

Grenzen der Evidenzbasierung komplexer pflegerischer Standards am Beispiel des Entlassungsmanagements

Klaus Wingenfeld

■ Die hiesige Auseinandersetzung um eine evidenzbasierte Pflege konzentriert vornehmlich auf die praktische Umsetzung der Idee, eine bessere fachliche Fundierung der Pflege mit Hilfe von Forschungsergebnissen zu erreichen, die nach bestimmten methodischen Standards gewonnen und überprüft wurden. Verhältnismäßig selten wird hinterfragt, in welchen Bereichen diese aus dem Konzept der evidenzbasierten Medizin (EBM) entlehnten Standards für die Pflege überhaupt nutzbar gemacht werden können und inwieweit damit tatsächlich eine neue Qualität wissenschaftlicher Fundierung erreicht werden kann. Der vorliegende Beitrag der Heidelberger Fachtagung des DV Pflegewissenschaft im September 2003 greift diese Thematik am Beispiel des pflegerischen Entlassungsmanagements auf und geht der Frage nach, inwieweit es notwendig, möglich und zweckmäßig erscheint, komplexe pflegerische Handlungskonzepte anhand methodischer Standards zu bewerten, die aus einem bestimmten Typus medizinischer Forschung abgeleitet sind.

■ The actual discussion about Evidence Based Nursing concentrates on the implementation of the idea, to achieve a better professional basis of nursing with the help of research results, which are produced under certain methodical standards. Very rarely the question is posed, whether these standards, which stem from Evidence Based Medicine (EBM), can be made fruitful for nursing, and whether one can actually achieve a new quality of scientific foundation. This paper of the Heidelberg-Congress of DV Pflegewissenschaft in september 2003 discusses this issue using the nursing driven dischargemanagement as an example, and asks, whether it seems to be necessary, possible and rational, to judge complex concepts for nursing action following a methodical standard, which derives from a certain type of medical research.

1. Ausgangssituation

Hierzu ist es notwendig, zunächst noch einmal einige Kerngedanken des Modells der Evidenzbasierung in Erinnerung zu rufen. Diese stammen aus dem Bereich der Medizin und müssen auch für andere Fachdisziplinen als konstitutiv gelten; würde man sie durch ein alternatives Paradigma ersetzen, hätten wir es nicht mehr mit dem zu tun, was in der internationalen Diskussion für gewöhnlich unter Evidenzbasierung verstanden wird.

Zur Charakterisierung von EBM werden häufig Sackett et al. bemüht, nach denen EBM zu verstehen ist als »the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients. The practice of evidence based medicine means integrating individual clinical expertise with the best available external evidence from systematic research« (Sackett et al. 1996: 71).

Wissenschaftliche Evidenz soll also auf der Ebene des konkreten Einzelfalls in die

Praxis einfließen. Es handelt sich um den Versuch, individuelle fachliche Erfahrung, die Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen (externe Evidenz) und schließlich auch Wünsche oder Optionen des Patienten im Kontext einer konkreten *Entscheidungssituation* zusammenzuführen. »Evidenz« verweist dabei nicht auf die Eigenschaft einer Intervention, sondern bezieht sich auf »eine Aussage bzw. Behauptung, z.B. zur Überlegenheit einer bestimmten Therapie vor einer anderen« (Raspe 2000: 79; Hervorhebung im Original).

Die Definition verdeutlicht ferner, dass sich Evidenz mit den Attributen »vorhanden« und »nicht vorhanden« nicht angemessen beschreiben lässt, sondern dass es immer um ein »Mehr« oder »Weniger« geht (»best evidence«). Evidenz ist eine relative, in Abhängigkeit zum Stand der Forschung stehende Größe, die im Zeitverlauf ggf. eine völlige Neueinschätzung erfahren kann. Was unter *bester* Evidenz zu verstehen ist, unterliegt ganz bestimmten und durchaus nicht unumstrittenen Kriterien:

Die Evidenz gilt als um so höher, je mehr wissenschaftliche Untersuchungen mit einem hochwertigen methodischen Design die Wirksamkeit eines Verfahrens nachgewiesen haben. Die Bewertung des methodischen Designs orientiert sich dabei an der herkömmlichen Wirksamkeitsforschung in der Medizin, wo randomisierte kontrollierte Studien (RCT) als Goldstandard angesehen werden. Andere methodische Vorgehensweisen gelten zwar nicht als völlig ungeeignet für den Wirksamkeitsnachweis, doch werden Ergebnisse eines RCT deutlich höher gewichtet als z.B. einfache vergleichende Studien oder rein deskriptive Untersuchungen – ganz zu schweigen von qualitativen Studien, deren Potenzial, Evidenz zu stützen, am unteren Ende der Skala rangiert.

Die Ausdrücke »evidenzbasiert«, »wissenschaftsbasiert« oder »auf Forschungsergebnissen aufbauend« können streng genommen also nicht synonym verwendet werden. Aussagen zur Evidenz beruhen auf einer ganz bestimmten Vorstellung von

methodischen Standards und auf einem bestimmten Typus wissenschaftlicher Forschung. Ebendies wirft die Frage nach Reichweite und Grenzen des Konzeptes in der Pflege auf.

2. Entlassungsmanagement als inhomogene Intervention

Während EBM im Kern auf eine vergleichsweise einfach strukturierte Entscheidungssituation beim individuellen Patienten abzielt (welche Therapie/Diagnostik ist unter den gegebenen Umständen angezeigt?), erweist sich die Praxis des Entlassungsmanagements als ungleich komplizierter. Pflegerisches Entlassungsmanagement ist keine klar konturierte Intervention, bei der lediglich gewisse Anpassungen an den individuellen Bedarf des Patienten vorgenommen werden müssten. Es stellt vielmehr ein Bündel verschiedenster Maßnahmen dar, deren Kombination, Art und Umfang von Patient zu Patient erheblich variieren, und beinhaltet eine *Vielzahl* von Entscheidungssituationen. Nach den Vorgaben des neuen Nationalen Expertenstandards (DNQP 2002) umfasst es ein gestuftes pflegerisches Assessment zur Einschätzung des Unterstützungsbedarfs, die Entwicklung und Abstimmung einer individuellen Entlassungsplanung, Maßnahmen der Schulung, Anleitung und Beratung von Patienten und Angehörigen, verschiedene Maßnahmen der organisatorischen Abstimmung, der Information und Beratung in der Zusammenarbeit der professionellen Akteure, und schließlich auch eine Reihe von Aufgaben zur Kontrolle und Überprüfung des Entlassungsprozesses. Als komplexe Intervention ist Entlassungsmanagement insofern sicherlich nicht der klassische Anwendungsfall des Konzeptes der Evidenzbasierung.

Die generelle Frage, ob pflegerisches Entlassungsmanagement zu positiven Effekten für die Gesundheit des Patienten und die anschließende Versorgung führt, ist von hoher Bedeutung für die Entscheidung, ob ein solches Entlassungsmanagement überhaupt eingeführt werden soll oder nicht und damit eine unverzichtbare Legitimationsbasis des Expertenstandards. Aus dem Blickwinkel des Versorgungsalltags hingegen ist eine derart globale Fragestellung ohne Bedeutung und sind Studien, die einen Qualitätsgewinn oder Einsparungen

durch Entlassungsmanagement nachweisen, kaum von Nutzen. Die Praxis benötigt eher Forschungsergebnisse, die Auskunft geben über Problemlagen und Übergangsrisiken der jeweiligen Patientengruppen. Die traditionelle Wirksamkeitsforschung ist in diesem Zusammenhang wenig hilfreich, denn die Beschreibung und Analyse von Bewältigungsanforderungen und Problemlagen, die im Kontext des Übergangs in ein anderes Versorgungssetting von Bedeutung sind (vgl. z.B. Shyu 2000 und Bull/Jervis 1997), liegt allenfalls am Rande ihres Betätigungsfeldes. Mehr noch: Das in diesem Bereich wichtigste Mittel der Pflegeforschung, die *qualitative* Studie, gilt im Kontext der Evidenzbasierung als minderwertig.

Wirksamkeitsstudien haben daher für die Praxis des Entlassungsmanagements nur dort einen Stellenwert, wo es ähnlich wie bei der individuellen Therapieentscheidung um die Auswahl konkreter Maßnahmen geht (oder um die Auswahl von Methoden, z.B. Assessmentverfahren). Dann aber stehen eben diese Maßnahmen zur Diskussion und nicht das Entlassungsmanagement als komplexes Interventionskonzept. Doch selbst auf dieser Ebene erweist sich das Denkmodell der EBM mitunter als nur begrenzt hilfreich. Dies hängt mit dem Charakter der Maßnahmen zusammen, die beim pflegerischen Entlassungsmanagement zur Anwendung kommen, in erster Linie Schulung, Anleitung und Beratung sowie Kommunikation mit den und Koordination der beteiligten professionellen Akteure.

Dass diese Maßnahmen wirksam sind, wurde in zahlreichen Studien nachgewiesen (vgl. Dangel/Wingenfeld 2002); ihre Ergebnisse helfen jedoch nur begrenzt weiter, wenn in der *Praxis über das konkrete Vorgehen* entschieden werden muss, z.B. über die Ausgestaltung einer Patientenschulung in Abhängigkeit von den vom Patienten benötigten Kompetenzen und seinen individuellen Lernvoraussetzungen. Evidenz ist insofern hilfreich bei grundlegenden Entscheidungen (z.B. Einsatz schriftlichen Schulungsmaterials oder Verzicht darauf? Schulung durch besonders qualifizierte PflegeexpertInnen oder durch Bezugspfleger ohne Zusatzqualifikation? Assessmentinstrument A oder B?), doch gerade bei der Frage nach dem Vorgehen beim individuellen Patienten, wo die EBM

ihr »Kerngeschäft« sieht, kann sie im vorliegenden Zusammenhang nur einen bescheidenen Beitrag leisten.

Die hier nur grob skizzierten Kompatibilitätsprobleme zwischen dem Konzept einer evidenzbasierten Praxis und pflegerischem Entlassungsmanagement sind auch einer der Gründe, weshalb der Nationale Expertenstandard nicht ohne weiteres mit evidenzbasierten Leitlinien der Medizin verglichen werden kann. Der Standard schreibt zwar Qualitätsmaßstäbe fest, ist ansonsten jedoch aufgrund der Komplexität des Aufgabenfeldes bewusst offen gehalten, um den Einrichtungen Spielraum zu geben für eine optimale Anpassung des Entlassungsmanagements an die verfügbaren materiellen und personellen Ressourcen sowie an die Bedarfslagen der Patientengruppen, bei denen es eingesetzt wird.

3. Forschungsinteressen und Praxisbezug

Bei dem Versuch, Maßstäbe der EBM auch im Bereich der Pflege nutzbar zu machen, muss die erwähnte Methodenhierarchie unbedingt berücksichtigt werden. So lässt sich auf dem Gebiet des pflegerischen Entlassungsmanagements ein Forschungsvorsprung bestimmter Interventionskonzepte gegenüber anderen feststellen. Gemessen an den EBM-Standards ist die Wirksamkeit der sog. Transitional Care Modelle, die neben einem systematischen Entlassungsmanagement während des Krankenhausaufenthaltes auch eine zeitlich begrenzte Unterstützung durch Krankenhausmitarbeiter nach der Entlassung in die häusliche Umgebung vorsehen, zweifellos am besten erforscht. Ein Großteil der RCT, die zum pflegerischen Entlassungsmanagement bislang durchgeführt wurden, haben diese Interventionskonzepte zum Gegenstand (vgl. z.B. Brooten et al. 1988, Naylor et al. 1999, York et al. 1997). RCT sind dagegen bezogen auf Konzepte, die weitestgehend der in Deutschland bekannten Pflegeüberleitung entsprechen, deutlich seltener durchgeführt worden, und zu Konzepten, bei denen das Entlassungsmanagement durch die Bezugspfleger erfolgt, liegen praktisch keine Studien mit vergleichbarem Forschungsdesign vor. Dieses Gefälle ist kein Zufall: Transitional Care Modelle fanden in den Vereinigten Staaten vor allem

deshalb Aufmerksamkeit, weil sie dort nach der Einführung von Krankenhausfallpauschalen in den 1980er Jahren ein probates Mittel zur Verkürzung des Krankenhausaufenthaltes unter Wahrung der Versorgungsqualität zu bieten schienen. Die mit der Evidenzbasierung angestrebte Objektivität und Rationalität wird also bis zu einem gewissen Grad durch Forschungsinteressen überlagert, die sich aus bestimmten ökonomischen Problemstellungen ergeben.

Welche Schlussfolgerungen aus dem internationalen Forschungsstand für die Entwicklung des Entlassungsmanagements in Deutschland zu ziehen sind, bedarf insofern einer differenzierteren Betrachtung, die sich nicht allein am Grad der Evidenz orientieren sollte. Dafür spricht auch der experimentelle und oftmals praxisferne Charakter der favorisierten Forschungsdesigns. Die Kooperationsbeziehungen zwischen den an der Versorgung beteiligten Akteuren und ihr Qualifikationshintergrund sowie die institutionellen und auch leistungsrechtlichen Rahmenbedingungen beinhalten zahlreiche Faktoren, die für das Ergebnis komplexer Interventionen große Bedeutung besitzen und je nach nationalem Gesundheitssystem unterschiedlich ausgeprägt sind. So ist es denkbar, dass ein Verfahren A im deutschen Gesundheitssystem zu weit weniger überzeugenden Ergebnissen führt als etwa in den Vereinigten Staaten und eine alternative Methode B, wenngleich sie sich im Rahmen von randomisierten Studien als unterlegen erwiesen hat, hierzulande größere Erfolge erwarten lässt. Die Logik gruppenstatistischer Wahrscheinlichkeiten, auf denen Evidenz beruht, ist also nicht unbedingt die Rationalität der Versorgungspraxis.

4. Begrenzte Reichweite

Angesichts der Autorität, die den Ergebnissen randomisierter kontrollierter Studien in der EBM-Debatte zugeschrieben wird, gerät leicht in Vergessenheit, dass es schon seit Jahrzehnten eine kritische Diskussion über methodische und methodologische Probleme gibt, die sich mit RCT bzw. der klassischen Wirksamkeitsforschung verbinden. Auf diese allgemeine Problematik kann an dieser Stelle nicht eingegangen werden, der Leser möge sich in der einschlägigen Literatur informieren

(vgl. z.B. Vogd 2002 und Ulrich 2002). Hier soll lediglich der Frage nachgegangen werden, inwieweit das theoretische Konzept, das der Wirksamkeitsforschung zugrunde liegt, auch auf komplexe pflegerische Interventionen anwendbar ist.

Die Grundidee der Wirksamkeitsforschung ist einfach: Sie interessiert, wie eine bestimmte Intervention auf den Patienten bzw. seinen Gesundheitszustand wirkt, und vergleicht die entsprechenden Ergebnisse mit der gesundheitlichen Entwicklung einer Patientengruppe, die keine entsprechende oder eine nachweislich wirkungslose Intervention erhalten hat. Das Modell ist einfach, aber an weitreichende Voraussetzungen geknüpft. Entscheidend ist, dass die Intervention klar definierbar ist, Einflüsse anderer, gesundheitlich ebenfalls relevanter Faktoren ausgeschlossen bzw. in der Interventions- und Kontrollgruppe gleichmäßig vertreten oder zumindest statistisch kontrollierbar sind. Nur unter diesen Umständen kann aus Ergebnissen eines RCT auf Ursache-Wirkung-Beziehungen geschlossen werden.

Diese Voraussetzungen sind jedoch im Falle komplexer Interventionen streng genommen nicht herstellbar. Wenn beispielsweise im Rahmen eines Forschungsprojektes sechs Wochen nach der Krankenhausausschreibung ein deutlich besserer funktioneller Status festgestellt wird als bei einer Vergleichsgruppe, so lässt sich nicht mit Sicherheit bestimmen, welche der vielen im Rahmen des Entlassungsmanagements durchgeführten Maßnahmen hierzu den Ausschlag gab. Wie sich diese Problematik in der Einschätzung von Konzepten niederschlägt, lässt sich am Beispiel eines Cochrane Reviews zu Qualitäts- und Kosteneffekten von Entlassungsmanagement aufzeigen (Parkes/Shepperd 2002). Cochrane Reviews sind bekannt für die methodische Strenge, die sie bei der Einschätzung von Forschungsergebnissen zugrunde legen. Im vorliegenden Fall wurden von insgesamt 46 Studien, die anfangs in Betracht gezogen wurden, lediglich acht berücksichtigt. Einer der Gründe für den Ausschluss bestand darin, dass das betreffende Entlassungskonzept eine Nachsorge im Anschluss an die Krankenhausausschreibung vorsah (z.B. die bereits erwähnten Transitional Care Modelle). In diesen Fällen, so die Begründung, sei eben nicht zu eruieren, ob Wirkungen auf Maßnahmen während des

Krankenhausaufenthaltes oder auf die ambulante Weiterbetreuung zurückzuführen sind, so dass eine Vergleichbarkeit mit anderen Studien nicht gewährleistet sei.

Dies leuchtet sofort ein, allerdings erweist sich der Review bei genauerer Betrachtung gerade im Hinblick auf die Frage der Vergleichbarkeit als inkonsequent. Denn die verbleibenden acht Studien, anhand derer schließlich eine gewisse Evidenz (»some evidence«) der Wirksamkeit von Entlassungsmanagement konstatiert wurde, weichen hinsichtlich der konkreten Ausgestaltung des Entlassungsmanagements doch erheblich voneinander ab. So erscheint es beispielsweise fraglich, ob die Ergebnisse eines von Ärzten und von einem Forschungsassistenten durchgeführten Entlassungsmanagements (Evans/Hendricks 1993) mit den Effekten eines Entlassungsmanagements durch Pflegeexpertinnen (clinical nurse specialists – Naylor et al. 1994) verglichen werden können. Hat die fachliche Qualifikation keinen Einfluss auf Interventionsergebnisse? Ebenso stellt sich die Frage, ob Ergebnisse bei Patientengruppen im Alter von durchschnittlich 80 Jahren (Kennedy et al. 1987) mit denen von Patienten im Alter von durchschnittlich rund 55 Jahren (Parfrey et al. 1994) vergleichbar sind, ganz abgesehen davon, dass Maßnahmen des Entlassungsmanagements je nach Altersgruppe anders ausgestaltet sein müssen. Und noch ein weiteres, generelles Problem ist in diesem Zusammenhang von Bedeutung: Die Studien vergleichen ein bestimmtes Entlassungsmanagementkonzept mit dem Verfahren, das in den betreffenden Krankenhäusern üblicherweise zur Anwendung kommt (»usual care«). Das »gewöhnliche« Entlassungsmanagement wird jedoch, das wissen alle Fachkundigen, je nach Einrichtung und den dort verfügbaren fachlichen Ressourcen sowie je nach Grad der Vernetzung mit außerstationären Versorgungsangeboten höchst unterschiedlich ausfallen. Die Überlegenheit eines Konzeptes in Krankenhaus A könnte sich also bei Übernahme im Krankenhaus B, in dem das »gewöhnliche« Entlassungsmanagement bereits auf hohem Qualitätsniveau stattfindet, schnell verflüchtigen.

Am Ende, d.h. nach kritischer Betrachtung reicht die Botschaft an die Praxis kaum über den allgemeinen Hinweis hinaus, dass systematisches Entlassungsma-

nagement eine lohnenswerte Sache sein könnte. Um dies zu erkennen, benötigen wir jedoch keine aufwendigen Metaanalysen und Reviews. Die traditionelle Wirksamkeitsforschung, die bei klar eingrenzba- ren, singulären Interventionen wichtige, handlungsleitende Erkenntnisse liefern kann, scheint bei komplexen Konzepten und Verfahrensweisen zu nur sehr begrenzt verwertbaren Ergebnissen zu führen.

5. Sackgassen

Ein unkritischer Umgang mit den Grundsätzen der Evidenzbasierung kann sogar zu regelrechten Fehleinschätzungen führen, die sich auf die Weiterentwicklung der Pflegeforschung kontraproduktiv auswirken. Sehr instruktiv ist in diesem Zusammenhang eine Studie von Bours et al. (1998), die sich zwar nicht explizit auf die Grundidee einer evidenzbasierten Praxis stützt, die jedoch im Kern ihren Grundorientierungen folgt und insbesondere die methodischen Standards anlegt, denen wir auch im Bereich der EBM begegnen. Die Arbeit schließt 17 kontrollierte, z.T. randomisierte Studien über die pflegerische Weiterversorgung im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt ein. Anhand von insgesamt 18 Kriterien wurde den einzelnen Studien ein Punktwert (maximal 100) zugeordnet, der über ihre methodische Qualität Auskunft geben sollte.

Zunächst einmal fällt auf, dass auch hier mit dem Problem der Vergleichbarkeit recht unbefangen umgegangen wurde. Die ausgewählten Studien beschäftigten sich zwar alle mit post-stationären pflegerischen Interventionen, wiesen jedoch ansonsten nur wenig Gemeinsamkeiten auf: Die Zusammensetzung der Studienpopulationen wich erheblich voneinander ab. Personen im Alter ab 75 Jahren, die aus dem Akutkrankenhaus in die häusliche Umgebung entlassen und ohne Berücksichtigung ihrer Erkrankung in eine Studie aufgenommen wurden, waren ebenso vertreten wie Gruppen von Patienten im Alter von 3 bis 75 Jahren, die sich einer Herzoperation unterzogen hatten, Schlaganfallpatienten oder Patienten, bei denen soeben eine stationäre geriatrische Rehabilitation abgeschlossen wurde. Die Beobachtungsdauer variierte zwischen zwei Wochen und 21 Monaten, das Spektrum der pflegerischen Interventionen erstreckte sich von Eduka-

tionsprogrammen über Case Management bis hin zu telefonischer Beratung. Vor diesem Hintergrund wäre es wohl empfehlenswert, sich inhaltlicher Schlussfolgerungen zu enthalten. Die Verfasser entschieden sich jedoch anders: Die Gesamtschau der 17 Studien lasse keine klaren Effekte von Nachsorgeprogrammen erkennen, es gebe lediglich einige Hinweise auf Kosteneinsparungen. Angesichts der skizzierten Heterogenität ein Ergebnis ohne Aussagekraft.

Im Mittelpunkt des Beitrags steht allerdings die Frage nach der methodischen Qualität der Studien. Fast alle wiesen aus der Sicht der Autoren gravierende methodische Mängel auf, lediglich drei von ihnen erreichten einen Score von mehr als 50. Eine Reihe von Kritikpunkten lässt sich ohne weiteres nachvollziehen (z.B. zu geringe Stichprobengröße, zu starke Heterogenität der Studienpopulation oder methodische Mängel bei der statistischen Datenauswertung). Die wichtigsten Einwände der Verfasser beziehen sich jedoch auf Probleme, die eine genauere Betrachtung verdienen:

Es sei in fast allen Studien unklar, wie *Ko-Interventionen* ausgeschlossen wurden oder wie zumindest gewährleistet wurde, dass Interventions- und Kontrollgruppe in dieser Hinsicht vergleichbar waren. Damit sind Maßnahmen angesprochen, die neben der zu bewertenden Intervention möglicherweise ebenfalls einen Effekt auf die Ergebnisse ausüben und insofern zu einer Verzerrung bzw. Fehleinschätzung führen können. Erneut stoßen wir hier auf die Schwierigkeit, dass Pflege in der Praxis eine Reihe von Interventionen umfasst, die sich schwer abgrenzen lassen und auch nicht beliebig unterlassen werden können. Die Forderung nach Ausschluss solcher *Ko-Interventionen* (oder die Annahme, man könne sie kontrollieren) mag im klassischen Setting klinischer Studien zur Wirksamkeit von Medikamenten Berechtigung haben, sie erweist sich im vorliegenden Fall jedoch als ausgesprochen realitätsfern.

Noch drastischer zeigen sich die Konsequenzen eines unkritischen Umgangs mit methodischen Standards bei einer zweiten, besonders hervorgehobenen methodischen »Schwäche«: Keine einzige der 17 Studien sah eine Placebo-Gruppe vor oder hatte die Gestalt eines Blindversuchs, in dem den Patienten die Information vorenthalten blieb,

ob sie der Interventions- oder der Kontrollgruppe angehörten. Hier gerät vermeintliche methodische Strenge in das Reich der Kuriositäten. Wie soll man sich beispielsweise eine Patientenschulung oder ein Case Management mit Placebo-Charakter vorstellen und wie müssten sie ausgestaltet sein, um zu verhindern, dass der Patient Kenntnis von diesen Maßnahmen erhält?

In vielen Fällen ist es abwegig, den Einsatz von Placebos bzw. Blindversuchen in der Forschung zur Wirksamkeit *pflegerischer* Maßnahmen zu fordern, denn es handelt sich hier in aller Regel um interaktionsintensive Leistungen, die sich – anders als in der Medikamentenforschung – schwerlich vor den Patienten verbergen lassen (und schon gar nicht vor den Pflegekräften, die sie durchführen). Immerhin räumen die Verfasser ein, dass es in der Pflege äußerst schwierig sei, diesen »methodischen Anforderungen« Rechnung zu tragen, allerdings fragt man sich dann, weshalb sie überhaupt Eingang in die Kriterienliste zur Beurteilung der methodischen Güte gefunden haben. Nur am Rande erhält der Leser eine Antwort darauf: Das Schema zur Bewertung der Studien stammt aus einem völlig anderen Versorgungskontext, es wurde ursprünglich dazu verwendet, die Wirksamkeit von entzündungshemmenden Medikamenten in der Behandlung von Schulterbeschwerden nachzuweisen.

Zugegebenermaßen wurde mit dieser Arbeit ein extremes Beispiel zur Illustration der Begrenzungen und Verkürzungen eines Vorgehens gewählt, das vorgibt, hohe wissenschaftliche Standards zu fördern, dessen unkritischer Formalismus jedoch zwangsläufig in eine Sackgasse führt. Glücklicherweise gehen die meisten Forscher reflektierter vor. Das Beispiel zeigt allerdings in eindrucksvoller Weise, wie wichtig es für die Pflegewissenschaft ist, eigenständige Ansätze und Maßstäbe für eine auf empirische Forschung gestützte Qualitätsentwicklung zu erarbeiten.

6. Evidenzbasierung neu denken?

Kritiker weisen darauf hin, dass der Ansatz der evidenzbasierten Pflege bislang noch wenig über wohlklingende Rhetorik hinausgekommen und den Nachweis schuldig geblieben ist, dass wir es hier mit einer neuen, besseren Qualität anwendungsorientierter Forschung zu tun haben: »There is insufficient evidence to demonstrate that evidence-based nursing is a single construct or process that can be distinguished from its concomitants. The term adds little more to the existing long standing traditions of quality assurance and research-based practice« (French 2002: 250). Und: »What is the problem with using the term research-based nursing instead of evidence-based nursing and incorporating this into a model of quality assurance at the practitioner and organizational level?« (ebd.: 256).

In der Tat fällt es schwer, abgesehen von den methodischen Standards der EBM Merkmale zu finden, die das Konzept einer evidenzbasierten Praxis von herkömmlicher anwendungsorientierter Forschung und darauf basierender Qualitätssicherung unterscheidbar machen. Eben aus diesem Grund kommt French zu der Schlussfolgerung, dass es sich keineswegs um eine neue Qualität der Wissensbasierung, sondern möglicherweise lediglich um den Versuch handelt, sich in dem kaum noch überschaubaren Dickicht von Forschungsbefunden besser zurechtzufinden. Insofern könnte sich der Evidenz-Ansatz am Ende als bloßes »artefact of information technology« (ebd.: 255) erweisen – ein Artefakt allerdings, das durchaus Risiken einer kontra-produktiven Entwicklung birgt. Denn wenn das von der Forschung generierte Wissen, wie oben im Hinblick auf komplexe pflegerische Interventionen ausgeführt wurde, aufgrund eines starren, nicht sachgerechten Festhaltens an bestimmten methodischen Standards am Bedarf der Pflegepraxis vorbei geht, könnte es zu einer zunehmenden Abkopplung von Forschungsprozessen und der praktischen Qualitätssicherung/-entwicklung kommen.

Vor diesem Hintergrund sind andere, breiter angelegte Ansätze vorgeschlagen worden. Dazu noch einmal French: Er plädiert für ein Verständnis von evidenzbasierter Praxis als »systematic interconnec-

ting of scientifically generated evidence with the tacit knowledge of the expert practitioner to achieve a change in a particular practice for the benefit of a well defined client/patient group« (French 1999: 74). Der Fokus liegt also auf einem gegebenen, konkreten Versorgungssetting als Bezugsrahmen, es geht vor allem um konkrete, wissenschaftlich gestützte Qualitätsentwicklungsprozesse bzw. -projekte¹. Dieser Ansatz scheint auch für das pflegerische Entlassungsmanagement fruchtbarer zu sein als ein Vorgehen im Geiste der EBM, weil Forschungsergebnisse dann nicht mehr allein anhand einer vorgegebenen Methodenhierarchie, sondern vornehmlich im Hinblick darauf beurteilt werden, inwieweit sie nützliche Hinweise zur Initiierung eines konkreten Qualitätsentwicklungsprozesses bzw. zur Lösung eines konkreten Qualitätsproblems geben können. Möglicherweise wird man dabei häufiger auf qualitative Studien oder rein deskriptive quantitative Untersuchungen als auf RCT zurückgreifen. Es liegt allerdings auf der Hand, dass der vorgeschlagene Ansatz wenig geeignet ist, allgemeine, z.B. nationale pflegerische Standards zu stützen.

Fazit

Die offenen Fragen und ungelösten Probleme, die im vorliegenden Beitrag skizziert wurden, machen vor allem eines deutlich: Komplexe pflegerische Interventionen wie das Entlassungsmanagement entziehen sich ein Stück weit dem der traditionellen Wirksamkeitsforschung verpflichteten Ansatz einer evidenzbasierten Praxis. Die mit diesem Ansatz gewonnenen Erkenntnisse bleiben entweder so allgemein, dass sie für die Praxis kaum von Nutzen sind, oder so sehr in der Logik herkömmlicher medizinischer Forschung befangen, dass zwischen Wissenschaft und Praxis keine Vermittlung mehr stattfinden kann. Was im Falle singulärer pflegerischer Maßnahmen möglich und zweckmäßig erscheint, kann bei komplexen Interventionen paradoxerweise eher zu einer Begrenzung als zu einem Zuwachs wissenschaftlicher Fundierung führen.

Es ist also ratsam, die Ebenen auseinander zu halten: Wenn es darum geht, einen Nationalen Expertenstandard zu legitimieren, wird man auf eine Prüfung analog zum EBM-Ansatz schwerlich verzichten können. Fragt man jedoch nach der Umset-

zung bzw. nach der Gestaltung des pflegerischen Entlassungsmanagements in der Praxis, gerät der Ansatz schnell an seine Grenzen. Offenkundig ist es im Blick auf die praktische Umsetzung notwendig, andere, und zwar weiterreichende Wege einer Wissensbasierung der Pflege zu beschreiten.

*Klaus Wingenfeld
Institut für Pflegewissenschaft
an der Universität Bielefeld
Postfach 100131
33501 Bielefeld
klaus.wingenfeld@uni-bielefeld.de*

Anmerkungen

¹ French illustriert seinen Vorschlag anhand mehrerer Qualitätssicherungsprojekte. Diese Projekte gingen sehr unterschiedlichen Fragestellungen nach, das Spektrum reichte von der angemessenen Häufigkeit eines Katheterwechsels über die Effektivität eines von der Pflege getragenen, kardiologischen Rehabilitationsprogramms bis hin zu Haltungen und Handlungsorientierungen von Pflegekräften und Ärzten im Rahmen der Trauerbegleitung von Müttern verstorbener Neugeborener. Die Illustration ist u.a. deshalb so interessant, weil sie verdeutlicht, wie eine auf Forschungsergebnissen beruhende Weiterentwicklung der Versorgungsqualität erreicht werden konnte, ohne auf das aufwendige und einseitig auf quantitative Methoden ausgerichtete Vorgehen der EBM zurückzugreifen. Eine so verstandene evidenzbasierte Praxis erwies sich insofern nicht nur als konkreter Beitrag zur Qualitätsentwicklung, sondern auch als ein zeitliche Ressourcen schonender, damit realistischer und kostengünstiger Ansatz.

Literatur

- Bours, G.J.J.W./Ketelaars, C.A.J./Frederiks, C.M.A./Abu-Saad, H.H./Wouters, E.F.M. (1998): The effects of aftercare on chronic patients and frail elderly patients when discharged from hospital: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 27, Nr. 5, 1076–1086
- Brooten, D./Brown, L.P./Munro, B.H./York, R./Cohen, S.M./Roncoli, M./Hollingsworth, A. (1988): Early discharge and specialist transitional care. *Journal of Nursing Scholarship* 20, Nr. 2, 64–68
- Bull, M.J./Jervis, L.L. (1997): Strategies used by chronically ill older women and their caregiving daughters in managing posthospital care. *Journal of Advanced Nursing* 25, Nr. 3, 541–547
- Dangel, B./Wingefeld, K. (2002): Literaturstudie. In: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hg.): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Osnabrück: DNQP, 20–60
- DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hg.) (2002): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Osnabrück: DNQP
- Evans, R.L./Hendricks, R.D. (1993): Evaluating Hospital Discharge Planning: A Randomized Clinical Trial. *Medical Care* 31, Nr. 4, 358–370
- French, P. (1999): The Development of Evidence-Based Nursing. *Journal of Advanced Nursing* 29, Nr. 1, 72–78
- French, P. (2002): What is the evidence on evidence-based nursing? An epistemological concern. *Journal of Advanced Nursing* 37, Nr. 3, 250–257
- Kennedy, L./Neidlinger, S./Scroggins, K. (1987): Effective comprehensive discharge planning for hospitalized elderly. *The Gerontologist* 27, Nr. 5, 577–580
- Naylor, M./Brooten, D./Jones, R./Lavizzo-Mourey, R./Mezey, M./Pauly, M. (1994): Comprehensive discharge planning for the hospitalized elderly: a randomized clinical trial. *Annals of Internal Medicine* 120, Nr. 12, 999–1006
- Naylor, M.D./Brooten, D./Campbell, R./Jacobsen, B.S./Mezey, M.D./Pauly, M.V./Schwartz, J.S. (1999): Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: a randomized clinical trial. *Journal of the American Medical Association* 281, Nr. 7, 613–620
- Parfrey, P.S./Gardner, E./Vavasour, H./Harnett, J.D./McManamon, C./McDonald, J./Dawe, J. (1994): The feasibility and efficacy of early discharge planning initiated by the admitting department in two acute care hospitals. *Clinical & Investigative Medicine* 17, Nr. 2, 88–96
- Parkes, J./Shepperd, S. (2002): Discharge planning from hospital to home. *The Cochrane Library*, Issue 2, Update Software
- Raspe, H. (2000): Evidenz-basierte Medizin: eine Einführung für klinisch Tätige. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 33, Nr. 2, 78–81
- Sackett, D.L./Rosenberg, W.M./Gray, J.A./Haynes, R.B./Richardson, W.S. (1996): Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal* 312, Nr. 7023, 71–72
- Shyu, Y.-I. L. (2000): Role tuning between caregiver and care receiver during discharge transition: an illustration of role function mode in Roy's Adaptation Theory. *Nursing Science Quarterly* 13, Nr. 4, 323–331
- Ulrich, G. (2002): Medizin – eine exakte Wissenschaft? Zur Rationalität der »Evidenz-basierten« Medizin. *Dr. med. Mabase* 27, Nr. 137, 27–32
- Vogd, W. (2002): Professionalisierungsschub oder Auflösung ärztlicher Autonomie. *Zeitschrift für Soziologie* 31, Nr. 4, 294–315
- York, R./Brown, L.P./Samuels, P./Finkler, S.A./Jacobsen, B./Persely, C.A./Swank, A./Robbins, D. (1997): A randomized trial of early discharge and nurse specialist transitional follow-up care of high-risk childbearing women. *Nursing Research* 46, Nr. 5, 254–261