
Das Konzept der Evidence-based Health Care – Das Methodenrepertoire zur Qualitätsbestimmung aus Sicht der Gesundheitsberufe

2

Stefan Dietsche

Zusammenfassung

Der fortschreitende Wandel des Gesundheitswesens bedingt erweiterte Formen der Zusammenarbeit aller dort tätigen Berufe. Das Konzept einer evidence based health care, also einer evidenzbasierten Gesundheitsversorgung, kann einen Rahmen bieten, die Zusammenarbeit zu erleichtern und sich über die Berufsgruppen hinweg auf Ziele, Grenzen und Wirkweise von Interventionen zu verständigen. Voraussetzung hierfür ist, dass insbesondere bei komplexen und psychosozialen Interventionen nicht nur erforscht wird, ob etwas wirkt, sondern auch, wie es wirkt, bzw. welche Anteile der Intervention welche Wirkung entfalten. Hierfür ist es nötig, neben den üblicherweise verwendeten randomisierten kontrollierten Studien, komplementär auch qualitative Ansätze heranzuziehen und eine Forschungsagenda zu entwickeln, die sich an Bedarfen und nicht an den Partikularinteressen einzelner Berufsgruppen orientiert.

2.1 Einleitung

Das Gesundheitswesen befindet sich in einem stetigen Wandel. Neben technologischen Weiterentwicklungen und neuen Therapieformen ist das Gesundheitswesen auch stark durch die jeweilige Gesetzgebung geprägt. Die demografischen

S. Dietsche (✉)

HFH • Hamburger Fern-Hochschule, Hamburg, Deutschland

E-Mail: Stefan.Dietsche@hamburger-fh.de

© Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH 2018

P. Hensen und M. Stamer (Hrsg.), *Professionsbezogene*

Qualitätsentwicklung im interdisziplinären Gesundheitswesen,

DOI 10.1007/978-3-658-17853-6_2

Veränderungen, insbesondere der steigende Anteil älterer Versicherter, führen dazu, dass „einer steigenden Nachfrage nach Gesundheitsleistungen ein schrumpfendes Arbeitskräftepotenzial gegenüber“ steht (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009, S. 28). Neue Versorgungsformen, wie z. B. Modelle der Integrierten Versorgung oder Disease-Management-Programme, führen zu erweiterten Arten der Zusammenarbeit von Berufsgruppen im Gesundheitswesen (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007). Von verschiedenen Seiten wird die Bedeutung der berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit betont, welche Voraussetzung dafür ist, den aktuellen und kommenden Herausforderungen zu begegnen. So kommt der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen im Gutachten 2009 zu dem Schluss: „Das medizinische und ökonomische Entwicklungspotenzial liegt, wie in 6.2.4 und 8.1 ausgeführt, vornehmlich an den Schnittstellen der Leistungssektoren“ (SVR 2009, S. 507). Auf ähnliche Weise postuliert auch der Wissenschaftsrat für die Lösung großer gesellschaftlicher Herausforderungen die Notwendigkeit für „interdisziplinäre Forschungsansätze sowie transdisziplinäre Formen der Zusammenarbeit jenseits der Disziplinen“ (2015, S. 20 f). Den Herausforderungen im Gesundheitswesen sollte also mit Ansätzen begegnet werden, die die verschiedenen relevanten Berufsgruppen beteiligen. Dies kann aber nur gelingen, wenn die Verständigung zwischen den Berufsgruppen gelingt und berührt damit die Sprache der verschiedenen Disziplinen, die Ziele, die verfolgt werden, und die Methoden, sowohl der Interventionen als auch der Forschung. Die zentrale Frage, wie die Wirksamkeit von Maßnahmen analysiert wird, wird sowohl innerhalb als auch zwischen den Berufsgruppen kontrovers diskutiert. Dabei bietet der Ansatz der Evidenzbasierung einen Rahmen, um die Perspektiven verschiedener Berufsgruppen ebenso zu integrieren wie verschiedene Forschungsparadigmen – vor allem qualitative und quantitative Ansätze können hier produktiv zusammengebracht werden. Dieser Gedanke soll im vorliegenden Beitrag ausgeführt werden.

Die Grundidee der Evidenzbasierung ist schnell beschrieben – ausführlicher dann in Abschn. 2.2 – und bietet zunächst kaum Anlass für intensive Auseinandersetzungen: Bei Entscheidungen über die Versorgung von Patienten¹ soll neben

¹Ohne die Diskussion hier in der möglichen Breite aufnehmen zu können, spricht m. E. viel dagegen, Patienten als Kunden oder Klienten zu bezeichnen, auch wenn dies in Gesundheitsberufen teilweise üblich ist und es zweifellos auch Situationen gibt, in denen der Begriff des Klienten passt. Wenn wir es im Gesundheitswesen nur mit Kunden im üblichen Sinne zu tun hätten, bräuchten wir die Diskussion um die Evidenzbasierung nicht zu führen. Daher wird in diesem Beitrag verallgemeinernd von Patienten die Rede sein, wenn es um die Inanspruchnehmer des Gesundheitswesens geht.

der Expertise des Versorgers auch der aktuelle Stand der Wissenschaft berücksichtigt werden, ebenso wie Präferenzen des Patienten. Diese Überlegungen sind so weit weder neu noch überraschend. Warum dann trotzdem die Notwendigkeit, hierüber zu diskutieren? Warum dann trotzdem die teilweise intensiv geführten Auseinandersetzungen, deren Bandbreite Sackett et al. (1996) zusammenfassen mit „Criticism has ranged from evidence based medicine being old hat to it being a dangerous innovation, perpetrated by the arrogant to serve cost cutters and suppress clinical freedom.“ (S. 71)? Die Bevorzugung eines bestimmten Forschungsdesigns – gemeint sind hier vor allem die randomisierten kontrollierten Studien – hat der Idee der Evidenzbasierung sogar die Bezeichnung als Mikrofaschismus eingebracht (Holmes et al. 2006).

Die Kritik an der Evidenzbasierung – näher dargestellt in Abschn. 2.3 – ist in weiten Teilen durchaus gerechtfertigt und hängt mit einigen theoretischen und praktischen Schwierigkeiten des Ansatzes zusammen. Diese betreffen zunächst die Terminologie, vor allem die Frage, was genau mit „Evidenz“ eigentlich gemeint ist und wie sie bestimmt wird. Aber auch die Umsetzung von Evidenz im Versorgungsalltag kann problematisch sein, von Rycroft-Malone als „complex, messy, and demanding task“ (2004, S. 297) beschrieben.

Das Konzept der Evidenzbasierung ist – als evidence based medicine (EbM) – zunächst für den Bereich der Medizin formuliert worden (Sackett et al. 1996). Es wurde dann auch von anderen Disziplinen schnell adaptiert. So gibt es z. B. die Begriffe evidence based nursing oder evidence based practise. Die ursprünglichen Formulierungen beziehen sich auf Einzelfallentscheidungen, also eine Situation in der etwa ein Therapeut die beste Behandlungsoption für einen individuellen Patienten sucht. Das Prinzip, Entscheidungen auch auf einer systematischen Beurteilung des aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstandes basieren zu lassen, lässt sich aber auch auf die Gesundheitsversorgung von Gruppen anwenden. Dies ist mit dem Begriff der evidence based health care (also: evidenzbasierte Gesundheitsversorgung) gemeint. Das Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e. V. definiert „evidence based health care“ als Anwendung der „Prinzipien der EbM auf alle Gesundheitsberufe und alle Bereiche der Gesundheitsversorgung, einschließlich Entscheidungen zur Steuerung des Gesundheitssystems“ (2011, o. S.), also interdisziplinär und sektorenübergreifend. Spätestens auf dieser übergeordneten, den Einzelfall übersteigenden Ebene, rückt die Kommunikation der beteiligten Disziplinen in den Vordergrund.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang der Verweis auf eine sprachliche Ungenauigkeit bezüglich der Terminologie. Im Englischen bedeutet „evidence“ Beleg, Nachweis oder Beweis. Eine bedeutungsgerechte Übersetzung von „evidence based“ wäre demnach „nachweisbasiert“. Es hat sich im deutschen Sprachgebrauch

jedoch nicht durchgesetzt, von einer nachweis- oder beleggestützten Versorgung zu sprechen. Üblich ist es, von „Evidenzbasierung“ zu sprechen, auch wenn im Deutschen „evident“ für „unmittelbar einleuchtend, keines Beweises bedürftig“ (Duden 2017) steht und damit für das genaue Gegenteil von dem, worauf „evidence based“ abzielt. Wenn im vorliegenden Beitrag – wegen der deutlich größeren Verbreitung des Begriffes – trotzdem von „Evidenzbasierung“ gesprochen wird, ist nicht die vermeintliche Plausibilität einer Augenscheinprüfung gemeint, sondern, der Idee der Evidenzbasierung folgend, ein nachweis-, ein beleggestütztes Vorgehen. Eine Bedeutungsverschiebung hat auch das Wort „Expertise“ erfahren. Während es im Deutschen ursprünglich ein Gutachten meint, wird es inzwischen, auch im Kontext der Diskussion um die Evidenzbasierung, auch für das Expertenwissen verwendet. In diesem Sinne wird das Wort auch hier verwendet.

Die Evidenzbasierung bietet nicht nur eine Systematik für eine qualitativ hochwertige Versorgung, sie kann auch dabei helfen, diesbezüglich ein berufsgruppenübergreifendes Verständnis zu entwickeln. In diesem Beitrag soll dargestellt werden, was mit Evidenzbasierung gemeint ist, welche zentralen Probleme dieser Ansatz mit sich bringt und auf welche Art und Weise Evidenzbasierung sinnvoll eingesetzt werden kann, um Wirksamkeitsbelege zu erbringen, die auch außerhalb des Begriffsverständnisses einzelner Berufsgruppen Gültigkeit haben.

2.2 Grundprinzipien der Evidenzbasierung

David Lawrence Sackett, einer der zentralen Wegbereiter der Evidenzbasierung, hat Evidenzbasierung in einem oft aufgegriffenen Zitat definiert als „conscious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients“ (Sackett et al. 1996, S. 71). Raspe (1996, S. 554) übersetzt dies mit „bewußte, ausdrückliche und verständige Nutzung der jeweils besten Evidenz bei Entscheidungen über die Versorgung individueller Patienten.“ Hinzu kommt die Expertise, also die Fachkenntnis der behandelnden Person, diese ist ausdrücklich Teil des Konzeptes. In späteren Ausformulierungen ist auch noch die Patientenperspektive explizit aufgenommen worden.

Das Grundprinzip der Evidenzbasierung kann demnach als Triade verstanden werden von:

- der besten verfügbaren Evidenz, also dem Stand der systematischen Forschung zu einer konkreten, auf die Situation des Patienten bezogenen Fragestellung,

- der Fachkenntnis des Behandlers, hierunter wird neben dem Wissen im engeren Sinne meist auch die Intuition der Experten verstanden
- und den Wünschen des Patienten.

In einer Behandlungssituation sollen alle drei Aspekte zusammengebracht werden, um zu einer möglichst Erfolg versprechenden Behandlungsoption zu kommen. Mit diesem Vorgehen sollen verschiedene Ziele erreicht werden, im Vordergrund steht die Verbesserung der Versorgung. In diesem Sinne sind sowohl die Einführung von gesichertem als auch von innovativem Wissen in praktische Entscheidungen (Häussler 2005, S. 68) zentrale Ziele. So versteht sich die Evidenzbasierung auch als Möglichkeit, bestehende und möglicherweise überholte Lehrmeinungen durch aktuelle Belege herausfordern zu können.

Das konkrete evidenzbasierte Vorgehen wird meistens in fünf Schritten beschrieben:

1. Formulierung des vorliegenden Problems als beantwortbare Frage²
2. Suche nach der besten verfügbaren Evidenz im Rahmen einer Literaturrecherche
3. Beurteilung der identifizierten Literatur hinsichtlich Validität und Nützlichkeit (Näheres dazu im Folgenden)
4. Anwendung des gewonnenen Wissens in der Praxis
5. Evaluation des eigenen Vorgehens

Für die Beurteilung der Evidenz sind dabei zwei gleichermaßen wichtige Begriffe von Bedeutung, die interne Validität und die externe Validität. Da beide Begriffe für das Verständnis sowohl der Idee der Evidenzbasierung als auch der Kritik an der Evidenzbasierung elementar sind, sollen sie im Folgenden etwas ausführlicher erläutert werden.

Die meisten gesundheits- und krankheitsbezogenen Fragestellungen laufen auf eine Hinterfragung der Kausalität hinaus (Antes 2016). Uns interessiert schlussendlich nicht, ob eine Exposition rein rechnerisch mit dem Auftreten von Beschwerden zusammenhängt. Uns interessiert, ob sie – kausal – einen Risikofaktor für die Krankheit darstellt. Genauso sind wir aus forschungslogischer Sicht

²Hierfür wird i. d. R. das PICO-Schema verwendet (Cochrane Deutschland 2017), welches als Hilfsmittel vorschlägt, eine Frage nach folgendem Muster zu stellen: Für welchen Patienten (P) oder welches Problem soll eine Aussage zu welcher Intervention (I) getroffen werden, mit welcher (üblichen) Vergleichsintervention (C = Comparison) soll die Intervention verglichen werden und an welchem Ergebnismaß (O = Outcome) wird die Wirksamkeit festgemacht?

nicht allein daran interessiert, ob es den Teilnehmern einer Therapie *nach* der Intervention besser geht, wir möchten herausfinden, ob es ihnen *wegen* der Intervention besser geht. Bezogen auf eine Studie entspricht dies der Frage: Inwieweit kann die Studie zeigen, dass das Eintreten einer Wirkung auf eine bestimmte Intervention zurückgeführt werden kann und nicht auf irgendeinen anderen Einfluss? Wie sicher können wir z. B. sein, dass sich der Gesundheitszustand einer Person tatsächlich aufgrund der Therapie verbessert hat und nicht aufgrund anderer Gründe (z. B. das unbeeinflusste Abklingen der Beschwerden, ein veränderter Lebensstil oder begleitend in Anspruch genommene Therapien)? Wenn es einer Interventionsgruppe nach der Therapie besser geht als der Kontrollgruppe: Wie sicher können wir sein, dass dieser Unterschied tatsächlich auf die Intervention zurückzuführen ist und nicht auf andere Gründe (z. B. darauf, dass die Teilnehmer der Interventionsgruppe ohnehin einen besseren Gesundheitszustand aufweisen, dass sie motivierter, fitter oder jünger sind)? Dieser Aspekt der Beurteilung einer Studie wird als interne Validität bezeichnet. Die interne Validität ist umso höher, je plausibler dieser kausale Zusammenhang innerhalb einer Studie aufgezeigt werden kann, je plausibler z. B. gezeigt werden kann, dass die Verbesserung des Gesundheitszustandes an der Therapie und an nichts anderem liegt. Anders gesagt: Die Plausibilität eines kausalen Zusammenhangs steigt, je mehr alternative Erklärungen für den beobachteten Effekt ausgeschlossen werden können. Dies erklärt auch, warum randomisierten kontrollierten Studien (bzw. Zusammenfassungen mehrerer solcher Studien in Meta-Analysen) diesbezüglich die höchste Aussagekraft zugeschrieben wird. Randomisierte kontrollierte Studien sind aufgrund Ihres Designs (Randomisierung, Verblindung, Standardisierung der Bedingungen etc., vgl. hierzu etwa Antes [2016](#); Röhrig et al. [2009](#)) besser als andere Studientypen in der Lage, alternative Erklärungen für einen beobachteten Effekt auszuschließen. Die Bevorzugung von randomisierten kontrollierten Studien ist damit keine willkürliche Festlegung, sondern folgt forschungslogischen Erwägungen.

Diese interne Validität ist es auch, die in den verschiedenen Evidenzhierarchien bewertet wird. Was durch diese Hierarchien ausgedrückt wird und was nicht, haben Perleth und Raspe schon [2000](#) ausgeführt. Sie zeigen auf, dass für Therapieempfehlungen auch weitere Informationen aus den Studien relevant sind, vor allem die Größe des Effektes und die Präzision der Schätzung des Effektes, i. d. R. durch ein Konfidenzintervall ausgedrückt. Der Begriff der „Evidenzhierarchien“ ist also missverständlich, da diese Hierarchien eben nur einen Teil dessen abbilden, was mit dem Konstrukt der Evidenz gemeint ist. Präziser wäre es, von „Hierarchien der internen Validität“ zu sprechen.

Der zweite wesentliche Aspekt der Beurteilung der Evidenz ist die externe Validität. Hiermit ist die Frage gemeint, inwieweit die Ergebnisse einer Studie auf die praktische Arbeit übertragbar sind, inwieweit sich die Ergebnisse umsetzen lassen. Selbst wenn eine Studie mit einer sehr guten internen Validität – also weitgehend frei von Verzerrungen der Ergebnisse – durchgeführt wurde, heißt dies noch nicht, dass die Ergebnisse auch in die Praxis übertragbar sind. Es gibt eine ganze Reihe von Gründen, warum Ergebnisse, auch aus Studien mit einer hohen internen Validität, nicht in die Versorgungspraxis überführbar sind, hierzu gehören:

- Die Rahmenbedingungen in einer Studie entsprechen häufig nicht denen der Versorgungspraxis. Sowohl die Teilnehmer der Studie als auch die beteiligten Akteure (z. B. Therapeuten, Ärzte) verhalten sich i. d. R. anders als im Alltag, wenn sie wissen, dass sie an einer Studie teilnehmen (der sogenannte Hawthorne-Effekt). Hinzu kommt, dass auch die Rahmenbedingungen der Leistungserbringung in Studien häufig nicht der Regelversorgung entsprechen. So steht in Studien z. B. oft mehr Zeit und/oder Personal für die Therapie zur Verfügung, Therapeuten durchlaufen vor der Anwendung einer bestimmten Intervention entsprechende Schulungen oder bekommen Zeitfenster für die Dokumentation zur Verfügung gestellt, die es im Alltag in dieser Form oft nicht gibt.
- Die Studienpopulationen unterscheiden sich häufig von der eigentlichen Zielgruppe. In vielen Studien wurde aufgezeigt, dass die Zusammensetzung der Teilnehmer an Interventionsstudien z. T. deutlich von der Gruppe abweicht, für die die Intervention gedacht ist. So ist im Bereich der Krebsforschung etwa aufgezeigt worden, dass ältere Menschen (Scher und Hurria 2012) und Frauen (Jagsi et al. 2009) in Studien unterrepräsentiert sind. Hinzu kommt, dass Multimorbidität in vielen Studien nicht berücksichtigt wird, teilweise ist Multimorbidität sogar ein Ausschlusskriterium für Studien. Als Konsequenz hieraus werden multimorbide Patienten auch in Leitlinien weit weniger berücksichtigt, als es ihrem Stellenwert in der Versorgungspraxis entspricht (Campbell-Scherer 2010). Tatsächlich ist Multimorbidität in bestimmten Bevölkerungsgruppen eher die Regel als die Ausnahme (Robert Koch Institut 2015). Van den Bussche et al. (2012) kommen in der Analyse von $n = 123.224$ mindestens 65-jährigen Versicherten einer Krankenkassen zu einem Anteil von 62,1 % multimorbiden Patienten, und dies obwohl der Begriff der Multimorbidität in dieser Studie konservativ operationalisiert wurde. Für diese multimorbid Erkrankten gelten die Leitlinien aber bisher nur bedingt.
- Die Wirkfaktoren der Intervention bleiben häufig unklar. Sowohl in Studien als auch dann in den Leitlinien werden die Interventionen häufig als Blackbox behandelt. Was genau in der Therapie passiert, wird nicht aufgeschlüsselt; welche

Teile einer Intervention welche Wirksamkeit entfalten, wird nicht betrachtet. In der Nationalen Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin 2015) steht etwa als Empfehlung: „Ergotherapeutische Maßnahmen sollten bei chronischem nichtspezifischem Kreuzschmerz im Rahmen multimodaler Behandlungsprogramme durchgeführt werden“ (S. 74). In dieser Allgemeinheit kann eine solche Aussage eine Intervention zwar legitimieren, aber kaum handlungsleitend sein; hierfür kann „Ergotherapie“ zu viel bedeuten. Die Ergotherapie wird in der Leitlinie dann zwar noch etwas präzisiert, in dem von „arbeitsorientierten Trainings“ (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin 2015) und „berufsbezogene[n] Interventionen“ (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin 2015) gesprochen wird, es bleibt aber immer noch vage, wie die Intervention tatsächlich ausgesehen hat. Damit bleibt es auch schwierig, eine konkrete praktische Maßnahme abzuleiten.

- Ein Problem für die externe Validität ist auch die Standardisierung der Bedingungen der Leistungserbringung, wie sie insbesondere in randomisierten kontrollierten Studien gängig ist. Um den Einfluss von Verzerrungen auf die Ergebnisse gering zu halten, werden möglichst viele Parameter der Leistungserbringung standardisiert, sowohl innerhalb als auch zwischen den Gruppen. Dies betrifft z. B. die Therapiedauer, die Interaktion zwischen Therapeut und Patient und auch die Freiheit in den Entscheidungen die Versorgung betreffend. In diesem Sinne ist das standardisierte Vorgehen, das in vielen Studien angestrebt wird, das Gegenteil eines patientenorientierten oder klientenzentrierten Vorgehens. Die Erhöhung der internen Validität einer Studie geht hier auf Kosten der externen Validität.

All diese Gründe können also dazu führen, dass Studienergebnisse, selbst wenn sie eine hohe interne Validität haben (also weitgehend frei von Verzerrungen sind), nicht in den Versorgungsalltag übertragbar sind. Die Debatte um die Evidenzbasierung ist häufig auf den Aspekt der internen Validität fokussiert, tatsächlich benötigen wir aber auch eine ausreichende externe Validität. Wenn Studienergebnisse nicht intern valide sind, sind sie – wegen eines zu großen Risikos von Verzerrungen – bezüglich der Kausalität nicht abgesichert und nicht auf andere Personen übertragbar. Wenn Studienergebnisse nicht extern valide sind, sind sie nicht in die Praxis überführbar und damit auch von geringer Relevanz für die Praxis. Erst wenn Studienergebnisse intern und extern valide sind, haben wir evidenzbasiertes, anwendbares Wissen. Wie Greenhalgh et al. (2014) es formuliert haben: „Evidence must be usable as well as robust“ (S. 4). Diese Aussage ist deswegen nicht trivial, weil beide Arten von Validität sich bis zu einem gewissen Grad ausschließen, zumindest innerhalb eines einzelnen Forschungsansatzes.

Eine hohe Praxisnähe bringt ein höheres Risiko von nicht kontrollierbaren Verzerrungen der Ergebnisse mit sich und ein hohes Ausmaß von Standardisierung gefährdet die Übertragbarkeit der Ergebnisse.

2.3 Probleme in der Anwendung von Evidenzbasierung

Die Idee der Evidenzbasierung ist durch eine große Bandbreite an Kritiken herausgefordert worden, nicht nur von Gegnern des Konzeptes. Dies ist prinzipiell auch unabdingbar; jede Idee, die eine wissenschaftliche Fundierung für sich beansprucht, muss sich auch wissenschaftlich hinterfragen lassen. Für eine Sortierung der vorgebrachten Kritikpunkte wird im Folgenden unterschieden zwischen eher grundsätzlichen Bedenken einerseits und praktischen Problemen in der Anwendung andererseits, also Barrieren der Implementierung – auch wenn die Übergänge zwischen beiden Kritikarten eher fließend sind.

2.3.1 Grundsätzliche Bedenken

Eine sehr grundlegende Kritik an der Evidenzbasierung zielt auf den *Erkenntnisbegriff* ab. So argumentiert Goldenberg (2006), dass das empiriegestützte Vorgehen der Evidenzbasierung sich auf eine Objektivität berufe, die nicht gegeben sei. So würden bestimmte Arten des Wissenserwerbs ausgeschaltet (Holmes et al. 2006), gemeint sind dabei vor allem qualitative Ansätze. Worauf die Kritiker hier nicht eingehen, ist der zentrale Punkt, dass die Favourisierung von randomisierten kontrollierten Studien kein Selbstzweck ist, sondern Ausdruck des Bestrebens, übertragbares Wissen zu generieren. Außerdem bezieht sich diese Kritik auf eine verkürzte Idee von EBM, nämlich die Reduktion auf den Aspekt der Studienlage. Sowohl die Expertise des Behandelnden als auch die patientenseitigen Präferenzen werden hier als Teil der Evidenzbasierung ignoriert, was die Kritik an diesem Punkt wohlfeil macht. Die Kritik zielt damit zumindest in Teilen an der EBHC vorbei. Von Portwich (2005) wird etwa ausgeführt, wie eine hermeneutische Kompetenz in den Kontext eines evidenzbasierten Vorgehens gestellt werden kann. An diesem Punkt läuft auch Kritik ins Leere, die behauptet, dass ein evidenzbasiertes Vorgehen keinen Raum für Intuition vorsieht (z. B. bei Goldenberg 2006); unter die Expertise von Arzt oder Therapeut fällt durchaus auch die Intuition. Aber auch Greenhalgh et al. (2015) sehen das Problem, dass – entgegen der ursprünglichen Absicht der Evidenzbasierung – das Fachwissen des Arztes und die Perspektive des Patienten durch die Betonung der Evidenzlevel zumindest

entwertet werden. In diesem Sinne räumt auch Haynes (2002) ein, dass nicht von Anfang an ausreichend deutlich gemacht wurde, dass die Evidenzlage aus der Forschung nur einer von mehreren Aspekten einer klinischen Entscheidung sein kann. Greenhalgh et al. (2015) schlagen daher vor, a) die Patientenperspektive systematisch in die Entscheidungsfindung einzubauen, komplementär zu Erkenntnissen „...from distant research populations“ (S. 3) und b) narrative, phänomenologische und ethnografische Forschungsdesigns nicht als geringerwertige, sondern als komplementäre Datenquelle zu begreifen. Diese weiterführenden Überlegungen ändern aber nichts daran, dass randomisierte, kontrollierte Studien – und Meta-Analysen aus solchen – nicht aus Willkür die höchste Aussagekraft zugebilligt wird, sondern eben weil sie prinzipiell die höchste interne Validität aufweisen und besser als andere Studientypen in der Lage sind, kausale Zusammenhänge zu plausibilisieren.

Ein weiterer häufig vorgebrachter Kritikpunkt ist die – vor allem durch die Pharmaindustrie – *interessensgeleitete Forschungsagenda*. Das Wissen aus Studien werde nicht immer für Probleme gewonnen, die aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht auf der Agenda stehen, sondern häufig für echte oder vermeintliche Probleme, für die es vor allem wirtschaftlich rentable Lösungen gibt. Dieses Problem wird nicht nur von Kritikern (Goldenberg 2006; Holmes et al. 2006), sondern auch von Befürwortern der Evidenzbasierung (Greenhalgh et al. 2014) gesehen.

Wie oben schon beschrieben (s. Abschn. 2.2) finden *multimorbide Patienten*, trotz ihrer großen Bedeutung für die Praxis, kaum Eingang in Studien und Leitlinien (Campbell-Scherer 2010). „Multimorbidity ... seems to defy efforts to produce or apply objective scores, metrics, interventions, or guidelines“ (Greenhalgh et al. 2014, S. 3).

Und auch die Abbildung von *komplexen Interventionen* ist im Rahmen der Evidenzbasierung eine große Herausforderung. Komplexe Interventionen, der Definition von Mühlhauser et al. (2011) folgend, „bestehen aus mehreren Einzelkomponenten, die sich wechselseitig bedingen und ihrerseits in komplexe Kontexte implementiert werden“ (S. 752). Hierunter fallen etwa Disease Management Programme, Sportprogramme in Schulen oder Dekubitusprophylaxe in der Pflege (Mühlhauser et al. 2011). Wingenfeld (2004) veranschaulicht am Beispiel des Entlassungsmanagements in der Pflege, auf welche Schwierigkeiten Prinzipien der Evidenzbasierung bei komplexen Interventionen stoßen. So sei es bei einer komplexen Intervention kaum mit Sicherheit bestimmbar, welche von vielen durchgeführten Maßnahmen nun für eine eingetretene Wirkung verantwortlich seien. Außerdem weist er darauf hin, dass die Rahmenbedingungen bei komplexen Interventionen, z. B. institutionelle Rahmenbedingungen oder die Kooperationsbeziehungen der Akteure, einerseits eine große Bedeutung für das

Ergebnis haben und andererseits kaum übertragbar sind, z. B. von einem Land auf ein anderes.

2.3.2 Barrieren der Implementierung

Die Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Evidenzbasierung sind selbst auch schon Gegenstand wissenschaftlicher Auseinandersetzung geworden. In einem Scoping Review tragen Williams et al. (2014) verschiedene Barrieren bei der Umsetzung von Evidenzbasierung und Lösungsansätze zusammen. Als Probleme benennen sie:

- *die Arbeitslast der im Gesundheitswesen Beschäftigten:* Für das Recherchieren von neuen Erkenntnissen bleibt im Arbeitsalltag kaum oder keine Zeit übrig. Organisationen können hier z. B. gegensteuern durch die Einrichtung eines regelmäßig tagenden Journal Klubs oder die Bestimmung eines Hauptverantwortlichen für die Sammlung, Aufbereitung und Weitergabe von relevanten Informationen.
- *Kollegen und/oder Vorgesetzte, die die Umsetzung von EBP nicht unterstützen:* Die Chancen auf Implementierung von EBP sind größer in weniger hierarchischen Arbeitsumgebungen, die einen offenen Austausch befördern. Um dieser Barriere zu begegnen empfehlen Williams et al. einen Top-Down-Ansatz, in dem das Management den Austausch ermöglicht und fördert.
- *Mangel an Ressourcen:* Selbst wenn Zeit für Recherche gegeben ist, müssen die nötigen Ressourcen bereitgestellt werden. Dies betrifft z. B. den – i. d. R. kostenpflichtigen – Zugang zu Datenbanken und Literatur, aber auch die nötigen Kompetenzen für die kritische Rezeption der Literatur.
- *Mangel an Möglichkeit, die Praxis zu verändern:* Viele Berufstätige der Gesundheitsberufe haben eingeschränkte Möglichkeiten, selbst über Veränderungen in der Praxis zu entscheiden. Durch starke Hierarchien oder Weisungsgebundenheit (z. B. gegenüber Ärzten) sind die Möglichkeiten teilweise deutlich eingeschränkt.
- *Veränderungsresistente Arbeitskultur:* Neben einzelnen Kollegen oder Vorgesetzten (s. o.) kann auch die Kultur in einem Unternehmen wenig offen für Neuerungen sein. Auch der Widerspruch zwischen den inhaltlichen Zielen einer Berufsgruppe und den wirtschaftlichen oder politischen Zielen eines Unternehmens kann Veränderungen hemmen.

Grol und Grimshaw (2003) beschreiben in einem Review der Studienlage auch Charakteristika neuer Evidenzen selbst als Barrieren der Umsetzung. Sie führen Schwierigkeiten bei der Umsetzung auch darauf zurück, dass Veränderungen in der Patientenversorgung i. d. R. komplexe Veränderungen nach sich ziehen, eine bessere Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen voraussetzen oder Veränderungen in der Organisation der Leistungserbringung benötigen. Sie beschreiben, dass Leitlinien sich besser durchsetzen, wenn diese akute und nicht chronische Probleme behandeln, wenn die Empfehlungen auf starker Evidenz basieren, wenn die Empfehlungen zu den bestehenden Werten passen, wenn die Entscheidungsfindung vereinfacht wird, das empfohlene Verhalten möglichst konkret beschrieben wird und wenn wenig persönliche oder organisatorische Veränderungen nötig sind, um die Veränderungen zu Implementieren.

Auch die Menge der zur Verfügung stehenden Leitlinien, Studien und Daten stellt für die Implementierung ein Problem da. Wie Allen und Harkins (2005) in einem Leserbrief an „The Lancet“ illustrieren, haben sie in ihrem Krankenhaus festgestellt, dass an einem Tag bei der Aufnahme von 18 Patienten mit insgesamt 44 Diagnosen der behandelnde Arzt 3679 Seiten Leitlinien gelesen, erinnert und angewendet haben müsste. Und dies, obwohl nur Leitlinien bestimmter Institutionen und Fachgesellschaften aus den vergangenen drei Jahren in die Zählung aufgenommen wurden. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass dies einer Lesezeit von 122 h entsprechen würde. Eine Wiederholung dieses Versuchs im Jahre 2009 hat bei 38 Patienten mit insgesamt 41 Diagnosen eine Zahl von 8643 Seiten Leitlinien ergeben (Allen 2010).

2.4 Umsetzung der Evidenzbasierung

Die Recherche der besten verfügbaren Evidenz für einen Patienten ist mit einem Mehraufwand verbunden und die Umsetzung – aus den oben beschriebenen Gründen – oft schwierig. Um Evidenzbasierung trotzdem praktikabel zu halten, gibt es eine Reihe von Medien und Modellen. Diese betreffen sowohl den Zugang zu und die Bündelung von bestehendem Wissen als auch die Möglichkeiten der Implementierung dieses Wissens in bestehende Prozesse und Strukturen.

Zunächst sind hier Leitlinien zu nennen, die – meist von Fachgesellschaften erstellt – versuchen, das Wissen zu einem Krankheitsbild zu bündeln. Neben allgemeinen Informationen zu Entstehung und Epidemiologie der Krankheit geht es vor allem um Diagnostik und Therapie. Die Empfehlungen sind dabei meist abgestuft nach Sicherheit der Empfehlung – im Programm der *Nationalen VersorgungsLeitlinien* gibt es etwa „starke Empfehlung“, „Empfehlung“ und „offen“

(Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin 2010, S. 9). Aktuelle Leitlinien bieten damit einen guten Überblick über Diagnostik- und Therapieoption. Das Programm der Nationalen VersorgungsLeitlinien bietet über die – meist sehr umfassenden – eigentlichen Leitlinien hinaus aus weitere Dokumente an, z. B. eine Kitteltaschenversion der Leitlinie für Ärzte und eine *PatientenLeitlinie* (zu weiteren Informationen hierzu vgl. <http://www.leitlinien.de/nvl>). Zwei Probleme bei Leitlinienprogrammen seien hier erwähnt. Zum einen ist dies die Schwierigkeit, Leitlinien aktuell zu halten. Im Programm der Nationalen VersorgungsLeitlinien wird etwa eine vierjährige Überarbeitung und Aktualisierung angestrebt (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin 2010, S. 11). Die Aktualität der Leitlinien ist in der Praxis aber ein Problem; die häufig mangelnde Aktualität wird auch als Hürde bei der Akzeptanz und Implementierung der Leitlinien gesehen (Kopp 2010, S. 300; Nothacker et al. 2013). Zum anderen ist die schlechte Abbildbarkeit von komplexen Interventionen ein Problem für die Leitlinien. Auf diesen Punkt ist in Abschn. 2.2 schon eingegangen worden. Wenn in einer Leitlinie als Empfehlung z. B. nur „Ergotherapie“ steht, ist diese Empfehlung wenig handlungsleitend.

Zusätzlich zu den Leitlinien gibt es auch eine Reihe von Datenbanken, die speziell für die Suche von qualitativ hochwertigen Studien konzipiert wurden und teilweise die dort hinterlegten Publikationen auch mit einem Punkteraster bewerten, vor allem hinsichtlich der internen Validität der Studien. Für den Bereich der Physiotherapie z. B. ist dies PEDro (www.pedro.org.au) und für ergotherapeutische Studien OTseeker (<http://www.otseeker.com>).

Neben diesen Möglichkeiten, verhältnismäßig komfortabel auf Studienergebnisse in aufbereiteter bzw. bewerteter Form zugreifen zu können, gibt es auch eine Reihe von Modellen, die sich mit der Einführung von Innovationen in die Gesundheitsversorgung beschäftigen. Diese Modelle sollen praktische Hinweise für die Umsetzung von Evidenzbasierung bieten, indem der evidenzbasierte Prozess (vgl. Abschn. 2.2) z. B. durch die Betrachtung des Kontextes ergänzt wird. In einer Überblicksarbeit stellen Schaffer et al. (2013) verschiedene Modelle vor, nach denen Veränderung im Rahmen der Evidenzbasierung umgesetzt werden kann. Sie unterscheiden dabei zwischen Modellen, die eher die Perspektive der Organisationen in den Fokus rücken, die eher für die individuelle Nutzung gedacht sind oder Mischformen aus beidem. Einen konkreten und detaillierten Algorithmus zu evidenzorientierten Entscheidungen schlagen Andermann et al. (2016) vor. Ausgehend von der Priorität des Gesundheitsproblems wird dort in insgesamt 10 Schritten eine Entscheidung strukturiert, wobei z. B. auch ein Abwägen von Nutzen und Schaden, die Akzeptanz, die Umsetzbarkeit und ethische Aspekte einbezogen werden.

Ein weiterer Versuch, den Stand der Evidenz zu einer bestimmten Fragestellung oder einem Thema aufzubereiten, sind sogenannte Evidence Maps, die den Forschungsstand zu einer Fragestellung zusammentragen und grafisch oder tabellarisch darstellen. Diese sollen hier aber nur kurz erwähnt werden, da die Definitionen und Verfahrensweisen von Evidence Maps noch recht heterogen sind und sie bisher vor allem verwendet werden, um Wissenslücken und Forschungsbedarf zu einer Fragestellung aufzuzeigen (Miake-Lye et al. 2016; Schmucker et al. 2013) und weniger dafür, handlungsleitendes Wissen zusammenfassend darzustellen.

2.5 Evidenzbasierung in den Gesundheitsberufen

Mit z. B. den Leitlinien, den Modellen für die Umsetzung von Evidenz in die Praxis und neueren Entwicklungen wie den Evidence Maps liegen also eine Reihe von Hilfsmitteln vor, um Evidenzbasierung umsetzbarer zu machen. Im Bereich der Gesundheitsberufe stellen sich aber noch einige Probleme in verstärkter Form, auf die im Folgenden eingegangen werden soll. Dies betrifft sowohl die Ebene der betrachteten Interventionen selber als auch – damit zusammenhängend – die Ebene der Evaluation und Bewertung von Leistungen.

Diese Besonderheiten sind zu einem großen Anteil auf Eigenschaften der Interventionen selbst zurückzuführen. Die Interventionen in den Gesundheitsberufen haben i. d. R. ausgeprägte interaktive Anteile auf verschiedenen psychosozialen Ebenen. Sobald aber Interventionen – über die reine Betrachtung eines Wirkstoffes hinaus – auch interaktive Elemente haben, rücken die einzelnen Bestandteile in der Forschung in den Hintergrund und eine Intervention wird tendenziell zu einer Blackbox, also zu einem Vorgang, dessen eigentliches Geschehen im Dunklen bleibt. Erforscht wird dann, kurz gesagt, das Etikett und nicht der Inhalt³. Das Etikett wäre z. B. „Ergotherapie“, das konkrete klientenzentrierte Vorgehen würde sich so der Betrachtung entziehen. Dies liegt auch daran, dass die interaktiven und psychosozialen Elemente einer Intervention situationsbedingt sind, schwer zu standardisieren und daher auch schwer zu messen. Der oben beispielhaft genannte Begriff des „arbeitsorientierten Trainings“ etwa ermöglicht nur eine vage Orientierung über die eigentliche Ausgestaltung der Intervention. Dies ist für die Idee

³Der Vollständigkeit halber sei angemerkt, dass die Grenzziehung zu komplexen Interventionen zwangsläufig willkürlich ist. Selbst bei der scheinbar einfachen Verschreibung eines Medikamentes spielen Faktoren wie Zeit, Ansprache, Beziehung von Arzt und Patient eine Rolle z. B. für die Adhärenz.

der Evidenzbasierung eine Herausforderung, und zwar sowohl für die interne als auch die externe Validität. Die interne Validität kann nicht bestimmt werden, wenn nicht klar ist, woraus die Intervention eigentlich genau besteht. Anders ausgedrückt: Es ist schwierig, einen Ursache-Wirkungs-Zusammenhang zu plausibilisieren, wenn gar nicht klar ist, was genau die Ursache ist. Und auch von übertragbaren Ergebnissen kann kaum die Rede sein, wenn nicht klar ist, welche Intervention eigentlich auf die Praxis übertragen werden soll.

Dies hat direkte Auswirkungen auf die Erforschung der Wirksamkeit dieser Interventionen und dann auch auf die Frage der Übertragbarkeit solcher Ergebnisse. Die Vorgehensweise bei Medikamentenstudien z. B. ist nicht direkt auf die Evaluation von komplexen Evaluationen anwendbar. Dies kann etwa anhand der Verblindung gezeigt werden: Bei Medikamentenstudien können sowohl Studienteilnehmer als auch die Personen, die die Medikamente ausgeben, problemlos verblindet werden. Wenn zwei Tabletten das gleiche Aussehen, die gleiche Beschaffenheit haben, können beide Gruppen darüber im Unklaren gehalten werden, welche Tablette den Wirkstoff enthält und welche nicht. Mögliche Einflüsse durch z. B. die Erwartungshaltung der Beteiligten können so ausgeschaltet werden. Im therapeutischen Kontext ist dies – insbesondere bei komplexen Interventionen – deutlich schwieriger. Der Therapeut wird wissen (müssen), welche Therapie angewendet werden soll und auch der Patient wird diesbezüglich nicht komplett unwissend bleiben. Die Möglichkeiten, bestimmten forschungslogischen Regeln – in diesem Fall die Minimierung von potenziellen Einflüssen auf die Ergebnisse – zu folgen, sind also ungleich verteilt.

Verstärkt wird dieses Problem noch durch Meta-Analysen, also rechnerische Zusammenfassungen mehrerer – möglichst hochwertiger – Studien. Hier verschwinden dann auch die möglicherweise in den einzelnen Studien noch beschriebenen Spezifika der Interventionen durch die Zusammenfassung unter einem Etikett.

Hinzu kommt, dass in therapeutischen Berufen die Rahmenbedingungen der Leistungserbringung eine große Bedeutung haben; dies betrifft z. B. die Ausgestaltung von Leistungen, den zur Verfügung stehenden Zeitrahmen (Länge, Frequenz und Gesamtdauer einer Intervention), die Finanzierung der Leistungen, das Qualifikationsniveau der Leistungserbringer oder auch die Einbindung der Intervention in multidisziplinäre Behandlungskonzepte. Dies führt auch zu einer geringen internationalen Vergleichbarkeit von Ergebnissen. So können z. B. Studienergebnisse aus anderen Ländern nur insoweit übertragen werden, wie die Rahmenbedingungen vergleichbar sind oder zumindest die Bedeutung der Rahmenbedingungen für die Ergebnisse in der Publikation deutlich gemacht wird. Für die Praxis bedeutet dies, dass auch in ihrer Wirksamkeit gut belegte Innovationen für die Beteiligten

möglicherweise nicht direkt umsetzbar sind, weil „die Neuerungen in der Regel nicht auf ihre spezifische Einrichtung oder Klientel ausgerichtet sind, sondern Anpassungen erforderlich werden“ (Roes et al. 2013a, S. 198). Vor diesem Hintergrund wird auch die gestiegene Bedeutung der Implementierungs- und Disseminationsforschung deutlich (Roes et al. 2013a; Roes et al. 2013b; Quasdorf et al. 2013; Schaffer et al. 2013).

Diese Probleme entbinden aber weder von der Notwendigkeit, zu belastbaren und übertragbaren Aussagen über die Wirksamkeit von Interventionen zu kommen noch von dem Versuch, hierfür einen Standard zu finden, dem die verschiedenen beteiligten Berufsgruppen im Wesentlichen zustimmen können.

Gerade wenn man davon ausgeht, dass Studien zur Aufklärung der Kausalität beitragen sollen, ist es wichtig, nicht nur die Wirksamkeit von Leistungen aufzuzeigen, sondern auch das Wirkprinzip verstehen zu wollen. Damit sind auch Studien nötig, die dies ermöglichen und nicht nur fragen, *ob* etwas funktioniert sondern auch, wie es funktioniert.

Die Forschung aus Sicht der Gesundheitsberufe hat es schwer, zu validen Ergebnissen zu kommen. Im Bereich der internen Validität liegt dies an der Schwierigkeit, andere Einflussgrößen zu neutralisieren. Eine Verblindung ist nur in Ansätzen möglich und da wo es problemlos möglich wäre (nämlich der Verblindung des Auswerters, der bis zum Abschluss der Auswertungen nicht wissen muss, welche Gruppe die Interventionsgruppe war), wird es kaum angewendet. Aber auch hinsichtlich der externen Validität ist es in den Berufs- und Forschungsfeldern der Gesundheitsberufe schwierig, zu belastbaren Ergebnissen zu kommen. Dies hängt vor allem mit der großen Bedeutung der Rahmenbedingungen für die Gestaltung der Interventionen zusammen, z. B. bezogen auf die apparative Ausstattung oder die zur Verfügung stehende Zeit.

2.6 Schlussfolgerungen

Die Bilanz der Evidenzbasierung kann als durchwachsen bezeichnet werden. Erfolge sind dokumentiert, es ist aber auch unbestreitbar, dass unser Wissen lückenhaft ist und die Forschungsagenda und damit die Erkenntnisse auch wirtschaftlichen Interessen folgen. Gerade bei komplexen und psychosozialen Interventionen bleibt die Forschung nach den Standards der Evidenzbasierung ebenso eine Herausforderung wie die Umsetzung von bestehenden Ergebnissen. Hinzu kommt, dass von der Evidenzbasierung wenig große Durchbrüche zu erwarten sind: „Evidence based medicine is, increasingly, a science of marginal gains –

since the low hanging fruit (interventions that promise big improvements) for many conditions were picked long ago“ (Greenhalgh et al. 2014, S. 2).

Trotzdem: Die Frage nach dem Nutzen von Interventionen ist nicht nur legitim, sie ist unabdingbar. Ohne den Versuch, Antworten auf diese Frage zu bekommen, könnten wir weder für einzelne Patienten solide Behandlungsvorschläge machen, noch das Gesundheitswesen bezahlbar halten. Hinzu kommt, dass in den Zielen und Methoden der Evidenzbasierung auch die Möglichkeit liegt, eine bessere Verständigung der Berufsgruppen zu erreichen, die an der Versorgung beteiligt sind.

Hier sind einige Schlussfolgerungen wichtig:

- Erfolg oder Misserfolg einer Intervention muss messbar sein. Maßnahmen, die sich dem Versuch der Wirksamkeitsmessung entziehen, sind nicht mit einer solidarischen Finanzierung des Gesundheitswesens vereinbar. Wenn qualitative hochwertige Studien die Wirksamkeit einer Intervention nicht aufzeigen, wäre es unredlich zu argumentieren, dass die Maßnahme in ihrer Wirksamkeit *noch* nicht bestätigt sei. Fehlende Evidenz kann verschiedene Dinge bedeuten: a) es wurde noch gar nicht geforscht, b) es wurde mit Studien in nicht ausreichender Qualität geforscht und deshalb können wir noch keine fundierten Aussagen über die Wirksamkeit treffen. Oder c) es wurde methodisch sauber geforscht und die Studien ergeben keine Hinweise auf Wirksamkeit. Pickering (2015) zeigt auf, dass diese Unterscheidung essenziell ist.
- Die Frage nach der Wirksamkeit von Interventionen, insbesondere bei komplexen oder psychosozialen Interventionen, muss immer auch den Klärungsversuch beinhalten, welcher Aspekt der Intervention welche Wirkung entfaltet. Wir müssen die Blackbox öffnen und ein Modell der Wirkfaktoren entwickeln. Hierfür gibt es zahlreiche Ansatzpunkte, z. B. für die Rehabilitation (vgl. etwa Whyte 2009), gemeindeorientierte Prävention (Pearson et al. 2001), gesundheitsbezogene Interventionen in Organisationen (Nielsen und Randall 2013) und auch verschiedene Modelle zu Wirkfaktoren der Psychotherapie (z. B. die Wirkfaktoren nach Grawe 1995). Dies kann auch zur Entmystifizierung des Placebo-Effektes beitragen. Hinter diesem Begriff werden – über die ursprüngliche Unterscheidung von Verum und Placebo hinaus – auch Aspekte einer Intervention versteckt, die durchaus messbar sind, z. B. eine ausführliche Anamnese, eine motivierende Gesprächsführung, die Übereinstimmung der Ziele von Behandler und Behandeltem, etc. Der Versuch, unspezifisch beschriebene Interventionen (z. B. „Ergotherapie“ oder „berufsbezogene Interventionen“) mit spezifischen Zielparametern auf ihren Erfolg hin untersuchen zu wollen, ist wenig Erfolg versprechend. Zielführender ist der Versuch,

genauer zu schauen, *welcher* Aspekt der Intervention *welche* Wirkung zeigt, evtl. sogar bei *welchem* Patienten. Die Rahmenbedingungen einer Intervention sind nicht nur als zu kontrollierende Störgrößen zu betrachten, sondern auch als eigene Wirkfaktoren. Hierüber kann auch ein besseres gemeinsames Verständnis der beteiligten Berufsgruppen entstehen, wie und wann Therapie funktioniert. Hierdurch würde auch das erkenntnistheoretische Problem aufgegriffen, inwieweit die bloße Akkumulierung von Wissen durch Studien das iterative Entwickeln, Testen und Weiterentwickeln von Theorien ersetzen kann. Eine im beschriebenen Sinn verstandene Evidenzbasierung wäre nicht nur das Aufhäufen von Belegen über die Wirksamkeit nicht genauer beschriebener Interventionen. Sie würde auch den Rahmen liefern, Theorien über das Funktionieren und die Bedingungen der Interventionen weiterzuentwickeln.

- Dies kann allerdings nur gelingen, wenn – wie von Greenhalgh et al. (2015) vorgeschlagen – qualitative Ansätze komplementär zu quantitativen Ansätzen verwendet werden; nicht um weitere zu ersetzen, sondern um Fragen zu beantworten, die ausschließlich mit quantitativen Ansätzen nicht zu klären sind. Für den Versuch, Wirkfaktoren bei komplexen und psychosozialen Interventionen auf die Spur zu kommen, und damit auch die Grundlage für übertragbare Ergebnisse zu schaffen, werden auch qualitative Ansätze benötigt. Die Frage nach der internen Validität, nach dem Ursache-Wirkungs-Zusammenhang, benötigt dann nach wie vor quantitative Ansätze.
- Und schließlich wäre es auch wichtig, unter Einbeziehung der verschiedenen Berufsgruppen, die mit der Gesundheit einzelner und von Gruppen beschäftigt sind, eine gemeinsame Forschungsagenda zu entwickeln, die sich an Bedarfen und nicht (nur) an wirtschaftlichen Interessen orientiert.

Einige wesentliche Fragen, die die Umsetzbarkeit betreffen, bleiben offen. Werden in Ausbildung und Studium schon in ausreichendem Maße die Kompetenzen vermittelt werden, die für die kritische und berufsgruppenübergreifende Anwendung neuen Wissens nötig sind? Da Innovationen häufig Kosten verursachen, z. B. durch einen höheren Zeitaufwand, neue Hilfsmittel oder steigende Anforderungen an die Qualifikation, stellt sich auch die folgende Frage: Wie viel sind uns diese Innovationen wert?

Trotz offener Fragen kann eine so verstandene evidence based health care einen berufsgruppenübergreifenden Rahmen und ein Methodenrepertoire zur Qualitätsbeurteilung von Interventionen schaffen. Welchen Nutzen dies dann hat, hängt vor allem davon ab, ob wir die richtigen Fragen stellen.

Literatur

- Allen, D. (2010). How much is too much Guidance? *BMJ*. <http://www.bmj.com/rapid-response/2011/11/02/how-much-too-much-guidance>. Zugriff: 02.01.2017
- Allen, D., & Harkins, K. J. (2005). Too much guidance? *The Lancet*, 365, 1768
- Andermann, A., Pank, T., Newton, J. N., Davis, A., & Panisset, U. (2016). Evidence for Health III: Making evidence-informed decisions that integrate values and context. *Health Research Policy and Systems*. doi: [10.1186/s12961-016-0085-4](https://doi.org/10.1186/s12961-016-0085-4).
- Antes, G. (2016). Ist das Zeitalter der Kausalität vorbei? *Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. Wesen (ZEFQ)*, 112(Supplement 1), S16–S22. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.zefq.2016.04.007>
- Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (2010). Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien. Methoden-Report (4. Auflage). <http://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/methodik/mr-aufl-4-version-1.pdf>. Zugriff 10.01.2017.
- Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (2015). Nationale VersorgungsLeitlinie (NVL) Kreuzschmerz. Langfassung (Zuletzt geändert: Oktober 2015). <http://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/kreuzschmerz/kreuzschmerz-1aufl-vers5-lang.pdf>. Zugriff 05.01.2017.
- Campbell-Scherer, D. (2010). Multimorbidity: a challenge for evidence-based medicine. *Evidence Based Medicine*, 15(6), 165–166.
- Cochrane Deutschland (2017). PICO-Schema. <http://www.cochrane.de/de/cochrane-glossar>. Zugriff 04.01.2017.
- Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e. V. (2011). Definitionen. <http://www.ebm-netzwerk.de/was-ist-ebm/grundbegriffe/definitionen/>. Zugriff: 29.12.2016
- Duden (2017). evident. <http://www.duden.de/rechtschreibung/evident>. Zugriff: 03.01.2017
- Goldenberg, M. J. (2006). On evidence and evidence-based medicine: Lessons from the philosophy of science. *Social Science & Medicine*, 62, 2621–2632.
- Grawe, K. (1995). Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, 130–145.
- Greenhalgh, T., Howick, J., & Maskrey, N. (2014). Evidence based medicine: a movement in crisis? *BMJ*. doi: [10.1136/bmj.g3725](https://doi.org/10.1136/bmj.g3725)
- Greenhalgh, T., Snow, R., Ryan, S., Rees, S., & Salisbury, H. (2015). Six ‘biases’ against patients and carers in evidence-based medicine. *BMC Medicine*, 13, 200. doi: [10.1186/s12916-015-0437-x](https://doi.org/10.1186/s12916-015-0437-x)
- Grol, R., & Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice: effective implementation of chance in patients’ care. *The Lancet*, 362, 1225–1230.
- Haynes, R. B. (2002). What kind of evidence is it that Evidence-Based Medicine advocates want health care providers and consumers to pay attention to? *BMC Health Services Research*, 2:3. <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-2-3>. Zugriff: 12.01.2017
- Häussler, B. (2005). Definition, Vorgehensweise und Ziele der evidenzbasierten Medizin. *Dtsch Med Wochenschr*, 130, 66–71.
- Holmes, D., Murray, S. J., Perron, A., & Rail, G. (2006). Deconstructing the evidence-based discourse in health sciences: truth, power and fascism. *Int J Evid Based Healthc*, 4, 180–186.

- Jagsi, R., Motomura, A. R., Amarnath, S., Jankovic, A., Sheets, N., & Ubel, P. A. (2009). Under-representation of women in high-impact published clinical cancer research. *Cancer*, 115(14), 3293–3301.
- Kopp, I. B. (2010). Perspektiven der Leitlinienentwicklung und – implementation aus Sicht der AWMF. *Z. Rheumatol*, 69, 298–304. doi: [10.1007/s00393-009-0526-3](https://doi.org/10.1007/s00393-009-0526-3)
- Miake-Lye, I. M., Hempel, S., Shanman, R., & Shekelle, P. G. (2016). What is an evidence map? A systematic review of published evidence maps and their definitions, methods, and products. *Systematic Reviews*, 5, 28. doi: [10.1186/s13643-016-0204-x](https://doi.org/10.1186/s13643-016-0204-x)
- Mühlhauser, I., Lenz, M., & Meyer, G. (2011). Entwicklung, Bewertung und Synthese von komplexen Interventionen – eine methodische Herausforderung. *Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. Wesen (ZEFQ)*, 105(10), 751–761. doi: [10.1016/j.zefq.2011.11.001](https://doi.org/10.1016/j.zefq.2011.11.001)
- Nielsen, K., & Randall, R. (2013). Opening the black box: Presenting a model for evaluating organizational-level interventions. *European Journal of Work and Organizational Psychology* doi: [10.1080/1359432X.2012.690556](https://doi.org/10.1080/1359432X.2012.690556)
- Nothacker, M., Muche-Borowski, C., Kopp, I., Selbmann, H. K., & Neugebauer, E. A. M. (2013). Leitlinien – Attraktivität, Implementierung und Evaluation. *Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. Wesen (ZEFQ)*, 107(2), 164–169. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.zefq.2013.02.004>
- Pearson, T. A., Wall, S., Lewis, C., Jenkins, P. L., Nafziger, A., & Weinehall, L. (2001). Dissecting the „black box“ of community intervention: Lessons from community-wide cardiovascular disease prevention programs in the US and Sweden. *Scand J Public Health*, 29 (Suppl56), 69–78.
- Perleth, M., & Raspe, H. (2000). Levels of Evidence – Was sagen sie wirklich aus? *Z. ärztl. Fortbild. Qual.sich*, 94, 699–700.
- Pickering, N. (2015). When Lack of Evidence Is Evidence of Lack. *Bioethical Inquiry*, 12, 545–547.
- Portwich, P. (2005). Evidence-based medicine – Methode, Kritik und Nutzen für eine professionalisierte Handlungspraxis in der Medizin. *Gesundheitswesen*, 67, 319–324.
- Quasdorf, T., Hoben, M., Riesner, C., Dichter, M. N., & Halek, M. (2013). Einflussfaktoren in Disseminations- und Implementierungsprozessen. *Pflege & Gesellschaft*, 17(3), 235–252.
- Raspe, H. (1996). Evidence based medicine: Modischer Unsinn, alter Wein in neuen Schläuchen oder aktuelle Notwendigkeit? *Z ärztl Fortbild (ZaeF)*, 90, 553–562.
- Robert Koch Institut (2015). Gesundheit in Deutschland. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtlD/GesInDtlD_inhalt.html. Zugegriffen: 29.12.2016.
- Röhrig, B., du Prel, J.B., Wachtlin, D., & Blettner, M. (2009). Studientypen in der medizinischen Forschung. *Deutsches Ärzteblatt*, 106(15), 262–268.
- Roes, M., de Jong, A., & Wulff, I. (2013a). Implementierungs- und Disseminationsforschung – ein notwendiger Diskurs. *Pflege & Gesellschaft*, 17(3), 197–213.
- Roes, M., Buscher, I., & Riesner, C. (2013b). Implementierungs- und Disseminationswissenschaft – Konzeptionelle Analyse von Gaps zwischen Wissenschaft, Politik und Praxis. *Pflege & Gesellschaft* 17 (3), 213–235.
- Rycroft-Malone, J. (2004). The PARIHS Framework – A Framework for Guiding the Implementation of Evidence-based Practice. *J Nurs Care Qual*, 19(4), 297–304.

- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007). Gutachten 2007 – Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/063/1606339.pdf>. Zugriff: 29.12.2016
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009). Gutachten 2009 – Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/137/1613770.pdf>. Zugriff: 03.01.2017
- 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. *BMJ*, 312, 71–72.
- Schaffer, M. A., Sandau, K. E., & Diedrick, L. (2013). Evidence-based practice models for organizational change: overview and practical applications. *J Adv Nurs*, 69(5), 1197–1209.
- Scher, K. S. & Hurria, A. (2012). Under-Representation of Older Adults in Cancer Registration Trials: Known Problem, Little Progress. *Journal of Clinical Oncology*, 30(17), 2036–2038.
- Schmucker, C., Motschall, E., Antes, G., & Meerpohl, J. J. (2013). Methoden des Evidence Mappings. Eine systematische Übersichtsarbeit. *Bundesgesundheitsbl*, 56, 1390–1397.
- van den Bussche, H., Schäfer, I., Koller, D., Hansen, H., von Leitner, E.-C., Scherer, M., Wegscheider, K., Glaeske, G., & Schön, G. (2012). Multimorbidität in der älteren Bevölkerung – Teil 1: Prävalenz in der vertragsärztlichen Versorgung. Eine Analyse auf der Basis von Abrechnungsdaten der Gesetzlichen Krankenversicherung. *Z Allg Med*, 88(9), 365–371.
- Whyte, J. (2009). Defining the Active Ingredients of Rehabilitation. *Population Health Matters (Formerly Health Policy Newsletter)* 22(1). <http://jdc.jefferson.edu/hpn/vol22/iss1/12>. Zugriff: 10.03.2017
- Williams, B., Perillo, S., & Brown, T. (2014). What are the factors of organisational culture in health care settings that act as barriers to the implementation of evidence-based practice? A scoping review. *Nurse Educ. Today*. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2014.11.012>
- Wingenfeld, K. (2004). Grenzen der Evidenzbasierung komplexer pflegerischer Standards am Beispiel des Entlassungsmanagements. *Pflege & Gesellschaft*, 9(3), 79–84.
- Wissenschaftsrat (2015). Zum wissenschaftspolitischen Diskurs über Große gesellschaftliche Herausforderungen. <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/4594-15.pdf>. Zugegriffen: 29.12.2016.

Professionsbezogene Qualitätsentwicklung im
interdisziplinären Gesundheitswesen
Gestaltungsansätze, Handlungsfelder und
Querschnittsbereiche

Hensen, P.; Stamer, M. (Hrsg.)

2018, XV, 340 S. 26 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-658-17852-9