
| 4.2.2 Prüfen von Korrelationen .....  | 49    |
| 5 Diskussion .....  | 52    |
| 6 Limitation .....  | 56    |
| 7 Fazit.....  | 58    |
| Literaturverzeichnis.....   | IX    |
| Anhang 1: Ausschlusskriterien für Fragebogen.....                                 | XIII  |
| Anhang 2: Fragebogen Köpke und Kolleg*innen.....                                  | XIV   |
| Anhang 3: Evidence-based Profile Questionnaire (EBPq).....                        | XXIV  |
| Anhang 4: Instrument zur Datenerhebung für Forschungsprojekt der Masterarbeit.... | XXXII |
| Anhang 5: Exposé zum Antrag zur Genehmigung der Masterarbeit.....                 | XL    |
| Anhang 6: Handout zur ersten Stationsbesprechung .....                            | XLIV  |

|  |       |
|--|-------|
| Anhang 7: Protokoll zur ersten Stationsbesprechung.....  | XLVI  |
| Anhang 8: Protokoll zur zweiten Stationsbesprechung..... | XLIX  |
| Anhang 9: Protokoll zur dritten Stationsbesprechung..... | LIII  |
| Anhang 10: Safety Attitudes Questionnaire (SAQ).....     | LVIII |
| Anhang 11: Teamwork Attitudes Questionnaire .....        | LXII  |
| Anhang 12: Ehrenwörtliche Erklärung.....                 | LXV   |



## 1 Einleitung

Seit der Einführung der pflegewissenschaftlichen Studiengänge gibt es in Deutschland ein Thema, das die Pflegewissenschaften und die Pflegepraxis verbindet: die Lücke dazwischen und wie sie geschlossen werden kann. Klar ist, dass die Theorie zu einer Verbesserung der Pflegepraxis führen soll, indem aus neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen effektive Maßnahmen abgeleitet und in die Praxis eingeführt werden. Um dies erreichen zu können, ist es in der Theorie wichtig, die Realität des Pflegealltags zu berücksichtigen. (Ellis 2019) Studierende der Pflegewissenschaften erlernen im Laufe ihres Studiums Methoden, mit deren Hilfe sie wissenschaftliche Erkenntnisse recherchieren und anwenden, aber auch selbstständig Daten erheben und auswerten können, um so die bestehende Praxis zu verbessern. (Hämmerle 2022)

Seit Beginn der 90er Jahre werden in Deutschland pflegerische Studiengänge angeboten. Pflegenden wird damit die Möglichkeit gegeben, sich zu akademisieren, ihre Kompetenzen auszubauen und ihr Wissen zu erweitern, um auf lange Sicht die Professionalisierung des Pflegeberufs zu bewirken. Lange Zeit galt Pflege als ein Beruf, den alle Menschen ausüben vermochten und zudem es keine besonderen Qualifikationen benötigte. Mit den einhergehenden Herausforderungen des demografischen Wandels änderte sich dies. Komplexere Krankheitsbilder und der technische Fortschritt erfordern inzwischen in der Berufsgruppe der Pflegenden Personen, welche über breiteres Wissen und erweiterte Kompetenzen verfügen. (Friesacher 2013) Zudem steht dem Gesundheitssystem ein deutlich höherer Bedarf an Pflegeleistungen bevor, wenn die Generation der sogenannten „Baby-Boomer“ das Rentenalter erreicht und zunehmend auf pflegerische Versorgung angewiesen sein wird. Der Fachkräftemangel erfordert eine Anleitung der Patient\*innen zur Selbstpflegefähigkeit. Dies kann nur geschehen, wenn den Betroffenen ein ausreichendes Angebot an Unterstützungs- und Beratungsmöglichkeiten zur Verfügung steht. Die Versorgungsqualität in der Pflege wird somit zukünftig noch mehr von der Qualifikation der Pflegenden abhängen. Diese müssen ihre Kompetenzen ausbauen, mehr Verantwortung übernehmen dürfen und ihr Aufgabenprofil weiterentwickeln können. Ein hochschulisches Studium ermöglicht es Pflegefachkräften, diesen Anforderungen gerecht zu werden und anderen Pflegenden beratend zur Seite zu stehen. (Robert Bosch Stiftung 2018)

Da Pflege nicht nur ineffizient, sondern auch gefährlich sein kann, wenn sie nicht auf aktueller Evidenz beruht, ist es umso wichtiger, wissenschaftliche Methoden zukünftig in die Lehrpläne aller Gesundheitsberufe zu integrieren, sodass angehende Gesundheits- und Krankenpfleger\*innen über Grundlagen in wissenschaftlicher Recherche verfügen und die Anwendung von Forschungsergebnissen in der Praxis erlernen. (Dizon et al. 2014; Young et al. 2014) Studierende der Pflegewissenschaften verfügen am Ende ihres Bachelorstudiums über die

Kompetenzen zu reflektieren, wissenschaftliche Fragestellungen zu generieren, sich Wissen selbstständig anzueignen, Forschungsergebnisse kritisch zu bewerten, anzuwenden und Maßnahmen zu evaluieren. Damit sollen sie in der Lage sein, die Pflegepraxis weiterzuentwickeln und zu einer evidenzbasierten Gesundheitsversorgung beizutragen. (Larsen et al. 2019)

Neben der Erhöhung der Patientensicherheit und Versorgungsqualität ist die Weiterentwicklung der Pflegepraxis hin zu einer evidenzbasierten Praxis notwendig, um Pflegenden mehr Handlungsautonomie zukommen zu lassen. Innerhalb der letzten Jahre wurden ärztliche Aufgaben vermehrt an das Pflegepersonal delegiert. Für Pflegende ergibt sich somit ein größeres Aufgabenfeld, wobei die Übernahme ärztlicher Aufgaben dazu führt, dass Pflegefachkräften weniger Zeit für die Ausführung pflegerischer Aufgaben bleibt. Ihre Autonomie erweitert sich jedoch durch die Übernahme ärztlicher Aufgaben nicht. Verlangt ein\*e Patient\*in nach einer Schmerztablette, dürfen Pflegende diese nur verabreichen, wenn eine entsprechende Arztanordnung vorliegt. In der Pflegepraxis sind daher zukünftig Personen gefragt, die über erweiterte Handlungsbefugnisse verfügen, soweit die gesetzlichen Gegebenheiten dies zulassen. Dabei kann es sich beispielsweise um Bereiche der Immobilität, der Ernährung oder der Inkontinenz handeln. War Pflege in der Vergangenheit eine assistierende Tätigkeit, so entwickelt sie sich zukünftig als eigenständige Profession. Pflegestudiengänge ermöglichen Pflegenden Karrierechancen und bieten die Möglichkeit, sich Wissen selbstständig anzueignen, um anderen Berufsgruppen im Gesundheitssystem auf Augenhöhe begegnen zu können. (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe 2019)

Die Tatsache, dass viele Studiengänge, welche Pflegenden angeboten werden, ihre Studierenden für patientenferne Tätigkeiten ausbilden, erschwert jedoch die Professionalisierung der Pflegepraxis. Die Einführung der dualen Studiengänge sowie des Masterstudiengangs „Advanced Nursing Practice“ (ANP) beabsichtigt die Ausbildung akademisierten Pflegepersonals, welches nach Studienabschluss weiterhin in der Praxis tätig ist. Ein Masterabschluss in ANP befähigt Pflegende zu erweiterten, vertieften Aufgabenbereichen und beinhaltet die Beratung, Schulung, Anleitung und Prozesssteuerung sowie spezialisierte Tätigkeiten wie beispielsweise das Wundmanagement. (Friesacher 2013) Allerdings zeigt sich aktuell, dass 80 Prozent der Pflegenden, die zwischen 2014 und 2016 ein duales Studium absolviert haben, ausschließlich in der direkten Patientenversorgung tätig sind und keine wissenschaftlichen Aufgaben übernehmen. Ein Studium führt demnach häufig zu einer Entscheidung zwischen Theorie und Praxis und nicht wie geplant zu ihrer Verknüpfung. (Baumann und Kugler 2019) Ein weiterer Faktor, der den Einsatz akademisierten Personals zum Theorie-Praxis-Transfer behindert, ist das überwiegende Streben der hochschulqualifizierten Pflegenden nach patientenfernen Tätigkeiten, um den vorherrschenden Verhältnissen in der Pflegepraxis zu entgehen. (Krampe 2014)

Derzeit werden in Deutschland fast 50 verschiedene Pflegestudiengänge angeboten. Der Anteil in der Praxis arbeitenden, akademisierten Pflegepersonals ist jedoch vergleichsweise gering. (Baumann und Kugler 2019) Um eine angemessene Pflegequalität erreichen zu können, empfiehlt der Wissenschaftsrat eine Akademisierungsquote von zehn bis zwanzig Prozent des in der Pflegepraxis arbeitenden Personals. (Friesacher 2013) In der ambulanten Pflege belief sich im Jahr 2017 der Anteil an Pflegenden, welche eine pflegewissenschaftliche Ausbildung durchlaufen hatten, auf 0,34 Prozent. In Pflegeheimen lag der Anteil zur selben Zeit bei 0,45 Prozent. (Deutscher Bundestag 2019) Eine Umfrage an deutschen Universitätskliniken zeigt, dass dort durchschnittlich mehr akademisiertes Pflegepersonal tätig ist. Jedoch beläuft sich der Anteil nur auf 1,7 Prozent und liegt somit noch deutlich unter der Empfehlung des deutschen Wissenschaftsrats. (Baumann und Kugler 2019) Aufgrund der geringen Anzahl akademisierten Pflegepersonals, dessen Aufgabe sowohl in der direkten Patientenversorgung als auch im wissenschaftlichen Bereich liegt, scheint die Entwicklung des Pflegeberufs hin zu einer evidenzbasierten Profession noch ein langer Weg zu sein. Damit rückt die Notwendigkeit, nicht akademisiertes Personal für eine evidenzbasierte Praxis zu sensibilisieren, im wissenschaftlichen Arbeiten zu schulen und so ein Bewusstsein für die Notwendigkeit einer Akademisierung des Pflegeberufs zu schaffen, stärker in den Fokus. Erst eine Weiterentwicklung der bestehenden Praxis kann den Weg für eine zukünftige Professionalisierung des Pflegeberufs ebnen. Damit ist keinesfalls die Akademisierung aller Pflegefachkräfte gemeint, sondern der sogenannte „Skill- und Grademix“. Das Vereinen verschiedener Qualifikationsniveaus sowie individueller Fähigkeiten, welche nicht alle mithilfe eines Studiums erlernt werden können, sondern teilweise auf jahrelanger Erfahrung beruhen, soll den pflegetherapeutischen Erfolg fördern. (Bensch 2018)

Der folgende Inhalt beschäftigt sich daher mit Methoden, die es hochschulisch qualifizierten Pflegenden ermöglichen können, Absolvierende der dreijährigen Ausbildung zu Pflegefachkräften im wissenschaftlichen Arbeiten zu schulen und ein Umdenken im Pflegealltag zu bewirken. Zu diesem Zweck werden der aktuelle Wissensstand und die Haltung der Pflegenden einer urologischen Normalstation gegenüber Forschung in der Pflege erhoben und die Veränderung dieser Parameter durch die Teilnahme an einem wissenschaftlichen Training gemessen.

## 2 Theoretischer Rahmen

### 2.1 Der Begriff des Evidence-based Nursings

Inhaltlich befasst sich die Masterarbeit mit dem Begriff des Evidence-based Nursings (EBN). Dabei handelt es sich um eine Forschungsmethode in der Pflege, welche es dem\*der Nutzer\*in ermöglichen soll, das beste verfügbare Wissen zu finden und in der Pflegepraxis anzuwenden.

(Behrens und Langer 2010) Wenn ein stationärer Krankenhausaufenthalt erforderlich wird, sollten Patient\*innen sicher sein können, dass sich nicht nur ihre Behandlung nach den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen richtet, sondern auch das betreuende Pflegepersonal seine Pflegemaßnahmen auf aktuelle Evidenz stützt. EBN zielt darauf ab, ein Pflege- oder Versorgungsproblem in der Praxis zu erkennen und zu benennen, durch Literatur gestützte Maßnahmen daraus abzuleiten, zu planen und umzusetzen und die daraus resultierenden Erfolge messbar zu machen, um sie evaluieren zu können. Im Gesundheitssektor ist es wichtig, dass Dienstleister\*innen die Fähigkeiten besitzen, Evidenz ausfindig zu machen und anzuwenden, um ihren Patient\*innen Gewissheit geben zu können, dass ihre Gesundheitsversorgung auf optimale Ergebnisse abzielt. Die Sicherheit, dass die angebotene Pflege auf einem hohen evidenzbasierten Wissen beruht, erhöht das Vertrauen und die Zuversicht der Patient\*innen in ihre Versorgung und in die Menschen, welche diese Versorgung erbringen. (Boswell und Cannon 2018) Die Autorin B. Melnyk definiert EBN in einer ihrer früheren Veröffentlichungen als eine Methode, die es Pflegenden ermöglicht, die höchste Qualität an Pflege zu erbringen. Dieses Maß an Qualität wird durch die Berücksichtigung der vielfältigen Wünsche der Patient\*innen und ihrer Angehörigen im Zusammenspiel mit dem Einbringen bester und aktueller Evidenz und Expertise erreicht. (Melnyk 2004) Um eine optimale Versorgung gewährleisten zu können, müssen demnach verschiedene Aspekte einbezogen werden. Es gilt, sowohl die Vorgaben der jeweiligen Institution als auch die Erfahrungen, Traditionen und persönlichen Entscheidungen zu berücksichtigen. Eine evidenzbasierte Praxis besteht aus der Entscheidungsfindung, einer personenzentrierten Pflege, womit die individuellen Präferenzen der Beteiligten gemeint sind, Forschungsergebnissen und pflegerischer Expertise und Erfahrung. Evidenzbasiertes Pflegen stellt keine Pflege nach Rezept dar, nach dem immer wieder vorgegangen werden kann, wenn bestimmte Kriterien erfüllt sind. Bei jedem\*jeder Patient\*in muss neu entschieden werden, welche Maßnahmen unter Berücksichtigung der Evidenz, aber auch der persönlichen, kulturellen, psychosozialen und biologischen Voraussetzungen ergriffen werden. (Boswell und Cannon 2018) In Zeiten der Förderung der sozialen Teilhabe pflegebedürftiger Menschen und der Gestaltung einer individuellen Versorgung der Patient\*innen gilt EBN nicht als reine Forschungsmethode, sondern bildet eine Art Leitbild, nach dem professionelles Handeln Pflegenden und die Berücksichtigung der Individualität der Patient\*innen Hand in Hand erfolgen sollen. (Behrens und Langer 2010)

Zur Individualität jedes\*jeder Patient\*in, die es zu berücksichtigen gilt, kommt hinzu, dass sich Pflegende in einem ständig verändernden Umfeld bewegen. Politische Entscheidungen, neue Leitlinien, die Weiterentwicklung von Technologien und Pharmazeutik sowie der demografische Wandel beeinflussen die Art und Weise, auf welche Pflege erbracht wird. Die Schwierigkeit für Pflegende besteht darin, das Wissen, das sie in ihrer Ausbildung erlernt haben, an die bestehenden Gegebenheiten anzupassen. Um qualitativ hochwertige Pflege erbringen zu

können, ist es notwendig, das eigene Wissen kontinuierlich zu aktualisieren und sich gemeinsam mit der Umwelt zu entwickeln. Sich ständig neu orientieren und fortbilden zu müssen, kann eine große Herausforderung für Pflegende sein und erfordert ein gewisses Maß an Kompetenzen, um das neueste Wissen zugänglich machen zu können. (Ellis 2019) EBN kann es jeder Pflegekraft ermöglichen, ob akademisiert oder nicht, Belege für pflegerische Maßnahmen selbstständig zu überprüfen und sich seines eigenen Verstandes zu bedienen. (Behrens und Langer 2010) Eine Voraussetzung dafür ist jedoch, dass Pflegende den Begriff des EBN nicht nur kennen, sondern das Vorgehen verstehen, mit dem sie Ergebnisse wissenschaftlicher Studien vereint mit ihrer eigenen Expertise in die Pflegepraxis umsetzen können.

## 2.2 Relevanz des Themas

Wie im vorherigen Abschnitt erläutert, bietet EBN eine gute Möglichkeit, eine qualitativ hochwertige Pflege zu erbringen, die auf neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen basiert. Benötigt werden dabei Kompetenzen der Pflegenden im Bereich des wissenschaftlichen Arbeitens. Betrachtet man die Pflegepraxis, fällt allerdings auf, dass EBN unter Pflegenden häufig nicht bekannt ist oder nur oberflächlich während der dreijährigen Ausbildung behandelt wurde. (Meyer et al. 2013) Weniger als fünf Prozent der Pflegefachkräfte in Deutschland fällen ihre pflegerischen Entscheidungen auf Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse. Viel häufiger entscheidet sich Pflegepersonal für bestimmte Maßnahmen, indem es sich auf eine langjährige Erfahrung beruft oder mit Kolleg\*innen austauscht. (Fleischmann et al. 2017)

Die Tatsache, dass sich Pflegende selten an wissenschaftlichen Erkenntnissen orientieren, lässt sich zu einem großen Teil darauf zurückführen, dass es in der Pflegepraxis kaum akademisiertes Fachpersonal gibt. Somit ist die Implementierung wissenschaftlicher Erkenntnisse in den Pflegealltag häufig nicht möglich, da die Pflegenden nicht über die Grundlagen des wissenschaftlichen Arbeitens verfügen. Pflegefachkräfte, die ein wissenschaftliches Studium absolviert haben, sind hingegen meistens nicht in der direkten Patientenversorgung tätig, sondern arbeiten patientenfern. Der Theorie-Praxis-Transfer, also die Übertragung wissenschaftlicher Erkenntnisse in pflegerische Maßnahmen, wird dadurch deutlich erschwert. (Meyer et al. 2013) Auch die vorherrschenden Arbeitsbedingungen erschweren die Einführung einer evidenzbasierten Arbeitsweise. So lassen Zeitmangel und das Setzen anderer Prioritäten oftmals keinen Raum für EBN. Pflegende sehen sich in der Praxis häufig in ihrer Autorität untergraben, da sie keinen Einfluss auf Abläufe nehmen und die Praxis nicht eigenständig zum Besseren verändern können. Des Weiteren kommt es unter Pflegepersonal, das sich mit Forschungsmethoden auseinandersetzt, nicht selten zu Problemen mit der englischsprachigen Literatur. Mentor\*innen, welche die Pflegenden unterstützen und ihnen Aufgaben wie das Lesen wissenschaftlicher Literatur abnehmen oder beim Verständnis helfen, beeinflussen die Situation

positiv und können den Weg für EBN ebnen. Ebenso trägt eine positive Einstellung, sowohl der Pflegenden als auch der Geschäftsführenden und der Pflegedirektion, zu einem besseren Umfeld bei, in dem EBN stattfinden kann. Die Teilnahme an internen Fortbildungen sowie eine akademische Ausbildung und eine hohe Arbeitszufriedenheit bilden ebenfalls eine gute Grundlage für eine evidenzbasierte Praxis. (Köpke et al. 2013)

Wie bereits erwähnt, kann EBN das Vertrauen von Patient\*innen in ihr Pflegepersonal erhöhen. Dies ist wichtig, da vor allem Gesundheitsberufe von der Gesellschaft besonders genau beobachtet werden. Vom Pflegepersonal wird kontinuierlich erwartet, dass es die Kompetenz besitzt, jederzeit richtig zu handeln und seine Handlungen korrekt auszuführen. Diese Erwartungen werden auch unter dem Begriff der „Clinical Governance“ zusammengefasst. (Ellis 2019) „Clinical Governance“ versteht sich dabei als der Rahmen, in dem Gesundheitsdienstleister\*innen für eine kontinuierliche Qualitätserhöhung ihrer Leistungen und eine sichere Pflege verantwortlich sind. (Macfarlane 2019) Das Handeln von Pflegefachkräften wird überprüft, um sicherzustellen, dass die richtigen Maßnahmen ergriffen, Leitlinien beachtet und verfügbare Mittel sinnvoll eingesetzt werden. Auch die Gesellschaft beurteilt das Handeln Pfleger auf einer vergleichbaren Ebene. Um beweisen zu können, dass die pflegerische Versorgung auf dem höchsten Maß an Qualität und neuestem Wissen beruht, ist die Einführung einer evidenzbasierten Arbeitsweise in der Pflegepraxis notwendig. (Ellis 2019)

Neben gesellschaftlichen und politischen Erwartungen müssen Pflegenden auch den ethischen Richtlinien gerecht werden. Beauchamp definierte die vier Prinzipien ethischen Handelns:

- Achtung der Selbstbestimmung
- Schadensvermeidung
- Fürsorge
- Gerechtigkeit (Beauchamp 2021)

Pflegenden haben die Aufgabe, ihren Patient\*innen eine Pflege zu erbringen, welche diesen vier Prinzipien entspricht. Das Einbeziehen wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis ermöglicht eine qualitativ hochwertige Pflege. Somit kann vermieden werden, dass Patient\*innen durch veraltete oder gefährdende Maßnahmen zu Schaden kommen. (Ellis 2019) Ebenso erleichtert EBN die klinische Entscheidungsfindung, die sich oftmals konfrontiert sieht mit Fragen nach Gerechtigkeit und Schadensvermeidung und immer die Patientenwünsche berücksichtigen sollte. (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe 2019) Durch eine umfassende Gesundheitsversorgung, die nicht zuletzt aus der Beachtung der individuellen Patientenwünsche besteht, wird deutlich, dass EBN unabdingbar ist für eine professionelle, von Gesellschaft und Politik respektierte und vertrauenswürdige Pflegeprofession. (Ellis 2019)

Evidenzbasierte Methoden dienen nicht nur zur Rechtfertigung gegenüber anderer Berufsgruppen oder der Gesellschaft. Sie helfen Pflegenden, sich selbstständig Wissen anzueignen und unabhängiger handeln zu können. (Haring 2019) Eine evidenzbasierte Pflegepraxis führt erwiesenermaßen zu einer gesundheitlichen Verbesserung der Patient\*innen sowie zu einer höheren Versorgungsqualität und zu reduzierten Kosten im Gesundheitswesen. (Meyer et al. 2013) Pflegefachkräfte, die mit EBN vertraut sind, hinterfragen Pflegesituationen erwiesenermaßen häufiger, denken kritischer und beziehen mehr Forschungsergebnisse in ihre Arbeit ein. Kritisches Denken zeigt die Notwendigkeit einer Gesundheitsversorgung auf, welche auf aktuellen Forschungsergebnissen beruht. Somit muss Pflegefachkräften kontinuierlich die Möglichkeit geboten werden, EBN zu erlernen und so Fähigkeiten zu entwickeln, die es erlauben, beantwortbare Forschungsfragen zu erstellen und betreffende Evidenz ausfindig zu machen. (Boswell und Cannon 2018) Dazu bedarf es jedoch einer Art Übersetzer\*in oder Mentor\*in, welche die Pflegenden bei der Anwendung von EBN unterstützt. (Meyer et al. 2013)

Die Arbeitsabläufe auf der urologischen Akutstation des Krankenhauses, in dem das Forschungsprojekt stattfindet, spiegeln die Ergebnisse von Prof. Sascha Köpke und Kolleg\*innen wider, die einen Mangel an Mentor\*innen und an Autorität Pflegenden als hemmende Faktoren für eine evidenzbasierte Praxis identifizierten. Da es auf der Station keine Mentor\*innen gibt, die im wissenschaftlichen Arbeiten geschult sind und dieses Wissen an ihre Kolleg\*innen weitergeben, führt dies zu einem Fehlen von Führungspersonen, welche die Umsetzung neuer Ideen und Maßnahmen verfolgen. Dadurch kommt es zu dem von Köpke beschriebenen Mangel an Autorität der Pflegenden, die bestehende Praxis verändern zu können. Zwar wurden mehrfach Versuche unternommen, die darauf abzielten, die Interprofessionalität auf Station zu verbessern, indem die Pflegenden Vorschläge zu Veränderungen der Visiten und der Zusammenarbeit zwischen ärztlichem und pflegerischem Personal vortrugen, der Erfolg war bisher jedoch nur von kurzer Dauer und das vorher bestehende System etablierte sich nach einiger Zeit schnell wieder. Dies liegt zum einen an einem nicht wissenschaftlichen Ansatz, zum anderen fehlt es Pflegenden an Befugnissen und Einfluss, bestehende Routinen zu ändern. Zudem nutzt das Pflegepersonal in seiner täglichen Arbeit kaum Assessments. Allen Stationen zur Verfügung stehende Assessments wie beispielsweise der Anamnesebogen, der verpflichtend durchgeführt werden muss, finden im Arbeitsalltag ihre Anwendung, jedoch liegen weder für die Patientenübergabe noch für die Patientenvisite validierte Instrumente vor, welche die Qualität der jeweiligen Arbeitsschritte gewährleisten könnten. Des Weiteren finden keine regelmäßigen Treffen der Stationsangestellten statt. Die monatliche Stationsbesprechung wurde aufgrund der Coronapandemie in den letzten 24 Monaten meistens abgesagt. Somit gab es in den vergangenen zwei Jahren kaum Möglichkeiten für das Pflegepersonal, sich auszutauschen und bestehende Probleme zu diskutieren, während die ärztlichen Besprechungen weiter stattfanden. Die aktuelle Situation zeigt ein klares Defizit in der täglichen Arbeitserbringung

Pflegender auf. Pflegepersonal muss die Gelegenheit erhalten, Kompetenzen zu erwerben und sich mithilfe wissenschaftlicher Methoden eine Grundlage zur Argumentation und Autonomie schaffen, wie es Köpke und Kolleg\*innen in ihrer Veröffentlichung bereits dargestellt haben. (Köpke et al. 2013)

### 2.3 Ziel der Masterarbeit

Im Curriculum der Pflegeausbildung ist die Orientierung an und die Anwendung des Wissens aus empirischen Studien festgehalten. Dies soll während der Ausbildungszeit an die Auszubildenden vermittelt werden. Jedoch hat die Mehrzahl der an den Berufsfachschulen Lehrenden keine hochschulische oder pflegewissenschaftliche Ausbildung abgeschlossen, sodass sie selten mit wissenschaftlichen Methoden, der kritischen Bewertung von Studien und ihrer Ergebnisse sowie der Umsetzung von Maßnahmen in die Praxis vertraut sind. (Haring 2019) Somit kann bei angehenden Gesundheits- und Krankenpfleger\*innen von keinem bedeutenden Kompetenzerwerb hinsichtlich wissenschaftlicher Methoden ausgegangen werden. Umso wichtiger ist das Erlernen der Methoden im späteren Berufsleben und die Unterstützung der Kolleg\*innen durch eine geschulte Advanced Practice Nurse (APN). Durch den Masterstudiengang Advanced Nursing Practice (ANP) werden seit einigen Jahren Pflegefachkräfte akademisch ausgebildet, deren Tätigkeit schwerpunktmäßig in der Pflegepraxis liegt. APNs verfügen über ausreichende Kompetenzen im wissenschaftlichen Arbeiten, um andere Pflegende im Umgang mit EBN zu unterstützen und zu schulen. Sie können somit die Rolle des\*der Übersetzer\*in einnehmen. (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe 2019)

Im Rahmen des Masterstudiums ANP beschäftigt sich diese Masterarbeit mit Methoden, um Pflegende bei der Integration von EBN in ihren Arbeitsalltag zu unterstützen. Larsen et al. beschrieben in ihrer Übersichtsarbeit fünf Schritte des Sicily Statements für eine evidenzbasierte Praxis im Gesundheitswesen, welche den Schritten des EBN-Prozesses ähneln. (Larsen et al. 2019) Diese lauten:

- Formulieren einer klinischen Fragestellung
- Literaturrecherche
- Kritisches Hinterfragen der Evidenz
- Vergleich der Evidenz mit eigener Expertise und Patientenwünschen
- Evaluation der Veränderung/ der Ergebnisse (Burns und Foley 2005)

Methoden, mit deren Hilfe Studierenden EBN gelehrt wird, beinhalten häufig die Schritte der Literaturrecherche, des kritischen Hinterfragens der Literatur und des Vergleichs der Evidenz mit der eigenen klinischen Expertise und den Patientenwünschen, sowie der darauffolgenden Planung von verändernden Maßnahmen in der Praxis. Oft ist auch das Erstellen klinischer



Fragestellungen ein wichtiger Bestandteil des Lehrplans. Seltener beinhalten Kurse, die Pflegende zur Anwendung von EBN befähigen sollen, Methoden zur Evaluation. Als Rahmen, welcher zum Erlernen von EBN geeignet ist, werden Forschungskurse, die Mitarbeit in der klinischen Praxis, Workshops und die Teilnahme an Forschungsprojekten empfohlen. Weniger oft, aber dennoch als wirksam gelten einzelne wissenschaftliche Aufgaben und die regelmäßige Teilnahme an Journal Clubs, zu welchen sich die Pflegenden treffen, um gemeinsam wissenschaftliche Literatur zu diskutieren. (Larsen et al. 2019)

Das Ziel der Masterarbeit ist es, den Pflegenden auf Station zu einem Kompetenzerwerb im wissenschaftlichen Arbeiten zu verhelfen. Die Teilnehmenden sollen die Methode des EBN kennenlernen und lernen, diese anzuwenden und Ergebnisse in die Praxis zu übertragen. Langfristig sollen die Pflegenden dadurch zu einer kritischeren Haltung angehalten werden, die es ihnen ermöglicht, bestehende Methoden und Strukturen zu hinterfragen und neu zu überdenken. Da sich zum Erlernen der EBN-Methode vor allem Workshops, Forschungskurse und -projekte eignen, findet im Rahmen der Masterarbeit ein EBN-Training mit allen Pflegefachkräften einer urologischen Akutstation statt. Abbildung 1 beschreibt, wie das Training aufgebaut werden soll und welche Schritte, die sich als besonders hilfreich zum Erlernen der Methode bewährt haben, in den einzelnen Sitzungen stattfinden sollen. Schwerpunktmäßig befasst sich das Training mit der Festlegung eines spezifischen Themas, der Literaturrecherche und dem Ableiten von Maßnahmen für die Praxis.

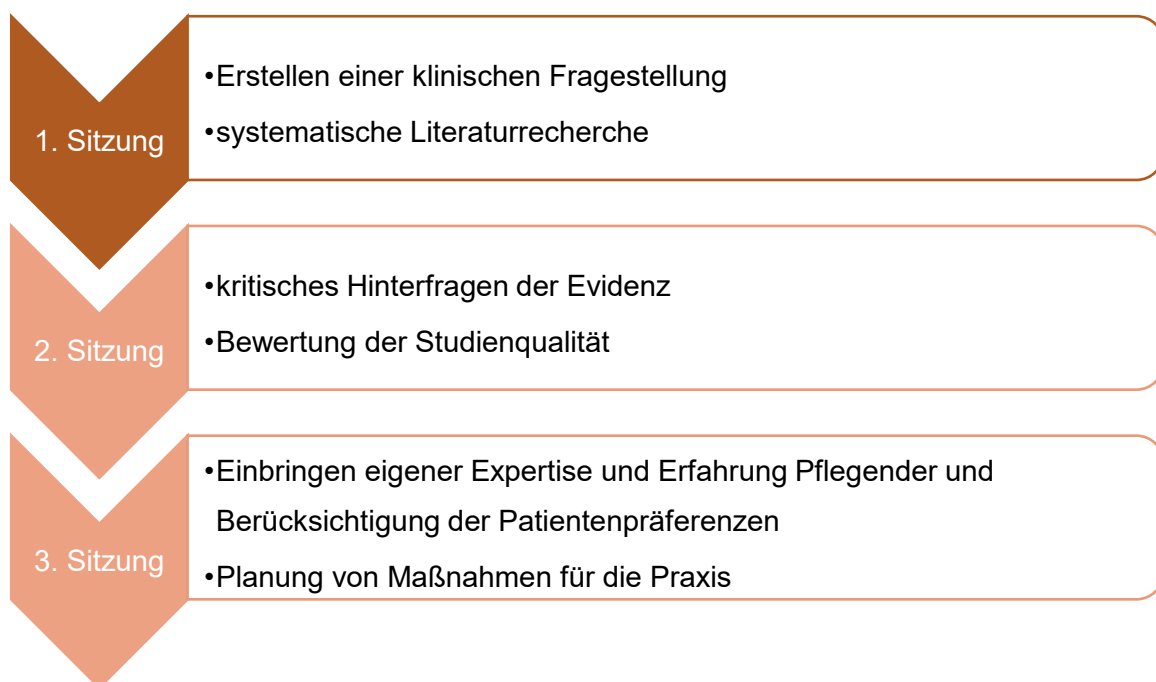


Abbildung 1: Inhalte des geplanten EBN-Trainings (Quelle: eigene Darstellung)

## 2.4 Formulierung einer Forschungsfrage

Das geplante Vorhaben beinhaltet vor allem den Schwerpunkt zu untersuchen, wie wirksam ein EBN-Training für Pflegende ist, um Wissen über Forschungsmethoden und Kompetenzen zum wissenschaftlichen Arbeiten erwerben oder ausbauen zu können. Die Literatur belegt für Studierende eine hohe Wirksamkeit von Workshops und Forschungsprojekten, um Kompetenzen zu erwerben. Die Masterarbeit soll untersuchen, ob sich diese Hypothese auf der urologischen Akutstation, auf welcher das Training stattfinden wird, bewährt.

Des Weiteren soll das Training dazu beitragen, die Haltung der Teilnehmenden gegenüber einer evidenzbasierten Praxis zu verbessern. Zu diesem Zweck ist es von Interesse zu erheben, wie ausgeprägt der aktuelle Wissensstand der Pflegenden ist und wie hoch ihre derzeitige Bereitschaft ist, sich für eine evidenzbasierte Praxis zu engagieren. Die Durchführung des Trainings soll mitunter Faktoren ermitteln, welche Pflegende womöglich daran hindern, in ihrer täglichen Arbeit Forschungsergebnisse zu berücksichtigen oder sich selbstständig Wissen anzueignen. Dazu kann es hilfreich sein, zu beobachten, wie das Schulungsangebot in Form des Trainings von den Teilnehmenden angenommen und genutzt wird. Die übergeordnete Forschungsfrage der Masterarbeit lautet: Wie effektiv ist ein EBN-Training im stationären Akutsetting der Urologie?

## 3 Methodik

### 3.1 Prozess der Literaturrecherche

Nachdem innerhalb des EBN-Trainings die sechs Schritte des EBN-Prozesses durchlaufen werden, ist nach der Themenfindung und der Generierung einer Fragestellung eine genaue systematische Literaturrecherche geplant, welche von der Autorin vorgenommen werden wird. Für den Teil der Masterarbeit außerhalb des EBN-Trainings wird die Literatur überwiegend aus Büchern genutzt. Zum Thema EBN befinden sich viele aktuelle Bücher in der Regensburger Bibliothek, welche durch die Doppelimmatrikulation der Autorin frei genutzt und entliehen werden können. Über den Hochschulzugang zu Onlinedatenbanken ist es zudem möglich, auf Literatur aus den Verlagen Springer und Thieme zuzugreifen. Vereinzelt wird auch in der Onlinedatenbank PubMed nach aktuellen Studien recherchiert, um Aussagen, welche aus den Büchern übernommen werden, zu untermauern. Veröffentlichungen von Berufsverbänden werden ebenfalls bei der Literatursuche berücksichtigt.

### 3.2 Design und Stichprobe

Für das Forschungsvorhaben wurde ein Mixed-Method-Design angewendet. Dieses unterteilt sich in die Anwendung eines skalierten Fragebogens, welcher überwiegend aus geschlossenen Fragen besteht und bei zwei Fragen die Ergänzung eigener Antworten ermöglicht, in Teile mündlicher Befragungen und in Gedächtnisprotokolle. EBN vereint bekanntermaßen externe und interne Evidenz, wobei die externe Evidenz das Einholen wissenschaftlicher Literatur meint, während die interne Evidenz das Einbeziehen der klinischen Expertise Pflegender und die Anpassung der externen Evidenz an die vorliegenden Gegebenheiten in der Praxis meint. Dabei kann es sich um Ergebnisse des hausinternen Qualitätsmanagements, die Meinungen und die Bedürfnisse der Patient\*innen und vieles mehr handeln, um nur einige wenige Aspekte zu nennen. (Behrens 2012) Das Forschungsdesign der Masterarbeit steht im Zeichen des EBN-Ansatzes und vereint Evidenz mit quantitativen Forschungsansätzen in Form eines standardisierten Fragebogens mit qualitativen Anteilen in Form von Patientengesprächen, kollegialen Austausches innerhalb der Stationsbesprechungen und der Berücksichtigung hausinterner Daten.

Die für das Forschungsprojekt ausgewählte Stichprobe setzt sich aus allen Pflegefachkräften der Station zusammen. Pflegende mit einer dreijährigen Berufsausbildung gestalten den Pflegeprozess der Patient\*innen. Sie lernten in ihrer Berufsausbildung bereits Ansätze wissenschaftlichen Arbeitens kennen und dienen als Ansprechpartner für andere Berufsgruppen und somit der interprofessionellen Zusammenarbeit. Aus diesem Grund wurden für die Befragungen ausschließlich die Pflegefachkräfte der Station ausgewählt, welche die dreijährige Ausbildung zum\*zur Gesundheits- und Krankenpfleger\*in durchlaufen und erfolgreich mit dem Examen abgeschlossen haben. Für die Stichprobe ergab sich dadurch eine Größe von 20 Versuchspersonen. Da das Forschungsprojekt stationsintern stattfand, konnte die Auswahl der Stichprobe nicht randomisiert erfolgen.

### 3.3 Erstellen eines Fragebogens

Um die Effektivität des EBN-Trainings messen zu können, wurde eine Befragung der Pflegenden mithilfe eines ordinal skalierten Fragebogens geplant. Hierzu kam ein selbst entworfener Fragebogen zur Anwendung, der sich aus zwei bereits existierenden Fragebögen zusammensetzt. Der Fragebogen sollte als Assessment dienen, um Veränderungen in der Einstellung und dem Wissensstand der Befragten durch das EBN-Training messen zu können. Die alleinige Anwendung eines bereits existierenden Fragebogens erschien nicht sinnvoll, da manche Items der Fragebögen nicht zu der Abteilung passen, welche für die Befragung ausgewählt wurde.

Der „Evidence-based Practice Profile Questionnaire“ (EBPq) wurde von der University of South Australia erstellt und beinhaltet Fragen zu Wissen, Verhalten und Einstellung Pflegender gegenüber einer evidenzbasierten Praxis. Aufgrund seines großen Umfangs von 87 Fragen, die teilweise zu spezifisch nach Begriffen wie Signifikanzniveau und Odds Ratio fragen, wurden nur ausgewählte Items in den selbsterstellten Fragebogen übernommen. Die abschließenden Fragen nach demografischen Daten wurden ausgeschlossen, da sie keine anonyme Befragung im geplanten Rahmen ermöglichen. (University of South Australia 2010) Der EBPq wurde im Original in englischer Sprache veröffentlicht und zum Zwecke der Mitarbeiterbefragung ins Deutsche übersetzt. Er zeichnet sich vor allem durch einen guten methodischen, psychologischen Ansatz aus und soll es Studierenden und Lehrenden ermöglichen, selbstständig Daten zu EBN-Kompetenzen zu erheben. Die Retest-Reliabilität des EBPq wird als moderat bis gut eingestuft, die Validität als gut. Im Vergleich zu anderen Assessments, die angeben, gleiche Faktoren zu messen, erzielt der EBPq eine hohe konvergente Validität. (McEvoy et al. 2010)

Ergänzt wurde der für die Masterarbeit selbst erstellte Fragebogen durch ein Assessment, welches Herr Prof. Dr. Sascha Köpke und Kolleg\*innen 2013 auf Grundlage bereits existierender Instrumente erstellten, um pflegerische Sichtweisen für die Implementierung einer evidenzbasierten Praxis zu erfassen. Das Assessment enthält Teile bereits umfassend validierter Instrumente und eigene Items, da kein Assessment auf das Forschungsvorhaben vollständig übertragbar war. Die selbstständig erarbeiteten Items wurden von Pflege- und Gesundheitswissenschaftlern auf ihre Validität, sowie auf zwei Stationen auf ihre Durchführbarkeit und Beantwortbarkeit geprüft. Der Fragebogen erhebt vor allem, woher Pflegende ihr Wissen beziehen, wie hoch ihre Bereitschaft ist, Forschungsergebnisse zu nutzen, die dem widersprechen, was sie bisher gelernt haben und welche Voraussetzungen ihrer Meinung nach für die Anwendung von Forschungsergebnissen in der Praxis gegeben sein müssen. (Köpke et al. 2013) Auch bei diesem Fragebogen wurden Items für die Version des eigenen Fragebogens ausgeschlossen, da sie sich entweder mit Fragen des EBPq deckten oder auf die Einrichtung nicht zutrafen. Eine Übersicht über die Ausschlusskriterien der einzelnen Items beider Fragebögen findet sich in Anhang 1. Da es sich bei der Datenerhebungsmethode um ein Pretest-Posttest-Design handelt, wurde die Befragung mithilfe des Fragebogens zu einem späteren Zeitpunkt wiederholt. Dazu ergänzte die Autorin den Fragebogen um drei weitere Fragen. Sie beziehen sich auf die Häufigkeit der Teilnahme am geplanten EBN-Training und auf Faktoren, welche die Teilnahme am Training für die Pflegenden erschwert oder behindert haben könnten. Dabei handelt es sich teilweise um halboffene Fragen. Dies sollte den Befragten die Möglichkeit geben, eigene Gründe für ihre Antworten aufzuzählen und es somit der Autorin bei der Frage nach hemmenden Faktoren erleichtern, Hindernisse zu identifizieren, welche bisher keine Beachtung gefunden haben. Der Fragebogen von Köpke und Kolleg\*innen befindet sich zum

besseren Verständnis in Anhang 2, der EBPq im Anhang 3. Die Endfassung des Fragebogens für die zweite Befragung wurde als Anhang 4 hinzugefügt.

Um den Ansprüchen der Forschungsethik gerecht zu werden, wurde im Anschreiben des Fragebogens auf die freiwillige Teilnahme verwiesen. Ebenso wurden die Teilnehmer\*innen über den Hintergrund und die möglichen Vorteile des Forschungsvorhabens aufgeklärt. Eventuelle Risiken entstanden den Befragten nach Ermessen der Autorin durch die Teilnahme nicht, weshalb zu diesem Punkt keine Angaben gemacht wurden. Durch die Freiwilligkeit und die Aufklärung der Teilnehmer\*innen über die Absichten der Untersuchung konnte eine informierte Einwilligung („informed consent“) gewährleistet werden. (Shah et al. 2022) Grundsätzlich braucht es für eine informierte Einwilligung folgende Voraussetzungen:

- Einwilligungsfähigkeit
- Freiwilligkeit
- Informiertheit
- Zustimmung (Alzheimer Europe 2011)

Das Anschreiben des Fragebogens verweist neben der freiwilligen Teilnahme auch auf die Anonymität der Daten. Den Teilnehmer\*innen wurde zugesichert, dass ihnen durch das Beantworten des Fragebogens keine Nachteile entstehen. Das Anschreiben und der Fragebogen erfüllten demnach die vier Voraussetzungen für eine informierte Einwilligung.

Zur Durchführung der Befragung war eine Genehmigung der Geschäftsführung, der Pflegedirektion sowie der Mitarbeitervertretung des Krankenhauses erforderlich. Dazu wurde ein Exposé erstellt, in dem ein kurzer Überblick über den Hintergrund und das Vorhaben der Masterarbeit gegeben und dem der fertiggestellte Fragebogen angefügt wurde. Die Endfassung des Exposés befindet sich in Anhang 5. Ende November 2021 erhielten die entsprechenden Stakeholder das Exposé an ihre hauseigene E-Mail-Adresse geschickt mit der Bitte, den Antrag unterschrieben zurückzusenden. Anfang Dezember lagen die Genehmigungen von allen drei Vertretern vor, sodass Mitte Dezember ein Pretest mit zwei Pflegenden einer anderen Abteilung durchgeführt werden konnte. Auf Grundlage der Ergebnisse wurde die erforderliche Zeit zum Ausfüllen des Fragebogens auf zehn bis 15 Minuten festgelegt. Die Befragungen der Pflegenden begann anschließend kurz vor Weihnachten. Die Dauer der Datenerhebung betrug ungefähr drei Wochen. Die Teilnehmer\*innen wurden mit Ausfüllen des ersten Fragebogens über die geplante Wiederholung der Datenerhebung informiert, welche nach den anstehenden drei Stationsbesprechungen geplant war. Aufgrund der andauernden Coronapandemie und damit einhergehenden Krankheitsfällen, musste die erste Stationsbesprechung, welche Mitte Januar stattfinden sollte, verschoben werden. Somit fand die erste der drei geplanten Sitzungen Mitte Februar statt.

### 3.4 Datenauswertung

Um die mithilfe des Fragebogens erhobenen Daten auswerten zu können, wurde das Statistikprogramm SPSS genutzt. Bevor die Daten in das System übertragen werden konnten, wurden die Frageblöcke eins bis neun mit den römischen Ziffern I bis IX nummeriert. Die einzelnen Items der insgesamt neun Fragekategorien wurden ebenfalls nummeriert, sodass sich für die Items der Frageblöcke folgende Beschriftungen ergaben: erster Frageblock I.1 bis I.12, zweite Frage II, dritter Frageblock III.1 bis III.6, vierter Frageblock IVa.1 bis IVb.3, fünfter Frageblock V.1 bis V.21, sechster Frageblock VI.1 bis VI.3, siebter Frageblock VII.1 bis VII.12, achter Frageblock VIII.1 bis VIII.4, letzte Frage IX beziehungsweise bei der zweiten Erhebungsrunde zusätzliche die Fragen X.1 und X.2, XI und XII. Daraufhin wurden die einzelnen Daten jedes Fragebogens in SPSS übertragen. Zunächst wurde ein Überblick über die Häufigkeiten der gegebenen Antworten erstellt. Diagramme wurden teilweise mit SPSS und teilweise mit der Diagrammfunktion in Word erstellt. Um Zusammenhänge zwischen den einzelnen Variablen zu prüfen und Aussagen über deren Signifikanzniveaus treffen zu können, wurde die Funktion „Korrelation berechnen“ in SPSS genutzt. Das für die Fragebögen genutzte Skalenniveau beschreibt eine Likert-Skala, also eine Ratingskala mit jeweils fünf Antwortmöglichkeiten. Eine Ratingskala kann als intervallskaliert betrachtet werden, wenn die Abstände ihrer Antwortmöglichkeiten gleich groß sind. Es gibt unterschiedliche Arten von Ratingskalen, die man in unipolar und bipolar unterscheidet. Bei der Skala, welche im Fragebogen angewendet wurde, handelt es sich um eine verbale unipolare Ratingskala. Dabei bildet die Skala die Intensität eines Merkmals ab und die verwendeten Begriffe weisen eine annähernd gleich weit entfernte Ausprägung zueinander auf. Eine Untersuchung von Rohrmann 1978 ergab, dass Versuchsleiter\*innen bei fünfstufigen Skalen sprachliche Abstände (z.B. nie – selten – gelegentlich – oft – immer) als äquidistant wahrnahmen. Die für den Fragebogen genutzte Likert-Skala kann demnach als intervallskaliert betrachtet werden. Somit war es möglich, die Korrelationskoeffizienten der Variablen nach Spearman zu berechnen. (Döring und Bortz 2016)

Zur Erfassung der in den Stationssitzungen besprochenen Daten wurde nach jeder Stationsbesprechung ein Gedächtnisprotokoll angefertigt, das den Teilnehmenden zur Verfügung gestellt wurde. Ebenso verhielt es sich mit den Patientengesprächen. Auch diese wurden in Form von Gedächtnisprotokollen festgehalten. Eine Tonaufnahme erfolgte nicht.

Zur Auswertung der Daten des hausinternen Beschwerdemanagements wurden die Daten bereits vorab mit dem Abteilungsleiter gesichtet und eine Vorauswahl getroffen. Da die Daten bereits von der Abteilung für Arbeitsorganisation ausgewertet und in Exceltabellen aufgelistet wurden, war eine ausführliche Auswertung durch die Autorin nicht notwendig. Die Daten konnten direkt ausgelesen werden.

### 3.5 Planung und Durchführung der Stationsbesprechungen

#### 3.5.1 Vorbereitungen und Ergebnisse der ersten Stationsbesprechung

Nach Abschluss der ersten Befragungsrunde Mitte Januar 2022 fand für die Pflegefachkräfte der Station das EBN-Training statt. Dazu wurden die monatlichen Stationsbesprechungen zur Verfügung gestellt. Aufgrund der anhaltenden Coronapandemie konnte im Voraus nicht geplant werden, ob die Besprechungen in Präsenz oder virtuell stattfinden müssen. Dies entschied sich jeweils kurzfristig vor den einzelnen Terminen.

#### Vorbereitungen zur ersten Stationsbesprechung

Bei der Planung der einzelnen Stationsbesprechungen wurde sich an den Schritten des EBN-Prozesses orientiert. EBN zeichnet sich, ähnlich wie beim Sicily Statement bereits erwähnt, durch sechs Schritte aus:

- Aufgabenklärung
- Fragestellung nach PIKE
- Literaturrecherche
- Kritische Beurteilung der Literatur
- Implementierung
- Evaluation (Fleischmann et al. 2017)

In der ersten Stationsbesprechung lag der Schwerpunkt auf der Themenfindung und somit auf den ersten zwei Schritten des EBN-Prozesses. Im Modell von Kurt Lewin werden drei Phasen des Wandels beschrieben, welche eine Institution durchläuft, wenn ein Veränderungsprozess in Gang gesetzt wird. Phase eins wird beschrieben als die Phase des Auftauens. Diese ist gekennzeichnet von Informationsweitergabe, Motivation und Partizipation und soll bei den Betroffenen ein Veränderungsbewusstsein auslösen. (Rasche und Rehder 2018) Auf Grundlage von Lewins Modell fand in der ersten Besprechung vor der Themenfindung ein kurzer Vortrag über EBN statt, um den Teilnehmer\*innen erste Informationen zukommen zu lassen. Dazu wurde ein Handout erstellt, dass alle Anwesenden erhielten. Darin wurden alle Teilnehmenden informiert, dass EBN Pflegenden die Erbringung einer qualitativ hochwertigen Pflege ermöglicht und das Konzept vorsieht, wissenschaftliche Erkenntnisse mit klinischer Expertise, Patientenwünschen und individuellen Werten zu vereinen. Des Weiteren verwies das Handout auf die Entwicklung von Kompetenzen Pflegender bei der Anwendung von EBN wie beispielsweise der Fähigkeit des kritischen Denkens. Durch EBN hinterfragen und reflektieren Pflegende mehr, was dazu führt, dass Forschungsergebnisse häufiger in die pflegerische Praxis einbezogen werden. Zudem verhilft EBN dazu, gesetzlichen Ansprüchen gerecht zu werden, indem die pflegerische Versorgung jederzeit auf dem neuesten Stand beruht und sich Patient\*innen somit sicher sein können, die beste Pflege zu erhalten. Dies schafft Vertrauen und

stärkt nicht zuletzt die Beziehung zwischen Patient\*innen und Pflegenden. Zuletzt verwies das Handout auf die Stärkung der Berufsgruppe Pflege, welche mit der Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse in der Praxis einhergeht. Durch selbst angeeignetes Wissen erhalten Pflegenden eine neue Argumentationsgrundlage und stärken die Autonomie ihrer eigenen Berufsgruppe. (Boswell und Cannon 2018) Das Handout ist in Anhang 6 einzusehen.

Die Anwesenden der Stationsbesprechung erhielten bewusst vorerst keine spezifischeren Informationen zu EBN mit seinen einzelnen Schritten, da eine Überforderung durch zu viele Informationen vermieden werden sollte. Eine ausführlichere Informationsveranstaltung zu EBN wurde am Ende des Trainings geplant.

Nach einem kurzen Vortrag mithilfe des Handouts wurde der zweite EBN-Schritt eingeleitet und somit auf den Punkt Motivation und Partizipation des Modells von Kurt Lewin eingegangen. Nachdem die Literatur zudem das Formulieren einer klinischen Fragestellung als effektive Methode belegt, Pflegenden die EBN-Methode zu lehren, lag der Schwerpunkt der ersten Stationsbesprechung auf der Themenfindung. (Larsen et al. 2019) Die Anwesenden wurden dazu aufgefordert, ein Beispiel aus der Praxis mit pflegerischem Bezug zu nennen, aus dessen Bearbeitung sich eine Verbesserung für die Station, die Patient\*innen und/oder das Pflegepersonal ergibt. Zum leichteren Verständnis wurden verschiedene Möglichkeiten aufgezählt und vorbereitet, aus denen eine Fragestellung generiert werden kann, wie beispielsweise aktuelle Fachzeitschriften, das Interesse des Krankenhauses, das Interesse der Stabstelle Pflegewissenschaften, Aussagen des Beschwerdemanagements, Äußerungen der Patient\*innen oder Unzufriedenheiten im pflegerischen Team. Um zu vermeiden, dass aus der ersten Sitzung kein Thema hervorgeht, wurden drei Themen von der Autorin vorbereitet, welche zum Einsatz kommen sollten, falls die Anwesenden keine eigenen Ideen einbringen. Dabei handelte es sich um Themen mit Bezug zum Stationsalltag: Patientenruftaste – Maßnahmen zum Verringern der Benutzung, Antithrombosestrümpfe – Nutzen bei chirurgischen Eingriffen und als drittes Thema die windelassoziierte Dermatitis (IAD) aus dem Expertenstandard „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“. In den letzten Monaten auf Station war es bei Patient\*innen häufiger zu Komplikationen aufgrund von Hautveränderungen durch Inkontinenz gekommen. Der Expertenstandard zeigt eine mangelhafte Datenlage auf hinsichtlich passender Assessments zum richtigen Erkennen einer IAD und zu Maßnahmen hinsichtlich Prävention und Therapie. (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2014)

### Ergebnisse der ersten Stationsbesprechung

Nachdem die Stationsbesprechung mit einem kurzen Theorieteil über EBN eröffnet wurde, erhielten die Teilnehmenden die Gelegenheit, sich mit eigenen Vorschlägen in die Themenfindung einzubringen. Neben den vorbereiteten Themen der Autorin, welche erst am Ende der Diskussionsrunde vorgestellt wurden, ergaben sich Ideen in drei verschiedenen Bereichen.



Der erste Vorschlag nahm Bezug auf die fachfremde Betreuung der Patient\*innen, mit welcher sich die Pflegenden durch die andauernde Coronapandemie und die ständig wechselnden Fachbereiche der betreffenden Abteilung seit zwei Jahren konfrontiert sehen. Daraus ergaben sich die Fragen, welche Risiken eine fachfremde Betreuung birgt und welche Maßnahmen zu einem reduzierten Sicherheitsrisiko beitragen können. Der zweite Vorschlag stand in direktem Bezug zum Coronavirus und den damit einhergehenden Einschränkungen und Hygienemaßnahmen. Eine Anwesende erläuterte die Problematik, die sich aus immer wieder verändernden Regelungen ergebe. Patient\*innen seien verunsichert, warum sie im öffentlichen Leben beim Besuch eines Restaurants am Tisch keine Maske, im Krankenhaus jedoch bei jedem Kontakt eine Maske tragen müssen. Durch sich immer wieder kurzfristig verändernde Maßnahmen und mangelnden Informationsfluss wäre es schlecht möglich, Patient\*innen gegenüber überzeugend zu argumentieren. Das dritte Thema, welches in der Gruppe vorgeschlagen wurde, behandelte den Bereich der interprofessionellen Zusammenarbeit. In der entsprechenden Abteilung wird eine unzureichende berufsübergreifende Zusammenarbeit gesehen. Dies äußert sich in kurzen, von wenig Informationen geprägten Visiten, einer großen Unübersichtlichkeit hinsichtlich neuer Arztanordnungen, welche unkoordiniert über den gesamten Dienst hinweg erfolgen und nicht kommuniziert werden und einer mangelnden Kontinuität des Betreuungsteams, womit die morgendlichen Visiten gemeint sind, die oftmals mit sechs bis acht Personen starten und zu dritt beendet werden, da die Anwesenden Operationstermine wahrnehmen, zu denen sie die Visite nach wenigen Minuten verlassen müssen. Unter den Anwesenden herrscht eine große Unzufriedenheit, da getroffene Vereinbarungen zur Veränderung der Situation nur für kurze Zeit eingehalten werden und danach wieder zum vorherigen Zustand übergegangen wird. Alle Teilnehmenden der Stationsbesprechung sahen im dritten Thema am meisten Handlungsbedarf und erhoffen sich durch eine Bearbeitung Veränderungen, welche nicht nur dem Team, sondern insbesondere den Patient\*innen zu Gute kommen. Die Autorin merkte an, dass zur Bearbeitung des Themas und zur Generierung einer Fragestellung eine Eingrenzung des Themas notwendig sei. Interprofessionelle Zusammenarbeit ist ein Bereich, der viele Aspekte einbezieht und für eine Fragestellung zu umfassend ist. Die Anwesenden einigten sich daraufhin auf das Thema Visite. Da vom Chefarzt eine gemeinsame Visite gewünscht wird und das Pflegepersonal Mängel in der Art und Weise, in welcher die Visite stattfindet, sieht, soll sich die Fragestellung auf die Rahmenbedingungen einer interprofessionellen Patientenvisite konzentrieren. Dabei soll das Wohlergehen der Patient\*innen im Mittelpunkt stehen. Untersucht werden soll demnach, welche Rahmenbedingungen dazu beitragen, den Patient\*innen eine umfangreiche und informative Visite zukommen zu lassen, die auf ihre Bedürfnisse zugeschnitten ist und die Zusammenarbeit der Berufsgruppen untereinander fördert. Auf eine Fragestellung nach dem PIKE-Schema, wie sie der klassische EBN-Ansatz vorsieht, wurde bewusst verzichtet, da die Recherche nach Literatur ein breiteres Ergebnisspektrum

aufzeigen sollte und somit verschiedene Maßnahmen ermittelt werden sollten. Durch eine offenere Fragestellung war es möglich, mehrere Aspekte in die Maßnahmenplanung einzubeziehen. Die Ergebnisse der ersten Stationsbesprechung wurden von der Autorin in einem Gedächtnisprotokoll festgehalten, welches im Anhang 7 zu finden ist.

### 3.5.2 Vorbereitungen und Ergebnisse der zweiten Stationsbesprechung

#### Vorbereitungen zur zweiten Stationsbesprechung

Nachdem mit den Anwesenden der ersten Stationsbesprechung eine offene Fragestellung generiert worden war, wurde der Termin für die zweite Besprechung festgelegt. Diese sollte Mitte März erfolgen. Bis zum zweiten Termin recherchierte die Autorin in den Datenbanken PubMed, CINAHL und Cochrane Library nach Literatur. Obwohl dieser Schritt eine wichtige Methode darstellt, um Pflegenden die EBN-Methode beizubringen, wurde diese Aufgabe von der Autorin selbst übernommen, da aufgrund fehlender wissenschaftlicher Kompetenzen unter den Pflegenden keiner über ausreichende Fähigkeiten zur systematischen Literaturrecherche verfügt. Die Ergebnisse der Literaturrecherche wurden in der zweiten Stationsbesprechung vorgestellt und besprochen. Begriffe, welche zur Literaturrecherche genutzt wurden, waren: „patient impact“, „ward rounds“, „rounds“, „medical ward rounds“, „interprofessional competences“, „health care“, „interprofessionality“, „improvement strategies“. Vor Beginn der Recherche wurden die Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt, nach denen bei der Auswahl der Literatur vorgegangen wurde. Die Kriterien sind in Tabelle 1 dargestellt. Um möglichst aktuelle Ergebnisse zu erhalten, wurde nur nach Literatur recherchiert, welche ab dem Jahr 2015 veröffentlicht worden war und auf Deutsch oder Englisch vorliegt. Studien, welche sich auf Themen aus dem psychiatrischen oder langzeitpflegerischen Bereich beziehen, wurden ausgeschlossen, da es sich bei der Abteilung, für welche die Literaturrecherche erfolgte, um eine Abteilung im Bereich der Akutversorgung handelt. Des Weiteren wurden Veröffentlichungen aus dem intensivmedizinischen Bereich ausgeschlossen, da sie nicht der Zielgruppe entsprachen und Studien aus chirurgischen Abteilungen oder ohne genanntes Fachgebiet ausgewählt. Ebenso sollte der Fokus der Literaturrecherche auf der Versorgung Erwachsener liegen, weshalb Studienergebnisse, die Visiten bei Kindern untersuchten, nicht berücksichtigt wurden. Literatur, die sich ausschließlich mit der ärztlichen Visite ohne Anwesenheit von Pflegenden auseinandersetzte, wurde ebenfalls nicht in die Auswahl aufgenommen, da für das EBN-Training ein Pflegebezug Voraussetzung war. Insgesamt ergab die Literaturrecherche eine Anzahl von 567 Treffern (n=567). Die meisten Ergebnisse konnten jedoch bereits durch das Sichten des Titels ausgeschlossen werden, da sie sich entweder mit psychiatrischen oder pharmakologischen Visiten, Visiten auf Intensivstationen oder pädiatrischen Abteilungen oder spezifischen Krankheitsbildern wie Covid19 oder neurologischen Erkrankungen beschäftigten. Zudem erzielten

die Datenbanken häufig dieselben Rechercheergebnisse, weshalb Studien, die bereits in einer anderen Datenbank zuvor recherchiert worden waren, nicht berücksichtigt wurden. 41 Treffer wurden in die engere Auswahl genommen und durch das Lesen des Abstracts und/oder der Volltexte ein- oder ausgeschlossen. So verglich unter anderem eine Veröffentlichung den Effekt von Fallpräsentationen während der Visite vor den Patient\*innen mit der Fallbesprechung abseits der Patientenzimmer, während andere Autor\*innen nächtliche Rundgänge auf Station und die damit verbundene Lautstärke thematisierten. (Gamp et al. 2019; Fillary et al. 2015)

*Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien der Literaturrecherche (Quelle: eigene Darstellung)*

| <b>Einschlusskriterien</b>  | <b>Ausschlusskriterien</b>   |
|---|--|
| deutsch-, englischsprachig  | anderssprachige Literatur  |
| Veröffentlichung ab 2015  | Veröffentlichung vor 2015  |
| Stationäre Akutversorgung   | Psychiatrie, ambulante Einrichtungen   |
| Normalstationen   | Intensivstationen, OP, Anästhesie  |
| Literatur ohne spezifische Krankheitsbilder oder mit Bezug zur Urologie | Literatur mit Bezug zu spezifischen Krankheitsbildern/Fachabteilungen, die nicht Urologie sind |
| Erwachsene als Untersuchungsgruppe                                      | Kinder als Untersuchungsgruppe   |
| Pflegebezug   | rein medizinisches Interesse   |

Eine systematische Übersichtsarbeit ermittelte Faktoren, welche die interprofessionelle Zusammenarbeit auf Station verbessern. Dabei wurde auch die interprofessionelle Visite einbezogen. Allerdings gingen die Autor\*innen nicht auf die Inhalte der Visite ein, sondern gaben lediglich den Hinweis, dass eine gemeinsame Visite die Zusammenarbeit stärkt. (Reeves et al. 2017) Weitere Ergebnisse wurden ausgeschlossen, da sie im intensivmedizinischen Bereich gemessen wurden oder den Nutzen der Teilnahme von Pharmazeuten oder anderen Berufsgruppen an der interprofessionellen Visite darstellten. Nach Ausschluss der ungeeigneten Treffer ergab sich am Ende eine Anzahl von sechs Studien, die in das Projekt eingeschlossen wurden. Das Vorgehen der Literaturrecherche ist zum besseren Verständnis in Abbildung 2 dargestellt. Zusätzlich zur Recherche in den Datenbanken wurde bei der Literatursuche auf die Hochschuldatenbanken zugegriffen, zu welchen die Ostbayerische Technische Hochschule ihren Studierenden Zugang ermöglicht. Auf der Webseite des Springer Verlags wurden die Suchbegriffe erneut miteinander kombiniert. So konnte eine weitere Veröffentlichung in die Ergebnispräsentation, welche in der zweiten Stationsbesprechung geplant wurde, eingeschlossen werden.

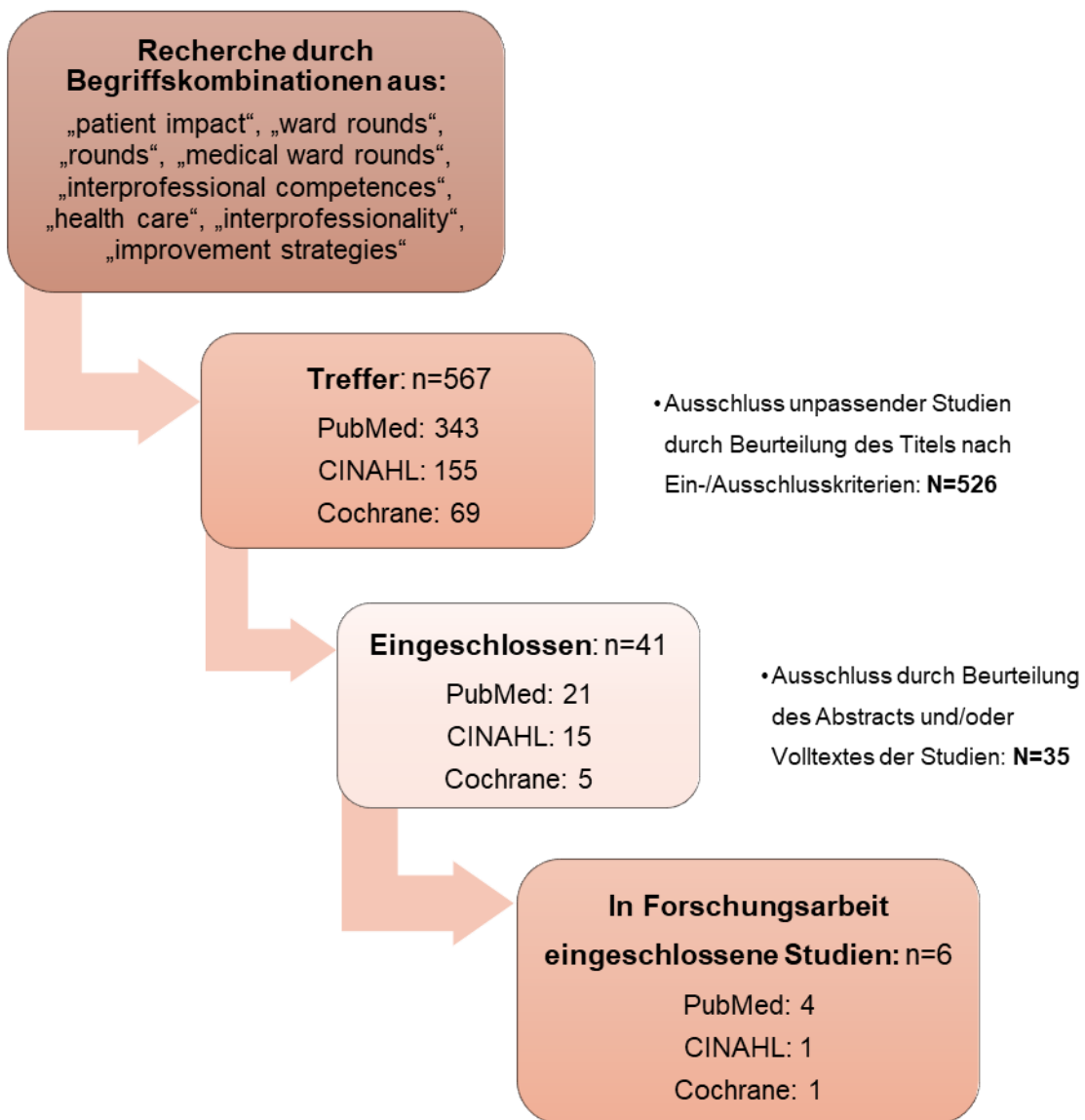


Abbildung 2: Prozess der Literaturrecherche (Quelle: eigene Darstellung)

### Bewertung der Studienqualität

Nachdem die Literaturrecherche beendet worden war, wurde die vorhandene Literatur auf ihre Qualitätsmerkmale geprüft. Dazu wurde sich an den zehn Kriterien nach Panfil orientiert, welche lauten:

- Forschungsfrage
- Design

- Literaturanalyse
- Stichprobe
- Methoden zur Datenerhebung
- Ethik
- Analyse
- Ergebnisse
- Diskussion
- Übertragbarkeit (Panfil 2013)

Tabelle 2: Bewertung der Studienqualität nach Panfil 2013 (Quelle: eigene Darstellung)

| Kriterium / Studie            | Forschungsfrage | Design | Literaturanalyse | Stichprobe | Methoden zur Datenerhebung | Ethik | Analyse | Ergebnisse | Diskussion | Übertragbarkeit |
|-------------------------------|-----------------|--------|------------------|------------|----------------------------|-------|---------|------------|------------|-----------------|
| <b>Espinoza et al. 2018</b>   | +               | +      | -                | +          | +                          | +     | +       | +          | +          | +               |
| <b>Liaw et al. 2019</b>       | +               | +      | -                | +          | +                          | -     | +       | +          | +          | +               |
| <b>Redley et al. 2019</b>     | o               | +      | -                | -          | +                          | +     | +       | +          | +          | +               |
| <b>Ng et al. 2018</b>         | +               | o      | -                | +          | o                          | -     | o       | +          | +          | +               |
| <b>Gormley et al. 2019</b>    | +               | -      | o                | -          | +                          | -     | +       | +          | +          | +               |
| <b>Kassutto et al. 2020</b>   | +               | +      | -                | +          | +                          | -     | +       | +          | +          | +               |
| <i>Neily et al. 2010</i>      | +               | +      | -                | +          | +                          | -     | +       | +          | +          | +               |
| <i>Holodinsky et al. 2015</i> | o               | +      | -                | +          | +                          | -     | +       | o          | +          | o               |
| <i>Macdonald et al. 2010</i>  | o               | +      | -                | o          | o                          | +     | o       | +          | +          | +               |
| <i>Carlos et al. 2016</i>     | -               | -      | -                | -          | -                          | -     | -       | o          | -          | -               |
| <i>Southwick et al. 2014</i>  | +               | +      | -                | +          | -                          | -     | +       | +          | +          | +               |
| <i>Weiss et al. 2011</i>      | +               | +      | -                | +          | +                          | -     | +       | +          | +          | o               |
| <i>Rose et al. 2011</i>       | +               | +      | -                | o          | +                          | +     | +       | +          | +          | +               |
| <i>Bharwani et al. 2012</i>   | -               | -      | -                | -          | -                          | -     | -       | o          | -          | -               |

Tabelle 2 bildet einen Überblick über die eingeschlossene Literatur und ihre Qualitätsmerkmale. Hierfür wurde eine Drei-Punkte-Skala erstellt, bei der + für erfüllt, o für teilweise erfüllt und – für nicht erfüllt oder nicht erwähnt steht. Wenn ein Kriterium mit – bewertet wurde und im Fließtext kein Bezug dazu genommen wird, so ist davon auszugehen, dass dieser Punkt aufgrund des Studiendesigns nicht erwähnt werden muss.

Alle Autor\*innen stellen in ihren Untersuchungen keine nachvollziehbare Literaturanalyse dar. Allerdings handelt es sich bei den Veröffentlichungen auch um keine systematischen Übersichtsarbeiten. Die Autor\*innen verweisen jedoch auf die Nutzung verschiedener Fragebögen. So erhoben Espinoza und Kolleg\*innen die Mitarbeiterzufriedenheit mithilfe eines Fragebogens von Gladstein. Des Weiteren wurden das Arbeitsklima anhand des „Team Climate Inventory“ und die Fähigkeit zur transformativen Führung mithilfe des „Multifactor Leadership Questionnaires“ gemessen. (Espinoza et al. 2018) Auch Liaw und Kolleg\*innen nutzen in ihrer Studie Assessments. Diese wurden teilweise von den Autor\*innen selbst entwickelt, zu einem Teil jedoch auch recherchiert. Zu den angewendeten Fragebögen werden zwar Literaturangaben gemacht, allerdings kann der Rechercheprozess nicht nachvollzogen werden. Ethische Aspekte werden von den wenigsten Autor\*innen besprochen, wobei das Studiensetting und der Untersuchungsgegenstand dies auch nicht erfordern. Keine klare Forschungsfrage äußern Redley und Kolleg\*innen in ihrer Mixed-Method-Untersuchung. Zudem wählten sie für ihre Stichprobe lediglich zwei Stationen aus, was die Validität der Ergebnisse beeinträchtigt. Die Autor\*innen nennen außerdem weder Ein- noch Ausschlusskriterien, nach welchen die Stationen für die Untersuchung ausgewählt wurden. Während Ng und Kolleg\*innen in ihrer Veröffentlichung die Ein- und Ausschlusskriterien ihrer Stichprobe festlegen, geht aus ihrer Untersuchung kein klares Design hervor, da die Autor\*innen hierzu keine Angaben machen. Zudem beschreiben sie den Prozess ihrer Datenerhebung, jedoch sind die Assessments dazu nicht nachvollziehbar und die Qualität der Instrumente somit schlecht beurteilbar.

Kassutto und Kolleg\*innen veröffentlichten zwölf Empfehlungen für eine gelungene interdisziplinäre Visite. Da sie sich dazu auf andere Studien beziehen, handelt es sich bei dem Artikel um Sekundärliteratur. Aus diesem Grund wurde die Primärliteratur zu den Informationen näher betrachtet, welche im Rahmen des EBN-Trainings genutzt wurden, und auf ihre Qualität geprüft, um Aufschluss über die Qualität des Artikels von Kassutto und Kolleg\*innen zu erhalten. Die Autor\*innen empfehlen aufgrund einer Studie von Neily et al. aus dem Jahr 2010 interdisziplinäre Besprechungen vor der Visite. Neily und Kolleg\*innen machen in ihrer Studie keine Angaben zur Literaturrecherche, was jedoch daran liegt, dass es sich bei der Studie um eine retrospektive Kohortenstudie und keine systematische Übersichtsarbeit handelt. Da die Autor\*innen jedoch die Wirkung von Teamtrainings auf die Mortalität von Patient\*innen auf operativen Akutstationen untersuchen, wäre das Diskutieren ethischer Aspekte sinnvoll, um

darzustellen, dass alle grundlegenden Aspekte der Ethik beachtet wurden. Holodinsky und Kolleg\*innen, deren Studienergebnisse ebenfalls für die zwölf Empfehlungen der interprofessionellen Visite genutzt wurden, formulieren in ihrer Veröffentlichung keine klassische Forschungsfrage. Jedoch geht hervor, was das Ziel ihrer Untersuchung ist, weshalb dieser Punkt als teilweise erfüllt bewertet wird. Obwohl Holodinsky und Kolleg\*innen eigene Daten erheben, berufen sie sich auf Studienergebnisse einer systematischen Übersichtsarbeit. Eine Darstellung zur Nachvollziehbarkeit der Literaturrecherche liegt dabei nicht vor, weshalb dieser Punkt nicht erfüllt wurde. Nachdem von 107 Personen 30 für eine Follow-up-Untersuchung ausgewählt worden waren und sich nur sieben Personen daran beteiligten, wurden die Ergebnisse und die Übertragbarkeit als „teilweise erfüllt“ eingestuft, da die geringe Rücklaufquote keine verlässlichen übertragbaren Ergebnisse ermöglicht. Die zwölf Empfehlungen für die interprofessionelle Visite beinhalten auch Studienergebnisse von Macdonald und Kolleg\*innen. Sie führten 24 Interviews, wobei sie zu Beginn ihrer Veröffentlichung keine klassische Forschungsfrage äußern. Zudem erwähnen die Autor\*innen eine Literaturrecherche, welche jedoch nicht dargestellt wird. Die Stichprobe ist für eine qualitative Untersuchung ausreichend groß gewählt, allerdings liegen keine Ausschlusskriterien zu den Versuchspersonen vor. Des Weiteren gehen die Autor\*innen nur kurz auf die Methodik zur Datenerhebung ein. Sie berichten, die Interviews aufgenommen, transkribiert und analysiert zu haben, nennen aber kein genaues Vorgehen und erläutern dieses auch nicht näher, was die Beurteilung der angewendeten Methoden erschwert. Auch kann keine Aussage über die Qualität der Messinstrumente getroffen werden, da keine Vorlage für die Interviews existiert. Die Inhalte, welche Kassutto und Kolleg\*innen von Carlos und Kolleg\*innen übernommen haben, stammen aus keiner Studie, sondern einem Artikel, bei dem es sich wiederum um Sekundärliteratur handelt. Er verfügt weder über eine Forschungsfrage noch über eine Versuchsgruppe oder ein Forschungsdesign. Gleiches trifft auf die Veröffentlichung von Bharwani und Kolleg\*innen zu. Basierend auf der Literatur, an der sich die Artikel orientieren, werden schlussfolgernd Empfehlungen für die Praxis gegeben. Daher kann der Punkt „Ergebnisse“ als teilweise erfüllt gesehen werden, auch wenn die Autor\*innen keine eigenen Ergebnisse präsentieren. Southwick und Kolleg\*innen nennen in ihrer Pilotstudie dagegen sowohl eine ausführliche Forschungsfrage als auch alle anderen notwendigen Voraussetzungen für qualitativ hochwertige Studienergebnisse. Allerdings machen die Autor\*innen keine Angaben zu dem von ihnen genutzten Assessment zur Datenerhebung. In ihrer Veröffentlichung erwähnen sie lediglich das Vorhaben und die Durchführung einer Umfrage und nennen das Design ihres Fragebogens. Die Inhalte des Fragebogens werden nicht vorgestellt. Weiss und Kolleg\*innen berücksichtigen in ihrer Studie alle Qualitätsmerkmale. Sie verweisen allerdings darauf, dass die Ergebnisse nicht auf alle anderen Einrichtungen übertragen werden können, da die Notwendigkeit eines Implementierungsplanes besteht, um Checklisten in der Praxis anwenden zu können. Rose und Kolleg\*innen greifen

für ihre Interviews auf eine angemessene Stichprobengröße zurück, erwähnen jedoch keine Ein- oder Ausschlusskriterien für ihre Auswahl an Versuchspersonen.

### *Vorstellen der Studienergebnisse*

Nach der Beurteilung der Studienqualität wurden die Ergebnisse der Studien für die zweite Stationsbesprechung in einer PowerPoint Präsentation dargestellt. Dazu wurde der Inhalt jeder Studie einzeln vorgestellt und alle Ergebnisse abschließend zusammengefasst. Der Schwerpunkt der Literaturrecherche lag auf der interprofessionellen Zusammenarbeit. Diese wurde vom schweizerischen Bundesamt für Gesundheit definiert als der Zustand, „wenn mehrere Gesundheitsfachpersonen mit unterschiedlichem beruflichem Hintergrund untereinander wie auch mit den Patientinnen und Patienten, deren Angehörigen und Betreuenden sowie der Gemeinschaft zusammenarbeiten, um die bestmögliche Versorgungsqualität zu erreichen. Dies ermöglicht es den Gesundheitsfachpersonen, mit jeder Person zusammenzuarbeiten, deren Kompetenzen die Erreichung der lokalen Gesundheitsziele erleichtern.“ (Bundesamt für Gesundheit (BAG) 2013)

Wie sich die Zusammenarbeit in interprofessionellen Teams auf die Zufriedenheit der Mitarbeiter\*innen auswirkt, untersuchte auch eine Mixed-Method-Studie aus dem Jahr 2018. Darin wurde auf die Komplexität heutiger Anforderungen an das Gesundheitswesen verwiesen und die damit steigende Nachfrage nach Kompetenzen und hochspezialisierten Teams. Es wurde festgestellt, dass eine gute Beziehung der Berufsgruppen zueinander, eine effektive Kommunikation und eine gute Kooperation der Berufsgruppen miteinander die klinischen Ergebnisse der Patient\*innen verbessert und die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter\*innen erhöht. Unzufriedenheit am Arbeitsplatz geht dagegen einher mit Fehlzeiten, Jobwechsel oder Kündigung. Ein gutes Teamklima entsteht durch gemeinsame Ziele und gegenseitige Unterstützung bei anstehenden Aufgaben und innovativen Ideen. Zudem stellten die Autor\*innen fest, dass sich eine bei Visiten geteilte Führung positiv auf das Arbeitsklima und die Zufriedenheit der Beteiligten auswirkt. (Espinoza et al. 2018)

Wie sich ein Teamtrainingsprogramm auf die Teamleistung und die Einstellung der Teammitglieder hinsichtlich interprofessioneller Zusammenarbeit auswirkt, untersuchte eine randomisierte, kontrollierte Studie von Liaw und Kolleg\*innen. Die verschiedenen Interventionen bestanden aus einem didaktischen Training, welches ein 30-minütiges Video umfasste, und einer Simulation, die mithilfe einer Virtual-Reality-Brille umgesetzt wurde. Das Video klärte die Beobachter\*innen über verschiedene Kommunikationsassessments auf wie das ISBAR-Schema, bei welchem es sich um ein standardisiertes Instrument handelt, das in der Visite angewendet werden kann und es seinen Anwender\*innen ermöglicht, umfangreiche Informationen über



den\*die Patient\*in zu erhalten. Dazu führt es seine Anwender in fünf Schritten durch ein standardisiertes Konzept. Das ISBAR-Schema ist mit Erläuterungen zu den fünf Schritten in Abbildung 3 dargestellt. Die Simulation in der Versuchsgruppe umfasste ein Visitenttraining in der virtuellen Realität, in dem die Teilnehmenden das ISBAR-Assessment praktisch an virtuellen Patient\*innen anwendeten und den Umgang im Team miteinander üben sollten. Die Versuchspersonen wurden in zwei Interventions- und eine Kontrollgruppe geteilt. Während die eine Interventionsgruppe beide Interventionen durchlief, erhielt die zweite Interventionsgruppe nur theoretische Informationen in Form des Videos. Die Kontrollgruppe erhielt keine der beiden Interventionen. Die Ergebnisse der Studie zeigten, dass beide Interventionen zu einer verbesserten Einstellung der Teilnehmer\*innen hinsichtlich interprofessioneller Zusammenarbeit führten. Was die Wahrnehmung der Teamleistung angeht, konnte nur in der Gruppe eine Verbesserung festgestellt werden, die sich beiden Interventionen unterzogen hatte. Somit schlossen die Autoren aus den Ergebnissen, dass ein didaktisches Training allein nicht ausreichend ist, um die Zusammenarbeit der Berufsgruppen untereinander zu verbessern. Praktische Übungen wie Simulationen und Rollenspiele eignen sich besser und führen zum Aufbau eines gemeinsamen Rollen- und Aufgabenverständnisses. (Liaw et al. 2019)

Eine weitere Studie belegt ebenfalls den Nutzen standardisierter Visiten und Kommunikationstools. Darin wird auf deutlich effektivere Kommunikationsprozesse, verbesserte Problemlösungsansätze und einen erhöhten Austausch von Wissen und Informationen durch die Standardisierung von Visiten hingewiesen. Strukturierte interprofessionelle Visiten verbessern vor allem die Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal und ermöglichen es, klinische Fragen mit Patient\*innen zu besprechen. Der Inhalt der strukturierten Visite setzt sich zusammen aus:

- Vorstellen des Behandlungsteams
- Aktuellen Überblick über Zustand des\*der Patient\*in geben
- Klinische Fragen oder Probleme erläutern
- Unsicherheiten mit Patient\*in besprechen
- Festgelegte Ziele evaluieren und mögliche Barrieren ermitteln
- Anwendung einer Sicherheitscheckliste
- Wortwahl zum besseren Verständnis an den\*die Patient\*in anpassen
- Fragen zulassen und beantworten
- Neues Tagesziel festlegen und Maßnahmen zur Erfüllung des Ziels besprechen (Redley et al. 2020)

|          |   |  |
|----------|---|--|
| <b>I</b> | <b>Introduction (by DR)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Introduces team members</li> <li>• Invites inputs from patient &amp; family</li> </ul>   |  |
| <b>S</b> | <b>Situation &amp; Background (by DR)</b>   |  |
| <b>B</b> | <b>Reviews and updates on</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Current problems</li> <li>• Responses to treatment</li> <li>• Clinical examination</li> <li>• Test results</li> </ul>  |  |
| <b>A</b> | <b>Assessment</b>   |  |
|          | <b>Update status (by RN)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Event overnight</li> <li>• Vital signs &amp; pain</li> <li>• Elimination</li> <li>• Nutrition &amp; hydration</li> <li>• Total mental &amp; functional well-being</li> </ul>  | <b>Updates and reviews medications (by PHA)</b>  |
|          | <b>Reviews quality-safety checklist (by RN)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sugar level</li> <li>• Access (invasive) lines &amp; devices</li> <li>• Fall risks</li> <li>• Embolism – Venous thromboembolism prophylaxis</li> <li>• Risk for pressure ulcer or wound</li> </ul>   | <b>Updates and proposes (by PT/OT)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Functional and ability to perform activities of daily living</li> <li>• Rehabilitation and discharge plan</li> </ul> |
|          |   | <b>Updates financial and social support (by MSW)</b>   |
| <b>R</b> | <b>Recommendation (by DR)</b> <b>Synthesises team inputs</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proposes plan for the day &amp; assigns responsibilities</li> <li>• Proposes discharge &amp; follow-up arrangement</li> <li>• Provides patient &amp; carer with information related to care of plan &amp; checks for understanding</li> </ul> |  |

Abbildung 3: ISBAR-Assessment (Quelle: Liaw et al. 2019)

Neben der empfohlenen Anwendung des ISBAR-Assessments während der Visite, untersuchten weitere Autor\*innen die Nutzung eines selbstentwickelten, standardisierten Visitenaufklebers. Dieser wurde für die Abteilung individuell entwickelt und während der Visite bei jedem\*jeder Patient\*in den Unterlagen beigelegt. Der Visitenaufkleber beinhaltete Informationen über Patientenbeobachtungen, Inhalte der klinischen Untersuchung, Eindrücke und Diagnosen über den\*die Patient\*in, Ziele und das weitere Vorgehen, sowie eine Checkliste, welche die aktuelle Medikation, die Infusionstherapie, den Schmerzzustand, die Antikoagulation und die Notwendigkeit von Antiemetika prüfte. Insgesamt setzte sich der Visitenaufkleber aus 16 Items zusammen, die von einem gemeinsamen Team der Station erarbeitet und als wichtiger Bestandteil der Visite erachtet wurde. Mehr als zwei Drittel der Anwender\*innen berichteten, die

Visite habe sich dadurch deutlich verbessert und die Effektivität der Patientenversorgung sei gestiegen. Über 80 Prozent der Anwender\*innen äußerten zudem, dass die Anwendung des standardisierten Visitenaufklebers es ermögliche, die Bedürfnisse der Patient\*innen besser zu erheben und gezielter auf sie eingehen zu können. Ohne die Anwendung des Aufklebers wurden Inhalte der Checkliste wie das Prüfen der aktuellen Medikation und Antikoagulation nur in zehn Prozent der Fälle in der Visite berücksichtigt. Dies verbesserte sich durch die Einführung des Visitenaufklebers erheblich. (Ng et al. 2018)

Einen ganz neuen Ansatz verfolgten die Autor\*innen Gormley et al. mit der Entwicklung einer Visite, welche von Pflegefachkräften geführt wird. Ihr Ziel war es, mithilfe einer von Werten, klar verteilten Rollen und Verantwortungen, interprofessioneller Kommunikation sowie einer hohen Zusammenarbeit das Patientenerleben der Visite zu verbessern. An der Visite nahmen verschiedene Berufsgruppen teil, mindestens jedoch die verantwortliche Pflegefachkraft und der\*die betreuende Arzt\*Ärztin. In der gemeinsamen Visitation wurde die Pflegeplanung mit den Patient\*innen und gegebenenfalls ihren Angehörigen besprochen, Schwerpunkte in der Versorgung festgelegt und der weitere Verlauf koordiniert, wodurch den Patient\*innen Fortschritte erleichtert werden sollten. Die Anwesenden nutzten dabei ein selbst entwickeltes Assessment, welches einen standardisierten Ablauf ermöglichte. Die Visiten fanden jeden Tag zur selben Uhrzeit statt und starteten täglich am selben Ort. Zu Beginn stellte die Pflegefachkraft den Patient\*innen und ihren Angehörigen das Behandlungsteam vor. Daraufhin berichtete sie dem Behandlungsteam von den Fortschritten und Veränderungen, die sich in den letzten 24 Stunden für den\*die Patient\*in ergeben haben. Dabei wurde auf das Assessment zurückgegriffen, das in Abbildung 4 zu sehen ist. Anschließend erhielt das behandelnde ärztliche Personal das Wort und hatte die Möglichkeit, Befunde und Entwicklungen mithilfe des Assessments mit den Patient\*innen zu besprechen. Im nächsten Schritt sah das Visitenkonzept vor, den Patient\*innen die Möglichkeit zu geben, Fragen zu stellen. Abschließend wurden im Team die Ziele der Patient\*innen für die nächsten 24 Stunden festgelegt, sowie ein vorläufiges Entlassungsdatum besprochen. Beides wurde von der zuständigen Pflegefachkraft am Whiteboard im Zimmer in Sichtweite der Patient\*innen schriftlich festgehalten. Um die Pflegefachkräfte für das Führen der Visite zu qualifizieren und ihnen ein sicheres Auftreten zu ermöglichen, nahmen diese zuvor an einem Workshop teil, welcher es ihnen ermöglichte, Führungskompetenzen zu erwerben oder auszubauen. (Gormley et al. 2019)

Eine weitere Empfehlung, welche aus der Literaturrecherche hervorging, ist das Organisieren einer kurzen Besprechung vor der Visite, bei der sich behandelnde Ärzt\*innen und Pflegefachkräfte über die Patient\*innen austauschen, aktuelle Diagnosen und Probleme besprechen und sich somit einen Überblick verschaffen. (Kassutto et al. 2020) Die Autorin der Masterarbeit hatte bei einem zweiwöchigen Praktikum in einem Schweizer Spital ähnliche Erfahrungen

gemacht. Dort war es auf der urologischen Station üblich, sich morgens und nachmittags zu einem sogenannten „Huddle“ an einem Whiteboard zu treffen und die Aufgaben, Probleme und Ziele des jeweiligen Tages, die mit den Patient\*innen einhergingen, kurz im interdisziplinären Team, das meist aus den behandelnden Ärzt\*innen und den betreffenden Pflegefachkräften bestand, zu besprechen.

| Table 1<br>Standardized communication tool for bedside rounds  |   |
|--|---|
| <b>Charge nurse:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Introduce patient to bedside rounds</li> <li>• Ask permission to discuss in front of family/visitors if present</li> </ul>   |   |
| <b>Bedside registered nurse:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Update regarding last 24 h (mental status, vital signs, pertinent assessment, unanticipated events, intake and output)</li> <li>• Pain</li> <li>• Diet</li> <li>• Safety</li> <li>• Fall risk</li> <li>• Isolation (type and precautions)</li> <li>• Venous thromboembolism prophylaxis</li> <li>• Mobility</li> <li>• Compression boots</li> <li>• Medications (ie, heparin, lovenox)</li> <li>• Lines (central line, Foley, nasogastric, and similar)</li> <li>• Infection concerns</li> </ul> |   |
| <b>Physician, Nurse Practitioner, Physician's Assistant:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gives the team history of present illness</li> <li>• Active problems</li> <li>• Pertinent test results/consults</li> </ul>   | <b>Rehabilitation services:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Strength and mobility</li> <li>• Progression plan</li> </ul>   |
| <b>Dietary:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Current diet (tube feeds/total parenteral nutrition)</li> <li>• Caloric needs and calorie counts</li> </ul>   | <b>Respiratory therapy:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recommended treatment or therapy changes</li> <li>• Other respiratory concerns</li> </ul>  |
| <b>Pharmacy:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconcile meds</li> <li>• Intravenous to oral conversion</li> <li>• Discuss discharge medications</li> <li>• Work with physicians to discontinue any unneeded medications</li> <li>• Drug levels</li> </ul>  | <b>Social work/case management:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Status: outpatient, inpatient</li> <li>• Anticipated discharge date</li> <li>• Discharge disposition: home/facility/rehabilitation</li> <li>• Transportation</li> <li>• Are medications covered?</li> <li>• Hand held nebulizer, therapy, and durable medical equipment</li> <li>• Appointments to be scheduled</li> </ul> |
| <b>Charge nurse:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Address goals for discharge date with patient</li> <li>• What questions do you have for any members of the team</li> </ul>   |   |

Abbildung 4: Kommunikationstool zur interdisziplinären Visite (Quelle: Gormley et al. 2019)

Bei einer interdisziplinären Visite wird zudem empfohlen, alle Teilnehmenden einzubeziehen, sodass alle die Möglichkeit haben, ihre Expertise einzubringen. Eine konstante Anwesenheit während der Visite ist dabei zu gewährleisten. Dies bedeutet konkret, dass im Voraus festgelegt werden sollte, wer die Visite begleitet und welche Informationen besprochen werden müssen. Ein geschützter Rahmen, in dem alle Teilnehmenden die Chance haben, am Gesprächsgeschehen teilzunehmen, ohne auf Ablehnung und persönliche Kritik zu stoßen, ist eine wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Zusammenarbeit während der Visite. Dies kann erleichtert werden, indem die Visite von einem\*einer Teilnehmer\*in moderiert wird, der die

einzelnen Teilnehmer\*innen nacheinander um das Einbringen ihre Expertise bittet. In der Literatur wird darauf verwiesen, dass die erfolgreiche Implementierung einer multidisziplinären Visite eine große Herausforderung darstellt und somit eine bewusste und koordinierte Anstrengung aller Mitarbeitenden erforderlich ist, um bestehende Barrieren zu überwinden. Die Unterstützung der Führungskräfte wie beispielsweise der ärztlichen oder pflegerischen Leitung ist dabei eine wichtige Voraussetzung, um Hierarchien zu durchbrechen und ein Arbeitsklima zu schaffen, in dem eine Kollaboration der verschiedenen Berufsgruppen möglich ist. (Kassutto et al. 2020)

Zusätzlich zur Recherche in den Datenbanken PubMed, CINAHL und Cochrane Library wurde nach Veröffentlichungen in Fachzeitschriften im Bestand des Springer Verlages gesucht. Dabei fanden sich vor allem Belege für die Notwendigkeit einer interdisziplinären Visite. Durch einen respektvollen Umgang miteinander und Verständnis füreinander, was durch eine gute Zusammenarbeit gefördert wird, führen Mitarbeitende ihre Aufgaben bereitwilliger und zufriedener durch, was zu einer intrinsischen Motivation führt, seiner Arbeit gerecht zu werden und eine möglichst qualitativ hochwertige Leistung zu erbringen. Neben einem Anstieg der Arbeitszufriedenheit kommt es zu einer reduzierten Erkrankungshäufigkeit, da sich Mitarbeitende nicht so stark belastet fühlen, wenn sie ihren Aufgaben gern nachgehen und einen Sinn sowie Wertschätzung in ihrer Arbeit sehen. Da die Visite nicht zuletzt der für die Patient\*innen sichtbare Teil der Teamleistung ist, sollte der Qualität dieser Leistungserbringung mehr Gewichtung zukommen, um nicht zuletzt auch das Vertrauen der Patient\*innen in das Behandlungsteam zu stärken. Revierkämpfe durch Einmischen in die Zuständigkeitsbereiche anderer Berufsgruppen stehen einer erfolgreichen Kollaboration im Weg. Vielmehr sollte respektiert werden, dass alle Teilnehmenden über unterschiedliche Kompetenzen verfügen und sich das Zusammenfügen des vorhandenen Wissens als Ganzes positiv auf die Patientenversorgung auswirkt und eine umfassende Versorgung der Patient\*innen ermöglicht. (Dierkes und Gottschalk 2019)

Interprofessionelle Zusammenarbeit gilt als effektive Maßnahme, um Veränderungen im Gesundheitssystem zu begegnen, welche mit erhöhten Kompetenzanforderungen einhergehen, und dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken. Durch eine interprofessionelle Zusammenarbeit werden Informationen zu Patient\*innen und ihrem Gesundheitszustand besser erfasst und berücksichtigt. Zudem ermöglicht die Interprofessionalität eine verbesserte Diagnostik, sodass die Umsetzung von Interventionen kohärenter erfolgen kann. Das Bundesamt für Gesundheit gibt für die Förderung einer interprofessionellen Zusammenarbeit die Empfehlung, den Wissensaustausch unter den Berufsgruppen zu fördern, Implementierungshilfen zu geben und Interprofessionalität als Bestandteil von Aus- und Fortbildungen aller Berufsgruppen des Gesundheitswesens zu integrieren. So können Fachpersonen sensibilisiert werden, eine Kultur

der Offenheit und des Respekts zu schaffen, welche die Grundlagen für eine interprofessionelle Zusammenarbeit bilden. (Kaiser et al. 2019)

Ein erster Schritt der Sensibilisierung besteht in der Weitergabe der Literaturergebnisse. Dies erfolgte in der zweiten Stationsbesprechung, welche aufgrund des Infektionsgeschehens ausgelöst durch die anhaltende COVID19-Pandemie kurzfristig online erfolgen musste. Daher organisierte die Autorin für alle Teammitglieder ein „Zoom-Training“. Dazu wurden zwei Termine zur Verfügung gestellt, zu denen die Teilnehmenden einen Link erhielten und sich in den von der Evangelischen Hochschule Nürnberg zur Verfügung gestellten Zoom-Raum einwählen konnten. Die zeitliche Terminierung der Trainings vormittags und nachmittags sollte es dem Großteil der Mitarbeitenden ermöglichen, das Einwählen einmal zu üben. Von 20 Personen nutzten elf Pflegendes das Angebot. Den Anwesenden wurde ein grober Überblick über die Funktionen des Programms per Video gegeben, sodass sie sich gut auf die bevorstehende virtuelle Stationsbesprechung vorbereitet fühlen konnten.

### Ergebnisse der zweiten Stationsbesprechung

Die zweite Stationsbesprechung fand am 23. März 2022 statt. Neben der Autorin nahmen zehn weitere Personen an der Online-Besprechung teil. Zu Beginn wurde den Anwesenden ein Überblick über das Vorgehen der Literaturrecherche vermittelt. So wurden zuerst die Suchbegriffe vorgestellt, welche bei der Recherche genutzt wurden und erklärt, wie Begriffe in Datenbanken miteinander kombiniert werden können. Im weiteren Verlauf wurde dargestellt, welche Möglichkeiten Filteranwendungen in wissenschaftlichen Datenbanken bieten und erläutert, welche Einschränkungen bei der Literaturrecherche anhand von Filtern vorgenommen wurden. Die Teilnehmenden wurden darauf hingewiesen, dass eine Qualitätsbewertung der ausgewählten Studien immer notwendig ist, um sicherzustellen, dass die Ergebnisse über eine hohe Validität verfügen. Hierzu wurden die zehn Kriterien zur Bewertung der Studienqualität nach Panfil vorgestellt, welche bereits im Kapitel der Literaturrecherche erwähnt worden sind. Nachdem die Grundlagen der Literaturrecherche erklärt worden waren, wurden die Ergebnisse der Recherche vorgestellt. Dies erfolgte mithilfe einer erstellten PowerPoint-Präsentation, um die Ergebnisse für die Anwesenden anschaulicher zu gestalten. Abschließend wurden die wichtigsten Ergebnisse noch einmal zusammengefasst und die Teilnehmenden gebeten, in Form einer Diskussionsrunde Stellung zu den Studienergebnissen zu nehmen. Dazu wurden sie aufgefordert, von ihren Erfahrungen zu berichten und einzuschätzen, wie realistisch sie die Übertragung der Literaturergebnisse auf ihre Abteilung sehen. Zudem wurden sie zu möglichen Schwierigkeiten und Barrieren befragt, welche die Einführung mancher Maßnahmen erschweren könnten.

In der Diskussionsrunde wurde zuerst die Nutzung des ISBAR-Assessments angesprochen. Zwei Anwesende hatten bereits in ihrer Vergangenheit mit dem Assessment gearbeitet und

bewerteten es als hilfreiches Instrument, um Informationen über die Patient\*innen zu erhalten, welche ohne ISBAR womöglich nicht erhoben worden wären. Eine Kollegin betonte, das ISBAR-Assessment führe die Anwender\*innen immer wieder zum Kern der Visite zurück, was ein Abschweifen in andere Bereiche verhindere und eine Fokussierung auf wichtige Themen erleichtere. Es wurde jedoch auch angemerkt, dass die Einführung des ISBAR-Schemas eine Schulung erfordere, sodass eine korrekte und konstante Anwendung gewährleistet werden könne. Zeitdruck und Personalmangel hätten in der Vergangenheit die Anwendung standardisierter Instrumente erschwert, da sie nur an Tagen angewendet wurden, an denen die Mitarbeitenden nicht unter Zeitdruck standen.

Des Weiteren wurde die Einführung einer kurzen interdisziplinären Besprechung vor den Visiten als sinnvoll eingeschätzt. Eine Kollegin wandte ein, dass Besprechungen vor den Visiten täglich stattfinden, allerdings nur innerhalb des ärztlichen Personals. Die Pflege sei bisher davon ausgeschlossen und somit während der Visite nicht auf dem aktuellen Stand. Eine gemeinsame Besprechung würde einen Informationsaustausch ermöglichen und wäre einer verbesserten Zusammenarbeit zuträglich. Die Anwesenden sahen bei der Organisation solcher Besprechungen allerdings zeitliche Ressourcenprobleme. Da die ärztliche Visite morgens vor acht Uhr stattfindet, steht das Pflegepersonal unter großem Zeitdruck, da vereinzelt Patient\*innen bereits um sieben Uhr zu den Operationssälen gefahren, elektive Patientenzugänge aufgenommen, das Frühstück ausgeteilt und die Vitalparameter aller stationären Patient\*innen bis zu Beginn der Visite erhoben werden müssen. Zudem sahen die Anwesenden in der Einführung eines Briefings das Problem des Datenschutzes. Die Besprechungen müssten in einem geschlossenen Raum stattfinden, sodass der Schutz persönlicher Daten gewährleistet werden könne.

Als weiteren Punkt nahmen die Teilnehmenden die Inhalte der standardisierten Visite auf. Redley und Kolleg\*innen empfehlen die Vorstellung aller Anwesenden gegenüber der Patient\*innen. Nachdem die urologischen Visiten jedoch meist aus mehr als sieben Personen bestehen, wurde dieser Punkt als unrealistisch eingeschätzt. Viele Kolleg\*innen sprachen sich allerdings für kleinere Visiten aus und betonten, dass Patient\*innen bei großen Visiten häufig überfordert seien und vergessen würden, Fragen zu stellen. Ein überzeugendes Argument sei die Kontinuität, die laut Literatur während einer Visite gegeben sein muss. Die Visiten starten häufig mit sieben Personen, jedoch verringert sich die Teilnehmerzahl währenddessen, da viele Ärzt\*innen die Visite für ihre Operationstermine vorzeitig verlassen müssen. Eine kleinere Visite, an der nur die Bezugspflegefachkraft sowie die Stationsärzt\*innen sowie ein Oberarzt teilnehmen, hätte nicht nur den Vorteil, dass die Patient\*innen einen besseren Überblick erhielten, sondern sowohl eine Kontinuität, als auch ausreichend Zeit für die Visitation der einzelnen Patient\*innen geboten werden könnten.

Unter Berücksichtigung der bestehenden Barrieren waren sich die Anwesenden einig, dass eine Umsetzung der Literaturempfehlungen nur mithilfe einer Umstrukturierung der Stationsabläufe möglich ist. Eine Besprechung vor der Visite ist nur möglich, wenn die Visite zu einem späteren Zeitpunkt stattfindet oder Fahrten zu den Operationssälen von zusätzlichen Mitarbeitenden übernommen werden. Zur Umstrukturierung wurden vorläufig verschiedene Vorschläge vorgebracht:

- Chefarztvisite mit Oberärzten nicht täglich, sondern nur ein- bis zweimal pro Woche
- Einführung einer zweiten Visite: erste Visite mit allen Ärzt\*innen, zweite Visite zu einem späteren Zeitpunkt mit Pflege
- Zwei Stationsärzt\*innen, die Visite gehen und sich die Patient\*innen in zwei Bereiche aufteilen

Die genauen Ergebnisse der Stationsbesprechung sind im Stationsprotokoll im Anhang 8 ersichtlich. Während der Besprechung wurde außerdem angemerkt, dass die Perspektive der Ärzt\*innen einzuholen ist, um ein gemeinsames Konzept erarbeiten zu können. Nachdem die gemeinsame Visite zukünftig als Teamleistung erfolgen soll, ist es notwendig die Wünsche und Vorstellungen aller zu berücksichtigen. Eine große Herausforderung bei der Umstrukturierung wird darin gesehen, den Chefarzt von einem Umdenken zu überzeugen. Einige Anwesende berichteten von Gesprächen, die bereits geführt wurden und rieten dazu, das Vorhaben so auszulegen, dass daraus eine klare Entlastung der ärztlichen Führungskräfte hervorgeht. Durch eine wöchentliche Chefarztvisite würde sich für den ärztlichen Leiter eine Zeitersparnis ergeben und er könnte Aufgaben an die Stationsärzt\*innen übertragen. Dies würde zudem zu einer verringerten Anzahl an Teilnehmer\*innen während der Visite führen und ermöglichen, den einzelnen Patient\*innen mehr Zeit zu widmen, da die Anwesenden keine Operationstermine wahrnehmen müssen.

Als Ziel für die dritte Stationsbesprechung wurde das Verfassen eines Ablaufplans zur Umstrukturierung des Stationsalltags festgehalten. Alle Anwesenden wurden von der Autorin dazu angehalten, sich bis dahin Gedanken zu machen, wie eine Umstrukturierung aussehen müsse, damit die Implementierung der neuen Maßnahmen erfolgen kann. Des Weiteren wurde vereinbart, dass die Perspektive der Ärzt\*innen bis zur nächsten Besprechung eingeholt werden soll. Nachdem sich niemand freiwillig dafür zur Verfügung stellte, übernahm die Autorin diese Aufgabe selbst. Zudem sollen die Daten des Beschwerdemanagements ausgearbeitet werden, sodass vorliegende Beschwerden über Stationsabläufe aufgedeckt werden und in den Umstrukturierungsprozess aufgenommen werden können.



### 3.5.3 Vorbereitungen und Ergebnisse der dritten Stationsbesprechung

#### Vorbereitungen zur dritten Stationsbesprechung

Um neben der externen Evidenz auch die hausinternen Daten zu berücksichtigen, hatte sich die Autorin bereits Mitte Februar mit dem Beschwerdemanagement des Krankenhauses in Verbindung gesetzt. Zusammen mit einem Mitarbeiter aus der Abteilung für Organisationsentwicklung und Patientensicherheit sichtete die Autorin die Beschwerden, welche seit dem Jahr 2018 über die Station beim Beschwerdemanagement eingegangen waren. Unterteilt wurden die Anträge in die verschiedenen Fachrichtungen der Station. So lagen Beschwerden für die Fachbereiche Viszeralchirurgie, Proktologie und Urologie vor. Da sich das Thema, für welches sich das Stationsteam entschieden hat, auf die Urologie bezieht, wurden die Beschwerden, welche innerhalb der Viszeralchirurgie und Proktologie eingingen, bei der folgenden Auswertung nicht beachtet. Da die Abteilung für Beschwerdemanagement alle Beschwerden, welche in der Urologie auftreten, bearbeitet, traf die Autorin anhand der Beschwerdekategorien eine Vorauswahl. So wurden die Bereiche Patientenaufnahme, interne Organisation, Serviceleistungen, Essen, Ausstattung, Parken und Abrechnung ausgeschlossen. Die Abbildungen 5, 6 und 7 bieten einen Überblick über die eingeschlossenen Kategorien, welche für das Vorhaben der Masterarbeit relevant sind, mit jeweils der Anzahl an aufgetretenen Beschwerden. Die erste Tabellenspalte gibt dabei die Anzahl für das Jahr 2018 an, die zweite Spalte für 2019, die dritte für 2020 und falls eine vierte Spalte vorhanden ist, zeigt diese die Anzahl an Beschwerden aus dem Jahr 2021. Da nicht jede Beschwerde nur einer Kategorie zugeordnet wurde, kommt es vor, dass eine Beschwerde in verschiedenen Kategorien mehrfach aufgelistet wurde. In der Kategorie medizinisch-pflegerische Leistung wurde vor allem der Bereich fachliche Kompetenz und Betreuung genauer betrachtet, während in der Kategorie Information und Kommunikation der Schwerpunkt auf den Bereichen Aufklärung, Visite, Angehörigengespräch, Befundübermittlung, Gespräche und Informationen über Abläufe, Information Untersuchungs-/ OP Ergebnisse und Kooperation interprofessionell lag. Im Bereich Kooperation interprofessionell lagen in keinem Jahr Beschwerden vor.

Für das Jahr 2018 ergab sich unter Berücksichtigung aller ausgewählten Kategorien eine Anzahl von zwei Beschwerden, denen eine hohe Relevanz zugeschrieben wurde. Im ersten Fall äußerte die anonyme Person, sie wäre über die Notwendigkeit ihrer Untersuchungen nicht aufgeklärt worden. Für die Befundübermittlung wurde kein geschützter Rahmen geschaffen und die Besprechung wurde als zu kurz und von Hektik geprägt empfunden. Außerdem wurde eine mangelnde Aufklärung über das geplante Operationsvorgehen, über die Versorgung und persönliche Zuwendung auf Station und über fehlende Informationen bezüglich des geplanten Prozederes nach der Entlassung beklagt.

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| Medizinisch-pflegerische Leistung (Ärztl., Pflege, Sonstige)   | 2 | 1 | 2 |
| Medizinisch-pflegerische Leistung (Ärztl., Pflege, Sonstige) -- Erreichbarkeit                           |   | 1 |   |
| Medizinisch-pflegerische Leistung (Ärztl., Pflege, Sonstige) -- Fachliche Kompetenz und Betreuung        |   |   | 1 |
| Medizinisch-pflegerische Leistung (Ärztl., Pflege, Sonstige) -- Fehlbehandlung                           |   |   |   |
| Medizinisch-pflegerische Leistung (Ärztl., Pflege, Sonstige) -- Hygiene                                  |   |   |   |
| Medizinisch-pflegerische Leistung (Ärztl., Pflege, Sonstige) -- Verbesserung des Gesundheitszustandes    |   |   | 1 |
| Medizinisch-pflegerische Leistung (Ärztl., Pflege, Sonstige) -- vermuteter Pflege- und Behandlungsfehler |   |   |   |
| Information und Kommunikation  | 2 |   | 3 |
| Information und Kommunikation -- Atmosphäre  |   |   |   |
| Information und Kommunikation -- Aufklärung, Visite, Angehörigengespräche                                | 1 |   | 1 |
| Information und Kommunikation -- Befundübermittlung  |   |   | 1 |
| Information und Kommunikation -- Betreuung Sozialdienst, Seelsorge                                       |   |   |   |
| Information und Kommunikation -- Datenschutz   |   |   | 1 |
| Information und Kommunikation -- Dokumente nicht auffindbar  |   |   |   |
| Information und Kommunikation -- Gespräche und Informationen über Abläufe                                | 2 |   | 1 |
| Information und Kommunikation -- Information Mitarbeiter   |   |   |   |
| Information und Kommunikation -- Information Untersuchungs- / OP-Ergebnisse                              | 1 |   |   |
| Information und Kommunikation -- Kooperation interprofessionell  |   |   |   |
| Information und Kommunikation -- Terminabsprache   |   |   |   |

Abbildung 5: Beschwerdekategorien medizinisch-pflegerische Leistung, Information und Kommunikation (Abteilung für Organisationsentwicklung und Patientensicherheit 2022)

In der zweiten Beschwerde äußerte eine weitere anonyme Person, sie wäre zu spät über den Zeitpunkt einer anstehenden Untersuchung informiert worden. Dadurch sah sich die Person damit konfrontiert, große Mengen an Flüssigkeit trinken zu müssen, was dazu führte, dass die zuvor verabreichte Blaseninstillation nicht über den erforderlichen Zeitraum in der Harnblase verbleiben konnte, da die Person vorher Wasserlassen musste.

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| Persönlicher Umgang  | 2 | 1 | 2 |
| Persönlicher Umgang -- Achtung der Patientenwürde                  |   | 1 |   |
| Persönlicher Umgang -- Freundlichkeit                              |   |   | 1 |
| Persönlicher Umgang -- Hilfsbereitschaft                           | 1 |   |   |
| Persönlicher Umgang -- Menschlichkeit                              |   |   |   |
| Persönlicher Umgang -- persönliche Zuwendung                       |   | 1 |   |
| Persönlicher Umgang -- pfleg., ärztl. Tätigkeiten                  | 1 |   |   |
| Persönlicher Umgang -- Umgang mit Sterbenden und Verstorbenen      |   |   |   |
| Persönlicher Umgang -- Umgangsformen                               | 2 |   | 1 |
| Persönlicher Umgang -- Verständnis für Situation des Patienten,    |   |   | 2 |
| Persönlicher Umgang -- Wahrung der Intimsphäre bei Untersuchungen, |   |   |   |

Abbildung 6: Beschwerdekategorie persönlicher Umgang (Abteilung für Organisationsentwicklung und Patientensicherheit 2022)

|   |  |  |  |   |
|---|--|--|--|---|
| Entlassung  |  |  |  | 1 |
| Entlassung -- Absprache mit Angehörigen, Heim / Nachsorge     |  |  |  | 1 |
| Entlassung -- Arztbrief (Wartezeiten, Vollständigkeit)        |  |  |  | 1 |
| Entlassung -- Kommunikation mit Angehörigen, Heim / Nachsorge |  |  |  |   |
| Entlassung -- Rechtzeitige Information zur Entlassung         |  |  |  | 1 |
| Entlassung -- Zeitpunkt                                       |  |  |  |   |
| Abrechnung  |  |  |  |   |
| Abrechnung -- Abrechnungsfehler                               |  |  |  |   |
| Abrechnung -- Bürokratie bei der Abrechnung                   |  |  |  |   |

Abbildung 7: Beschwerdekategorie Entlassung (Abteilung für Organisationsentwicklung und Patientensicherheit 2022)

Aus dem Jahr 2019 lag der Abteilung für Organisationsentwicklung und Patientensicherheit eine Beschwerde vor. In dieser berichtete die anonyme Person von einer freundlichen und kompetenten Pflege, die jedoch einen hektischen und überforderten Eindruck vermittelte. Die Person hätte die Pflege auf ihr undichtes Stoma aufmerksam gemacht, welches erst drei Stunden später versorgt worden wäre. Da sich das EBN-Training inhaltlich mit der interprofessionellen Zusammenarbeit beschäftigt, welche zwar Bereiche der Arbeitsorganisation abdeckt, aber in naher Zukunft zu keiner Lösung des Pflegenotstands führt, wurde diese Beschwerde,

obwohl sie von hoher Relevanz ist, für das ausgewählte Thema ausgeschlossen, da sie keinen Mehrwert zum geplanten Vorhaben beisteuert.

Eine weitere Beschwerde stammte aus dem Jahr 2020 aus der Kategorie Information und Kommunikation und beinhaltete die Weitergabe von Informationen an den\*die Expartner\*in eines\*einer Patient\*in ohne deren\*dessen Einverständnis. Die Relevanz der Beschwerde wurde von der Abteilung als gering eingestuft und bot im Rahmen des Themas der Masterarbeit keine unterstützenden Inhalte. Aus der Auswertung der Beschwerden ging jedoch ein Defizit an effektiver Kommunikation hervor und eine Unzufriedenheit des Patientenklentels bezüglich der Information und Aufklärung. Die Daten lassen vermuten, dass auf Station nicht immer genügend Raum gegeben ist für einen ausreichenden Austausch des Personals untereinander und mit den Patient\*innen. Dies bietet eine weitere Argumentationsgrundlage, die Strukturen auf der Station zu verändern.

Neben den Daten des Beschwerdemanagements befragte die Autorin während ihrer Arbeitszeit einzelne Patient\*innen zu ihrer Wahrnehmung der Visite auf Station. Dazu wurden an zwei beliebigen Tagen insgesamt vier Patient\*innen ausgewählt. Auf die Frage, wie sie den Ablauf der Visite empfinden, antworteten zwei Personen, dass die Anwesenden Kompetenz und Freundlichkeit ausstrahlten. Allerdings wurde auch argumentiert, dass die vielen Ansprechpartner\*innen in der Visite verunsichern würden und eine Visite im kleineren Rahmen angenehmer empfunden werden würde. Eine weitere Person äußerte, die Visitenteilnehmer\*innen besäßen ein großes Fachwissen und wirkten routiniert. Allerdings sei ihnen der Mangel an zeitlichen Ressourcen anzumerken. Der\*die Patient\*in merkte an, es zu begrüßen, wenn sich die Anwesenden mehr Zeit für Fragen und Anliegen nehmen würden. Die vierte Person vertrat ähnliche Ansichten. Sie bemängelte ebenso den Zeitmangel und äußerte, dass die Visiten an den Wochenenden angenehmer wären, da sie nur eine\*n Vertreter\*in der ärztlichen Seite und eine Pflegefachkraft beinhalteten und mehr Gelegenheit zum Austausch mit dem Personal bestünde.

Nachdem in der letzten Stationsbesprechung besprochen wurde, dass die Perspektive der Ärzt\*innen bei der Erstellung eines neuen Visitenkonzepts zu berücksichtigen und vor dem Konzeptentwurf einzuholen ist, wendete sich die Autorin Anfang April an einen der Oberärzte, welcher für die Betreuung der Station zuständig ist. Per Mail wurde ein Besprechungstermin für die folgende Woche vereinbart. Nachdem der vereinbarte Termin von ärztlicher Seite jedoch nicht eingehalten wurde und sich der Gesprächspartner kurz darauf im Urlaub befand, wurde die Autorin an einen weiteren Oberarzt der Station verwiesen. Auch dieser Gesprächstermin wurde wiederum von ärztlicher Seite kurzfristig aufgrund eines hohen Operationsaufkommens abgesagt. Da der Arzt am Folgetag seinen Urlaub antrat, fand auch in den darauffolgenden Tagen kein Gespräch statt. Ein weiterer Versuch mit einem dritten Oberarzt, der

jedoch keine Stationsangelegenheiten in seinem Aufgabenprofil verzeichnet, zeigte schließlich Erfolg. Da dieser Termin allerdings zweieinhalb Wochen nach dem ursprünglich geplanten Gespräch stattfand, wurde der Autorin mitgeteilt, dass eine Besprechung mit dem gesamten Ärzteteam bis zur nächsten Stationsbesprechung nicht mehr möglich sei. Es wurde somit vereinbart, dass das pflegerische Team ein vorläufiges Konzept erstellt und dieses den Ärzt\*innen vorlegt. Diese wollten dann in einer gemeinsamen Besprechung Rückmeldung über die Vorschläge geben. Im Gespräch teilte der Oberarzt allerdings bereits mit, dass die Urolog\*innen nicht bereit wären, ihre Visitenzeiten zu verändern, sich der Pflege unterzuordnen oder Überstunden zu leisten. Der Anwendung von Checklisten gegenüber zeigte sich der Gesprächspartner interessiert und bat um die Zusendung der entsprechenden Assessments, um diese bewerten zu können. Zugleich wurde die Autorin darauf hingewiesen, dass die zwei sich im Urlaub befindenden Kollegen die Angelegenheit wieder übernehmen werden, sobald sich diese wieder auf Station befinden.

#### Ergebnisse der dritten Stationsbesprechung

Die letzte der drei Stationsbesprechungen, welche im Rahmen des EBN-Trainings stattfanden, zielte auf den Entwurf eines vorläufigen Visitenkonzepts ab und fand am 28. April 2022 statt. Die genauen Inhalte des Konzepts finden sich in Anhang 9. Wichtige übergeordnete Themen waren das Sicherstellen einer konstanten Teilnehmerzahl während der Visite, die Anwendung standardisierter Assessments in Form von Checklisten sowie deren Inhalt, die Einführung einer zweiten Visite, Richtlinien zur Patientenkommunikation und die zeitliche Terminierung der Kurvenvisite. Die Anwesenden berieten sich über Bedingungen, welche auf Station gegeben sein müssen, um das Konzept umsetzen zu können und bedachten bei der Konzepterstellung mögliche Barrieren wie mangelnde Kooperation oder Zeitdruck des ärztlichen Personals. Abschließend bat die Autorin die Pflegenden, mithilfe vorbereiteter Karten die sechs Schritte des EBN-Prozesses in die richtige Reihenfolge zu bringen. Zudem fasste sie die Inhalte der vergangenen Stationsbesprechungen nochmals zusammen und nahm Bezug zu den jeweiligen EBN-Schritten, die zentrale Elemente der Stationsbesprechungen darstellten. Die Anwesenden wurden nochmals darüber informiert, dass sich an das EBN-Training eine Wiederholung der Befragung anschliesse. Die Fragebögen wurden Anfang Mai an die Pflegenden verteilt.

Nach Abschluss des EBN-Trainings leitete die Autorin das Visitenkonzept an die E-Mail-Adresse der zwei Oberärzte, welche für stationsinterne Angelegenheiten zuständig sind, weiter. Einer der beiden Oberärzte meldete sich zeitnah zurück und zeigte sich bereit, nach der Rückkehr aus seinem Urlaub an einem gemeinsamen Gespräch teilzunehmen.

### 3.6 Planung der Implementierung

Nachdem die Pflegenden mithilfe der Autorin in den vergangenen Monaten eine Fragestellung generiert, das Vorgehen der Literaturrecherche kennengelernt, Maßnahmen geplant und ein Visitenkonzept erstellt hatten, sieht der nächste EBN-Schritt vor, die geplanten Maßnahmen in die Praxis zu implementieren. Bei der Entwicklung einer ANP-Rolle wird zur Implementierung der Rolle empfohlen, eine Beratungsgruppe zu gründen. Diese besteht aus einem\*r Teamleiter\*in, einem\*r Vertreter\*in der Personalabteilung, einer APN, ein bis zwei Pflegefachkräften und einem\*r ärztlichen Vertreter\*in. Ihre Aufgabe ist es, die Implementierung zu überwachen, das Vorgehen zu planen und die anschließende Evaluation zu leiten. (Bryant-Lukosius 2009) Nachdem es sich bei der Einführung einer ANP-Rolle jedoch um ein größeres Vorhaben handelt, als bei der Implementierung eines neuen Visitenkonzepts, welche stationsinternen erfolgen soll, werden als bedeutende Teilnehmer\*innen der Beratungsgruppe der Stationsleiter, die Autorin, ein bis zwei Pflegefachkräfte und der zuständige Oberarzt festgelegt.

Eine wichtige Aufgabe bei der Implementierung ist das Festlegen von Zielen und zu erwartenden Ergebnissen. Dabei ist es hilfreich, die Vision des Krankenhauses einzubeziehen. (Bryant-Lukosius 2009) Das Krankenhaus legte die Werte Hospitalität, Qualität, Respekt, Verantwortung und Spiritualität als seine Leitmotive fest. (Leitbild des Trägers 2010, anonymisiert) Der Implementierungsplan sieht im besten Fall vor, durch die Einführung evidenzbasierter Maßnahmen die Visionen des Krankenhauses zu fördern. Wie in der zweiten Stationsbesprechung bereits erwähnt, fördert die interprofessionelle Zusammenarbeit in Form einer gemeinsamen Visite sowohl die Patientensicherheit als auch die Kommunikation und erhöht zudem den Austausch zwischen medizinischem Personal und Patient\*innen. So unterstützt das geplante Visitenkonzept die Werte der Qualität, des Respekts und der Verantwortung. Nachdem eine interprofessionelle Visite zudem ein individuelles Eingehen auf die Bedürfnisse der Patient\*innen ermöglicht, finden auch persönliche Werte und Überzeugungen Berücksichtigung in der täglichen Patientenversorgung. Neben der Beachtung der Visionen des Krankenhauses lautet das übergeordnete Ziel der Implementierung, die Vorschläge für ein neues Visitenkonzept auf Grundlage der Literatur gegenüber des ärztlichen Personals zu argumentieren und durchzusetzen. Dies soll mithilfe eines gemeinsamen Austauschs erfolgen. Bisher fanden keine berufsübergreifenden Besprechungen statt. Sowohl die Pflege als auch die Ärzt\*innen organisierten in der Vergangenheit nur Besprechungen für ihre eigene Berufsgruppe. Ein Ziel ist folglich die Organisation einer gemeinsamen Stationsbesprechung.

Um auf die geplante gemeinsame Besprechung gut vorbereitet zu sein und die Anwesenden von dem Konzept überzeugen zu können, empfiehlt es sich, vorab einen Fahrplan zu entwerfen. In diesem Fahrplan stellen die Pflegenden ihren Vorschlag des überarbeiteten Visitenkonzepts vor und legen dar, weshalb eine Überarbeitung des aktuellen Systems notwendig ist.

Dabei kann auf die innerhalb des EBN-Trainings recherchierten Literaturergebnisse zurückgegriffen werden. Des Weiteren wird erläutert, wie das geplante Vorhaben zur allgemeinen Vision der Organisation beiträgt und was mithilfe des Konzepts erreicht werden soll. Zudem ist es wichtig, mögliche Barrieren anzusprechen, diese im gemeinsamen Austausch zu bewerten und womöglich Lösungen zu finden. Zuletzt beinhaltet der Fahrplan Informationen über die Dauer des Implementierungsprozesses. Das bedeutet, dass ein zeitlicher Rahmen festgelegt werden soll, in dem das neue Visitenkonzept erprobt wird. In diesem Zusammenhang wird außerdem der Zeitpunkt der Evaluation bestimmt. Das Ziel des Entwerfens eines Fahrplans ist es, die Anwesenden von den positiven Veränderungen, welche mit der Einführung des neuen Visitenkonzepts einhergehen, zu überzeugen. Hilfreich kann es dabei sein, Argumente vorzubereiten, die belegen, warum die aktuelle Versorgungssituation verändert werden muss. (Bryant-Lukosius 2009) Diese Vorbereitungen, welche vor der gemeinsamen Stationsbesprechung zu treffen sind, werden von der Beratungsgruppe übernommen. Der Stationsleiter ist dabei ein wichtiges Mitglied, da er wertvolles Wissen über verfügbare Ressourcen besitzt, die verschiedenen Schwerpunkte wichtiger Stakeholder im Blick hat und somit deren Berücksichtigung gewährleisten kann.

### 3.7 Planung der Evaluation des Visitenkonzepts

Ein wichtiges Element des EBN-Prozesses stellt die Evaluation dar. Durch sie werden Veränderungen, welche durch die Einführung neuer Maßnahmen auftreten, sichtbar. Da aus der Literatur hervorgeht, dass die Evaluation kein zentrales Element des Lernprozesses Pflegenden darstellt, um die Anwendung von EBN zu lernen, werden die Evaluationsinstrumente von der Autorin ausgewählt. (Larsen et al. 2019) Bei der Evaluation empfiehlt es sich, nach einem Plan vorzugehen, welcher die Ziele der Evaluation beinhaltet. (Bryant-Lukosius 2009) Ein klares Ziel, welches mithilfe des neuen Visitenkonzepts erreicht werden soll, ist die Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit sowie die Patientensicherheit durch einen erhöhten Informationsfluss. Daher soll das Assessmentinstrument, welches die Wirksamkeit des Visitenkonzepts untersucht, Faktoren der interprofessionellen Zusammenarbeit und die Patientensicherheit messen. Zudem ist es das Ziel, durch die Einführung des neuen Konzepts die Zufriedenheit der Mitarbeitenden zu erhöhen. Ein Assessment, welches sowohl die Zusammenarbeit als auch die Patientensicherheit berücksichtigt, ist der „Safety Attitudes Questionnaire“ (SAQ). Eine deutschsprachige Version des Fragebogens ist im Internet frei verfügbar. Somit kann das Assessment in seiner vorliegenden Form angewendet und muss für die Evaluation nicht überarbeitet werden. (Ibraheem et al. 2020; Salem et al. 2012) Um die Haltung der Teammitglieder gegenüber einer erhöhten Zusammenarbeit zu messen, wird der „Teamwork Attitudes Questionnaire“ genutzt. Dieser erhebt Daten über die Einstellung der Befragten zur

Teamstruktur, zu Führungskompetenzen und zur gegenseitigen Unterstützung. (Ward et al. 2017; TeamSTEPPS 2015) Die Fragebögen befinden sich in den Anhängen 10 und 11.

Beide Fragebögen sollen sowohl vom pflegerischen als auch vom ärztlichen Personal beantwortet werden. Vor Einführung des Visitenkonzepts werden dazu beide Fragebögen an alle Mitarbeiter\*innen der Station aus den Berufsgruppen Pflege und Medizin ausgeteilt. Erst nach Abschluss der ersten Befragungsrunde startet das mehrwöchige Pilotprojekt, das eine Umstellung der Visite vorsieht. Nach Abschluss des Projekts werden alle Mitarbeiter\*innen, welche an der ersten Umfrage teilgenommen haben, erneut befragt. So kann eine Veränderung in der Einstellung der Teilnehmenden gegenüber einer Arbeitskultur gemessen werden, die mehr Zusammenarbeit und Patientenzentriertheit beabsichtigt. Bei diesem Vorgehen handelt es sich um eine formative Evaluation. Sie findet Anwendung bei der Entwicklung neuer Maßnahmen und wird während eines Lernprozesses genutzt, um Stärken und Schwächen des neuen Konzepts zu ermitteln. (Randles et al. 2020; Bryant-Lukosius 2009) Nachdem das Visitenkonzept im Rahmen eines Pilotprojektes getestet werden soll, ist es die Absicht, nach der abschließenden Befragung der Mitarbeitenden Modifikationen am Visitenkonzept vorzunehmen, um es somit besser an die Umgebungsbedingungen anzupassen und seine langfristige Anwendung zu gewährleisten. Unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Evaluation, welche die Patientensicherheit, die Mitarbeiterzufriedenheit und die Zusammenarbeit behandelt, ist es möglich, das Visitenkonzept individuell an die Abteilung anzupassen und seine Inhalte zu optimieren.

## 4 Ergebnisse des EBN-Trainings

### 4.1 Ergebnisse der ersten Befragungsrunde

Die erste Befragungsrunde fand von Dezember 2021 bis Januar 2022 statt. Insgesamt waren 20 Fragebögen ausgeteilt worden, wovon 18 an die Autorin ausgefüllt zurückgegeben wurden. Aus der Betrachtung der Häufigkeiten geht hervor, dass das Wissen der Befragten, welches sie für ihre Arbeit nutzen, bei der Hälfte oder mehr immer auf Erfahrung (61,1 Prozent) und häufig auf dem Erlernten aus der Ausbildung (50 Prozent), dem, was Ärzt\*innen oder Therapeut\*innen mit ihnen besprechen (61,1 Prozent), neuen Therapien, welche Ärzt\*innen für Patient\*innen angeordnet haben (50 Prozent), Austausch (50 Prozent) und dem, wie sie es schon immer gemacht haben (50 Prozent), basiert. Selten stammt das Wissen der Befragten aus medizinischen (44,4 Prozent) oder pflegerischen (33,3 Prozent) Fachzeitschriften, manchmal aus Lehrbüchern (44,4 Prozent) und Fortbildungen (44,4 Prozent). Obwohl bei der Hälfte der Fragebögen angegeben wurde, dass sich der Wissensstand häufig an dem orientiert, wie es schon immer gemacht wurde, gab nur eine befragte Person an, ihr angewendetes Wissen immer auf das Schema auszurichten, wie es bisher gemacht wurde (5,6 Prozent). Ihr Wissen aus Leitlinien zu beziehen bewerteten 44,4 Prozent mit „häufig“, während ebenso viele diesen

Punkt mit „selten“ oder „manchmal“ beantworteten. Abbildung 8 bietet einen Überblick über die am häufigsten genutzten Quellen zur Informationsgewinnung der Befragten in absoluten Häufigkeiten.

Die Hälfte der Teilnehmenden konnte auf die Frage, ob sie in den letzten zwei Jahren in ihrem beruflichen Alltag aktuelle Forschungsergebnisse angewendet haben, keine eindeutige Antwort geben und entschied sich für die Option „weiß nicht“. Ein Drittel der Befragten gaben an, keine Forschungsergebnisse genutzt zu haben, während 16,7 Prozent in ihrer täglichen Arbeit Ergebnisse aus den Bereichen Kontinenzverhalten, Infektophygiene und Umgang mit Ableitungen, Versorgung von Covidpatient\*innen oder Wundversorgung anwendeten. Die meisten Befragten hatten in den vergangenen 12 Monaten nie eine Forschungsfrage formuliert (72,2 Prozent), nie nach Literatur recherchiert (88,9 Prozent), nie Datenbanken nach Ergebnissen durchsucht (61,1 Prozent) und nie Literatur kritisch begutachtet (61,1 Prozent). Jedoch gaben auch 22,2 Prozent an, Datenbanken monatlich durchsucht zu haben. Ein Drittel antwortete darüber hinaus, Literatur monatlich kritisch zu begutachten und ihre Qualität zu beurteilen. Bei der Frage nach einem Austausch mit Kolleg\*innen antworteten acht der 18 befragten Personen, in den letzten 12 Monaten nie Forschungsergebnisse mit Kolleg\*innen diskutiert zu haben (44,4 Prozent). Monatlich taten dies vier Personen (22,2 Prozent) und drei täglich (16,7 Prozent). Auffällig sind die im Gegensatz zu allen anderen Fragen stehenden Antworten auf die Frage nach der Berücksichtigung der Patientenwünsche. Die Hälfte aller Teilnehmenden bezieht demnach täglich die Wünsche ihrer Patient\*innen bei Entscheidungen über den Pflegeprozess ein. Zur anschaulichen Darstellung der gegensätzlichen Ergebnisse der Fragen III.3 und III.5 sind diese in den Kreisdiagrammen der Abbildungen 9 und 10 dargestellt.

Bei der Auswertung der Antworten der ersten Befragungsrunde zeigt sich eine klare Bereitschaft der Befragten, Forschungsergebnisse in die Praxis einzuführen, welche sowohl dem widersprechen, was die Beteiligten vor (72,2 Prozent „ja, sehr“ oder „eher ja“) und während (83,3 Prozent „ja sehr“ oder „eher ja“) ihrer Ausbildung sowie an ihrem Arbeitsplatz (72,2 Prozent „ja, sehr“ oder „eher ja“) gelernt haben. Bei der Frage, wie oft es tatsächlich vorkommt, dass Forschungsergebnisse in der Praxis angewendet werden, welche dem Gelernten widersprechen, äußerten sich viele Befragte mit der Option „weiß nicht“. Lediglich bei der Frage, ob die Teilnehmenden Forschungsergebnisse in die Praxis umsetzen, welche dem widersprechen, was sie in der Ausbildung gelernt haben, äußerten 38,9 Prozent, dass dies häufig der Fall sei. Je 27,8 Prozent der Befragten gaben an, selten oder oft Forschungsergebnisse in die Praxis umzusetzen, die dem Gelernten am Arbeitsplatz widersprechen.

Bei der Betrachtung der Antworten zu den Fragen im Abschnitt V geht ein deutliches Interesse der Pflegenden gegenüber einer Praxisentwicklung auf Grundlage wissenschaftlichen Arbeitens hervor. 72,2 Prozent der Befragten würden wissenschaftliche Artikel lesen, wenn sie



ihnen zur Verfügung stünden. Zudem wählten 50 Prozent die Antwortmöglichkeit „trifft eher zu“ bei den Aussagen, dass Forschung zu praktischen Fortschritten in der Pflege führt und Pflegepersonal von Forschungserfahrung profitiert. Die Befragten zeigten sich in ihren Antworten aufgeschlossen gegenüber neuen Ideen und darin, neue Informationen zu suchen, welche die Arbeit unterstützen können. Dass der neueste Informationsstand ein wichtiger Teil der Arbeit darstellt, bewerteten 66,7 Prozent mit „trifft eher zu“. Tätigkeiten bereitwillig neu anzugehen, beantworteten 83,3 Prozent mit „trifft eher zu“.

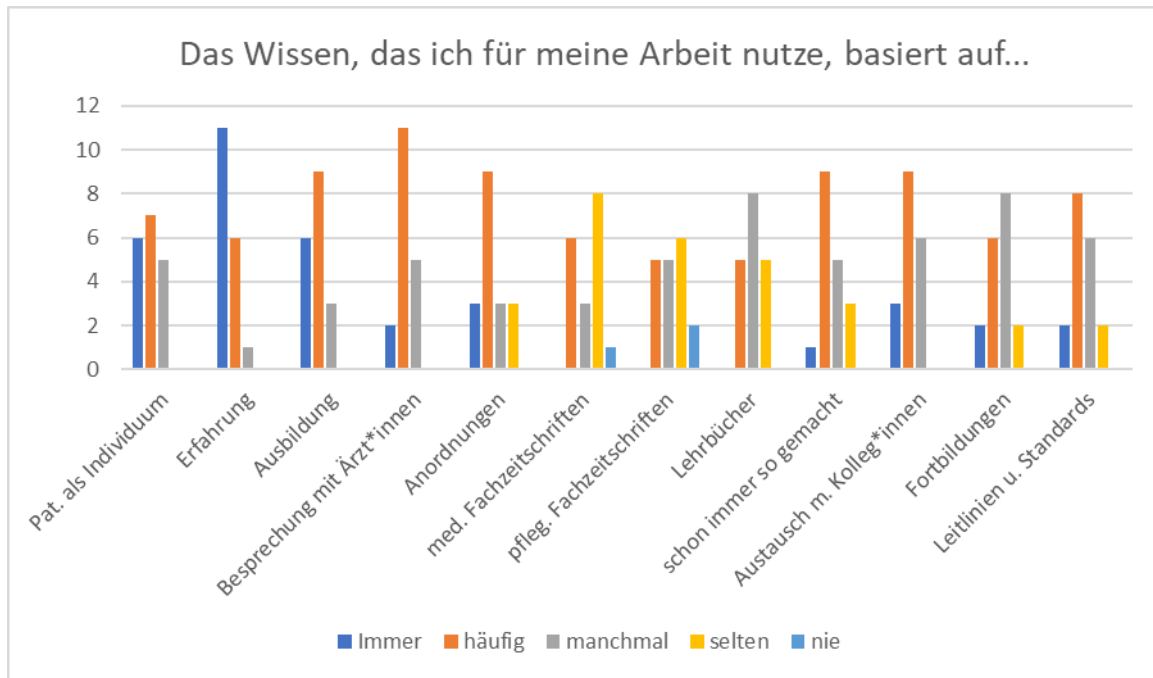


Abbildung 8: Quellen der Informationsgewinnung der Pflegenden (Quelle: eigene Darstellung)

Beim Begriff EBN geht der Wissensstand der Befragten auseinander. Während ein Drittel der Pflegenden den Begriff definitiv nicht oder eher nicht kennt und versteht, äußerten 44,4 Prozent, den Begriff eher zu kennen und zu verstehen. Ähnlich verhält es sich bei der Anwendung von EBN in der Praxis. 38,9 Prozent gaben an, EBN definitiv nicht oder eher nicht in der Praxis zu berücksichtigen. Dagegen antworteten 27,8 Prozent, EBN eher in der alltäglichen Arbeit zu berücksichtigen. Ein Drittel der Pflegenden antwortete auf die Frage jedoch mit „weiß nicht“. Eine Mehrheit zeigt sich wiederum in der Bereitschaft, mehr über wissenschaftliches Arbeiten oder insbesondere über EBN zu lernen. 88,9 Prozent sind dazu definitiv oder eher bereit. Alle Befragten möchten einstimmig ihre Fähigkeiten zum wissenschaftlichen Arbeiten verbessern oder diese erlernen. Einem Bachelorabschluss in der Pflege stehen die Befragten mehrheitlich aufgeschlossen gegenüber. 77,8 Prozent finden es eher wichtig, dass es in Deutschland möglich ist, einen akademischen Titel in der Pflege erwerben zu können.

Ob pflegewissenschaftliche Studien Ergebnisse liefern, welche für die Arbeit relevant, einfach anwendbar und sicher verwendbar sind, bewerteten die Befragten mehrheitlich mit der

Antwortmöglichkeit „eher ja“. Die Anwendbarkeit und sichere Verwendung wurden allerdings auch von 33,3 Prozent und 44,4 Prozent mit „weiß nicht“ beantwortet.

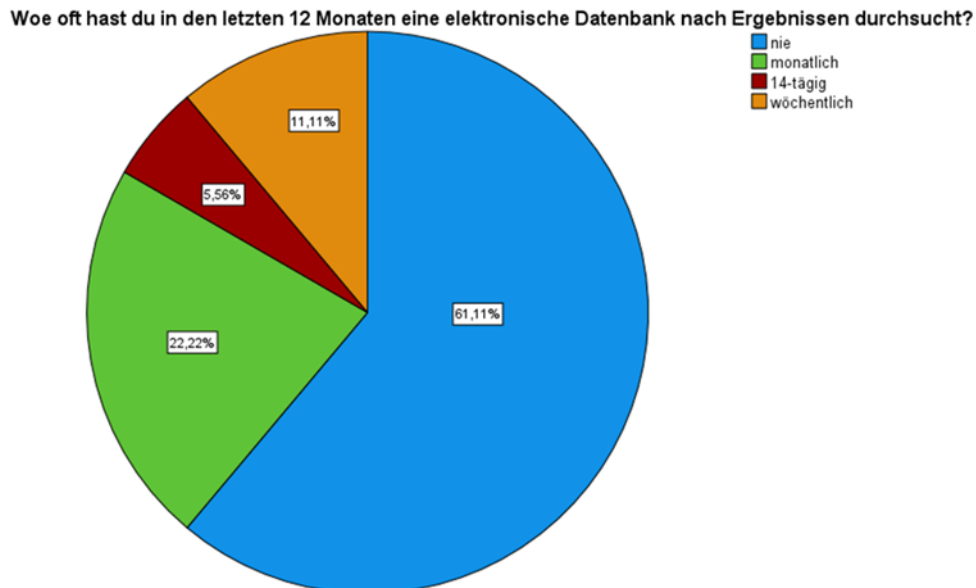


Abbildung 9: Häufigkeit der Online-Datenrecherche (Quelle: eigene Darstellung)

Wie oft hast du in den letzten 12 Monaten die Wünsche deiner Patient\*innen bei Entscheidungen über den Pflegeprozess miteinbezogen?

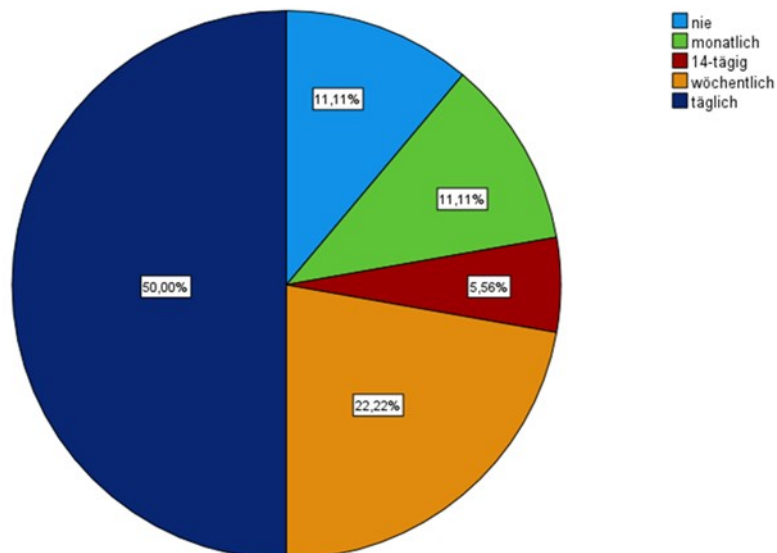


Abbildung 10: Berücksichtigung der Patientenwünsche (Quelle: eigene Darstellung)

Bei der Einschätzung, welche Voraussetzungen gegeben sein müssen, um auf Grundlage wissenschaftlicher Forschung arbeiten zu können, waren sich die Befragten größtenteils einig.

88,9 Prozent bewerteten ein Pflegeexamen als wichtige oder eher wichtige Voraussetzung. Ein pflegewissenschaftliches Studium wird dagegen nur von 44,5 Prozent als wichtige oder eher wichtige Grundlage gesehen. Einem hohen Stellenwert wird Angeboten von Fort- und Weiterbildung und von Kursen zu EBN zugeschrieben. Hier entschieden sich 88,9 Prozent und 83,4 Prozent für die Antwortmöglichkeiten „wichtig“ oder „eher wichtig“. 100 Prozent der Pflegenden gaben an, dass die Unterstützung der Vorgesetzten eher wichtig bis wichtig ist. Die Unterstützung durch pflegerische Kolleg\*innen wurde von 94,4 Prozent der Pflegenden als eher wichtige bis wichtige Voraussetzung zum wissenschaftlichen Arbeiten angesehen. Der Frage, ob es einer anteiligen Freistellung Pflegender bedarf, um aktuelle Forschungsergebnisse suchen und einführen zu können, stimmten 61,1 Prozent der Befragten mit „wichtig“ oder „eher wichtig“ zu. Eine langjährige Berufserfahrung wird dagegen nicht als wichtige Voraussetzung angesehen.

Um einen regelmäßigen Austausch über Forschungsergebnisse ermöglichen zu können, verweist der Fragebogen auf die Möglichkeit kontinuierlicher Treffen beispielsweise im Rahmen eines Journal Clubs. Gut dreiviertel der Pflegenden bewerteten solche Treffen als wichtig oder eher wichtig, um aktuelle Ergebnisse in der Gruppe diskutieren zu können. Als weitere Voraussetzung, um auf wissenschaftlicher Grundlage arbeiten zu können, gaben 50 Prozent der Teilnehmenden an, Unterstützung durch ärztliche Kolleg\*innen zu benötigen und 72,2 Prozent sind der Meinung, dass es einen Zugang zu wissenschaftlichen Datenbanken am Arbeitsplatz benötigt. Zuletzt wurden die Pflegenden gebeten, ihre Fähigkeiten, eigene Wissenslücken zu erkennen, benötigte Informationen in Forschungsfragen zu übertragen, evidenzbasierte Literatur zu finden und Maßnahmen aus der Literatur abzuleiten und in die Praxis umzusetzen, selbst einzuschätzen. Einen Überblick dazu liefert das Säulendiagramm in Abbildung 11 in absoluten Häufigkeiten. Während sich die Mehrheit „ganz gut“ einschätzte, ihre eigenen Wissenslücken zu erkennen, entschieden sich bei der Frage nach der Übertragung von Informationen in Forschungsfragen 50 Prozent und bei der Frage, Maßnahmen aus der Literatur ableiten zu können, 44,4 Prozent für die Option „es geht“. Mit 38,9 Prozent der Pflegenden, die sich bei der Frage nach der Literaturrecherche für die Antwortmöglichkeit „unsicher“ entschieden, zeigt sich, dass die größte Unsicherheit der Befragten darin liegt, evidenzbasierte Literatur ausfindig zu machen. Des Weiteren gaben viele Befragte häufig die Antwort „weiß nicht“, wenn es um Fragen nach der Anwendung von Forschungsergebnissen ging.

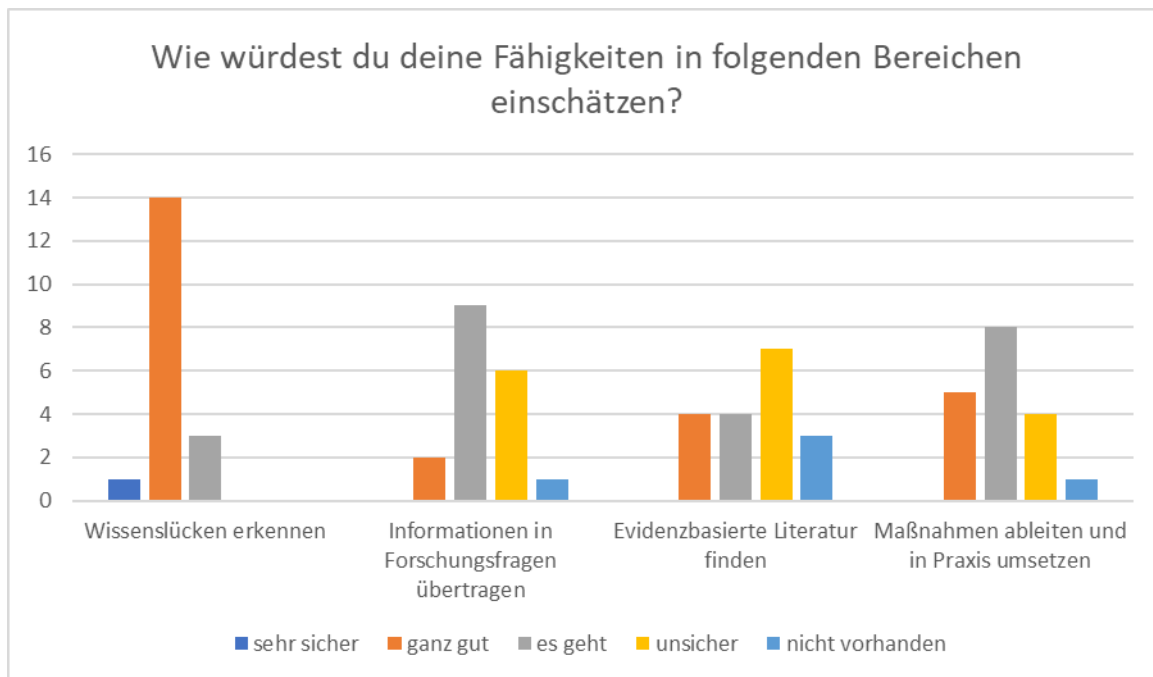


Abbildung 11: Bewertung der eigenen Kompetenzen der Pflegenden (Quelle: eigene Darstellung)

## 4.2 Effektivität des EBN-Trainings

### 4.2.1 Veränderungsprozess durch EBN-Training

Das Ziel der Masterarbeit war es, die Effektivität eines EBN-Trainings unter Pflegenden zu untersuchen. Zu diesem Zweck wurden die Befragungen, welche vor Durchführung der Trainings stattgefunden hatten, im Mai 2022 nach Abschluss des EBN-Trainings wiederholt. Der Vergleich der Ergebnisse der ersten und zweiten Datenerhebung lässt Rückschlüsse darauf ziehen, wie sich die Haltung und das Wissen der Pflegenden gegenüber EBN verändert haben.

Für die zweite Befragung erhielten alle Teilnehmenden aus der ersten Befragungsrunde erneut einen Fragebogen. Von 20 ausgehändigten Exemplaren wurden 17 an die Autorin zurückgegeben. Beim Vergleich der Fragen eins und zwei glichen die gegebenen Antworten stark jenen aus der ersten Befragungsrunde. Nachdem sich die Fragen inhaltlich jedoch nicht mit der Einstellung der Pflegenden gegenüber EBN beschäftigten, sondern Informationen erhoben, woher Pflegende ihr Wissen beziehen, war eine große Veränderung in diesen Kategorien durch das EBN-Training auch nicht zu erwarten. Allerdings äußerten in der zweiten Erhebungsphase deutlich mehr Pflegende, in den letzten zwölf Monaten nach Literatur zu einer Forschungsfrage recherchiert zu haben. Während in der ersten Befragung noch 88,9 Prozent angegeben hatten, nie nach Literatur zu recherchieren, lag der Anteil in der zweiten Erhebung nur noch bei 44,4 Prozent und halbierte sich somit. Mehr als verdreifacht hat sich zugleich der Anteil an Pflegenden, welche monatlich nach Literatur recherchieren. Auch bei den Fragen nach der Nutzung elektronischer Datenbanken und der kritischen Begutachtung der Literatur reduzierte sich der

Anteil der Pflegenden, die auf die Frage mit „nie“ geantwortet hatten. Während in der ersten Erhebungsphase 61,1 Prozent der Teilnehmenden nie eine Datenbank nach Ergebnissen durchsucht und nie Literatur auf ihre Qualität geprüft hatten, waren es in der zweiten Erhebung nur noch 38,9 Prozent. Im Vergleich zur ersten Befragungsrunde scheint sich auch der Austausch der Kolleg\*innen untereinander verändert zu haben. Vor Durchführung des EBN-Trainings tauschten sich 44,4 Prozent der Befragten nie mit Kolleg\*innen über Forschungsergebnisse aus. In der zweiten Befragungsrunde gaben dies nur noch 16,7 Prozent an, während sich der Anteil der Pflegenden, die sich monatlich austauschten von 22,2 Prozent auf 38,9 Prozent erhöhte und 22,2 Prozent sogar angaben, dies regelmäßig vierzehntägig zu tun.

Im Fragebogen wurden die Teilnehmenden darauf hingewiesen, dass pflegewissenschaftliche Studien Erkenntnisse hervorbringen können, die dem bisherigen Standard der Praxis widersprechen. Bei der Frage danach, ob die Pflegenden bereit wären, Forschungsergebnisse in die Praxis einzuführen, die dem widersprechen, was sie vor und in ihrer Ausbildung, sowie an ihrem Arbeitsplatz gelernt haben, lässt sich eine Veränderung zwischen den zwei Erhebungsphasen erkennen. In der ersten Erhebungsphase gaben 72,2 Prozent der Befragten die Antworten „eher ja“ oder „ja, sehr“ bei der Frage an, ob sie Erkenntnisse einführen würden, die ihrem Wissen vor der Ausbildung widersprechen. In der zweiten Befragungsrunde lag ihr Anteil bei 94,1 Prozent. Auch bei der Frage nach Forschungsergebnissen, die dem widersprechen, was die Pflegenden in ihrer Ausbildung gelernt haben, zeigten sich in der zweiten Erhebungsphase 94,1 Prozent der Pflegenden durch die Antworten „eher ja“ oder „ja, sehr“ etwas aufgeschlossener als noch in der ersten Runde, in der sich 83,3 Prozent für diese Antwortmöglichkeiten entschieden. Bei der Frage, ob die Teilnehmenden Erkenntnisse in die Praxis einführen würden, die dem Erlernten am Arbeitsplatz widersprechen, konnte eine Zunahme von zehn Prozent bei den Antworten „eher ja“ oder „ja, sehr“ verzeichnet werden, womit sich 82,3 Prozent der Pflegenden für eine der beiden Antworten entschieden. Während die Bereitschaft, bestehende Praxis widersprechende Forschungsergebnisse zu übernehmen, unter den Pflegenden tendenziell gestiegen ist, lässt sich bei den Fragen nach der tatsächlichen Umsetzung der Ergebnisse keine signifikante Veränderung feststellen. Lediglich das Wissen, über welches die Pflegenden vor ihrer Pflegeausbildung verfügten, scheinen sie des Öfteren durch wissenschaftliche Erkenntnisse in Frage zu stellen. 35,3 Prozent der Befragten gaben an, oft auf Grundlage von Forschungsergebnissen zu arbeiten, welche dem widersprechen, was sie vor ihrer Ausbildung gelernt haben. In der ersten Befragungsrunde lag dieser Anteil noch bei 16,7 Prozent. 17,6 Prozent gaben in der zweiten Erhebungsphase sogar an, sehr oft nach Erkenntnissen zu arbeiten, welche dem Wissensstand vor der Ausbildung widersprechen. In der ersten Befragungsrunde entschied sich keiner der Befragten für diese Antwortmöglichkeit.

In den Fragebögen beschäftigt sich die fünfte Frage vor allem mit der Einstellung Pflegender zu wissenschaftlichem Arbeiten und der Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse in der Praxis. In einigen Bereichen können zwischen den zwei Erhebungsphasen Entwicklungen festgestellt werden. So fand die Aussage, dass Forschung zu praktischen Fortschritten in der Pflege führt, mehr Zustimmung. Diese Aussage bejahten in der ersten Befragungsrunde 22,2 Prozent mit „trifft definitiv zu“ und 50 Prozent der Pflegenden mit „trifft eher zu“. Vergleicht man die Antworten der zweiten Befragungsrunde lässt sich ein leichter Anstieg der Zustimmung erkennen. Zwar fiel der Anteil der Pflegenden, welche die Aussage mit „trifft definitiv zu“ wählten, auf 11,8 Prozent, allerdings stieg zugleich die Zustimmung mit der Aussage „trifft eher zu“ auf 70,6 Prozent. Zusammengefasst kann also festgestellt werden, dass die positive Bewertung der Aussage, dass Forschung zu praktischen Fortschritten führt, leicht, nämlich um ungefähr zehn Prozent, gestiegen ist. Obwohl die Pflegenden überwiegend der Ansicht sind, dass die Praxis von Forschung profitieren kann, lehnt ein nicht geringer Teil die Ansicht, dass Pflege ein auf Forschung basierter Beruf werden sollte, jedoch ab. Dies war vor dem EBN-Training nicht so deutlich zu erkennen. Während zuvor 11,1 Prozent diese Meinung ablehnten, lag der Anteil der Befragten in der zweiten Erhebungsrunde bei 29,4 Prozent. Somit lehnt fast ein Drittel der Pflegenden nach dem EBN-Training ab, dass Pflege auf Forschung basieren sollte. Parallel dazu stimmten dieser Aussage in der ersten Erhebungsrunde noch 38,9 Prozent zu, indem sie sich für die Antwortmöglichkeit „trifft eher zu“ entschieden. In der zweiten Befragungsrunde entschieden sich nur noch 17,6 Prozent für diese Option. Zu erwähnen ist aber auch, dass 23,5 Prozent der Pflegenden der Aussage, dass Pflege auf Forschung basieren sollte, mit „trifft definitiv zu“ zustimmten. Zuvor hatte sich nur eine Person (5,6 Prozent) für diese Antwortmöglichkeit entschieden.

Innerhalb des EBN-Trainings wurden die Pflegenden in den Prozess der Entwicklung eines Visitenkonzepts integriert und angehalten, sich aktiv zu beteiligen. Die Teilnehmenden erhielten einen Einblick in das wissenschaftliche Arbeiten nach den sechs EBN-Schritten sowie den Umfang und Aufwand, den diese wissenschaftliche Methode mit sich bringt. Um an den Stationsbesprechungen teilzunehmen, war es notwendig, dass die Pflegenden zusätzlich zu ihren Diensten Arbeitszeit investierten. Diese Zeit wurde ihnen auf ihrem Stundenkonto gutgeschrieben. Im Fragebogen wurden die Pflegenden gebeten, die Aussage zu bewerten, ob ihre beruflichen Aufgaben Pflegende zeitlich davon abhalten würden, Fachzeitschriften zu lesen. Vor dem EBN-Training verneinten 61,1 Prozent der Pflegenden diese Aussage mit der Antwort „trifft eher nicht zu“ und 33,3 Prozent stimmten mit „trifft eher zu“. Bei der zweiten Erhebungsrunde stimmte die Mehrheit mit 52,9 Prozent dieser Aussage zu mit der Antwort „trifft eher zu“. Nur 17,6 Prozent entschieden sich nach dem EBN-Training noch für die Option „trifft eher nicht zu“. Auch die Aussage, ob ihr Vorgesetzter die Anwendung und Umsetzung von Forschungsergebnissen unterstütze, sollten die Pflegenden bewerten. In der ersten Befragungsrunde

äußerten nur 5,6 Prozent, dass dieser das eher nicht tun würde, während es nach dem EBN-Training 29,4 Prozent waren. Der Anteil derer, welche dieser Aussage zustimmten („trifft eher zu“, „trifft definitiv zu“) blieb ungefähr gleich.

Der zweite Teil des fünften Frageblocks beschäftigte sich damit, das Interesse und den Wissensstand der Pflegenden bezüglich der Beschaffung neuer Informationen und zu EBN zu ermitteln. Die Auswertung der Fragebögen der zweiten Erhebungsrunde ergab, dass der Anteil der Pflegenden, die kontinuierlich nach neuen Informationen suchen, welche für ihre Arbeit hilfreich sein könnten, mit ungefähr 15 Prozent leicht angestiegen ist. Ähnlich verhält es sich mit der Tatsache, Tätigkeiten auf neue Art anzugehen. Dieser Aussage zeigten sich auch vor dem EBN-Training bis auf eine Person alle Pflegenden aufgeschlossen, wobei 83,3 Prozent mit „eher ja“ und 11,1 Prozent mit „definitiv ja“ stimmten. Nach Abschluss des EBN-Trainings fielen die Antworten noch positiver aus, indem 29,4 Prozent der Befragten mit „definitiv ja“ stimmten und alle anderen für „eher ja“. Auch bezüglich des Wissensstands zu EBN zeigte sich eine positive Veränderung. Vor Beginn des Forschungsprojekts gaben 22,2 Prozent an, den Begriff EBN eher nicht zu kennen. Immerhin 44,4 Prozent äußerten, EBN eher zu kennen und zu verstehen. Nach Durchführung des EBN-Trainings gab keiner der Befragten mehr an, den Begriff nicht zu kennen. Der Anteil derer, die EBN eher kennen, blieb ungefähr gleich, der Anteil derer, die EBN definitiv kennen und verstehen, stieg von 5,6 Prozent auf 23,5 Prozent. Betrachtet man die Ergebnisse der zweiten Befragung, wird erkennbar, dass nach dem EBN-Training mehr Pflegende angaben, EBN in ihrer täglichen Arbeit zu berücksichtigen. Genauso groß ist jedoch auch der Anteil der Pflegenden, die nicht wissen, ob EBN in ihrem Arbeitsalltag Berücksichtigung findet. Das Interesse an EBN und am wissenschaftlichen Arbeiten ist jedoch im Vergleich zur ersten Befragung unter den Teilnehmenden gleichgeblieben. Über 70 Prozent der Pflegenden zeigen sich eher interessiert daran, mehr über EBN zu lernen, fast 65 Prozent gaben an, Fähigkeiten zum wissenschaftlichen Arbeiten eher erlernen oder verbessern zu wollen. Eine Veränderung ergibt sich dagegen in der Haltung der Pflegenden gegenüber dem Einfluss, den EBN auf die Arbeitsqualität nimmt. Während die Mehrheit zuvor mit 66,7 Prozent auf die Frage, ob EBN die Qualität erhöhe, mit „weiß nicht“ antwortete und nur 33,3 Prozent dieser Frage eher zustimmten, waren nach der Durchführung des EBN-Trainings 52,9 Prozent eher der Meinung, dass sich die Qualität der Arbeit durch EBN verbessern lässt und 11,8 Prozent stimmten dieser Aussage sogar vollkommen zu. Sowohl bei der ersten als auch bei der zweiten Befragung waren die Befragten mehrheitlich der Meinung, dass pflegewissenschaftliche Studien zu Ergebnissen führen, welche für die Arbeit relevant sind, einfach anwendbar und sicher verwendbar sind. Diese Einstellung änderte sich aufgrund des Trainings nicht oder zeigte eine leichte Tendenz zur Verbesserung.

Um auf Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse arbeiten zu können, gaben die Befragten weiterhin an, das Pflegeexamen, Fort- und Weiterbildungen, die Unterstützung der Vorgesetzten sowie regelmäßige Treffen zum Austauschen und Diskutieren pflegerelevanter Forschungsergebnisse und gute Englischkenntnisse zu benötigen. Sie sahen im Vergleich zur ersten Befragung einen dringenderen Bedarf an Angeboten zu EBN-Kursen, zur anteiligen Freistellung, um nach aktuellen Forschungsergebnissen recherchieren und diese in die Praxis umsetzen zu können, einer langjährigen Berufserfahrung, an der Unterstützung durch pflegerische und ärztliche Kolleg\*innen und an einem Zugang zu wissenschaftlichen Datenbanken am Arbeitsplatz. Ob ein pflegewissenschaftliches Studium notwendig ist, um aktuelle Forschungsergebnisse in die Arbeit einzubeziehen, bewerteten 41,2 Prozent der Pflegenden mit der Antwortmöglichkeit „weiß nicht“. Fast die Hälfte ist jedoch der Meinung, dass ein pflegewissenschaftliches Studium eine eher wichtige oder wichtige Voraussetzung darstellt.

Ihre eigenen Fähigkeiten schätzen die Befragten nach Abschluss des Projekts ähnlich ein wie zuvor. Dreiviertel der Pflegenden können nach eigenen Angaben ihre eigenen Wissenslücken „ganz gut“ einschätzen. Ein Drittel gab an, sich bei der Übertragung von Informationen in eine Forschungsfrage unsicher zu sein, während knapp die Hälfte diese Fähigkeit mit „es geht“ bewertete. Die Kompetenz, evidenzbasierte Literatur ausfindig zu machen, konnten wenige Teilnehmende verbessern. Ein Drittel bewertete seine eigene Fähigkeit nach dem EBN-Training jedoch mit der Option „es geht“. Eine leichte Veränderung lässt sich bei der Fähigkeit, Maßnahmen aus der Literatur abzuleiten und in die Praxis umzusetzen, erkennen. Hier steigt der Anteil der Befragten, welche ihre Fähigkeiten als „ganz gut“ oder mit „es geht“ bewerteten, um zehn Prozent. Eine weitere Frage beinhaltete Informationen zur Berufserfahrung der Pflegenden in Jahren. Unter den Teilnehmenden befand sich eine Person, die über weniger als fünf Jahre Berufserfahrung verfügt. Vier weitere Pflegenden gaben an, fünf bis zehn Jahre Berufserfahrung zu besitzen und die Mehrheit von zwölf Personen verfügte über mehr als zehn Jahre Berufserfahrung.

Für die zweite Erhebungsrunde wurde der angewendete Fragebogen um drei weitere Fragen ergänzt. So wurde bei den Teilnehmenden erfragt, an wie vielen Stationsbesprechungen sie innerhalb des EBN-Trainings teilgenommen und wie viele der dazugehörigen Protokolle der Besprechungen sie gelesen hätten. Nur zwei Personen gaben an, alle Stationsbesprechungen besucht zu haben. Dies entspricht einem Anteil von 11,8 Prozent. Drei weitere Personen gaben an, an keiner einzigen Stationsbesprechung teilgenommen zu haben, was einem Anteil von 17,6 Prozent entspricht. Sieben Personen und damit der größte Anteil von 41,2 Prozent hatten an einer Stationsbesprechung teilgenommen und die restlichen 29,4 Prozent sind bei zwei Besprechungen anwesend gewesen. Anders verhalten sich die Antworten bei der Frage, wie viele Protokolle die Teilnehmenden gelesen haben. 94,1 Prozent der Pflegenden gaben



an, alle Protokolle der Stationsbesprechungen gelesen zu haben. Nur eine Person antwortete, nur zwei Protokolle gelesen zu haben. Da aufgrund der Coronapandemie eine der drei Stationsbesprechungen online erfolgen musste und bei vielen Teilnehmenden keine Vorerfahrung im Umgang mit Videokonferenzen vorhanden waren, wurden die Pflegenden gebeten, das Onlineformat der Stationsbesprechung zu bewerten. Dabei gaben 29,4 Prozent an, dass sie die Umstellung der Stationsbesprechung von einer Präsenz- auf eine Onlineveranstaltung als etwas hemmend empfunden hätten. Ebenso viele Personen bewerteten dieses Merkmal jedoch auch als sehr förderlich. Nur eine Person bewertete die Umstellung auf ein Onlineformat als sehr hemmend. Fast ein Viertel der Befragten gaben an, keinen Unterschied zwischen der Präsenz- und der Onlineveranstaltung bezüglich der Umsetzbarkeit wahrgenommen zu haben. Mit 52,9 Prozent äußerte sich knapp über die Hälfte der Pflegenden, sich in der Teilnahme am EBN-Training nicht gehemmt oder eingeschränkt gefühlt zu haben. Keine Person gab an, sich eingeschränkt gefühlt zu haben, 47,1 Prozent bewerteten diese Frage jedoch mit der Antwortmöglichkeit „weiß nicht“. Das letzte Item des Fragebogens sollte es den Pflegenden ermöglichen, die Gründe für Faktoren anzugeben, die ihnen die Teilnahme am EBN-Training erschwert hatten. Obwohl keiner der Befragten angegeben hatte, sich in der Teilnahme eingeschränkt gefühlt zu haben, äußerten drei Personen, aufgrund der bestehenden Coronabedingungen Schwierigkeiten gehabt zu haben, sich auf das Training einzulassen. Weitere drei Personen gaben die Umstellung auf ein Onlineformat als Grund an und zwei Pflegende äußerten Zeitmangel als Ursache, weshalb sie Schwierigkeiten hatten, am EBN-Training teilzunehmen. Desinteresse und Überstunden wurden von niemandem der Teilnehmenden als Faktoren benannt, welche ihre Teilnahme am Training hätten hemmen können. Abschließend hatten die Pflegenden die Möglichkeit, Anmerkungen zum EBN-Training zu machen. Diese Option nutzten zwei Personen. Die Anmerkungen werden im Folgenden als wörtliches Zitat wiedergegeben:

*„Hast du super gut gemacht! Man merkt wie viel Arbeit du da reingesteckt hast.“*

*„Sehr großes Potenzial für die Zukunft! Die Pflege soll bzw. muss sich entwickeln, um die kommenden Jahre meistern zu können.“*

#### 4.2.2 Prüfen von Korrelationen

Nachdem die zweite Befragung eine allgemein eher positive Veränderung der Einstellung Pflegender zu EBN ergeben hat, sollten Faktoren ermittelt werden, welche mit der Haltung der Pflegenden zu wissenschaftlichem Arbeiten und der Einschätzung ihrer eigenen Kompetenzen im Zusammenhang stehen. Bekannt ist, dass Pflegende, welche in einer leitenden Position tätig sind, der Akademisierung eine höhere Bedeutung zuschreiben als Pflegende ohne Leitungsfunktion. Ebenso verhält es sich mit Pflegenden, welche ein Studium absolviert haben

oder sich gerade in einem Studium befinden. (Mertens et al. 2019) Nachdem sich durch den im Forschungsprojekt angewendeten Fragebogen allerdings nicht feststellen lässt, welche Teilnehmenden ein Studium absolviert haben oder in einer Leitungsposition tätig sind, konnte kein Zusammenhang zwischen den beiden Variablen berechnet werden. Studien belegen allerdings einen negativen Zusammenhang zwischen dem Alter der Pflegenden und der Selbsteinschätzung ihrer Forschungskompetenzen. Ältere Pflegende bewerten ihre forschungsbezogenen Kompetenzen schlechter als jüngere. (Mertens et al. 2019) Der Fragebogen gibt nicht explizit das Alter der Pflegenden wieder. Wird jedoch davon ausgegangen, dass eine längere Berufserfahrung mit einem höheren Alter einhergeht, so kann der Korrelationskoeffizient berechnet werden. Nachdem es in der für das EBN-Training ausgewählten Stichprobe keine Pflegenden gibt, welche erst im späteren Erwachsenenalter in den Beruf gefunden haben, kann davon ausgegangen werden, dass Pflegende mit längerer Berufserfahrung älter sind als Pflegende mit einer kurzen Berufserfahrung. Bei der Betrachtung der Variablen „Berufserfahrung in Jahren“ und „Fähigkeit, eigene Wissenslücken zu erkennen“ war kein Zusammenhang erkennbar. Pflegende mit einer längeren Berufserfahrung schätzten somit ihre Kompetenz, eigene Defizite zu erkennen nicht besser ein als Pflegende, welche erst vor kurzem ihre Ausbildung abgeschlossen hatten. Bei der Berechnung des Korrelationskoeffizienten der Variablen „Berufserfahrung“ und „Fähigkeit, benötigte Informationen in klare Forschungsfragen zu übertragen“ ergab sich ein negativer Zusammenhang zwischen den Variablen. Pflegende mit längerer Berufserfahrung stuften demnach ihre Fähigkeit, Forschungsfragen zu formulieren, schlechter ein als Pflegende, welche über weniger Berufserfahrung verfügen. Ähnlich verhielt es sich mit der Einschätzung der Kompetenz, evidenzbasierte Literatur zu finden. Auch hier besteht ein negativer Zusammenhang zwischen der Berufserfahrung und der Selbsteinschätzung. Jüngeren Pflegenden fällt es nach eigenen Angaben leichter, evidenzbasierte Literatur zu finden, als älteren. Auch die Fähigkeit, Maßnahmen aus der Literatur abzuleiten und in die Praxis umzusetzen, bewerteten Pflegende mit weniger Berufserfahrung besser, als ältere Pflegende. Somit besteht auch hier ein negativer Zusammenhang zwischen der Berufserfahrung in Jahren und der Einschätzung der eigenen Kompetenzen. Alle Korrelationen sind dabei auf dem 0,01 Niveau signifikant. Die Ergebnisse der zweiten Befragung bestätigen damit die Erkenntnisse von Mertens und Kolleg\*innen, dass jüngere Pflegende ihre eigenen Kompetenzen im wissenschaftlichen Arbeiten besser einschätzen als ältere.

Neben den von der Literatur bewiesenen Zusammenhängen wurden weitere Variablen des Fragebogens auf Zusammenhänge geprüft. So wurde der Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der Teilnahme an den Stationsbesprechungen und der Aussage, dass Pflege ein auf Forschung basierender Beruf werden sollte, untersucht, sowie der Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der Teilnahme an den Besprechungen und der Aussage, dass Forschung zu praktischen Fortschritten führe. Die Teilnahme an den Stationsbesprechungen wurde des

Weiteren auf Zusammenhänge mit den Aussagen, dass das Pflegepersonal von Forschungserfahrung profitiert und den Begriff des EBN kennt und versteht, geprüft. Zudem sollte ermittelt werden, ob die Häufigkeit der Teilnahme an den Besprechungen im Zusammenhang mit der Aussage steht, dass Studien Ergebnisse liefern, welche einfach oder sicher anwendbar sind. Bei keiner der Variablen konnte dabei ein Zusammenhang festgestellt werden. Ein signifikanter positiver Zusammenhang wurde bei dem Vergleich der Anzahl an besuchten Stationsbesprechungen und der Annahme, dass EBN die Qualität der eigenen Arbeit verbessert, gefunden. Je mehr Stationsbesprechungen demnach besucht wurden, desto eher waren die Teilnehmenden der Meinung, dass EBN zu einer qualitativ hochwertigeren Pflege führt. Die Ergebnisse der Berechnung nach Spearman sind in Abbildung 12 ersichtlich. Ein leicht positiver, jedoch nicht signifikanter Zusammenhang, konnte zwischen der Anzahl an besuchten Stationsbesprechungen und der Aussage, dass Studien Ergebnisse liefern, welche für die pflegerische Arbeit relevant sind, festgestellt werden. Keinen Zusammenhang ergab wiederum die Prüfung der Zusammenhänge zwischen der Anzahl an besuchten Stationsbesprechungen und der Meinung, dass es Fortbildungen und EBN-Trainings benötige, um auf Grundlage aktueller Forschung arbeiten zu können. Dagegen konnte ein signifikanter, negativer Zusammenhang hinsichtlich der Aussage zur Qualitätsverbesserung der Arbeit durch EBN bei Teilnehmenden ermittelt werden, die in den letzten zwei Jahren Forschungsergebnisse in ihrem beruflichen Alltag genutzt hatten und angaben, EBN in ihrer täglichen Arbeit zu berücksichtigen. Das bedeutet, dass Pflegenden, welche in den letzten zwei Jahren aktuelle Forschungsergebnisse genutzt hatten, eher angaben, EBN in ihrer täglichen Arbeit nicht zu berücksichtigen. Abbildung 13 zeigt die Korrelation in tabellarischer Form. Ähnlich verhält es sich mit der Einschätzung, dass EBN die Arbeitsqualität erhöht. Pflegenden, welche Forschungsergebnisse in ihren beruflichen Alltag integrierten, lehnten die Aussage, dass EBN die Arbeitsqualität verbessert, eher ab.

### Korrelationen

|              |                                 |                         | Anzahl an Stationsbesprechungen | EBN verbessert Arbeitsqualität |
|--------------|---------------------------------|-------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| Spearman-Rho | Anzahl an Stationsbesprechungen | Korrelationskoeffizient | 1,000                           | ,702**                         |
|              |                                 | Sig. (2-seitig)         | .                               | ,002                           |
|              |                                 | N                       | 17                              | 16                             |
|              | EBN verbessert Arbeitsqualität  | Korrelationskoeffizient | ,702**                          | 1,000                          |
|              |                                 | Sig. (2-seitig)         | ,002                            | .                              |
|              |                                 | N                       | 16                              | 16                             |

\*\* . Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

Abbildung 12: Korrelation Besuche der Stationsbesprechungen und Arbeitsqualität (Quelle: eigene Darstellung)

## Korrelationen

|              |  |                         | Nutzung v.<br>Forschungserg<br>ebnissen in<br>letzten 2<br>Jahren | Ich<br>berücksichtige<br>EBN in Arbeit |
|--------------|--|-------------------------|---|--|
| Spearman-Rho | Nutzung v.<br>Forschungsergebnissen in<br>letzten 2 Jahren | Korrelationskoeffizient | 1,000   | -,504*                                 |
|              |  | Sig. (2-seitig)         | .   | ,039                                   |
|              |  | N                       | 17  | 17                                     |
|              | Ich berücksichtige EBN in<br>Arbeit                        | Korrelationskoeffizient | -,504*  | 1,000                                  |
|              |  | Sig. (2-seitig)         | ,039  | .                                      |
|              |  | N                       | 17  | 17                                     |

\*. Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).

Abbildung 13: Korrelation Nutzen von Forschung und Berücksichtigung von EBN (Quelle: eigene Darstellung)

### 5 Diskussion

Die übergeordnete Forschungsfrage dieser Arbeit lautete, wie effektiv ein EBN-Training unter Pflegenden der urologischen Akutstation ist und wie sich die Durchführung des Trainings auf die Haltung zu und auf das Wissen über wissenschaftliches Arbeiten und die Nutzung aktueller Forschungsergebnisse in der Praxis auswirkt. Im Verlauf konnten einige Veränderungen gemessen werden, welche im Folgenden noch einmal zusammengefasst werden.

Zu Beginn des Forschungsprojektes ging aus der ersten Befragungsrunde hervor, dass die Pflegenden eher selten eigenständig nach Literatur recherchierten. Durch die Teilnahme am EBN-Training verdreifachte sich die Anzahl der Teilnehmenden, welche monatlich nach Literatur recherchierten. Das EBN-Training scheint somit die Pflegenden dazu animiert zu haben, sich selbstständig über aktuelle Forschungsergebnisse zu informieren und sich eigenständig Informationen zu bestimmten Themen einzuholen. Eindeutig lässt sich diese Tatsache allerdings nicht bestätigen, da unsicher ist, ob die Pflegenden das EBN-Training in ihren Antworten berücksichtigten. Durch die Teilnahme daran verfolgten alle Anwesenden den Prozess der Literaturrecherche. Dies bedeutet aber nicht gleichzeitig, dass die Pflegenden auch außerhalb der Stationsbesprechungen nach Forschungsergebnissen recherchierten.

Parallel zur vermehrten Literaturrecherche konnte ein erhöhter Austausch innerhalb des Teams beobachtet werden. Während zuvor wenige Teilnehmende angaben, sich regelmäßig mit Teamkolleg\*innen über Forschungsergebnisse auszutauschen, taten dies nach dem EBN-Training deutlich mehr Pflegende. Ein Grund hierfür könnten die monatlichen Treffen sein, welche im Rahmen des EBN-Trainings stattfanden und somit Gelegenheit zum Austausch und zur Diskussion boten. Nachdem der Zugang zu aktuellem Wissen eine wichtige Voraussetzung

für die Anwendung von EBN in der Pflegepraxis darstellt, ist es aufgrund des vorliegenden Interesses empfehlenswert, die Pflegenden zukünftig bei der Beschaffung von Literatur zu unterstützen und ihnen regelmäßig themenrelevante Artikel zugänglich zu machen. (Eberhardt und Wild 2017)

Die Teilnehmenden zeigten während des EBN-Trainings zudem eine große Bereitschaft, Forschungsergebnisse in die Pflegepraxis einzuführen, welche dem widersprechen, was sie vor oder während ihrer Ausbildung oder an ihrem Arbeitsplatz gelernt haben. Das EBN-Training verstärkte diese Aufgeschlossenheit noch weiter. In allen drei Bereichen zeigte sich eine leichte Tendenz zu noch größerer Bereitschaft, neue Erkenntnisse zu übernehmen, welche bisher kein Bestandteil der Praxis waren. Vergleicht man die Bereitschaft mit der tatsächlichen Umsetzung von Forschungsergebnissen in die Praxis, fällt auf, dass die Bereitschaft grundsätzlich höher ist als die Umsetzung. Am häufigsten setzen Pflegende Forschungserkenntnisse um, welche dem widersprechen, was sie vor ihrer Pflegeausbildung gelernt haben. Dieser Effekt verstärkte sich durch das EBN-Training leicht. Am unsichersten zeigten sich die Pflegenden bei der Umsetzung von Forschungsergebnissen, welche im Widerspruch stehen zu dem, was am Arbeitsplatz erlernt worden ist. Vorliegende Standards und Strukturen am Arbeitsplatz aufgrund von Studien, welche zu anderen Ergebnissen gelangt sind, zu hinterfragen, scheint somit ein größeres Hemmnis darzustellen, als sein Wissen aus der Ausbildungszeit zu aktualisieren. Zudem antworteten weiterhin viele Pflegende auf die Frage, ob sie Forschungsergebnisse in der Praxis anwenden, mit der Antwortmöglichkeit „weiß nicht“. Das lässt vermuten, dass bei einigen der Teilnehmenden eine unzureichende Kenntnis über den Begriff der Forschungsergebnisse vorliegt. Womöglich können manche nicht beurteilen, wann sie Forschungsergebnisse anwenden, da sie selbst nicht wissenschaftlich recherchieren und Wissen anwenden, das sie nicht selbstständig hinterfragt oder überprüft haben. Auffallend sind die von den restlichen Fragen abweichenden Antworten zu Frage III.5. Während die Mehrheit der Pflegenden bei den Fragen nach Forschungsfragen, Literaturrecherche und Qualitätsbeurteilung von Literatur angab, dies nie oder selten zu tun, gaben 50 Prozent an, die Wünsche ihrer Patient\*innen täglich zu berücksichtigen und in den Pflegeprozess einzubeziehen. Dies unterstützt wiederum die Annahme, dass unter den Befragten eine hohe Motivation und Patientenzentriertheit herrscht, wissenschaftliches Arbeiten jedoch bislang kaum Anwendung in ihrer täglichen Arbeit findet.

Obwohl sich die Befragten bereits zu Beginn des Forschungsprojekts aufgeschlossen gegenüber praktischen Fortschritten durch Forschung zeigten, kamen nach Abschluss des EBN-Trainings deutlich mehr Pflegende als vorher zu dem Entschluss, dass Pflege kein auf Forschung basierender Beruf werden sollte. Auch gaben die Pflegenden, welche in den letzten zwei Jahren Forschungsergebnisse in der Praxis angewendet hatten, häufiger an, dass EBN

zu keiner Erhöhung der Pflegequalität führt. Die Ursache für diese Entwicklung kann mithilfe des Fragebogens nicht geklärt werden, es können nur Vermutungen über die Gründe für diese Veränderung geäußert werden. Die Einschätzung der Befragten deckt sich mit den Erkenntnissen von Köpke und Kolleg\*innen. In ihrer Untersuchung lehnten die befragten Pflegenden die Aussage, Forschung sei in der Pflege nicht wichtig, mehrheitlich ab und bestätigten deutlich den Nutzen der Einführung von Forschungsergebnissen in die Praxis. Dennoch fanden Forschungsergebnisse in ihrer täglichen Arbeit kaum Berücksichtigung. Dies liegt laut der Autor\*innen nicht zuletzt daran, dass Pflegenden als nicht informiert angesehen werden, wenn es um Forschungsergebnisse geht, und sie ihre Zeit, welche ihnen zur Beschäftigung mit Forschung zur Verfügung steht, als unzureichend einschätzen. (Köpke et al. 2013)

Betrachtet man die Ergebnisse beider Befragungsrunden, fällt auf, dass die Befragten ihr Wissen, welches sie für ihre Arbeit nutzen, mehrheitlich auf eigene Erfahrungen, dem, wie es sich bewährt hat, und darauf, was Ärzt\*innen mit ihnen besprechen, stützen. Dies erweckt den Anschein, dass sich die Pflegenden eher selten selbstständig neues Wissen aneignen. Wissenschaftliche Literatur wird eher selten gelesen und die tägliche Arbeit scheint überwiegend auf Intuition und Pflegestandards der Einrichtung zu beruhen, welche den Pflegenden vorgegeben werden. Nachdem die Teilnehmenden des EBN-Trainings in beiden Befragungsrunden überwiegend angaben, gern Tätigkeiten auf neue Art anzugehen, scheint allerdings eine große Aufgeschlossenheit im Team gegenüber einer Weiterentwicklung der Praxis auf Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse vorzuliegen. Dies zeigt sich auch an der Mehrheit der Teilnehmenden, die angeben, mehr über EBN lernen und ihre Fähigkeiten im wissenschaftlichen Arbeiten ausbauen zu wollen. Ein Ziel des EBN-Trainings lag darin, EBN unter den Pflegenden bekannter zu machen und ihnen eine Vorstellung zu vermitteln, was es heißt, EBN in die Pflegepraxis zu integrieren. Nach Abschluss des Trainings gaben deutlich mehr Pflegenden an, EBN zu kennen und zu verstehen. Keiner der Teilnehmenden äußerte danach, EBN nicht zu kennen. Auch berücksichtigten mehr Pflegenden nach Abschluss des Trainings nach eigenen Angaben EBN in ihrer täglichen Arbeit. Ob sie dabei nur sensibler in ihrer Wahrnehmung geworden sind oder ihr Handeln bewusst verändert haben, kann mithilfe des Forschungsprojekts nicht ermittelt werden. Es ist jedoch belegt, dass Pflegenden daran gewöhnt sind, bestehenden Standards und Leitlinien ihrer Klinik zu folgen. Somit werden das kritische Hinterfragen und das selbstständige Denken sowie Beschaffen von Informationen in der Praxis erschwert. Fortbildungen, welche ihre Teilnehmenden zu wissenschaftlichen Themen schulen und zum kritischen Bewerten bestehender Strukturen anregen, sensibilisieren Pflegenden für eine aufgeschlossene und von Veränderungssinn geprägte Handlungsweise. (Fu et al. 2020) Zukünftig sollte somit an weiteren Workshops und Forschungsprojekten festgehalten werden.

Dass EBN die Arbeitsqualität verbessert, bejahten deutlich mehr der Befragten nach Abschluss des EBN-Trainings. Zuvor herrschte noch eine große Unsicherheit, ob EBN die Arbeitsqualität positiv beeinflussen könne, was womöglich mit dem mangelnden Wissen über EBN einherging. Neben dem Anstieg des Wissens und der Anwendung von EBN geht aus der zweiten Befragung jedoch auch weiterhin eine Unsicherheit vieler Pflegenden hervor. Einige der Befragten gaben an, nicht zu wissen, ob sie EBN in ihrer täglichen Arbeit berücksichtigen. Somit scheint nicht allen Pflegenden bereits bewusst zu sein, was der Begriff EBN beschreibt und wie EBN in der Praxis eingesetzt werden kann. Des Weiteren äußerten nach der Durchführung des EBN-Trainings mehr Teilnehmende, dass sie weitere Kurse und Schulungsangebote zu EBN benötigen, sowie die Unterstützung ärztlicher und pflegerischer Kolleg\*innen. Somit wird ein fortlaufender zukünftiger Schulungsbedarf zum Thema EBN ersichtlich. Eine Möglichkeit könnte darin liegen, Fallbesprechungen im interdisziplinären Team in regelmäßigen Abständen anzubieten, um die Kollaboration der Berufsgruppen untereinander und den Umgang mit wissenschaftlicher Literatur zu fördern.

Durch die Befragungen im Rahmen des EBN-Trainings hat sich ein negativer Zusammenhang zwischen dem Alter der Pflegenden und der Selbsteinschätzung ihrer forschungsbezogenen Kompetenzen ergeben. Dies deckt sich mit den Ergebnissen von Mertens und Kolleg\*innen. Die Ergebnisse lassen darauf schließen, dass ältere Pflegende über weniger Forschungskompetenz verfügen als jüngere. Daraus ergibt sich ein erhöhter Schulungsbedarf vor allem für ältere Pflegende. Nachdem über 70 Prozent der Teilnehmenden des EBN-Trainings angaben, über mehr als zehn Jahre Berufserfahrung zu verfügen, wird es zukünftig eine große Priorität darstellen, auf diesen Teil der Pflegenden besonders einzugehen und Fortbildungsangebote zu schaffen, welche das Interesse und den Wissensstand dieser Zielgruppe aufgreifen.

Um EBN bestmöglich in der Pflegepraxis zu verankern und alle Pflegenden in der Anwendung zu schulen, werden vor allem Methoden innerhalb eines EBN-Trainings empfohlen, welche den Transfer von Evidenz in die Praxis unterstützen und die Implementierung von Maßnahmen, die aus aktuellen Forschungsergebnissen hervorgehen, vorsehen. (Fu et al. 2020) Durch die Erarbeitung eines Visitenkonzepts ist es gelungen, mit den Teilnehmenden des Forschungsprojekts Empfehlungen der Literatur in ein praxisnahes Konzept umzusetzen. Der EBN-Prozess wurde dadurch anschaulich dargestellt und die Pflegenden erleben, wie die Pflegepraxis von der Nutzung aktueller Forschungsergebnisse profitieren kann. Zukünftig wird es wichtig sein, die Implementierung des Visitenkonzepts weiterzuverfolgen, um den Erfolg, welchen das EBN-Training verzeichnet hat, zu wahren.

## 6 Limitation

Bei der Einführung einer evidenzbasierten Pflegepraxis treten immer wieder Barrieren auf, welche es erschweren, eine EBN-Kultur in der jeweiligen Einrichtung zu etablieren. Neben fehlenden EBN-Kompetenzen beschreibt die Literatur vor allem eine unzureichende Motivation der Pflegenden und fehlende zeitliche Ressourcen. (Haring 2019) Dass die Teilnehmenden des EBN-Trainings nicht ausreichend motiviert sind, die bestehende Praxis weiterzuentwickeln und neue Ergebnisse in die Praxis umzusetzen, bestätigt das Forschungsprojekt nicht. Die Pflegenden zeigen sich mehrheitlich aufgeschlossen gegenüber Veränderung und Fortschritt. Allerdings gaben zwei der Befragten Zeitmangel als Grund dafür an, sich an der Teilnahme am EBN-Training gehindert oder eingeschränkt gefühlt zu haben. Dieser Eindruck entstand auch während der Durchführung des Forschungsprojekts, wenn die Autorin Teilnehmende für die einzelnen Stationsbesprechungen zu generieren versuchte. Vor jeder Besprechung bedurfte es großer Überzeugungskraft und Anstrengung, wenigstens zehn Kolleg\*innen im EBN-Training zu versammeln. Auch die Übungsveranstaltungen als Vorbereitung auf die Onlinebesprechung wurden nach mehrmaliger Erinnerung nur von der Hälfte der Pflegenden wahrgenommen. In der zweiten Erhebung gaben daher auch mehr Pflegende als vorher an, dass ihre beruflichen Aufgaben ihnen keine Zeit ließen, sich mit wissenschaftlichen Themen ausreichend zu beschäftigen. Ähnlich verhielt es sich mit der Rückgabe der Fragebögen. Die Autorin musste die Befragten mehrmals daran erinnern, die Fragebögen ausgefüllt zurückzugeben. Die Rückgabefristen wurden in beiden Erhebungszeiträumen nicht eingehalten.

Neben den fehlenden zeitlichen Ressourcen äußerten drei Pflegende in der letzten Befragung, dass die Umstände, welche mit der Coronapandemie einhergingen und für Herausforderungen im Arbeitsumfeld sorgten, der Grund seien, weshalb sie sich in der Teilnahme am Forschungsprojekt eingeschränkt gefühlt hatten. Die Station, auf der das EBN-Training stattgefunden hat, sah sich in der Zeit von März 2020 bis April 2022 immer wieder mit großen Veränderungen konfrontiert. So wurden auf der Station wiederholt die urologischen Patient\*innen auf andere Abteilungen verlegt, um Patient\*innen behandeln zu können, welche sich mit COVID19 infiziert hatten. Dadurch ergaben sich nicht nur Veränderungen im Patientenkontext, sondern auch innerhalb des Teams. Drei Teammitglieder wechselten vorübergehend in andere Abteilungen. Somit wurde es der Autorin erschwert, Kontakt zu den Kolleg\*innen aufzubauen, welche die Station vorübergehend verlassen hatten. Die Fragebögen wurden den Betroffenen ausgehändigt, jedoch erschien nur eine der drei Personen zu den Stationsbesprechungen. Die Autorin musste mehrmals darauf hinweisen, dass das Lesen der Protokolle der Stationsbesprechungen eine notwendige Voraussetzung sei, um die Befragung wiederholen zu können.

Zusätzlich wurde das Team durch Kolleg\*innen anderer Stationen ergänzt, um ausreichend Mitarbeitende zur Versorgung der Coronapatient\*innen zur Verfügung zu haben. Diese



Kolleg\*innen konnten nicht ins EBN-Training aufgenommen werden, da nicht feststand, wie lange sie in der Abteilung arbeiten würden und ob sie somit die Möglichkeit hätten, an jeder Stationsbesprechung sowie an der Endbefragung teilzunehmen. Die Autorin hatte somit die Aufgabe, die Teammitglieder zu selektieren und nur diejenigen zu informieren, welche zum festen Bestand des Teams gehörten.

Neben den individuellen Barrieren zeigten sich auch Schwierigkeiten bei der Durchführung der Befragungen. Zum einen ermöglicht die Übersetzung des EBPq ins Deutsche durch die Autorin keine vollständige Übertragung der ermittelten Validität. Die Übersetzung ergibt womöglich geringe Änderungen in der Gültigkeit des Assessments. Zum anderen wurden sowohl in der ersten Erhebungsrunde als auch in der zweiten einzelne Fragen des selbsterstellten Assessments nicht beantwortet. In der zweiten Befragungsrunde wurde der komplette dritte Frageblock einmal nicht beantwortet und bei vier weiteren Fragebögen immer wieder einzelne Fragen ausgelassen. Eine Person gab an, ihren Fragebogen verloren zu haben und konnte somit an der ersten Erhebungsphase nicht teilnehmen. Die Möglichkeit, am Ende des Fragebogens Anmerkungen zu machen und Feedback zu geben, nutzten nur zwei Personen, wobei es sich nur bei einem Fragebogen um ein konstruktives Feedback handelte, das die Einstellung der Versuchsperson zum Forschungsprojekt wiedergab. In der ersten Befragung äußerten zudem 16,7 Prozent der Befragten, täglich Forschungsergebnisse mit Kolleg\*innen geteilt zu haben. Nachdem jedoch die Stationsleitungen in die Befragungen miteinbezogen wurden und während der Coronapandemie außergewöhnlich viele Konferenzen stattfanden, in denen Informationen weitergegeben wurden, welche die Stationsleitungen an ihre Teams weiterleiteten, liegt die Vermutung nahe, dass dieses Ergebnis nicht repräsentativ für die Station außerhalb der Coronapandemie ist.

Zu den stationsinternen Barrieren kommt hinzu, dass die Kommunikation mit dem ärztlichen Personal erschwert wurde, indem Gesprächstermine mehrfach von ärztlicher Seite nicht eingehalten wurden. Dies führte einerseits zu einem zeitlichen Verzug, andererseits erschwerte dieser Umstand es, die Pflegenden davon zu überzeugen, mithilfe des Visitenkonzepts eine Veränderung bewirken zu können. Das Versäumen von Terminen wurde als Desinteresse ausgelegt. Es kommt hinzu, dass zu den Themen interprofessionelle Zusammenarbeit und interprofessionelle Visiten wenig Evidenz verfügbar ist. Es liegen kaum randomisierte, kontrollierte Studien vor. Die Forschungsprojekte wurden häufig mithilfe von Interviews mit geringer Teilnehmerzahl durchgeführt. Die meisten Ergebnisse belegen einen großen Einfluss gemeinsamer Visiten auf die Versorgungsqualität und bestätigen, dass Interprofessionalität eine große Rolle für die Pflegeentwicklung spielt. Nur wenige Veröffentlichungen empfehlen jedoch gezielte Maßnahmen zur Verbesserung der Kollaboration der Berufsgruppen im Gesundheitswesen. Für aussagekräftigere Ergebnisse werden zukünftig weitere Studien notwendig sein. Für den Umfang

des EBN-Trainings eignete sich das Thema dennoch, da aufgrund der verfügbaren Literatur und dem Einbezug der Gegebenheiten auf Station selbstständig Maßnahmen abgeleitet werden konnten, deren Wirksamkeit jedoch auf lange Sicht wiederholt evaluiert werden müssen.

## 7 Fazit

Die Ergebnisse des Forschungsprojekts zeigen eine klare Bereitschaft des Pflegepersonals, die bestehende Praxis weiterentwickeln zu wollen und die interprofessionelle Zusammenarbeit zu verbessern. Gehemmt sehen sich die Pflegenden in ihren zeitlichen Ressourcen, sowie den eigenen Kompetenzen im wissenschaftlichen Arbeiten. Aufgrund des großen Interesses, das aber mit einer gewissen Unsicherheit einhergeht, empfiehlt es sich, auch zukünftig weiterhin Workshops zu EBN oder Journal Clubs für die Teilnehmenden anzubieten. Innerhalb eines Journal Clubs wäre es den Pflegenden möglich, sich regelmäßig über Entwicklungsbedarf oder wahrgenommene Pflegeprobleme auszutauschen. Die meisten Journal Clubs sehen für ihre Treffen einen zeitlichen Rahmen von einer Stunde pro Monat vor. Eine Pflegefachkraft, welche über Kompetenzen im wissenschaftlichen Arbeiten verfügt und geschult ist im Umgang mit wissenschaftlicher Literatur, kann die Journal Clubs leiten, aktuelle Artikel in der Runde vorstellen und diese gemeinsam mit den Anwesenden evaluieren. Diese haben die Möglichkeit, Fragen zu den Artikeln zu stellen und die Ergebnisse in der Gruppe zu besprechen. Ein großes Thema bildet dabei die Übertragbarkeit der Studienergebnisse in die Pflegepraxis. Eine wichtige Voraussetzung, um Journal Clubs einführen zu können, ist die Unterstützung der Vorgesetzten, welche ihren Angestellten Arbeitszeit zur Verfügung stellen müssen, um ihnen die Teilnahme zu ermöglichen. (Häggman-Laitila et al. 2016) Bevor ein Journal Club auf der Station eingeführt wird, sollte jedoch die Schulung der Mitarbeitenden hinsichtlich EBN im Vordergrund stehen. Die Pflegenden müssen erkennen, weshalb eine evidenzbasierte Praxis wichtig ist und wie sie selbst diese gestalten können. Vor allem den älteren Pflegenden muss dabei vermehrt Beachtung geschenkt werden, damit sie ihre forschungsbezogenen Kompetenzen erweitern oder diese erwerben können. Ein zukünftiges Projekt könnte darin bestehen, Maßnahmen zu recherchieren oder zu entwickeln, welche explizit auf die Bedürfnisse älterer Pflegenden zugeschnitten sind und diesen ermöglichen, ihre wissenschaftlichen Kompetenzen zu vertiefen. Die wissenschaftliche Datenlage hierzu ist unzureichend und bedarf weiterer Forschung in den nächsten Jahren.

Unterstützend zum EBN-Training wird in den nächsten Monaten ein Projekt auf der Station eingeführt, welches vorsieht, die Strukturen und die Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen untereinander zu verbessern sowie Arbeitsabläufe zu optimieren. Dazu wurde eine Arbeitsgruppe gebildet, welche sowohl aus Pflegefachkräften als auch aus Urolog\*innen besteht. Diese trifft sich zukünftig ein- bis zweimal pro Monat und beabsichtigt neben der

Einführung eines fest zugeordneten Behandlungsteams für die Patient\*innen, welches aus einer Pflegefachkraft und einem\*r ärztlichen Vertreter\*in bestehen soll, eine Neugestaltung der Visite, neue Arbeitszeitenmodelle und somit eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen. Auf der Station erhalten die Pflegefachkräfte dadurch die Möglichkeit, die Praxisentwicklung mitzugestalten und dort anzusetzen, wo das EBN-Training geendet hat. Durch die Unterstützung des Projektleiters wird eine Neugestaltung der Pflegeerbringung ermöglicht. Eine Chance bietet dieses Projekt auch für eine zukünftige APN, welche die Praxisentwicklung mit ihren im Studium erworbenen Kompetenzen unterstützen und die Etablierung einer evidenzbasierten Pflegepraxis fördern kann.

Abschließend lässt sich sagen, dass das EBN-Training zu einer verbesserten Informiertheit der Pflegenden gegenüber EBN und einer positiveren Einstellung gegenüber der Nutzung von Forschungsergebnissen in der Praxis geführt hat. Für einen Wandel auf Station hin zu einer evidenzbasierten Praxis war das dreimonatige Forschungsprojekt jedoch nicht ausreichend. Hierzu müssen weitere Projekte stattfinden, damit über einen langen Zeitraum eine Praxisentwicklung möglich ist und sich eine evidenzbasierte Pflegepraxis etablieren kann.

## Literaturverzeichnis

Abteilung für Organisationsentwicklung und Patientensicherheit (2022): Daten Beschwerdemanagement. Abteilung für Organisationsentwicklung und Patientensicherheit.

Alzheimer Europe (2011): Alzheimer Europe Report. The ethics of dementia research. Online verfügbar unter [https://www.alzheimer-europe.org/sites/default/files/alzheimer\\_europe\\_ethics\\_report\\_2011.pdf](https://www.alzheimer-europe.org/sites/default/files/alzheimer_europe_ethics_report_2011.pdf).

Baumann, Anna-Lena; Kugler, Christiane (2019): Berufsperspektiven von Absolventinnen und Absolventen grundständig qualifizierender Pflegestudiengänge – Ergebnisse einer bundesweiten Verbleibstudie. In: *Pflege* 32 (1), S. 7–16. DOI: 10.1024/1012-5302/a000651.

Beauchamp, Tom L. (2021): Der ‚Vier-Prinzipien‘-Ansatz in der Medizinethik. In: Nikola Biller-Andorno, Settimio Monteverde, Tanja Krones und Tobias Eichinger (Hg.): *Medizinethik*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden (Grundlagentexte zur Angewandten Ethik), S. 71–89.

Behrens, Johann (2012): EBN ist eine Haltung. In: *Psych Pflege* 18 (02), S. 87–89. DOI: 10.1055/s-0032-1307687.

Behrens, Johann; Langer, Gero (Hg.) (2010): *Handbuch evidence-based nursing*. Externe Evidence für die Pflegepraxis. 1. Aufl. Bern: Huber (Pflegeforschung, Pflegepraxis). Online verfügbar unter <http://elibrary.hogrefe.de/9783456947860/>.

Bensch, Sandra (2018): Grade- und Skillmix — was steckt dahinter? In: *Pflege* 71 (9), S. 18–22. DOI: 10.1007/s41906-018-0675-6.

Boswell, Carol; Cannon, Sharon (2018): *Introduction to Nursing Research. Incorporating Evidence-Based Practice*. 5th ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning LLC. Online verfügbar unter <https://ebookcentral.proquest.com/lib/kxp/detail.action?docID=5566681>, zuletzt geprüft am 09.01.22.

Bryant-Lukosius, Denise (2009): *Advanced Practice Nursing Toolkit*. Cancer Care Ontario. Ontario, Canada.

Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2013): Bericht der Themengruppe "Interprofessionalität". Dialog nationale Gesundheitspolitik. Ständige Plattform von Bund und Kantonen. Gesundheit 2020.

Burns, Helen K.; Foley, Susan M. (2005): Building a foundation for an evidence-based approach to practice: teaching basic concepts to undergraduate freshman students. In: *Journal of professional nursing : official journal of the American Association of Colleges of Nursing* 21 (6), S. 351–357. DOI: 10.1016/j.profnurs.2005.10.001.

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2019a): *Advanced Practice Nursing. Pflegerische Expertise für eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung*. Online verfügbar unter <https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Advanced-Practice-Nursing-Broschuere-2019.pdf>, zuletzt geprüft am 02.02.22.

Deutscher Bundestag (2019): *Akademisch ausgebildete Fachkräfte*. Berlin. Online verfügbar unter [https://www.bundestag.de/webarchiv/presse/hib/2019\\_07/653192-653192](https://www.bundestag.de/webarchiv/presse/hib/2019_07/653192-653192), zuletzt geprüft am 28.05.2022.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2014): *Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege*.

Dierkes, Burkhard; Gottschalk, Antje (2019): Der Weg zu einer neuen gemeinsamen Visitenkultur. In: *Pflege* 72 (4), S. 10–13. DOI: 10.1007/s41906-019-0022-6.

- Dizon, Janine Margarita R.; Grimmer-Somers, Karen; Kumar, Saravana (2014): Effectiveness of the tailored Evidence Based Practice training program for Filipino physical therapists: a randomized controlled trial. In: *BMC medical education* 14, S. 147. DOI: 10.1186/1472-6920-14-147.
- Döring, Nicola; Bortz, Jürgen (2016): *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Eberhardt, Doris; Wild, Laura (2017): Auf dem Weg zu einer EBN-fördernden Haltung. In: *PADUA* 12 (1), S. 15–22. DOI: 10.1024/1861-6186/a000354.
- Ellis, Peter (2019): *Evidence-based Practice in Nursing*. 4th edition. London, Thousand Oaks, CA, New Delhi, Singapore: SAGE Learning Matters (Transforming nursing practice).
- Espinoza, Pilar; Peduzzi, Marina; Agreli, Heloise F.; Sutherland, Melissa A. (2018): Interprofessional team member's satisfaction: a mixed methods study of a Chilean hospital. In: *Human resources for health* 16 (1), S. 30. DOI: 10.1186/s12960-018-0290-z.
- Fillary, Julie; Chaplin, Hema; Jones, Gill; Thompson, Angela; Holme, Anita; Wilson, Patricia (2015): Noise at night in hospital general wards: a mapping of the literature. In: *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)* 24 (10), S. 536–540. DOI: 10.12968/bjon.2015.24.10.536.
- Fleischmann, Nina; Seismann-Petersen, Swantje; Dichter, Martin (2017a): Einfach Besser Nursen. In: *Altenpflege*, S. 26–29. Online verfügbar unter [https://www.dbfk.de/media/docs/regionalverbaende/rvnw/pdf/AP\\_08\\_2017\\_Pflegemanagement\\_Dichter\\_Evidenz.pdf](https://www.dbfk.de/media/docs/regionalverbaende/rvnw/pdf/AP_08_2017_Pflegemanagement_Dichter_Evidenz.pdf), zuletzt geprüft am 09.01.22.
- Friesacher, Heiner (2013): Studienmöglichkeiten in der Pflege. In: *intensiv* 21 (06), S. 314–324. DOI: 10.1055/s-0033-1359750.
- Fu, Liang; Su, Wei; Ye, Xianghong; Li, Ming; Shen, Jun; Chen, Chen et al. (2020): Evidence-Based Practice Competency and Related Factors Among Nurses Working in Public Hospitals. In: *Inquiry : a journal of medical care organization, provision and financing* 57, 46958020927876. DOI: 10.1177/0046958020927876.
- Gamp, Martina; Becker, Christoph; Tondorf, Theresa; Hochstrasser, Seraina; Metzger, Kerstin; Meinschmidt, Gunther et al. (2019): Effect of Bedside vs. Non-bedside Patient Case Presentation During Ward Rounds: a Systematic Review and Meta-analysis. In: *Journal of general internal medicine* 34 (3), S. 447–457. DOI: 10.1007/s11606-018-4714-1.
- Gormley, Denise K.; Costanzo, Amy J.; Goetz, Jane; Israel, Jahmeel; Hill-Clark, Jessica; Pritchard, Tracy; Staubach, Katherine (2019): Impact of Nurse-Led Interprofessional Rounding on Patient Experience. In: *The Nursing clinics of North America* 54 (1), S. 115–126. DOI: 10.1016/j.cnur.2018.10.007.
- Häggman-Laitila, Arja; Mattila, Lea-Riitta; Melender, Hanna-Leena (2016): A Systematic Review of Journal Clubs for Nurses. In: *Worldviews on evidence-based nursing* 13 (2), S. 163–171. DOI: 10.1111/wvn.12131.
- Hämmerle, Verena (2022): *Modulhandbuch Bachelorstudiengang "Pflege" (B.Sc.). Sommersemester 2022*. Hg. v. OTH Regensburg. Regensburg. Online verfügbar unter [https://www.oth-regensburg.de/fileadmin/media/fakultaeten/s/studiengaenge/bachelor\\_pflege/module/MHB\\_Pflege\\_SoSe22.pdf](https://www.oth-regensburg.de/fileadmin/media/fakultaeten/s/studiengaenge/bachelor_pflege/module/MHB_Pflege_SoSe22.pdf).
- Haring, Robin (Hg.) (2019): *Gesundheitswissenschaften. Evidenzbasierung in den Gesundheitsberufen*. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag (Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit). Online verfügbar unter [https://link.springer.com/chapter/10.1007%2F978-3-662-58314-2\\_61](https://link.springer.com/chapter/10.1007%2F978-3-662-58314-2_61).
- Ibraheem, Abiola F.; Giurcanu, Mihai; Sowunmi, Anthonia Chima; Awolude, Olutosin; Habeebu, Muhammad; Popoola, Abiodun et al. (2020): Formal Assessment of Teamwork Among Cancer Health

- Care Professionals in Three Large Tertiary Centers in Nigeria. In: *JCO global oncology* 6, S. 560–568. DOI: 10.1200/JGO.19.00233.
- Kaiser, Nicole; Amann, Flavia; Meier, Nora; Inderbitzi, Laura; Haering, Barbara; Eicher, Manuela; Stanic, Jelena (2019): Berufsausübung: Potenziale für Interprofessionalität. Hg. v. Bundesamt für Gesundheit (BAG). Zürich. Online verfügbar unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-interprofessionalitaet-im-gesundheitswesen/forschungsberichte-interprofessionalitaet-M4-potenziale.html>, zuletzt geprüft am 24.05.22.
- Kassutto, Stacey; Seam, Nitin; Carlos, William G.; Kelm, Diana; Kaul, Viren; Stewart, Nancy H.; Hinkle, Laura (2020): Twelve tips for conducting successful interprofessional teaching rounds. In: *Medical teacher* 42 (1), S. 24–29. DOI: 10.1080/0142159X.2018.1545086.
- Köpke, Sascha; Koch, Frauke; Behncke, Anja; Balzer, Katrin (2013): Einstellungen Pflegender in deutschen Krankenhäusern zu einer evidenzbasierten Pflegepraxis. In: *Pflege* 26 (3), S. 163–175. DOI: 10.1024/1012-5302/a000289.
- Krampe, Eva-Maria (2014): Professionalisierung der Pflege im Kontext der Ökonomisierung. In: Alexandra Manzei (Hg.): 20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen. Theoretische und empirische Analysen zur Ökonomisierung. Wiesbaden: Springer VS (Gesundheit und Gesellschaft), S. 179–197.
- Larsen, Camilla Marie; Terkelsen, Anne Seneca; Carlsen, Anne-Marie Fiala; Kristensen, Hanne Kaae (2019): Methods for teaching evidence-based practice: a scoping review. In: *BMC medical education* 19 (1), S. 259. DOI: 10.1186/s12909-019-1681-0.
- Liaw, Sok Ying; Wu, Ling Ting; Wong, Lai Fun; Soh, Shawn Leng Hsien; Chow, Yeow Leng; Ringsted, Charlotte et al. (2019): "Getting Everyone on the Same Page": Interprofessional Team Training to Develop Shared Mental Models on Interprofessional Rounds. In: *Journal of general internal medicine* 34 (12), S. 2912–2917. DOI: 10.1007/s11606-019-05320-z.
- Macfarlane, A. J. R. (2019): What is clinical governance? In: *BJA education* 19 (6), S. 174–175. DOI: 10.1016/j.bjae.2019.02.003.
- McEvoy, Maureen Patricia; Williams, Marie T.; Olds, Timothy Stephen (2010): Development and psychometric testing of a trans-professional evidence-based practice profile questionnaire. In: *Medical teacher* 32 (9), e373-80. DOI: 10.3109/0142159X.2010.494741.
- Melnik, Bernadette Mazurek (2004): Integrating levels of evidence into clinical decision making. In: *Pediatric nursing* 30 (4), S. 323–325.
- Mertens, Anne; Overberg, Jasmin; Röbbken, Heinke; Deppermann, Jana; Gockel, Julia; Heckroth, Antje et al. (2019): Die Akademisierung der Pflege aus Sicht der Pflegekräfte: eine Querschnittstudie in Krankenhäusern im Nordwesten Deutschlands. In: *Pflege* 32 (1), S. 17–29. DOI: 10.1024/1012-5302/a000650.
- Meyer, Gabriele; Balzer, Katrin; Köpke, Sascha (2013): Evidenzbasierte Pflegepraxis--Diskussionsbeitrag zum Status quo. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 107 (1), S. 30–35. DOI: 10.1016/j.zefq.2012.12.001.
- Ng, Jimmy; Abdelhadi, Ahmed; Waterland, Peter; Swallow, Jonathan; Nicol, Deborah; Pandey, Steve et al. (2018): Do ward round stickers improve surgical ward round? A quality improvement project in a high-volume general surgery department. In: *BMJ open quality* 7 (3), e000341. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-000341.

- Panfil, Eva-Maria (2013): Pflegewissenschaft 2. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Methoden der Pflegeforschung. Unter Mitarbeit von Brandenburg H. und Mayer H. 2. vollständig überarbeitete Auflage. Bern: Hogrefe.
- Randles, Sally; Hajhashem, Mohammad; Gonzales, Monica; Demeny, Eniko; Kakuk, Peter (2020): Formative and summative Evaluation. Final Report.
- Rasche, Christoph; Rehder, Stephan A. (2018): Change Management. Unter Mitarbeit von Dieter Wagner, Magnus Müller und Roya Madani. Stuttgart: Kohlhammer Verlag. Online verfügbar unter <http://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:bsz:24-epflicht-1282355>.
- Redley, Bernice; Campbell, Don; Stockman, Keith; Barnes, Sara (2020): Mixed methods quality evaluation of structured interprofessional medical ward rounds. In: *Internal medicine journal* 50 (2), S. 222–231. DOI: 10.1111/imj.14330.
- Reeves, Scott; Pelone, Ferruccio; Harrison, Reema; Goldman, Joanne; Zwarenstein, Merrick (2017): Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. In: *The Cochrane database of systematic reviews* 6, CD000072. DOI: 10.1002/14651858.CD000072.pub3.
- Robert Bosch Stiftung (2018): Mit Eliten pflegen. Für eine exzellente, zukunftsfähige Gesundheitsversorgung in Deutschland. Online verfügbar unter <https://www.bosch-stiftung.de/de/publikation/mit-eliten-pflegen>, zuletzt geprüft am 28.05.2022.
- Salem, I.; Renner, W.; Schwarz, N. (2012): FTPS - Fragebogen zu Teamwork und Patientensicherheit. Unter Mitarbeit von Leibniz Institut für Psychologie (ZPID).
- Shah, Parth; Thornton, Imani; Turrin, Danielle; Hipskind, John E. (2022): StatPearls. Informed Consent. Treasure Island (FL).
- TeamSTEPPS (2015): TeamSTEPPS for Office-Based Care. Teamwork Attitudes Questionnaire. Online verfügbar unter <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/education/curriculum-tools/teamstepps/officebasedcare/handouts/teamattitude.pdf>, zuletzt geprüft am 28.05.2022.
- University of South Australia (2010): Evidence-based Practice Profil Questionnaire. Hg. v. Docplayer. Online verfügbar unter <https://docplayer.net/22724820-Evidence-based-practice-profile-questionnaire.html>, zuletzt geprüft am 14.02.2022.
- Ward, Marcia M.; Baloh, Jure; Zhu, Xi; Stewart, Greg L. (2017): Promoting Action on Research Implementation in Health Services framework applied to TeamSTEPPS implementation in small rural hospitals. In: *Health care management review* 42 (1), S. 2–13. DOI: 10.1097/HMR.000000000000086.
- Young, Taryn; Rohwer, Anke; Volmink, Jimmy; Clarke, Mike (2014): What are the effects of teaching evidence-based health care (EBHC)? Overview of systematic reviews. In: *PloS one* 9 (1), e86706. DOI: 10.1371/journal.pone.0086706.

Anhang 1: Ausschlusskriterien für Fragebogen

| Kategorien  | EBPq  | Fragebogen Prof. Köpke |
|---|---|------------------------|
| Frage kommt doppelt/ähnlich vor                       | 6, 8-10, 14-19, 21, 43, 45, 52-58, 59, 60, 65, 66 | 1.2, 1.10, 7.10, 7.14  |
| Frage ist zu spezifisch (setzt höheres Wissen voraus) | 22-38, 52-58                                      |                        |
| Frage zu allgemein für Thema                          | 3, 4  |                        |
| Frage nicht relevant für Thema                        | 14-19, 61-64, 73, 74                              | 1.15, 4.7, 5.1, 8, 9   |
| Voraussetzungen auf Station nicht erfüllt             | 47, 68, 69, 71, 72                                |                        |



Anhang 2: Fragebogen Köpke und Kolleg\*innen



UNIVERSITÄT ZU LÜBECK



## **Pflegepraxis & Pflegewissenschaft**

# **Befragung von Pflegekräften in Schleswig Holstein und Hamburg**

Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege  
Institut für Sozialmedizin  
Universität zu Lübeck  
Ratzeburger Allee 160  
D-23538 Lübeck  
Tel.: 0451 500-5464  
Fax: 0451 500-5964  
E-Mail: [sascha.koepke@uksh.de](mailto:sascha.koepke@uksh.de)

## **Liebe Kolleginnen und Kollegen.**

Immer wieder wird beklagt, dass die Pflegepraxis zu wenig auf Forschung beruht.

### **Wir möchten es genauer wissen. Darum ist Ihre Meinung gefragt!**

Mit dieser Befragung möchten wir herausfinden, wie Pflegekräfte in SchleswigHolstein und Hamburg über die Einbindung pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse in die tägliche Praxis denken und welche Erfahrungen sie damit machen. Die Ergebnisse sollen helfen, Strategien (z.B. Studienangebote) zu identifizieren, die dazu geeignet sind, die Pflegepraxis weiterzuentwickeln.

Mit Ihrer Teilnahme haben Sie die Möglichkeit, Ihre persönlichen Erfahrungen und Ideen in die Planung und Gestaltung dieser Strategien einzubringen. Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie sich etwas Zeit nehmen könnten, um die Fragen zu beantworten. Die Bearbeitung des Fragebogens wird ca. 15 Minuten in Anspruch nehmen.

**Wichtig:** Die Befragung erfolgt anonym, d.h. Ihre Antworten können nicht auf Ihre Person zurückgeführt werden. Der Fragebogen und die gesamte Studie sind von der Ethik-Kommission der Universität zu Lübeck positiv begutachtet worden. Bitte lesen Sie dazu auch die ausführliche Studieninformation.

Bei Fragen können Sie sich jederzeit an uns wenden.

Bitte senden Sie uns den ausgefüllten Fragebogen mit dem beiliegenden frankierten Rückumschlag bis zum ..... an uns zurück.

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Teilnahme.



Prof. Dr. Sascha Köpke

Studienleiter

**Frage 1: Das Wissen, das ich für meine Arbeit nutze, basiert auf ...**

|  | nie                      | selten                   | manchmal                 | häufig                   | immer                    |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ... Informationen, die ich über jeden Patienten als Individuum erhalte.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... meiner Intuition im Hinblick darauf, was als „richtig“ für den Patienten erscheint.                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... meiner im Laufe der Zeit erworbenen Erfahrung in der Pflege von Patienten.                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Informationen, die ich während der Pflegeausbildung erhalten habe  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... dem, was Ärzte oder Therapeuten mit mir besprechen.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... neuen Therapien und Medikamenten, von denen ich erfahre, nachdem Ärzte sie für Patienten angeordnet haben. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Artikeln, die in <b>medizinischen</b> Fachzeitschriften veröffentlicht wurden.                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Artikeln, die in <b>Pflege</b> fachzeitschriften veröffentlicht wurden.                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Informationen aus Lehrbüchern.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... dem, was sich für mich seit Jahren bewährt hat.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... dem, wie ich es schon immer gemacht habe.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Informationen, die wir unter Kollegen austauschen.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Informationen, die ich bei internen Fortbildungen und Kongressen erhalte.                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|  |                          |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ... Informationen, die ich aus Leitlinien und Standards erhalte.                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Informationen, die ich aus den Medien erhalte (z.B. Zeitschriften, Fernsehen, Internet). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Frage 2: Haben Sie während der letzten zwei Jahre in Ihrem beruflichen Alltag aktuelle Forschungsergebnisse genutzt?**

Ja     Nein     Weiß nicht

wenn ja, Ergebnisse zu... (bitte eintragen)

(z.B. Wundversorgung, Dekubitus- oder Sturzprophylaxe, Kommunikation)

---



---



---

**Frage 3:** (Anmerkung: Pflegewissenschaftliche Studien können Erkenntnisse hervorbringen, die dem widersprechen, was bisher in der Praxis Standard ist.)

**a. Sind Sie bereit, Forschungsergebnisse in die Praxis einzuführen, die dem widersprechen, was Sie ...**

|  | nein,<br>gar<br>nicht    |                          |                          |                          | ja, sehr                 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ... vor Ihrer Ausbildung gelernt haben?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... in Ihrer Ausbildung gelernt haben?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... an Ihrem Arbeitsplatz gelernt haben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**b. Wie oft kommt es vor, dass Sie tatsächlich auf der Grundlage von Forschungsergebnissen arbeiten, die dem widersprechen, was Sie ...**

|  | nie                      |                          |                          |                          | sehr oft                 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ... vor Ihrer Ausbildung gelernt haben?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... in Ihrer Ausbildung gelernt haben?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... an Ihrem Arbeitsplatz gelernt haben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Frage 4: Wie beurteilen Sie die folgenden Aussagen?**

Anmerkung: Mit "Forschung" ist hier jegliche (also auch z.B. medizinische und psychologische) Forschung gemeint.

|  | trifft definitiv nicht zu | trifft eher nicht zu     | weiß nicht               | trifft eher zu           | trifft definitiv zu      |
|--|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Im beruflichen Pflegealltag ist Forschung <b>nicht</b> relevant.                           | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Die Pflege sollte ein auf Forschung basierender Beruf werden.                              | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ihre beruflichen Aufgaben lassen Pflegekräften keine Zeit, Fachzeitschriften zu lesen.     | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Oft führt Forschung zu praktischen Fortschritten in der Pflege.                            | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| In der Praxis profitiert das Pflegepersonal von Forschungserfahrungen.                     | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| In der Praxis werden Forschungsergebnisse vom Pflegepersonal kaum umgesetzt.               | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pflegeforschung ist nur für die Ausbildung relevant, nicht aber für die berufliche Praxis. | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|  |                          |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ein Großteil des Pflegepersonals ist über Forschungsergebnisse informiert.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ihre beruflichen Aufgaben lassen Pflegekräften keine Zeit, Forschungsergebnisse in den beruflichen Alltag einzubinden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ihr Vorgesetzter unterstützt die Anwendung und Umsetzung von Forschungsergebnissen in der Praxis.                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Frage 5: Wie beurteilen Sie die folgenden Aussagen?**

|  | trifft definitiv nicht zu | trifft eher nicht zu     | weiß nicht               | trifft eher zu           | trifft definitiv zu      |
|--|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ich bin bereit, die Teilnahme an einer Tagung, die mich interessiert, von meinem eigenen Geld zu bezahlen.                     | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Neue Ideen für die Praxis sind spannend.   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich suche ständig nach neuen Informationen, die für meine Arbeit hilfreich sein könnten.                                       | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Auf dem neuesten Informationsstand zu sein, ist ein wichtiger Teil meiner Arbeit.  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich bin in der Lage, pflegerische Verfahren neu zu entwickeln oder bestehende zu verändern, damit sie meinen Patienten helfen. | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich mag es, Tätigkeiten auf neue Art anzugehen und in meine Arbeit einzubauen.   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|   |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ich finde es wichtig, dass es jetzt auch in Deutschland möglich ist, gleichzeitig das Pflegeexamen und einen Bachelorabschluss in Pflege zu erwerben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

**Frage 6: Glauben Sie, dass pflegewissenschaftliche Studien Ergebnisse liefern, die ...**

|  | nein,<br>gar<br>nicht    |                          |                          |                          | ja,<br>sehr              |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ... für Ihre Arbeit wirklich <b>relevant</b> sind?           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... von Ihnen <b>einfach anwendbar</b> sind?                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... in Ihrer täglichen Arbeit <b>sicher</b> verwendbar sind? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Frage 7: Was brauchen Sie, um auf Grundlage aktueller Forschung arbeiten zu können?**

|   | unwichtig                |                          |                          |                          | wichtig                  |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Pflegeexamen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pflegewissenschaftliches Studium  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Angebot von Fort- oder Weiterbildungen zu (Pflege-)Forschung              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Angebot von Kursen zu EBN ( <i>Evidence-based Nursing</i> )               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Unterstützung durch Vorgesetzte   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anteilige Freistellung für die Suche nach aktuellen Forschungsergebnissen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Langjährige Berufserfahrung   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|   |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Unterstützung durch Kolleginnen und Kollegen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Regelmäßige Treffen, bei denen aktuelle Ergebnisse aus der Pflegeforschung diskutiert werden („Journal Club“) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anteilige Freistellung für die Einführung neuer Erkenntnisse in die Praxis, z.B. einer Leitlinie              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Unterstützung durch ärztliche Kolleginnen und Kollegen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zugang zu Literaturdatenbanken am Arbeitsplatz (z.B. PubMed, DIMDI)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gute Englischkenntnisse   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zugang zu Online-Plattformen mit aktuellen pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Frage 8: Können Sie sich vorstellen, in den nächsten 5 Jahren ein pflegewissenschaftliches Studium zu beginnen?**

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Nein, ich habe bereits ein Studium abgeschlossen, nämlich (bitte eintragen):<br>.....<br>..... |
| <input type="checkbox"/> | Nein, ich studiere bereits, nämlich (bitte eintragen):<br>.....<br>.....                       |
| <input type="checkbox"/> | Nein, das kommt für mich nicht in Frage, weil (bitte eintragen):<br>.....<br>.....             |



|                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Weiß nicht.   |
| <input type="checkbox"/> | Ja, aber nur unter bestimmten Voraussetzungen, nämlich (bitte eintragen):<br>.....<br>..... |
| <input type="checkbox"/> | Ja, das habe ich fest vor.  |

**Frage 9: Wenn Sie planen, eventuell zu studieren: Wie ist Ihre Bereitschaft, ein Studium unter folgenden Bedingungen aufzunehmen?**

***Bitte nicht ausfüllen, wenn Sie bereits studieren!***

|   | keine<br>Bereit-<br>schaft |                          |                          |                          | hohe<br>Bereit-<br>schaft |
|---|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| Der Studiengang ist berufsbegleitend und dauert 2 Jahre.  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Die Studiengebühren betragen ca. 1000 Euro pro Semester.  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Der Studiengang ist ein Vollzeitstudiengang in im Umfang von 1,5 Jahren und erfordert die vorübergehende Aufgabe der Berufstätigkeit. | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Das Studium kostet insgesamt ca. 7000 Euro.   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |

|  |                          |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Das Studium soll Pflegekräfte für Schlüsselrollen in der täglichen Patientenversorgung qualifizieren z.B. Experten Intensivpflege, Onkologie, Geriatrie. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Die Kosten werden vom Arbeitgeber getragen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Zum Schluss noch einige Fragen zu Ihrer Person:**

**In welchem Jahr sind Sie geboren?** \_\_\_\_\_

**In welchem Jahr haben Sie Ihr Pflegeexamen gemacht?** \_\_\_\_\_

**Haben Sie eine Fachweiterbildung absolviert?**

Nein  Ja, nämlich \_\_\_\_\_

**Welches ist Ihr höchster Schulabschluss?**

Hauptschulabschluss

Realschulabschluss

Fachhochschulreife

Abitur

**Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!**



UNIVERSITY OF SOUTH AUSTRALIA

# Evidence-Based Practice Profile Questionnaire

The aim of this questionnaire is to collect data on evidence-based practice (EBP) knowledge, behaviours and attitudes

## *Survey instructions*

We would be very appreciative if you could please take some time to complete this survey.  
It will take 10-12 minutes to complete.  
Please circle one number in each line or tick/answer as requested.  
Comment on your responses as appropriate in the areas provided

Thank you for your time in completing this questionnaire



**Rate your RESPONSE to the following statements:**

|   | Not at all true | Not really true | Possibly true | Quite likely true | Very true |
|---|-----------------|-----------------|---------------|-------------------|-----------|
| 1. I understand what is meant by the term evidence-based practice (EBP) | 1               | 2               | 3             | 4                 | 5         |
| 2. I am aware of EBP in my profession                                   | 1               | 2               | 3             | 4                 | 5         |
| 3. My profession uses EBP as a framework                                | 1               | 2               | 3             | 4                 | 5         |
| 4. I am aware of current developments in EBP in my profession           | 1               | 2               | 3             | 4                 | 5         |

Do you have any comments about your responses?

**Rate your RESPONSE to the following statements:**

|   | No intention at all | Unlikely to consider doing it | Could consider doing it | Highly likely to consider doing it | Absolutely intend to do it/keep doing it |
|---|---------------------|-------------------------------|-------------------------|------------------------------------|--|
| 5. I intend to develop knowledge about EBP  | 1                   | 2                             | 3                       | 4                                  | 5  |
| 6. I intend to develop skills in accessing, acquiring and appraising evidence relevant to my area of practice | 1                   | 2                             | 3                       | 4                                  | 5  |
| 7. I intend to read relevant literature to update knowledge   | 1                   | 2                             | 3                       | 4                                  | 5  |
| 8. I intend to apply best available evidence findings to improve practice                                     | 1                   | 2                             | 3                       | 4                                  | 5  |

Do you have any comments about your responses?

**Rate your RESPONSE to the following statements:**

|   | Strongly<br>Disagree | Disagree | Neutral | Agree | Strongly<br>agree |
|---|----------------------|----------|---------|-------|-------------------|
| 9. Application of EBP is necessary in my work   | 1                    | 2        | 3       | 4     | 5                 |
| 10. Literature and research findings are useful in my day-to-day work   | 1                    | 2        | 3       | 4     | 5                 |
| 11. I need to increase the use of evidence in my daily work   | 1                    | 2        | 3       | 4     | 5                 |
| 12. I am interested in learning or improving the skills necessary to incorporate EBP into my work                                 | 1                    | 2        | 3       | 4     | 5                 |
| 13. EBP improves the quality of my work   | 1                    | 2        | 3       | 4     | 5                 |
| 14. EBP helps me make decisions about clients in my work  | 1                    | 2        | 3       | 4     | 5                 |
| 15. EBP does not take into account the limitations of my day-to-day work  | 1                    | 2        | 3       | 4     | 5                 |
| 16. There isn't much point in doing EBP because there is a lack of strong evidence to support most of the work I do               | 1                    | 2        | 3       | 4     | 5                 |
| 17. EBP does not take into account my clients' preferences  | 1                    | 2        | 3       | 4     | 5                 |
| 18. In making decisions about my professional work, I value clinical/field experience more than scientific studies                | 1                    | 2        | 3       | 4     | 5                 |
| 19. Workplace experience is the most reliable way to know what really works   | 1                    | 2        | 3       | 4     | 5                 |
| 20. Critical appraisal of the literature and its relevance to the client is not very practical in the real world of my profession | 1                    | 2        | 3       | 4     | 5                 |
| 21. Seeking relevant evidence from scientific studies is not very practical in the real world                                     | 1                    | 2        | 3       | 4     | 5                 |

Do you have any comments about your responses?

Rate your UNDERSTANDING of the following terms:

|  | Never heard<br>the term | Have heard it<br>but don't<br>understand | Have some<br>understanding | Understand<br>quite well | Understand<br>and could<br>explain to<br>others |
|--|-------------------------|--|----------------------------|--------------------------|---|
| 22. Relative risk                        | 1                       | 2  | 3                          | 4                        | 5   |
| 23. Absolute risk                        | 1                       | 2  | 3                          | 4                        | 5   |
| 24. Systematic review                    | 1                       | 2  | 3                          | 4                        | 5   |
| 25. Odds ratio                           | 1                       | 2  | 3                          | 4                        | 5   |
| 26. Meta analysis                        | 1                       | 2  | 3                          | 4                        | 5   |
| 27. Number needed to treat               | 1                       | 2  | 3                          | 4                        | 5   |
| 28. Confidence interval                  | 1                       | 2  | 3                          | 4                        | 5   |
| 29. Publication bias                     | 1                       | 2  | 3                          | 4                        | 5   |
| 30. Forest plot                          | 1                       | 2  | 3                          | 4                        | 5   |
| 31. Intention to treat                   | 1                       | 2  | 3                          | 4                        | 5   |
| 32. Statistical significance             | 1                       | 2  | 3                          | 4                        | 5   |
| 33. Minimum clinically worthwhile effect | 1                       | 2  | 3                          | 4                        | 5   |
| 34. Clinical importance                  | 1                       | 2  | 3                          | 4                        | 5   |
| 35. Randomised controlled trial (RCT)    | 1                       | 2  | 3                          | 4                        | 5   |
| 36. Dichotomous outcomes                 | 1                       | 2  | 3                          | 4                        | 5   |
| 37. Continuous outcomes                  | 1                       | 2  | 3                          | 4                        | 5   |
| 38. Treatment effect size                | 1                       | 2  | 3                          | 4                        | 5   |

Do you have any comments about your responses?

**IN THE PAST YEAR HOW OFTEN have you:**

|   | Never | Monthly or less | Fortnightly | Weekly | Daily |
|---|-------|-----------------|-------------|--------|-------|
| 39. Formulated a clearly answerable question that defines the client or problem, the intervention and outcome(s) of interest                      | 1     | 2               | 3           | 4      | 5     |
| 40. Tracked down the relevant evidence once you have formulated the question  | 1     | 2               | 3           | 4      | 5     |
| 41. Searched an electronic database   | 1     | 2               | 3           | 4      | 5     |
| 42. Critically appraised any literature you have discovered to determine the methodological quality   | 1     | 2               | 3           | 4      | 5     |
| 43. Integrated research evidence with your expertise  | 1     | 2               | 3           | 4      | 5     |
| 44. Considered your clients' preferences when making clinical/professional decisions  | 1     | 2               | 3           | 4      | 5     |
| 45. Read published research reports   | 1     | 2               | 3           | 4      | 5     |
| 46. Informally shared and discussed literature/research findings with others in your workplace  | 1     | 2               | 3           | 4      | 5     |
| 47. Formally shared and discussed literature/research findings with others in your department/practice (eg journal club, in-service presentation) | 1     | 2               | 3           | 4      | 5     |

Do you have any comments about your responses?

**Rate your CONFIDENCE in the following EBP activities:**

|   | Not at all confident | A little confident | Reasonably confident | Quite confident | Very confident |
|---|----------------------|--------------------|----------------------|-----------------|----------------|
| 48. Research Skills   | 1                    | 2                  | 3                    | 4               | 5              |
| 49. Computer skills   | 1                    | 2                  | 3                    | 4               | 5              |
| 50. Ability to identify gaps in your knowledge  | 1                    | 2                  | 3                    | 4               | 5              |
| 51. Ability to convert your information needs into clearly answerable questions   | 1                    | 2                  | 3                    | 4               | 5              |
| 52. Awareness of major information types and sources  | 1                    | 2                  | 3                    | 4               | 5              |
| 53. Ability to search an electronic database  | 1                    | 2                  | 3                    | 4               | 5              |
| 54. Ability to access evidence (get copies of articles or reports)  | 1                    | 2                  | 3                    | 4               | 5              |
| 55. Ability to critically analyse evidence against set standards ie quality scoring   | 1                    | 2                  | 3                    | 4               | 5              |
| 56. Ability to determine how valid (close to the truth) the material is   | 1                    | 2                  | 3                    | 4               | 5              |
| 57. Ability to determine how useful (clinically applicable) the material is   | 1                    | 2                  | 3                    | 4               | 5              |
| 58. Ability to apply information to individual cases (ie integrate research evidence with personal preferences, values, concerns, expectations) | 1                    | 2                  | 3                    | 4               | 5              |

Do you have any comments about your responses?



Rate your RESPONSE to the following statements:

|   | Strongly Disagree | Disagree | Neutral | Agree | Strongly Agree |
|---|-------------------|----------|---------|-------|----------------|
| 59. I want to learn new information   | 1                 | 2        | 3       | 4     | 5              |
| 60. I critically evaluate new ideas   | 1                 | 2        | 3       | 4     | 5              |
| 61. I have good management skills   | 1                 | 2        | 3       | 4     | 5              |
| 62. I solve problems using a plan   | 1                 | 2        | 3       | 4     | 5              |
| 63. I enjoy studying  | 1                 | 2        | 3       | 4     | 5              |
| 64. In my organisation, leaders continually look for opportunities to learn   | 1                 | 2        | 3       | 4     | 5              |
| 65. I make time to read research  | 1                 | 2        | 3       | 4     | 5              |
| 66. Insufficient time is one of the greatest barriers to the use of EBP in my clinical/professional practice                        | 1                 | 2        | 3       | 4     | 5              |
| 67. My workload is too great for me to keep up to date with all the new evidence  | 1                 | 2        | 3       | 4     | 5              |
| 68. The cost of information resources limits my use of EBP in my clinical/professional practice                                     | 1                 | 2        | 3       | 4     | 5              |
| 69. Easy access to computers dictates whether or not I practise EBP   | 1                 | 2        | 3       | 4     | 5              |
| 70. The resources available to me are adequate to undertake EBP   | 1                 | 2        | 3       | 4     | 5              |
| 71. Collective support amongst my colleagues is one of the greatest facilitators to my use of EBP in clinical/professional practice | 1                 | 2        | 3       | 4     | 5              |
| 72. Support from management is one of the greatest facilitators to my use of EBP in clinical/professional practice                  | 1                 | 2        | 3       | 4     | 5              |
| 73. Senior management/my employer requires me to use EBP  | 1                 | 2        | 3       | 4     | 5              |
| 74. I've just had a gutful of EBP   | 1                 | 2        | 3       | 4     | 5              |

Do you have any comments about your responses?



## Demographics

75. What is your age? \_\_\_\_\_
76. When is/was your final year as an undergraduate student? \_\_\_\_\_
77. Sex:  Female  Male
78. Are you currently working in the profession for which you have trained/are training?  
 YES  F/T  P/T  
 NO
79. What is that profession? \_\_\_\_\_
80. Which of the following best describes your MAIN work setting: (Tick one box only)  
 Public sector  Private sector  Academic  
 Community-based agency (Domiciliary Care, Community Centre, Charitable Institution)  
 Other (please specify) \_\_\_\_\_
81. Type of work: In which area have you mainly worked in the past year?  
(Tick one box only)  
 Managers (eg Health/Education Manager)  
 Education (eg teacher or educator at University, School)  
 Health (eg Diagnostic, Promotion, Therapy, Allied Health, Medical, Nursing)  
 Information, Communication, Technology  
 Legal, Social and Welfare  
 Arts and Media  
 Business, Human Resources and Marketing  
 Design, Engineering, Science and Transport  
 Other (please specify) \_\_\_\_\_
82. Please provide a brief overview of your work experience in the past 12 months:  
\_\_\_\_\_
83. Are you currently studying?  NO  
 YES  F/T  P/T
84. If YES, what are you studying? \_\_\_\_\_
85. What is your highest qualification attained? (Tick one box only)  
 Registered Nurse  Diploma  
 Post graduate certificate course  Graduate Diploma  
 Bachelor  Honours (Bachelor WITH Honours  
or Bachelor AND Honours degree)  
 Masters course work /Graduate Entry  PhD  
 Masters (Research)  
 Other (Please specify) \_\_\_\_\_
86. Have you formally undertaken any training in EBP?  NO  YES  
If YES: choose longest completed course if you have done more than one  
 EBP course as part of University education (Bachelor, Masters etc) >20 hrs  
 Short course 10 - 20 hours  
 Weekend course 3 - 10 hrs  
 Single lecture 1- 3 hrs
87. Is English your first language?  YES  NO

#### Anhang 4: Instrument zur Datenerhebung für Forschungsprojekt der Masterarbeit

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

in den letzten drei Monaten fand in unseren Stationsbesprechungen das Evidence-based-Nursing-Training (EBN-Training) im Rahmen meiner Masterarbeit statt. Dabei habt Ihr anhand eines selbstgewählten Beispiels die Methode des EBN kennengelernt und angewendet. Zuvor hattet Ihr einen von mir erstellten Fragebogen beantwortet. Ich würde Euch bitten, diesen nun zu wiederholen.

Die Teilnahme an der Befragung ist wie beim letzten Mal freiwillig und erfolgt anonym. Nach Abgabe des Fragebogens wird es also nicht möglich sein, Rückschlüsse auf die eigene Person zu ziehen. Zudem werden die erhobenen Daten vernichtet, sobald sie in ein elektronisches Format übertragen wurden. Ich bitte Euch darum, möglichst zahlreich an der Befragung teilzunehmen, sodass am Ende von jedem\*jeder Teilnehmer\*in ein Fragebogen aus Runde 1 und einer aus Runde 2 vorliegt. Bitte beachtet, dass der Fragebogen um drei Fragen ergänzt wurde, die sich speziell auf das EBN-Training beziehen. Die Bearbeitung des Fragebogens beansprucht ca. 10-15 Minuten.

Meine Masterarbeit gilt inhaltlich mit Erhalt der ausgefüllten Fragebögen als abgeschlossen. Dennoch würde ich mich freuen, wenn wir an den Ergebnissen des EBN-Trainings festhalten und die Umsetzung des Visitenkonzepts weiterhin verfolgen.

Bitte werft den Fragebogen ausgefüllt bis zum **20. Mai 2022** in mein Fach.

Bei Rückfragen stehe ich Euch gerne persönlich oder unter meiner E-Mail-Adresse ([anna.diller@\[REDACTED\].de](mailto:anna.diller@[REDACTED].de)) zur Verfügung.

Anna Diller

B.Sc. Pflege Dual

1. Das Wissen, das ich für meine Arbeit nutze, basiert auf...

|   | nie                      | selten                   | manchmal                 | häufig                   | immer                    |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ...Informationen, die ich über jede*n Patient*in als Individuum erhalte.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...meiner im Laufe der Zeit erworbenen Erfahrung in der Pflege von Patient*innen.                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...Informationen, die ich während der Pflegeausbildung erhalten habe.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...dem, was Ärzt*innen oder Therapeut*innen mit mir besprechen.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...neuen Therapien oder Medikamenten, von denen ich erfahre, nachdem Ärzt*innen sie für Patient*innen angeordnet haben. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...Artikeln, die in <b>medizinischen</b> Fachzeitschriften veröffentlicht wurden.                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...Artikeln, die in <b>Pflege</b> fachzeitschriften veröffentlicht wurden.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...Informationen aus Lehrbüchern.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...dem, wie ich es schon immer gemacht habe.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...Informationen, die wir unter Kolleg*innen austauschen.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...Informationen, die ich bei internen Fortbildungen und Kongressen erhalte.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...Informationen, die ich aus Leitlinien und Standards erhalte.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. Hast du während der letzten zwei Jahre in deinem beruflichen Alltag aktuelle Forschungsergebnisse genutzt?

Ja                       Nein                       Weiß nicht

Wenn ja, Ergebnisse zu... (bitte eintragen)

(z.B. Dekubitusprophylaxe, Wundversorgung, Kommunikation usw.)

---



---



---

In der Pflegewissenschaft gibt es Methoden, die vorsehen, vor Beginn der Literaturrecherche zu einem Thema eine genaue Forschungsfrage zu formulieren, um so klar festzulegen, was mithilfe der Recherche untersucht werden soll.

### 3. Wie oft hast du in den letzten 12 Monaten...

|  | nie                      | monatlich                | 14-tägig                 | wöchentlich              | täglich                  |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ...eine klare Forschungsfrage formuliert, die das Problem des*der Patient*in, die Intervention und das Pflegeziel enthält? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...nach geeigneter Literatur zu einer Forschungsfrage recherchiert?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...eine elektronische Datenbank nach Ergebnissen durchsucht?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...Literatur kritisch begutachtet, um die Qualität zu beurteilen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...die Wünsche ihrer Patient*innen bei Entscheidungen über den Pflegeprozess mit einbezogen?                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...Forschungsergebnisse mit Kolleg*innen geteilt und diskutiert?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. Pflegewissenschaftliche Studien können Erkenntnisse hervorbringen, die dem widersprechen, was bisher in der Praxis Standard ist.

a) Bist du bereit, Forschungsergebnisse in die Praxis einzuführen, die dem widersprechen, was du...

|  | nein, gar nicht          | eher nein                | weiß nicht               | eher ja                  | ja, sehr                 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ... <b>vor</b> deiner <b>Ausbildung</b> gelernt hast?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... <b>in</b> deiner <b>Ausbildung</b> gelernt hast?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... <b>an</b> deinem <b>Arbeitsplatz</b> gelernt hast? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

b) Wie oft kommt es vor, dass du tatsächlich auf der Grundlage von Forschungsergebnissen arbeitest, die dem widersprechen, was du...

|  | nie                      | selten                   | weiß nicht               | oft                      | sehr oft                 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ... <b>vor</b> deiner <b>Ausbildung</b> gelernt hast?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... <b>in</b> deiner <b>Ausbildung</b> gelernt hast?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... <b>an</b> deinem <b>Arbeitsplatz</b> gelernt hast? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. Wie beurteilst du folgende Aussagen? (Anmerkung: Mit „Forschung“ ist hier jegliche Forschung gemeint, also auch z.B. medizinische oder psychologische)

|   | trifft definitiv nicht zu | trifft eher nicht zu     | weiß nicht               | trifft eher zu           | trifft definitiv zu      |
|---|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Im beruflichen Pflegealltag ist Forschung nicht relevant.   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Die Pflege sollte ein auf Forschung basierender Beruf werden.   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ihre beruflichen Aufgaben lassen Pflegekräften keine Zeit, Fachzeitschriften zu lesen.                                | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich würde wissenschaftliche Artikel lesen, wenn sie mir zur Verfügung stehen.   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Oft führt Forschung zu praktischen Fortschritten in der Pflege.   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Das Pflegepersonal profitiert von Forschungserfahrung.  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| In der Praxis werden Forschungsergebnisse vom Pflegepersonal kaum umgesetzt.  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ein Großteil des Pflegepersonals ist über Forschungsergebnisse informiert.  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ihre beruflichen Aufgaben lassen Pflegekräften keine Zeit, Forschungsergebnisse in den beruflichen Alltag einzubinden | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ihr Vorgesetzter unterstützt die Anwendung und Umsetzung von Forschungsergebnissen in der Praxis                      | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|  | trifft de-<br>finitiv<br>nicht zu | trifft<br>eher<br>nicht zu | weiß<br>nicht            | trifft<br>eher zu        | trifft de-<br>finitiv<br>zu |
|--|-----------------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| Neue Ideen für die Praxis sind spannend.   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
| Ich suche ständig nach neuen Informationen, die für meine Arbeit hilfreich sein könnten.   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
| Auf dem neuesten Informationsstand zu sein, ist ein wichtiger Teil meiner Arbeit.  | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
| Ich bin in der Lage, pflegerische Verfahren neu zu entwickeln oder bestehende so zu verändern, dass sie meinen Patient*innen helfen. | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
| Ich mag es, Tätigkeiten auf neue Art anzugehen und in meine Arbeit einzubauen.   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
| Ich kenne und verstehe den Begriff Evidence-based Nursing (EBN).   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
| Ich berücksichtige EBN in meiner täglichen Arbeit.   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
| Ich möchte gerne mehr über EBN lernen.   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
| Ich würde gerne Fähigkeiten zum wissenschaftlichen Arbeiten erlernen oder verbessern.  | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
| EBN verbessert die Qualität meiner Arbeit.   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
| Ich finde es wichtig, dass es jetzt auch in Deutschland möglich ist, einen Bachelor-Abschluss in Pflege zu erwerben.                 | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |

6. Glaubst du, dass pflegewissenschaftliche Studien Ergebnisse liefern, die...

|  | nein,<br>gar<br>nicht    | eher<br>nicht            | weiß<br>nicht            | eher ja                  | ja, sehr                 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ...für deine Arbeit wirklich <b>relevant</b> sind?           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...von dir <b>einfach anwendbar</b> sind?                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...in deiner täglichen Arbeit <b>sicher</b> verwendbar sind? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7. Was brauchst du, um auf Grundlage aktueller Forschung arbeiten zu können?

|   | unwichtig                | eher unwichtig           | weiß nicht               | eher wichtig             | wichtig                  |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Pflegeexamen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pflegewissenschaftliches Studium  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Angebot von Fort- und Weiterbildung zu (Pfleger-) Forschung   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Angebot von Kursen zu EBN (Evidence-based Nursing)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Unterstützung durch Vorgesetzte   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anteilige Freistellung für die Suche und Einführung aktueller Forschungsergebnisse.                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Langjährige Berufserfahrung   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Unterstützung durch pflegerische Kolleg*innen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Regelmäßige Treffen, bei denen aktuelle Ergebnisse aus der Pflegeforschung diskutiert werden („Journal Club“) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Unterstützung durch ärztliche Kolleg*innen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gute Englischkenntnisse   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zugang zu Literaturdatenbanken am Arbeitsplatz  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8. Wie würdest du deine Fähigkeiten in den folgenden Bereichen einschätzen? (Fähigkeiten einschätzen, die durch Training gewachsen sind und die im Training geübt wurden)

|   | nicht vorhanden          | unsicher                 | es geht                  | ganz gut                 | sehr sicher              |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Eigene Wissenslücken erkennen                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Benötigte Informationen in klare Forschungsfragen übertragen    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Evidenzbasierte Literatur finden                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Maßnahmen aus der Literatur ableiten und in die Praxis umsetzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |





Zeitmangel

sonstiges: \_\_\_\_\_

Hast du noch Anmerkungen zum EBN-Training, welche du gerne mitteilen würdest?

---

---

---

---

---

Vielen Dank für deine Teilnahme!

## Anhang 5: Exposé zum Antrag zur Genehmigung der Masterarbeit

Sehr geehrte Damen und Herren,

Evidence-based Nursing (EBN) bezeichnet eine Forschungsmethode, welche es dem\*der Nutzer\*in ermöglichen soll, das beste verfügbare Wissen zu finden und in der Praxis anzuwenden. In Zeiten der Förderung der sozialen Teilhabe pflegebedürftiger Menschen und der Gestaltung einer individuellen Versorgung der Patient\*innen gilt EBN nicht als reine Forschungsmethode, sondern bildet eine Art Leitbild, nach dem professionelles Handeln Pflegender und die Berücksichtigung der Individualität der Patient\*innen Hand in Hand erfolgen sollen. EBN ermöglicht es jeder Pflegekraft, ob akademisiert oder nicht, Belege für Maßnahmen selbstständig zu überprüfen und sich seines eigenen Verstandes zu bedienen. (Behrens J und Langer G 2010)

Allerdings fallen unter fünf Prozent der Pflegefachkräfte in Deutschland ihre pflegerischen Entscheidungen auf Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse. Viel häufiger entscheidet sich Pflegepersonal für bestimmte Maßnahmen, indem es sich auf eine langjährige Erfahrung beruft oder mit Kolleg\*innen austauscht. (Fleischmann et al. 2017b) Berufserfahrung und kollegialer Austausch sollten in einer guten pflegerischen Betreuung nicht fehlen. Da eine evidenzbasierte Pflegepraxis jedoch erwiesenermaßen zu einer gesundheitlichen Verbesserung der Patient\*innen sowie zu einer höheren Versorgungsqualität und zu reduzierten Kosten im Gesundheitswesen führt, ist es notwendig, EBN in die direkte Patientenversorgung zu integrieren und den Pflegenden kompetente „Übersetzer“ zur Seite zu stellen, welche sie bei diesem Vorgang unterstützen. (Meyer et al. 2013)

Auf Basis dieser Datenlage ist es das Ziel meiner Masterarbeit, zu ermitteln, wie verankert wissenschaftliches Arbeiten im Alltag von Pflegekräften ist. Ich möchte erheben, woher Pflegefachkräfte ihr Wissen beziehen, wie sie der Nutzung von Forschungsergebnissen gegenüber eingestellt sind und wie realistisch sie das Beschaffen derartiger Ergebnisse sowie deren Umsetzung in die Praxis sehen. Mithilfe der Antworten soll es möglich sein, zu ermitteln, wie die Integration pflegewissenschaftlicher Methoden in den Praxisalltag gelingen kann. Durch den Masterstudiengang Advanced Nursing Practice (ANP) werden seit einigen Jahren Pflegefachkräfte akademisch ausgebildet, deren Tätigkeit schwerpunktmäßig in der Pflegepraxis liegt. Die Advanced Practice Nurses (APN) verfügen über ausreichende Kompetenzen im wissenschaftlichen Arbeiten, um andere Pflegende im Umgang mit EBN zu unterstützen und zu schulen und können somit die Rolle des „Übersetzers“ einnehmen. (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe 2019b)

Zur Datenerhebung ist zu Beginn eine Befragung aller Pflegefachkräfte der Station            geplant. Der dazu genutzte Fragebogen wurde aus zwei bereits existierenden Fragebögen

zusammengestellt: dem „Evidence-based Practice Profile Questionnaire“ (EBPq) der Universität Süd Australiens und dem Assessment zur Befragung von Pflegekräften in Schleswig-Holstein und Hamburg von Herrn Professor Sascha Köpke. Der EBPq wurde original auf Englisch veröffentlicht und wird zum Zweck der Mitarbeiterbefragung ins Deutsche übersetzt. Er zeichnet sich vor allem durch einen guten methodischen, psychologischen Ansatz aus und soll es Studierenden und Lehrenden ermöglichen, selbstständig Daten zu EBN-Kompetenzen zu erheben. Die Retest-Reliabilität des EBPq wird als moderat bis gut eingestuft, die Validität als gut. Im Vergleich zu anderen Assessments, die angeben, gleiche Faktoren zu messen, erzielt der EBPq eine hohe konvergente Validität. (McEvoy et al. 2010)

Herr Professor Sascha Köpke und Kolleg\*innen erarbeiteten 2013 einen eigenen Fragebogen auf Grundlage bereits existierender Instrumente, um pflegerische Sichtweisen für die Implementierung einer evidenzbasierten Praxis zu erfassen. Die Endfassung des Fragebogens enthält Teile bereits umfassend validierter Instrumente und eigene Items, da kein Assessment auf das Forschungsvorhaben vollständig übertragbar war. Die selbstständig erarbeiteten Items wurden von Pflege- und Gesundheitswissenschaftlern auf ihre Validität, sowie auf zwei Stationen auf ihre Durchführbarkeit und Beantwortbarkeit geprüft. (Köpke et al. 2013)

Für mein geplantes Forschungsvorhaben wurde aus beiden Assessmentinstrumenten, dem EBPq und Herrn Prof. Köpkes Instrument, gezielt Fragen ausgewählt, welche für das Thema und die entsprechende Zielgruppe zutreffend sind und um eigene Inhalte ergänzt. Die alleinige Anwendung eines bereits existierenden Fragebogens erschien mir nicht sinnvoll, da manche Items nicht zu der Abteilung passen, welche für die Befragung ausgewählt wurde.

Nach der ersten Befragungsrunde ist eine Art „Training“ zum Thema EBN im Rahmen von drei Stationsbesprechungen geplant. Unsere Stationsleitung hat mir freundlicherweise jeweils 45 Minuten der nächsten drei Stationsbesprechungen für dieses Vorhaben zugesagt. In diesen Besprechungen ist es das Ziel, gemeinsam mit allen Anwesenden eine genaue Fragestellung zu einem bestimmten Thema nach dem PICO-Modell zu formulieren und diese zu beantworten. Die Kolleg\*innen erfahren in einer kurzen Präsentation, worauf es beim Formulieren einer Forschungsfrage ankommt und führen diesen Schritt anschließend in einer Gesprächsrunde durch. Insgesamt sollen in den drei Stationsbesprechungen alle sechs Schritte des EBN durchlaufen werden, sodass zum Abschluss eine oder mehrere pflegerische Maßnahmen abgeleitet und in die Praxis implementiert werden können. Die sechs Schritte des EBN lauten dabei:

- Aufgabenklärung
- Fragestellung formulieren
- Literaturrecherche
- Kritische Beurteilung

- Implementierung
- Evaluation (Fleischmann et al. 2017b)

Nach Abschluss dieses Trainings werden alle Teilnehmenden gebeten, den Fragebogen erneut auszufüllen. So soll ein Veränderungsprozess sichtbar gemacht und die Effektivität des Trainings untersucht werden.

Das geplante Thema habe ich bereits bei der Pflegedienstleitung und dem Leiter der Stabstelle Pflegeentwicklung vorgestellt und von beiden Zuspruch erhalten. Ich würde mich daher freuen, wenn Sie mir die Genehmigung für mein Forschungsvorhaben erteilen würden und ich auch von Ihnen ein positives Feedback erhalte. Die Ergebnisse, welche aus dem Projekt hervorgehen, könnten als Grundlage für eine wissenschaftlich fundiertere Pflegepraxis auf unserer Station dienen, auf der zukünftig weiter aufgebaut werden kann.

Ich freue mich auf Ihre Rückmeldung und stehe Ihnen bei Fragen jederzeit gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen,

Anna Diller

Station ■■■, B.Sc. Pflege Dual

## Literaturverzeichnis

Behrens J; Langer G (Hg.) (2010): Handbuch Evidence-based Nursing. Externe Evidence für die Pflegepraxis. 1. Aufl. Bern: Huber (Pflegeforschung, Pflegepraxis). Online verfügbar unter <http://elibrary.hogrefe.de/9783456947860/>.

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2019): Advanced Practice Nursing. Pflegerische Expertise für eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung. Online verfügbar unter <https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Advanced-Practice-Nursing-Broschuere-2019.pdf>, zuletzt geprüft am 28.10.21.

Fleischmann, Nina; Seismann-Petersen, Swantje; Dichter, Martin (2017): Einfach Besser Nursen. In: *Altenpflege Management*, S. 26–29. Online verfügbar unter [https://www.dbfk.de/media/docs/regionalverbaende/rvnw/pdf/AP\\_08\\_2017\\_Pflegemanagement\\_Dichter\\_Evidenz.pdf](https://www.dbfk.de/media/docs/regionalverbaende/rvnw/pdf/AP_08_2017_Pflegemanagement_Dichter_Evidenz.pdf).

Köpke, Sascha; Koch, Frauke; Behncke, Anja; Balzer, Katrin (2013): Einstellungen Pflegender in deutschen Krankenhäusern zu einer evidenzbasierten Pflegepraxis. In: *Pflege* 26 (3), S. 163–175. DOI: 10.1024/1012-5302/a000289.

McEvoy, Maureen Patricia; Williams, Marie T.; Olds, Timothy Stephen (2010): Development and psychometric testing of a trans-professional evidence-based practice profile questionnaire. In: *Medical teacher* 32 (9), e373-80. DOI: 10.3109/0142159X.2010.494741.

Meyer, Gabriele; Balzer, Katrin; Köpke, Sascha (2013): Evidenzbasierte Pflegepraxis--Diskussionsbeitrag zum Status quo. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 107 (1), S. 30–35. DOI: 10.1016/j.zefq.2012.12.001.

## Stationsbesprechung

am 23.02.22

im Rahmen des Projekts

„Evidence-based Nursing“

### 1. **Was ist Evidence-based Nursing (EBN)?**

- Ermöglicht Pflegenden qualitativ hochwertige Pflege zu erbringen
- Vereint **wissenschaftliche Erkenntnisse** mit **klinischer Expertise** (Erfahrung Pflegender), **Patientenwünschen** und **Werten/Kultur**

Das bedeutet:

- Problem benennen,
- Maßnahmen planen (unter Berücksichtigung der Literatur, Erfahrungen & Wünsche),
- Maßnahmen zu einem späteren Zeitpunkt evaluieren (Effektivität messen)

### 2. **Warum EBN?**

- EBN verhilft zu kritischerem Denken: Pflegefachkräfte hinterfragen und reflektieren mehr, Forschungsergebnisse werden häufiger in die pflegerische Praxis einbezogen
- EBN verhilft, gesetzlichen Ansprüchen gerecht zu werden: die pflegerische Versorgung sollte immer auf neuestem Stand sein (Patient\*innen sollten sich dessen sicher sein können, was Vertrauen schafft)
- EBN stärkt die Berufsgruppe Pflege durch selbst angeeignetes Wissen

### 3. **Was ist die heutige Aufgabe?**

- Erste Vorstellung von EBN bekommen (zum besseren Verständnis wird Theorie nur kurz besprochen)
- EBN-Prozess anhand eines selbstgewählten Beispiels beginnen (Fortführung in zwei weiteren Besprechungen)

### **Ein Thema finden:**

Welchen Bereich wollen wir behandeln (Urologie, interdisziplinäre Zusammenarbeit, allgemeine pflegerische Themen)?

- Thema kann aus aktuellen Fachzeitschriften kommen

- Welches Interesse hat unser Krankenhaus?
- Was sagt unser Beschwerdemanagement?
- Was äußern Patient\*innen für Wünsche/Anliegen?
- Welche Ideen hat unser Team?

WICHTIG: Thema mit Pflegerelevanz!



## Protokoll zur Stationsbesprechung (1/3)

vom 23.02.2022

im Rahmen des Projekts

„Evidence-based Nursing“

### **Anwesende:**

P. H.

J. W.

M. S.

L. G.

A. R.

A. D.

S. K.

M. N.

T. H.

H. Y.

W. D.

## TOP 1: Evidence-based Nursing (EBN): Was und wozu?

Zu EBN werden erstmal nur wenige Informationen gegeben, geübt wird in den anstehenden drei Stationsbesprechungen anhand eines Beispiels, welches heute festgelegt werden soll. Mit Abschluss der drei Besprechungen findet eine Wiederholung des Fragebogens statt. Die Teilnahme oder zumindest das Lesen des Protokolls der Stationsbesprechungen ist eine wichtige Voraussetzung, um den Fragebogen ein zweites Mal ausfüllen zu können. Nur so kann der Veränderungsprozess aufgezeigt werden, den das „EBN-Training“, das in den drei Stationsbesprechungen stattfinden wird, hoffentlich bewirkt.

Kurzer Überblick:

- EBN ist eine **Forschungsmethode**
- Bezieht verschiedene Aspekte ein (**Literatur, Erfahrung Pflegender & Patientenwünsche**)
- Erhöht **Qualität** der Pflege
- Hilft, **gesetzlichen Ansprüchen** gerecht zu werden („**Clinical Governance**“: Gesellschaft und Politik erwarten von Pflegenden immer **richtiges Handeln** und **allumfassendes Wissen**, was durch EBN gewährleistet werden kann)
- Durch EBN **reflektieren und hinterfragen** Pflegende mehr („Das haben wir schon immer so gemacht.“, soll abgelöst werden von: „Gibt es eine bessere Möglichkeit?“)

## TOP 2: Themenfindung

Es findet ein Austausch aller Anwesenden darüber statt, welches Thema für die Station interessant wäre und wovon Patient\*innen und Mitarbeiter\*innen am meisten profitieren könnten. Vorschläge kommen von:

**T:** Fachfremde Pflege – welche Risiken bringt ein ständiger Wechsel der Fachabteilungen für Patient\*innen aber auch fürs Personal mit sich und welche Lösungsansätze gibt es?

**H:** Corona – wie kann das Pflegepersonal bei ständig wechselnden Fachrichtungen und Coronaregeln den Überblick behalten, weiterhin sicher auftreten und eine Vertrauensbasis zum\*zur Patient\*in schaffen (Unsicherheit des Pflegepersonals beeinflusst Patientenbeziehung)

**L/ W:** Interdisziplinäre Zusammenarbeit – wie kann eine Kommunikation mit dem urologischen ärztlichen Personal gelingen, aus der Patient\*innen den größten Nutzen ziehen und welche die berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit nachhaltig verbessert?

**A:** Ruftastenbenutzung – welche Maßnahmen führen zu reduzierter Benutzung der Patientenruftaste?

**A:** Windelassoziierte Dermatitis – Assessment zum richtigen Diagnostizieren und Maßnahmen zur Prävention und Therapie

Die Anwesenden einigen sich auf das Thema der **interdisziplinären Zusammenarbeit**. Es wird eingeräumt, dass es schon diverse Versuche gab, die Zusammenarbeit und Kommunikation zu verbessern, die in der Vergangenheit jedoch nur zu kurzzeitigen Verbesserungen geführt haben. Alle Anwesenden schreiben dem Thema jedoch weiterhin eine sehr hohe Relevanz zu, da die Station inklusive der Patient\*innen von einer Verbesserung der Situation sehr

profitieren würde. Um das Thema nicht zu groß aufzuziehen, wird sich für das EBN-Training auf die Bereiche **Visite** und **Kommunikation** geeinigt.

Die größten **Probleme** werden in folgenden Bereichen gesehen:

- Ständig neue Arztanordnungen über den gesamten Dienst verteilt (Unübersichtlichkeit, mangelnde Organisationsmöglichkeit)
- Schlechte Planbarkeit der Kurvenvisite aufgrund von Zugängen, Operationen usw.
- Keine Kontinuität/Stabilität bei Visite: Visite beginnt zu 8. und endet zu 3.
- Chef möchte, dass Pflege bei Visite gleichwertig ist, funktioniert aber nicht bei Visite mit 8 Personen
- Zu wenig Zeit beim einzelnen Patienten (Pat hat keine Zeit, Fragen zu stellen oder traut sich oft nicht vor so vielen Ärzten; Pflege hat oft keine Gelegenheit, Probleme anzusprechen)

### **TOP 3: Ausblick auf nächste Stationsbesprechung**

Für die nächste Stationsbesprechung, welche am 23.03.22 online stattfindet, wird Fachliteratur zum Thema Visite und interdisziplinäre Kommunikation recherchiert. In der nächsten Besprechung sollen basierend auf den Studienergebnissen im Team Maßnahmen für eine bessere Zusammenarbeit erarbeitet und ein Konzept erstellt werden. Durch die Literatur erhält das Pflegepersonal eine Grundlage zur Argumentation gegenüber des ärztlichen Personals.

**Vorschläge** für geplantes Konzept:

- Feste Anzahl an Personen bei Visite von Anfang bis Ende
- Evtl. Änderung des Vorgehens bei Visite (Ärzt\*innen gehen 7:30 Uhr Visite, Stationsärzte danach mit Pflege)
- Zukünftig zwei Ärzt\*innen auf Station
- Feste Einführung einer Kurvenvisite
- Regelmäßig gemeinsame Stationsbesprechungen (Pflege & Medizin)
- „Huddle Board“/ „Whiteboard“: morgens und nachmittags 5-minütige Versammlung und Austausch an Übersichtstafel
- Bereichstelefon: Regeln zur Benutzung
- Assistenzärzte bei Konzepterstellung einbeziehen, da von ihnen die Umsetzung abhängt!
- Pflegerelevanz: Ärzt\*innen sollen Gelegenheit haben, störende Faktoren anzusprechen, aber Verbesserung der pflegerischen Situation steht im Vordergrund
- Unterstützung der Pflegedirektion/-wissenschaft einholen
- Konsequente Umsetzung des neuen Konzepts von JEDEM

## Protokoll zur Stationsbesprechung (2/3)

vom 23.03.2022

im Rahmen des Projekts

„Evidence-based Nursing“

**Anwesende:**

R. B.

J. W.

B. W.

L. G.

A. R.

M. V.

T. S.

M. N.

A. D.

M. S.

W. D.

## **TOP 1: Vorstellen der Literaturrecherche und Präsentation der Ergebnisse**

Zu Beginn der Stationsbesprechung werden die Ergebnisse der Literaturrecherche zum Thema „Rahmenbedingungen für eine patientenorientierte Visite“ vorgestellt. Die Literatur belegt einen klaren Vorteil multidisziplinärer Visiten und begründet diesen mit einer verbesserten Kommunikation, einem höheren Informationsaustausch sowie einer größeren Mitarbeiter- und Patientenzufriedenheit. Die recherchierten Studien empfehlen für eine interdisziplinäre Visite folgende Punkte:

- Standardisierte Visiten: Nutzung von Checklisten und Assessments (z.B. ISBAR), feste Zeiten, konstante Teilnehmerzahl
  - Übungen in der Praxis zur Festigung neuer Methoden (z.B. Rollenspiel, Simulation zur Anwendung von ISBAR)
  - Formulieren von Tageszielen: Nahziele werden während der Visite mit Patient\*innen vereinbart, evaluiert und angepasst, falls sie nicht erreicht werden konnten
  - Einführung eines Visitenaufklebers: beinhalten wichtigste Punkte, die bei Visite besprochen werden sollten, verhindern, dass Wichtiges übersehen wird
  - Kurzes Briefing vor Visite: Zusammenkommen von Ärzte- und Pflegepersonal vor der Visite, um Patientenstatus zu besprechen
  - Einbezug aller Anwesenden: konstante Anwesenheit wichtig (vorher festlegen, wer Visite begleitet), jeder erhält Chance, seine Expertise einzubringen
  - Förderung des Teamzusammenhalts: geschützten Rahmen für Visite schaffen, ermutigendes Feedback anstatt persönlicher Kritik und Ablehnung
  - Geteilte Führung: Visite wird von beiden Berufsgruppen gemeinsam geführt, nicht von einer allein
- ➔ Die erfolgreiche Einführung einer multidisziplinären Visite ist herausfordernd und erfordert viel Engagement und Anstrengung von jedem\*jeder Mitarbeiter\*in
- ➔ Die Implementierung kann nur mit der Unterstützung der Führungskräfte gelingen

## **TOP 2: Diskussionsrunde zur Übertragbarkeit der Ergebnisse auf Praxis**

Im Anschluss an die Präsentation der Ergebnisse folgt eine Diskussionsrunde, in der die Anwesenden darum gebeten werden, die Studienergebnisse hinsichtlich ihrer Umsetzbarkeit auf Station zu bewerten und von ihren eigenen Erfahrungen zu berichten. Zudem wird beraten, welche anderen Perspektiven zur Einführung eines neuen Visitenkonzepts noch einzuholen sind und ob noch andere Ideen vorliegen. Im Folgenden wird ein Überblick über die einzelnen Diskussionspunkte gegeben:

### Standardisierte Visiteninstrumente (z.B. ISBAR)

Positive Rückmeldungen:

- „roter Faden“ hilft dabei, keine Informationen auszulassen
- führt immer wieder zu Wesentlichem zurück

Mögliche Barrieren:

- muss gut geübt werden
- Zeitdruck und Personalmangel können tägliche Anwendung behindern, wenn sich nicht konsequent an neues Konzept gehalten wird

## Briefing vor Visite

Positive Rückmeldungen:

- ärztliches Personal bereitet sich auf Visite vor, Fragen, welche von Pflege kommen, wurden vorher häufig schon ohne interdisziplinäre Absprache geklärt → gemeinsame Besprechung vor Visite unterstützt Informationsaustausch und ist für Medizin und Pflege wichtig

Mögliche Barrieren:

- Briefing würde morgens kollidieren mit OP-Fahrten, Patientenaufnahmen, Vitalzeichenmessung uvm. → regelmäßiges Briefing kann so nicht gewährleistet werden
- Umstrukturierung des Tagesablaufs erforderlich: Akzeptanz könnte auf ärztlicher Seite Herausforderung darstellen, beachten, niemandem „auf die Füße zu treten“ durch Vorschlag eines neuen Konzepts

## Konstante Anzahl an Visitennehmer\*innen/ kleinere Visiten

Positive Rückmeldungen:

- Patient\*innen vergessen bei großen Visiten häufig Fragen oder wirken überfordert
- Persönlicheres Verhältnis bei weniger Visitennehmer\*innen zu Patient\*innen
- Visitenkonzept von 6-8 Personen womöglich überholt? → Entlastung des Chefarztes und der Oberärzte, indem evtl. nur 1-2x/Woche Chefarztvisite
- hektische Visiten durch OP-Termine, zu denen Ärzt\*innen Visite verlassen müssen, können verhindert werden, indem von Anfang an nur die teilnehmen, die für die gesamte Visite bleiben können

In der Diskussionsrunde wird zudem angemerkt, dass es wichtig ist, die Perspektive der Ärzt\*innen einzuholen und ihnen kein fertiggestelltes Konzept vorzulegen, sondern in einen Austausch zu treten und ein gemeinsames Konzept zu erstellen. Da es das Ziel ist, die Visite zukünftig als Teamleistung zu erbringen, ist die Unterstützung des ärztlichen Personals eine wichtige Voraussetzung für die Implementierung eines neuen Modells. Bezüglich der Briefings vor den Visiten wird mehrfach angemerkt, dass eine Umstrukturierung des Tagesablaufs notwendig ist, um derartige Besprechungen zu ermöglichen. Denkbare Lösungen wären die Aufteilung der Visite in eine rein ärztliche Visite morgens um 7:30 Uhr und eine spätere interdisziplinäre Visite mit den betreuenden Ärzt\*innen und Pflegefachkräften oder das Verlegen der Vitalzeichenmessung etc. zu einem späteren Zeitpunkt. Womöglich wäre eine Betreuung der Patient\*innen durch zwei Stationsärzt\*innen denkbar, sodass die Visite unabhängig vom Operationsplan stattfinden kann.

## **TOP 3: Ausblick auf nächste Stationsbesprechung**

Für das weitere Vorgehen sind sich die Anwesenden einig, dass es notwendig ist, die Perspektive der Urolog\*innen einzuholen. Dazu soll ein Gesprächstermin mit dem Oberarzt Herrn Dr. P. vereinbart werden. Des Weiteren werden die Statistiken des Beschwerdemanagements gesichtet, um vorliegende Beschwerden über Stationsabläufe einbeziehen zu können. Bis zur nächsten Stationsbesprechung am 28.04.22 werden die Anwesenden gebeten, die aktuelle

Tagesstruktur auf Station zu überdenken und Vorschläge vorzubereiten, wie eine Umstrukturierung aussehen müsste, um Raum für ein neues Visitenkonzept bieten zu können.

## Protokoll zur Stationsbesprechung (3/3)

vom 28.04.2022

im Rahmen des Projekts

„Evidence-based Nursing“

**Anwesende:**

B. W.

A. R.

M. V.

T. S.

S. K.

H. G.

A. A.

M. S.

E. P.

A. D.



## TOP 1: Planung eines vorläufigen Visitenkonzepts anhand der Literaturergebnisse

### Konstante Teilnehmerzahl während der Visite

- Vorher Teilnehmer\*innen festlegen
- Visite kleiner gestalten (große Visite nicht täglich)
- Aufteilung der 24 Patient\*innen vormittags auf zwei Stationsärzt\*innen (mehr Zeit für Entlassungsbriefe, E kann rechtzeitig erfolgen, mehr Zeit für Visite)
- 2. Visite mit Stationsärzt\*innen und Bezugspflegekraft

Eine konstante Teilnehmerzahl während der Visite verhindert Unterbrechungen durch Teilnehmer\*innen, welche aufgrund von OP oder Anrufen die Visite zwischenzeitlich verlassen müssen. Die Aufteilung der 24 Patient\*innen unter zwei Stationsärzt\*innen ermöglicht eine zweite Visite, die nacheinander erfolgen kann, sodass die Stationsärzt\*innen während der 2. Visite keine unnötigen Störungen zu erwarten haben, da sie ihr Telefon in dieser Zeit an ihre\*n Kolleg\*in abgeben können. Eine zweite Visite bietet zudem den Rahmen für Arztanordnungen, sodass weitere, über den Dienst verteilte Anordnungen verhindert werden können.

### Kommunikation vor/während/nach der Visite

- Vor Kurvenübernahme um 7.15 Uhr: kurzer Austausch zwischen Pflegefachkraft und Stationsärzt\*innen
- Nach 1. Visite: Informationsweitergabe der Stationsärzt\*innen über E an Pflegefachkräfte
- Visitenanordnungen **leserlich** auf Anordnungsblatt, nicht in Kurve
- Besprechung im/vor dem Zimmer: kurzer Input von ärztlicher **und** pflegerischer Seite (beide Berufsgruppen und Patient\*innen erhalten Redeanteil, bevor Zimmer wieder verlassen wird)
- Checkliste aufteilen in ärztliche und pflegerische Bereiche (jede Berufsgruppe für bestimmte Infos zuständig)

Der kurze Austausch zwischen Stationsärzt\*innen und Pflegefachkräften vor der ärztlichen Besprechung um 7.15 Uhr bietet die Möglichkeit, Informationen auszutauschen. So kann die Pflege bereits Wichtiges weitergeben und die Stationsärzt\*innen gehen vorbereitet in ihre Besprechung, können während der Visite Informationen über die Patient\*innen wiedergeben und erste Fragen im Team klären. Nach der 1. Visite informieren die Stationsärzt\*innen die Pflegefachkräfte über geplante Entlassungen. Dies hat den Vorteil, dass die Pflegefachkräfte bereits pflegerischen Aufgaben nachgehen können, aber trotzdem über das Vorgehen auf Station in Kenntnis gesetzt werden. Während der 2. Visite sollen beide Berufsgruppen ähnlich hohe Gesprächsanteile erhalten. Auch die Sicht der Pflege ist anzuhören und bildet einen wichtigen Beitrag, um sich ein Gesamtbild über die Patient\*innen zu verschaffen. Hilfreich könnte dabei die Aufteilung bestimmter Checklistenpunkte in ärztliche und pflegerische Bereiche sein, sodass jede\*r seine klaren Aufgaben hat.

### Wichtige Inhalte der Sicherheitscheckliste

- **Medikation:** Analgetika reduzieren/erhöhen, Antidiabetika ggf. wieder beginnen bzw. Wiederbeginn planen, Antikoagulation festlegen (im OP-Protokoll festgelegt? Bei E weiterspritzen?)
- **OP-Wunden:** erster Verbandwechsel von Stationsärzt\*innen und Pflegefachkräften gemeinsam

- **Sozialanamnese:** bei neuen Patient\*innen Versorgungssituation klären (bei Bedarf Sozialdienst anmelden)
- **Mobilisation:** nur nach großen OPs thematisieren, in Tagesziel einbeziehen

Die Sicherheitscheckliste soll im Rahmen des ISBAR-Assessments eingesetzt werden. Sie soll dazu beitragen, wichtige Versorgungspunkte während der Visite zu standardisieren. Oft werden Schmerzmedikamente nicht rechtzeitig angepasst oder es gibt Unklarheiten bezüglich der Antikoagulation, da im OP-Protokoll keine Aussage darüber getroffen wurde bzw. es keine Arztanordnung gibt. Eine Sicherheitscheckliste verhindert, dass solche Punkte übersehen werden und gewährleistet eine sichere Versorgung. Die genannten Punkte sind Inhalte, welche aus pflegerischer Sicht in die Checkliste aufgenommen werden sollten.

### Patientenkommunikation

- Vor Verlassen des Zimmers nach Fragen erkundigen
- Gemeinsam mit Patient\*innen Tagesziele formulieren
- Respektvoller Umgang miteinander

Da die Visiten meist von Zeitdruck geprägt sind, wird den Patient\*innen nicht ausreichend die Möglichkeit geboten, Fragen zu stellen. Daher soll (wie in ISBAR enthalten) vor Verlassen des Zimmers immer die abschließende Frage gestellt werden, ob der\*die Patient\*in noch Fragen hat, welche dann auch in ausreichendem Maße beantwortet werden. Das gemeinsame Formulieren eines Tagesziels gibt dem\*der Patient\*in das Gefühl, sich aktiv am eigenen Genesungsprozess zu beteiligen und bietet Erfolgserlebnisse, wenn diese Ziele bis zum nächsten Tag erreicht werden können. Negative Äußerungen über die Patient\*innen sollen vermieden werden.

### Kurvenvisite

- Jeden Tag zur selben Zeit (z.B. nach Nachmittagsvisite um 15 Uhr)
- Bietet Zeitpunkt für Anordnungen
- Klärt zu Beginn des Spätdienstes Aufgaben und erleichtert Organisation der Arbeitsabläufe

Die Kurvenvisite sollte jeden Tag zur selben Uhrzeit stattfinden. So wird sichergestellt, dass sie auch wirklich stattfindet. Zudem können Fragen zu Beginn des Spätdienstes geklärt werden und die Arbeitsabläufe optimiert werden, indem Anordnungen in der Kurvenvisite erfolgen und nicht verteilt über den Dienst.

## **TOP 2: Beenden des EBN-Trainings**

Nachdem die verschiedenen Punkte des Visitenkonzepts besprochen wurden, wird das EBN-Training beendet. Die Anwesenden werden dazu gebeten, die sechs Schritte des Evidence-based Nursing Prozesses auf ausgedruckten Zetteln in die richtige Reihenfolge zu bringen. Die einzelnen Schritte werden den verschiedenen Stationsbesprechungen zugeordnet:

### Erste Stationsbesprechung

In der ersten Stationsbesprechung wurden verschiedene Themen in Aussicht gestellt, welche für das EBN-Training in Frage kommen. Die Anwesenden beschrieben Situationen aus dem Stationsalltag, welche die Versorgungsqualität auf Station negativ beeinträchtigen. Abschließend einigten sich alle Anwesenden auf das Thema der Rahmenbedingungen einer interdisziplinären Visite, da diesem Bereich von allen Teilnehmer\*innen die größte Notwendigkeit zur Veränderung zugeschrieben wurde. Somit beinhaltete die erste Stationsbesprechung folgende EBN-Schritte:

- *Schritt 1: Aufgabenklärung*
- *Schritt 2: Fragestellung formulieren*

### Zweite Stationsbesprechung

Bis zur zweiten Stationsbesprechung wurde in wissenschaftlichen Datenbanken nach passender Literatur zum Thema interdisziplinärer Visite recherchiert. Die Ergebnisse dieser Recherche wurden in der Online-Besprechung vorgestellt. Des Weiteren wurden Kriterien präsentiert, nach welchen die Qualität der Literatur beurteilt werden kann. Die zweite Stationsbesprechung beinhaltete folgende EBN-Schritte:

- *Schritt 3: Literaturrecherche*
- *Schritt 4: Kritische Beurteilung der Literatur*

### Dritte Stationsbesprechung

Die letzte Stationsbesprechung, welche im Rahmen des EBN-Trainings stattfand, hatte zum Ziel, ein vorläufiges Visitenkonzept unter Berücksichtigung der Literaturempfehlungen zu erstellen. Die Anwesenden berieten sich, wie die Ergebnisse der Literaturrecherche in den Stationsalltag umgesetzt werden könnten und welche Veränderungen am Tagesablauf vorgenommen werden müssten, um eine Umsetzung zu ermöglichen. Die dritte Stationsbesprechung beschäftigte sich mit dem folgenden EBN-Schritt:

- *Schritt 5: Implementierung/Einführung der Literatureergebnisse in Praxis*

Schritt 5 des EBN-Prozesses beinhaltet sowohl die Planung des neuen Visitenkonzepts als auch die Umsetzung in die Praxis. Diese kann jedoch nicht innerhalb einer Stationsbesprechung erfolgen, sondern benötigt mehr Zeit. Es handelt sich somit um einen längeren Prozess, welcher pilothaft über mehrere Wochen oder Monate verfolgt wird.

Schritt 6 des EBN-Prozesses beinhaltet die Evaluation des neuen Konzepts. Dies kann erfolgen, nachdem das neue Visitenkonzept getestet und die Pilotphase abgeschlossen wurde. Die Evaluation gibt Aufschluss darüber, ob das Konzept erfolgreich ist oder Anpassungen notwendig sind. Mit einer sich ständig weiterentwickelnden Gesundheitsversorgung ist eine gelegentliche Evaluation des Konzeptes auch in Zukunft empfehlenswert, um Bedürfnissen gerecht zu werden.

### **TOP 3: Ausblick auf weiteres Vorgehen**

Das erarbeitete Visitenkonzept wird Herrn Dr. P. und Herrn Dr. L. vorgelegt, um es in einer gemeinsamen Besprechung zwischen Urolog\*innen und Pflegekräften weiterzuentwickeln.

Alle Pflegekräfte, welche im Januar den Fragebogen zu EBN ausgefüllt haben, werden gebeten, diesen in den nächsten Wochen erneut auszufüllen. Dazu wird der Fragebogen in den Fächern in der Küche verteilt. Das EBN-Training gilt offiziell als beendet, jedoch ist ein Festhalten an den Ergebnissen erwünscht, um positive Veränderungen für die Praxis zu erzielen.

Leibniz-Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID)

ELEKTRONISCHES TESTARCHIV

Leibniz-Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID)

ELEKTRONISCHES TESTARCHIV

### Testverfahren aus dem Elektronischen Testarchiv

Liebe Nutzerinnen und liebe Nutzer,

wir freuen uns, dass Sie unsere Dienste in Anspruch nehmen!

Das Elektronische Testarchiv des ZPID stellt Ihnen eine kostenfreie Sammlung von psychologischen Testverfahren aus dem deutschen Sprachraum bereit, die urheberrechtlich geschützt sind und unter der Creative Commons Lizenz CC BY-NC-ND 3.0 verwendet werden können. Sie sollen ausschließlich der Forschung und Lehre vorbehalten sein. Mit der Nutzung des Testarchivs stimmen Sie der Lizenzverpflichtung zu.

Wir möchten Sie als Nutzer eines hier heruntergeladenen Verfahrens bitten, dem Testautor/den Testautoren Rückmeldungen (siehe letzte Seite: Rückmeldeformular) zum Einsatz des Verfahrens und zu den damit erzielten Ergebnissen zu liefern. Die Anschriften finden Sie in der jeweiligen Testbeschreibung, die mit einer PSYNDEX-Tests Dokumentennummer versehen ist. Die Testbeschreibung können Sie auf unserer Seite <https://www.zpid.de/Testarchiv> herunterladen.

Falls nur Teile eines Instruments verwendet werden, sind die entsprechenden Einschränkungen hinsichtlich der Gütekriterien im Vergleich zum Einsatz des vollständigen Verfahrens zu beachten.

Viel Erfolg!

Ihr ZPID-Team

Sehr geehrte Mitarbeiterin, sehr geehrter Mitarbeiter,

Im Rahmen dieser Untersuchung möchten wir Ihre Erfahrung und Meinungen erheben. Ziel ist es, die Bereiche Team–Arbeit und Patientensicherheit zu hinterfragen. Die ausgewerteten Daten sollen Hinweise geben, wo Verbesserungen ansetzen könnten. Erfahrungsgemäß benötigen Sie zum Ausfüllen des Fragebogens 5 bis 10 Minuten. Entscheiden Sie sich bitte möglichst spontan für eine Antwort! Für die spätere Auswertung ist es wichtig, dass Sie bitte alle Fragen beantworten und nichts auslassen.

Alle Ihre Angaben bleiben anonym und werden streng vertraulich behandelt. Verschließen Sie den Bogen in beiliegendem Briefumschlag und geben Sie ihn bitte ab. Es wird nur die Tatsache der Abgabe registriert, Ihr Fragebogen ist nicht zu Ihnen rückverfolgbar.

Herzlichen Dank für Ihre wertvolle Unterstützung!

### "TEAMWORK & PATIENT SAFETY"<sup>1</sup>

Wir bitten Sie den Fragebogen **vollständig** auszufüllen. Die Antwortmöglichkeiten sind:

- ++ -> **stimmt völlig** (trifft **immer** zu)
- + -> **stimmt** (trifft **oft** zu)
- / -> **neutral** (weiß nicht, betrifft mich nicht)
- -> **stimmt eher nicht** (trifft **nur selten** zu)
- -> **stimmt sicher nicht** (trifft **nie** zu)

Bitte lesen Sie jede Frage genau durch und machen Sie dann in dem, Ihrer Meinung nach zutreffenden Kästchen ein Kreuz.

|    | Teamwork & Patientensicherheits- Fragebogen   | Stimmt völlig | stimmt | neutral | stimmt eher nicht | Stimmt sicher nicht |
|----|---|---------------|--------|---------|-------------------|---------------------|
| 1  | In diesem Haus werden Kommentare und Vorschläge die von Krankenschwestern kommen berücksichtigt.                            | ++            | +      | /       | -                 | --                  |
| 2  | Es ist schwierig an meiner Abteilung Bedenken zu Fragen der pflegerischen oder medizinischen Behandlung zu äußern.          | ++            | +      | /       | -                 | --                  |
| 3  | Entscheidungen werden unter Einbezug aller Betroffenen getroffen.   | ++            | +      | /       | -                 | --                  |
| 4  | ÄrztInnen, Schwestern und andere Berufsgruppen sind hier ein gut eingespieltes Team.  | ++            | +      | /       | -                 | --                  |
| 5  | Unstimmigkeiten werden angemessen ausgeräumt (nicht "wer hat Recht", sondern "was ist die beste Lösung für den Patienten"). | ++            | +      | /       | -                 | --                  |
| 6  | Ich kann über Unstimmigkeiten häufig nicht mit den verantwortlichen ÄrztInnen sprechen.                                     | ++            | +      | /       | -                 | --                  |
| 7  | Wenn man sich bei etwas nicht auskennt, kann man jederzeit dazu Fragen stellen.   | ++            | +      | /       | -                 | --                  |
| 8  | Ich werde von KollegInnen bei der Pflege/Behandlung von PatientInnen unterstützt, falls ich Hilfe brauche.                  | ++            | +      | /       | -                 | --                  |
| 9  | Ich kenne Vor- und Nachnamen aller MitarbeiterInnen, mit denen ich gestern im Dienst war.                                   | ++            | +      | /       | -                 | --                  |
| 10 | Wichtige Dinge werden bei der Dienstübergabe verlässlich und verständlich kommuniziert.                                     | ++            | +      | /       | -                 | --                  |

|    |   |    |   |   |   |    |
|----|---|----|---|---|---|----|
| 11 | Die Berichte bei der Dienstübergabe (um auf mögliche Gefahren aufmerksam zu machen) sind für die Sicherheit der PatientInnen wichtig.                 | ++ | + | / | - | -- |
| 12 | Besprechungen finden bei uns regelmäßig statt.  | ++ | + | / | - | -- |
| 13 | Ich bin mit der Zusammenarbeit zwischen mir und den ÄrztInnen dieser Klinik zufrieden.  | ++ | + | / | - | -- |
| 14 | Ich bin mit der Zusammenarbeit zwischen mir und dem Pflegepersonal dieser Klinik zufrieden.   | ++ | + | / | - | -- |
| 15 | Unser Personalstand ist immer ausreichend, um alle PatientInnen gut zu versorgen.   | ++ | + | / | - | -- |
| 16 | Ich würde mich in dieser Klinik als PatientIn gut und sicher aufgehoben fühlen.   | ++ | + | / | - | -- |
| 17 | KollegInnen ermutigen mich dazu, Bedenken zur Patientensicherheit zu melden.  | ++ | + | / | - | -- |
| 18 | Manche MitarbeiterInnen setzen sich öfter über Regeln oder Richtlinien hinweg, die in ihrem Arbeitsbereich gelten (Hygiene, Behandlungsvorschriften). | ++ | + | / | - | -- |
| 19 | Die Atmosphäre in dieser Klinik hilft dem Einzelnen aus den Fehlern Anderer lernen zu können.   | ++ | + | / | - | -- |
| 20 | Ich bekomme konstruktives Feedback zu meiner Arbeitsleistung.   | ++ | + | / | - | -- |
| 21 | Mit Fehlern wird in unserer Klinik angemessen umgegangen.   | ++ | + | / | - | -- |
| 22 | Ich wüsste, an wen ich mich mit eventuellen Bedenken über die Sicherheit der PatientInnen wenden könnte.  | ++ | + | / | - | -- |
| 23 | Es ist bei uns schwierig über begangene Fehler zu sprechen.   | ++ | + | / | - | -- |
| 24 | Die Führung des Hauses gefährdet niemals wesentlich die Patientensicherheit.  | ++ | + | / | - | -- |
| 25 | Diese Klinik richtet heute mehr Augenmerk auf Patientensicherheit als noch vor einem Jahr.  | ++ | + | / | - | -- |
| 26 | Der Leitung der Klinik ist es wichtig, dass in unserem Betrieb der Patientensicherheit höchste Aufmerksamkeit gewidmet wird.                          | ++ | + | / | - | -- |
| 27 | Vorschläge, die zu einer höheren Patientensicherheit beitragen würden, würden von der Leitung des Hauses umgesetzt werden.                            | ++ | + | / | - | -- |

Bitte die, für Sie zutreffende Angaben ankreuzen:

männlich  weiblich

Alter: unter < 35  / > 35

**Berufsgruppe:**

|                     |                          |
|---------------------|--------------------------|
| Arzt/Ärztin (UC)    | <input type="checkbox"/> |
| Arzt/Ärztin (AN)    | <input type="checkbox"/> |
| Schwester (Station) | <input type="checkbox"/> |
| Schwester (OP)      | <input type="checkbox"/> |
| Schwester (AN)      | <input type="checkbox"/> |
| Schwester (EU,NB)   | <input type="checkbox"/> |
| Schwester (IBST)    | <input type="checkbox"/> |
| OP – Gehilfe/in     | <input type="checkbox"/> |
| Physiotherapie      | <input type="checkbox"/> |
| Sekretariat         | <input type="checkbox"/> |
| Röntgen             | <input type="checkbox"/> |

|                     |                          |
|---------------------|--------------------------|
| kürzer als 6 Monate | <input type="checkbox"/> |
| 6 – 11 Monate       | <input type="checkbox"/> |
| 1 – 2 Jahre         | <input type="checkbox"/> |
| 3 – 7 Jahre         | <input type="checkbox"/> |
| 8 – 12 Jahre        | <input type="checkbox"/> |
| 13 – 20 Jahre       | <input type="checkbox"/> |
| über 21 Jahre       | <input type="checkbox"/> |

**Beschäftigt im UKH seit:**

Danke für Ihre Mitarbeit!

Salem, I. (2006) Teamwork & Patientensicherheits- Fragebogen, adaptiert und übersetzt aus: Sexton JB, Thomas EJ & Technical Report 03-03. The University of Texas Center of Excellence for Patient Safety Research and Practice (AHRQ grant # 1P01HS1154401 and U18HS



## TEAMSTEPPTS™ TEAMWORK ATTITUDES QUESTIONNAIRE

*TeamSTEPPTS*



A-1

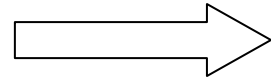
### TeamSTEPPTS™ Teamwork Attitudes Questionnaire

The purpose of this survey is to measure your impressions of various components of teamwork as it relates to patient care and safety.

**Instructions:** Please respond to the questions below by placing a check mark (✓) in the box that corresponds to your level of agreement from *Strongly Disagree* to *Strongly Agree*. Please select only one response for each question.

|  | Strongly Disagree | Disagree | Neutral | Agree | Strongly Agree |
|--|-------------------|----------|---------|-------|----------------|
| <b>Team Structure</b>  |                   |          |         |       |                |
| 1. It is important to ask patients and their families for feedback regarding patient care.                           |                   |          |         |       |                |
| 2. Patients are a critical component of the care team.   |                   |          |         |       |                |
| 3. This facility's administration influences the success of direct care teams.                                       |                   |          |         |       |                |
| 4. A team's mission is of greater value than the goals of individual team members.                                   |                   |          |         |       |                |
| 5. Effective team members can anticipate the needs of other team members.  |                   |          |         |       |                |
| 6. High-performing teams in health care share common characteristics with high-performing teams in other industries. |                   |          |         |       |                |
| <b>Leadership</b>  |                   |          |         |       |                |
| 7. It is important for leaders to share information with team members.   |                   |          |         |       |                |
| 8. Leaders should create informal opportunities for team members to share information.                               |                   |          |         |       |                |
| 9. Effective leaders view honest mistakes as meaningful learning opportunities.                                      |                   |          |         |       |                |
| 10. It is a leader's responsibility to model appropriate team behavior.  |                   |          |         |       |                |
| 11. It is important for leaders to take time to discuss with their team members plans for each patient.              |                   |          |         |       |                |
| 12. Team leaders should ensure that team members help each other out when necessary.                                 |                   |          |         |       |                |

PLEASE CONTINUE TO THE NEXT PAGE

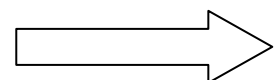


# TeamSTEPPS



|  | Strongly Disagree | Disagree | Neutral | Agree | Strongly Agree |
|--|-------------------|----------|---------|-------|----------------|
| <b>Situation Monitoring</b>  |                   |          |         |       |                |
| 13. Individuals can be taught how to scan the environment for important situational cues.  |                   |          |         |       |                |
| 14. Monitoring patients provides an important contribution to effective team performance.  |                   |          |         |       |                |
| 15. Even individuals who are not part of the direct care team should be encouraged to scan for and report changes in patient status. |                   |          |         |       |                |
| 16. It is important to monitor the emotional and physical status of other team members.  |                   |          |         |       |                |
| 17. It is appropriate for one team member to offer assistance to another who may be too tired or stressed to perform a task.         |                   |          |         |       |                |
| 18. Team members who monitor their emotional and physical status on the job are more effective.                                      |                   |          |         |       |                |
| <b>Mutual Support</b>  |                   |          |         |       |                |
| 19. To be effective, team members should understand the work of their fellow team members.   |                   |          |         |       |                |
| 20. Asking for assistance from a team member is a sign that an individual does not know how to do his/her job effectively.           |                   |          |         |       |                |
| 21. Providing assistance to team members is a sign that an individual does not have enough work to do.                               |                   |          |         |       |                |
| 22. Offering to help a fellow team member with his/her individual work tasks is an effective tool for improving team performance.    |                   |          |         |       |                |
| 23. It is appropriate to continue to assert a patient safety concern until you are certain that it has been heard.                   |                   |          |         |       |                |
| 24. Personal conflicts between team members do not affect patient safety.  |                   |          |         |       |                |

PLEASE CONTINUE TO THE NEXT PAGE



|  | Strongly Disagree | Disagree | Neutral | Agree | Strongly Agree |
|--|-------------------|----------|---------|-------|----------------|
| <b>Communication</b>   |                   |          |         |       |                |
| 25. Teams that do not communicate effectively significantly increase their risk of committing errors.      |                   |          |         |       |                |
| 26. Poor communication is the most common cause of reported errors.  |                   |          |         |       |                |
| 27. Adverse events may be reduced by maintaining an information exchange with patients and their families. |                   |          |         |       |                |
| 28. I prefer to work with team members who ask questions about information I provide.                      |                   |          |         |       |                |
| 29. It is important to have a standardized method for sharing information when handing off patients.       |                   |          |         |       |                |
| 30. It is nearly impossible to train individuals how to be better communicators.                           |                   |          |         |       |                |

Please provide any additional comments in the space below.

**Thank you for your participation!**

## Anhang 12: Ehrenwörtliche Erklärung

1. Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst habe, nicht anderweitig für Prüfungszwecke vorgelegt habe und sie an keiner anderen Stelle veröffentlicht wurde.
2. Ich versichere, keine weiteren Hilfsmittel außer den angeführten verwendet zu haben.
3. Soweit ich Inhalte aus Werken anderer Autor\*innen dem Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen habe, sind diese unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht. Dies bezieht sich auch auf Tabellen und Abbildungen.
4. Die gesetzlichen Vorschriften zum Datenschutz und zum Schutz der Urheberrechte wurden beachtet, dies gilt auch für Bilder, Grafiken, Kopien oder Ähnliches.
5. Im Falle empirischer Erhebungen: Für die Veröffentlichung von Daten, Fakten und Zahlen aus Einrichtungen oder über Personen, auch in Interviews, die nicht öffentlich zugänglich sind, liegt mir eine Einverständniserklärung vor. Die Rechteinhaber\*innen haben der Verwertung der Daten im Rahmen der MA-Arbeit schriftlich zugestimmt.
6. Ich bin damit einverstanden, dass meine Abschlussarbeit in die Bibliothek der Evangelischen Hochschule aufgenommen wird.
7. Ich bin damit einverstanden, dass meine Abschlussarbeit in digitaler Form öffentlich zugänglich gemacht wird.

Nürnberg, den 29.07.2022

Unterschrift der Verfasserin