

Evidence-based Nursing (EBN) - Ein wichtiger Baustein der pflegerischen Entscheidung.

EBN und seine Bedeutung für Pflegeentwicklung und für Pflegemanagement

Die Anforderungen an die Pflegenden in der Pflegepraxis und im pflegerischen Qualitätsmanagement wandelten sich im Laufe der Zeit: Wenn noch vor mehreren Jahren vorwiegend das Erfahrungswissen der Pflegenden in Standards eingebracht wurde, ist heute der Anspruch, wissenschaftliche Erkenntnisse in die Praxis zu integrieren. Diese verändern den Wissens- und Fertigungsanspruch an Pflegenden. Daraus ergibt sich die Aufgabe der Pflegebildung, einen Weg zu bestreiten, der ermöglicht, die Ergebnisse der Pflegeforschung Pflegenden zugänglich und umsetzbar zu machen. Hierbei ist die Herausforderung, Schritt zu halten mit der Pflegeentwicklung.

Pflegerische Entscheidungen und dessen Handlungen müssen heute mit Argumenten belegt werden - dies nicht nur aus der Rechenschaftspflicht gegenüber Dritten. Ein kritisches Nachdenken über die Anwendungen von Pflegemaßnahmen wird notwendig, da Pflegenden in ihrem Professionsbereich sowohl die Planungs- als auch die Ausführungsverantwortung übernommen haben bzw. sie ihnen übertragen wird.

Im deutschsprachigen Raum entwickelt sich immer mehr das Selbstverständnis, Wissen über relevante Forschungsergebnisse anzueignen, Entscheidungen nicht mehr aus einer traditionellen Pflege heraus zu treffen, sondern auf Grundlage wissenschaftlich entwickelter Leitlinien und Standards, welche von anerkannten Fachgesellschaften oder Arbeitsgruppen professionell erarbeitet wurden. Die Bezeichnung *Professionell* meint in diesem Zusammenhang, Leitlinien basieren auf wissenschaftliche Erkenntnisse, welche mittels einer bestimmten Methode gesammelt und ausgewertet wurden. Gleichzeitig zur wissenschaftlichen Pflegeweiterbildung musste ein wirtschaftliches und kostenbewusstes Denken und Handeln wachsen, sei es in der Auswahl von Pflegematerialien oder im Einsatz von Personalressourcen. Die Veränderungen im Gesundheitswesen, wie z.B. kürzere Aufenthaltsdauer der Patienten in den Kliniken, zwingen ebenso zum Überdenken von traditionellen Konzepten. Die Schere zwischen hoch- und niederausgebildeten Pflegekräften wird stetig grösser, von der Laienpflege, über Pflegehelfern, examinierte Pflegepersonen sowie Pflegenden mit Bachelor- und Masterabschlüssen. Gleichzeitig birgt die Budgetbegrenzung im Personalbereich eine Gefahr des Lohn- sowie des Qualifikationsdumpings. Qualifikationsdumping meint hierbei, *der Ersatz von Fachkräften durch Nichtfachkräfte mit geringerem Ausbildungsniveau, als bewusster Vorgang, mit Blick auf die Kosten* (vgl. Fricker, 2007).



Abb. 1:
Quelle:
Weiss, P,
2000

Pflege wie wir sie heute definieren, verpflichtet uns zur evidence-basierten Pflegepraxis. Die Definition von professioneller Pflege aus dem Jahre 2006, entwickelt von Pflegewissenschaftlerinnen (Spichiger et al., 2006), weist ausdrücklich darauf hin. Sie zielt darauf ab, *für betreute Menschen die bestmögliche Behandlungs- und Betreuungsergebnisse sowie die bestmögliche Lebensqualität in allen Phasen des Lebens bis zum Tod zu erreichen. Professionelle Pflege basiert auf Evidence, reflektierter Pflegeerfahrung und Präferenzen der Betreuten, bezieht physische, psychische, spirituelle, lebensweltliche, soziokulturelle alters- und geschlechtsbezogene und finanzielle und sozialpolitische Aspekte ein und berücksichtigt ethische Richtlinien.* Dies bedeutet, eine bestmögliche Behandlung und

Betreuung zu gewährleisten und unterscheidet sich von dem Anspruch einer optimalen Pflege: Das Bestmögliche, also das Beste aus den limitierten Möglichkeiten ist zu gewährleisten. In diesem Zusammenhang gewinnt das Konzept des EBN als eine Säule der Pflegeentscheidung an Bedeutung.

Begriffserklärung Evidence-based Nursing

Der Begriff EBN wurde aus der englischen Sprache übernommen und bedeutet *auf Beweisen basierende Pflege*, Evidence = der Beweis. EBN entwickelte sich aus dem medizinischen Bereich: *Evidence-based Medicine* (EBM) und wurde von Sacket et al. (1996) definiert als *bewusstes, ausdrückliches und umsichtiges Anwenden des gegenwärtigen stärksten externen Beweises in der Entscheidung für die Versorgung einzelner Patienten*. Die Pflegeprofessionen definieren EBN als *die Nutzung der derzeit besten wissenschaftlichen Ergebnisse in der Zusammenarbeit zwischen Patienten und professionell Pflegenden* (modifiziert nach Behrens & Langer, 2004, S. 21).

Wenn wir kein Wissen von aussen zulassen, sondern nur auf die eigene, interne Erfahrung zurück greifen, können Fehler nur schwer erkannt werden. Dies wird anhand der obigen Abbildung 1 (Weiss, 2000) anschaulich demonstriert.

Die ausgewählten Massnahmen waren lange Zeit auf traditionelles Erfahrungswissen der Pflegenden gestützt. Patientenwünsche hatten weniger Relevanz ebenso konnten Umweltfaktoren vernachlässigt werden. Beispielsweise wurden Angehörige lange nicht als Ressourcen wahrgenommen, Pflegevereine mit ihren Sozialstationen übernahmen einen Grossteil der häuslichen Pflege ohne hohe finanzielle Belastung der Betroffenen, Kliniken bekamen regelmässig Kostendeckelungen und es stellte sich nicht die Überlegung, ob eine Pflegeintervention für 300,- € oder für 50,- € mit der selben Wirkung vorzuziehen sei.

Im Zuge der Veränderungen im Gesundheitswesen kam die Beachtung von Kontextfaktoren, wie z.B. die Finanzen, hinzu. Patientenwünsche wurden dann interessant, wenn sie bei ihrer Berücksichtigung zu Kostenersparnis beisteuern konnten. In der Weiterentwicklung zu einer professionellen Entscheidung kamen nun die pflegewissenschaftlichen Aspekte hinzu unter Einbezug von Forschungsergebnissen. Heute soll die pflegerische Entscheidung vier Faktoren berücksichtigen: Patientenpräferenzen, Pflegeexpertise, Kontext und Forschungsergebnisse (Behrens & Lange, 2004).

Vier Komponenten der pflegerischen Entscheidung

Eine professionelle pflegerische Entscheidung bezieht mehrere Komponenten mit ein. Eine Entscheidung die ausschliesslich an Patientenpräferenzen oder der eigenen Expertise orientiert ist, birgt bestimmte Nachteile für den Patienten, die aus professioneller Sicht kaum vertretbar sind.

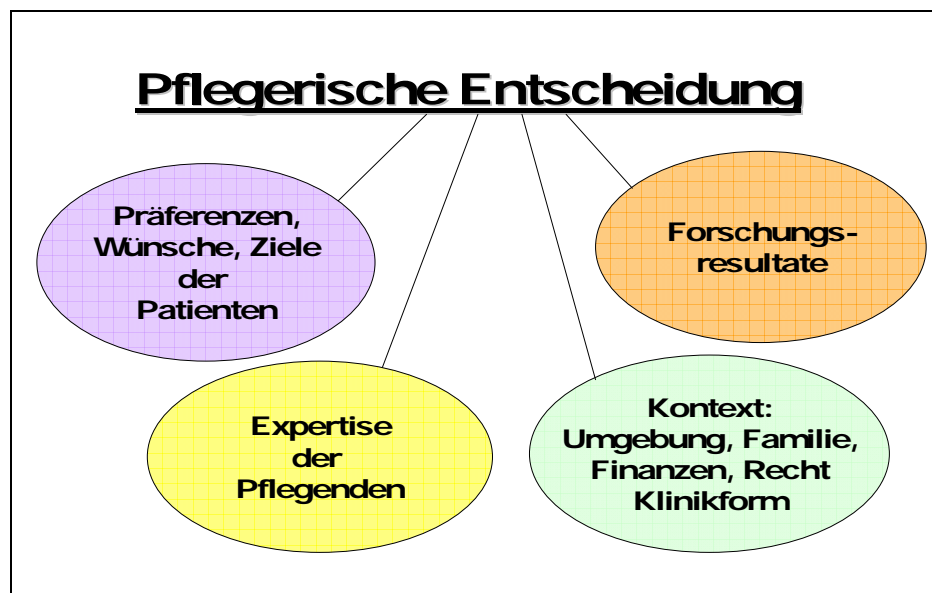


Abb. 2: Vier Komponenten der pflegerischen Entscheidung, nach Behrens & Langer, 2004

Patientenpräferenzen

Die Komponente *Patientenpräferenzen* bedeutet Bedürfnisse, Vorlieben sowie individuelle Intimsphäre der Patienten beachten, Patienten/Angehörige die mitentscheiden wollen und können müssen miteinbezogen werden. Patientenorganisationen nehmen Einfluss und es werden Forschungsprojekte lanciert, welche über das Erleben von Krankheit, Betreuung u.v.m. Daten generieren, um mehr über die Anliegen und Wünsche der Patienten zu erfahren.

Expertise

Die Expertise der Pflegenden bedeutet eine interne Evidenz und bezieht sich auf die Erfahrungen und Fertigkeiten die Pflegenden im Laufe ihrer Berufsausübung erwerben. Eine erfahrene Pflegeperson entwickelt ein Gefühl dafür, was für den Patienten in welcher Situation angemessen ist und kann intuitiv entscheiden, welche bestimmte Pflegemassnahme in dieser Situation die richtige ist. Dies sind Erfahrungen, die nicht in einem Buch nachgeschlagen oder anderweitig belegt werden können. Eine Pflegeperson benötigt, über die Erfahrung welche zu intuitiven Handlungen führen hinaus, Fach- und Feldkompetenz, muss wichtige Probleme in der Praxis wahrnehmen können, Kenntnisse haben, warum sie wie wann welche Handlung macht und ob Empfehlungen nachvollziehbar sind. Des Weiteren sollen die Entscheidungen reflektiert getroffen sowie eine angemessene Kommunikation mit Behandlungsteam und Patient/Angehörige gefunden werden. Die Expertise ist abhängig von der Pflegephilosophie sowie von dem konkreten Aufgabengebiet, z.B. Expertise in onkologischer Kinderkrankenpflege.

Kontext (äussere Faktoren)

Beim Kontext spielt die Struktur des Gesundheitswesens eine wesentliche Rolle: Hat die Klinik den Auftrag der Maximal- oder Grundversorgung? Handelt es sich um eine Einrichtung der Langzeitpflege oder der häuslichen Pflege? Unter welchen Arbeitsbedingungen, wie z.B. Anzahl Pflegepersonen, sollen die Pflegeleistungen erbracht werden? Ebenso beeinflussen rechtliche Verpflichtungen die Umweltbedingungen sehr stark. Die Verpflichtung zum Qualitätsmanagement ist dabei ein wesentlicher Faktor. §135a, Abs1, SGB V schreibt vor, *die Leistungserbringer sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.* Weiter kann auf §28, Abs. 3, SGB XI berufen werden: *[...] Leistungserbringer haben sicherzustellen, dass die Leistungen nach allgemeinen anerkanntem Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse erbracht werden.* Das Wirtschaftlichkeitsgebot §12, SGB V verweist darauf, dass Leistungen *ausreichend, zweckmässig und wirtschaftlich sein müssen.*

Mittels populärwissenschaftlichen und über Massenmedien verbreiteten Informationen durch Radio und Fernsehen, Internet und Printmedien ist heute die breite Bevölkerung über Krankheiten und Behandlungen (semi-)informiert. Kliniken werben mit dem Ziel der Bedürfnisweckung, aber mit oft unvollständigen Informationen. Diese Entwicklungen nehmen Einfluss auf die Qualitätserwartung der Gesellschaft. Der Anspruch an die Lebensqualität ist gestiegen, eine Erkrankung soll möglichst keine Einschränkungen nach sich ziehen. Heute stehen in der medizinischen Versorgung nicht mehr so sehr die akuten sondern die chronischen Erkrankungen als Problem im Vordergrund, wie beispielsweise Diabetes oder Asthma. Diese Patienten und ihre Angehörigen benötigen nachhaltige Unterstützung zur Bewältigung der Probleme, um ihre soziale Einbindung nicht zu verlieren; sie benötigen Fertigkeiten, die das selbständige Handeln zu Hause ermöglichen.

Forschungsergebnisse

Die vierte Komponente für die pflegerische Entscheidung sind Forschungsergebnisse aus den verschiedenen gesundheitswissenschaftlichen Gebieten, vor allem der Pflegewissenschaft. Sie bilden die externe Evidenz. Entscheidungen und Handlungen können auf Basis der wissenschaftlichen Resultate begründet werden. Dabei ist zu beachten, dass wir heute von einem Wissensverfallsdatum von etwa 3-5 Jahren zu rechnen haben; vor 10 Jahren noch lag es zwischen 5-8 Jahren. Aus diesem Grunde ist es unabdingbar, regelmässig sich Fachkenntnisse anzueignen und zu aktualisieren. Unterstützung finden wir z.B. in Fachzeitschriften. In der Pflegepraxis stellt sich immer wieder die Frage, ob wir zeitgemäss pflegen oder ob das angewandte Wissen und die Methoden bereits veraltet sind. Es wird immer schwieriger für die einzelne Pflegeperson über aktuelle Fachkenntnisse im Bilde zu sein. Diese Veränderung bewegt heute Pflegemanagerinnen, für den Wissenstransfer spezielle Expertenstellen zu bilden.

Mit dem Anspruch, wirksame Pflegeinterventionen anzuwenden, gewinnt das Konzept der *Advanced Nursing Practice* an Bedeutung: Auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse soll eine erweiterte, spezialisierte Pflege umgesetzt werden (Sachs, 2007; Spirig & DeGeest, 2004).

Pflegeforschung und ihre Ergebnisse

Wissenschaft ist die Gesamtheit der Methoden, das Wissen beständig nachzuprüfen, und deren immer vorläufige Ergebnisse (Behrens & Langer, 2004, S. 51). Die Pflegeforschung ist das detaillierte systematische Bearbeiten eines Problems aus dem Bereich der professionellen Pflege. Sie versucht, bisherige Systeme, Regeln und Meinungen zu widerlegen, um ein neues Verständnis von den Phänomenen zu erlangen und möchte ein ganz bestimmtes Problem lösen. Deren Ergebnisse sind jeweils vorläufige Beweise, die morgen bereits widerlegt sein können (LoBiondo-Wood & Haber, 2005). Beispielsweise fragt die Forschung, ob die Anti-Dekubitus-Matratze wirklich gegen Dekubitus wirkt oder (nur) zur Dekubitusvermeidung beiträgt.

Bewertung wissenschaftlicher Publikationen

Ob eine Studie für eine Entscheidung beigezogen werden soll und welche Gewichtung sie darinnen bekommt, hängt von mehreren Bewertungskriterien ab. Eine Studie ist auf *wissenschaftliche Gütekriterien*

zu prüfen. Sie wird auf *Gültigkeit (Validität)* und *Zuverlässigkeit (Reliabilität)* kontrolliert. Bei der Validität wird geprüft, ob die Studie wirklich das misst was sie messen soll und ob die Ergebnisse übertragbar sind auf eine Patientengruppe ausserhalb der Studie. Die Reliabilität fragt, ob eine Studienwiederholung zu den gleichen Ergebnissen führen würde. Die Wahrscheinlichkeit, wieviel der gewonnenen Messwerte auf einen Zufall zurück zu führen sind und wieviel auf die Intervention, wird mit dem p-Wert ausgedrückt und sagt aus, ob eine statistische Signifikanz ($p < 0.05$) vorliegt. Qualitative Gütekriterien sind Glaubwürdigkeit und Nachvollziehbarkeit: Ist das Resultat wirklich relevant oder ist die Empfehlungen tatsächlich aus den Resultaten abgeleitet worden? Die Studien sind auf ethische Aspekte wie Datenschutz, Autonomie der Autorinnen oder ob Patienten potentiellen Gefahren ausgesetzt waren durchzusehen. Bei der Bewertung des *Evidenzgrades (LoE = Level of Evidence)*, also der Beweiskraft einer Studie (Tab. 1), spielt das *Studiendesign* (Tab. 2) eine wichtige Rolle. Von dieser Bewertung aus wird der *Empfehlungsgrad (GoR = Grade of Recommendation)* (Tab. 1) bestimmt. Weiter wird nach der Forschungsart unterschieden.

Evidenz- und Empfehlungsgrad

LoE Level of Evidence	GoR Grade of Recommendation	Datentypen
1a	A	Systematic Review von RCTs/Meta-Analyse
1b		RCT = Randomized controlled Trial
2a	B	Systematic review von Kohorten-Studien
2b		Einzelne Kohortenstudien
3a		Systematic Review von Case-Control-Studien
3b		Einzelne Case-Control-Studien
4	C	Fall-Studien, nicht experimental
5	D	Fall-Rapporte

Tab.1: Evidenzgrad, Empfehlung und Definition nach Beyers, 2004: European Society of Medical Oncology, 2001.

Studiendesign

Studiendesign	Definition
Review	Systematische Übersichtsarbeiten mit vielen Studien
RCT = Randomized Controlled Trial	Randomisierte kontrollierte Studie: per Zufall werden Teilnehmer einer Gruppe zugeordnet; RCTs könnten „doppelt verblindet“ sein: weder Teilnehmer noch Untersucher wissen, wer z.B. den Medikamentenwirkstoff und wer das Placebo bekommt.
Cohort Study	Kohortenstudie: Studiendesign bei dem zwei Gruppen Patienten, von denen eine der interessierenden Intervention/Exposition ausgesetzt war und die andere nicht, über einen bestimmten Zeitraum beobachtet werden, um herauszufinden, ob und in welcher Gruppe interessierende Ereignisse eintreten.
Case-Control-Study	Fall-Kontroll-Studie. Es werden Patienten mit einem interessierenden Ergebnis (Fälle) genommen und mit einer ähnlichen Population ohne dieses Ergebnis (Kontroll-Gruppe) verglichen. Dann wird untersucht, ob die Fallgruppe oder die Kontrollgruppe einer bestimmten Exposition ausgesetzt waren, die von Interesse ist.
Cross Sectional Study	Querschnittsstudie: Verschiedene Merkmale werden in Beziehung gesetzt. Beispielsweise Geschlecht und Vorkommen von Herzerkrankungen
Before-After-Study	Vorher-Nachher-Studie: Teilnehmer werden vor und nach einer Intervention untersucht, z.B. ob Veränderungen auftraten; es gibt keine Kontrollgruppe.

Tab.2: Studiendesign, Definitionen nach Behrens & Langer (2007) und LoBiondo-Wood & Haber (2005)

Die *quantitative Forschungsart* fragt zumeist nach *wieviel*, überprüft Beziehungen, Unterschiede sowie Ursache und Wirkung von Interaktionen zwischen Variablen. Die Testung erfolgt mittels einer Hypothese und wird vorwiegend in Labors oder definierten Settings durchgeführt. Die medizinische Forschung konzipiert ihre Fragestellungen grösstenteils nach quantitativen Kriterien. Eine Fragestellung in quantitativen Studien der Pflegeforschung könnte lauten: *Welche Intervention ist am wirksamsten für Dekubitusprophylaxe bei Kindern mit Wachkoma.*

Die *qualitative Forschung* fragt vor allem nach menschlichen Erfahrungen sowie Empfindungen und wird grösstenteils in natürlicher Umgebung, also z.B. beim Patient zu Hause, durchgeführt. Die Forscherinnen arbeiten mit Daten die eher aus Worten und Texten als aus Zahlen bestehen, um die zu untersuchenden Erfahrungen zu beschreiben. Eine Frage dieser Forschungsart kann wie folgt gestellt werden: *Was empfinden Väter bei der Betreuung ihrer Kinder auf Intensivstation?*

Beispiel von EBN in der Praxis

Eine Ärztin möchte die VAC-Therapie einer Steissbeinfistel, die eine Zuweiserklinik (von Akut- in Rehabilitationsklinik) bei einem Kind durchführte, absetzen. Sie argumentiert, die VAC-Pumpe schränke das Kind in der Bewegung ein, verzögere dadurch den Rehabilitationsprozess und darüber hinaus gäbe es in dieser Klinik noch keine Erfahrungswerte zu dieser Therapie. Die Pflegeperson möchte die VAC-Therapie weiterführen. Sie begründet, VAC-Therapie sei heutzutage aktuell, es beschleunige die Wundheilung und ausserdem solle eine Therapie nicht willkürlich abgesetzt werden. Eine hitzige Diskussion beginnt und die Ärztin gibt missgestimmt die Weisung, die Therapie abzusetzen. Nun stellt sich die Frage, wie eine fachkompetente Entscheidung herbei geführt werden kann.

Hier ist eine konkrete Frage zu formulieren:

- Kann VAC-Therapie (Vakuum-assisted closure) für Wundmanagement bei Kindern eingesetzt werden?
- Hat VAC-Therapie Vorteile gegenüber täglichen Verbandswechseln?

Der nächste Schritt ist, Hinweise in der wissenschaftlichen Literatur zu suchen. Publikationen dazu werden in pflegerischen und medizinischen Datenbanken wie CINAHL oder PubMed/Medline, mittels Stichwörtern (VAC-Therapy, Woundmanagement, Children) recherchiert. Empfehlungen durch Leitlinien von (pädiatrischen) Fachgesellschaften ergänzen die Suche für eine abschliessende Analyse.

Insgesamt wurden zwei relevante Studien gefunden, jedoch keine Leitlinie der Fachverbände (Tab. 3):

Studie	N 16, Bütter et al., 2006	N 51, Caniano et al., 2005
Studiendesign	Fallkontrollstudie	Fallkontrollstudie
Evidence-Grad	LoE 3b	LoE 3b
Altersdurchschnitt	12,1 (1 Mo - 18 J)	16 (10-20J)
Weitere Angaben		67% Adipositas
Wundarten	Steissbeinfistel Excision (n=8) Wundklaffung Abdomen (n=3) Sternumwunde (n=2) Rücken (n=1), Bein (n=1) Perinealfistel (n=1)	Pilonidalleiden (n=21) Sacrale u. Extremitäten Wunden (n=9) Traumatische Weichteilgewebewunden (n=9) Extensiver Gewebeerlust (n=12)
Wundschliessung	Erstwunden: 45 Tage Chronische Wunden 72 Tage	Erstwunden: 37 Tage Chronische Wunden: 48 Tage
Schlussfolgerung	VAC ist gut toleriert bei Kindern, weniger Verbandswechsel frühere Wiederaufnahme der täglichen Aktivitäten bietet viele Vorteile inklusive früherer Wundverbandswechsel und frühere Wiederaufnahme der täglichen Aktivitäten	VAC ist gut toleriert bei Kindern Weniger Verbandswechsel Frühere Wiederaufnahme der täglichen Aktivitäten, inkl. Schulbesuch Klinikaufenthalt kann gekürzt werden, Ambulante Versorgung ist möglich Sichere, kosteneffektive Alternative zum traditionellen, komplexen Wundmanagement.

Tab. 3: Analyse der Studien

Um sich für die bestmögliche Therapie entscheiden zu können, sind weitere Fragen zu den Aspekten Patientenpräferenz und Kontext notwendig: Gibt es limitierende und legitimierende äussere Faktoren, wie z.B. höhere Kosten als bei üblicher Therapie? Wäre es wert, sich mit den Forschungsergebnissen und der eigenen Expertise für mehr Budget einzusetzen? Wo liegt der Mehrwert/Nutzen in den Kosten und in der Lebensqualität des Kindes und der Eltern? Ist ein VAC-Therapieverzicht ethisch vertretbar?

Kritik an EBN

Eine kritische Bewertung von Studien ist unabdingbar, um Forschungsergebnisse angemessen für die pflegerische Praxis einzubeziehen. Quantitative Studien, also messbare Ergebnisse, werden immer wieder überbewertet. Resultate aus RCTs (Randomized Controlled Trials, s. Tab. 2), die zwar einen hohen Evidenz- und Empfehlungsgrad haben, sind nicht generell die empfehlenswertesten für die Praxis; hier kommt es auf die Fragestellung an. Es sind die drei weiteren Faktoren für die Entscheidung einzubeziehen: Patientenpräferenz, eigene und kollegiale Expertenerfahrung (= interne Evidenz) sowie Kontextfaktoren. Diese Bestandteile finden oftmals zu wenig Beachtung in der Pflegepraxis. Dem Gegenüber wird wenig bedacht, dass vielerorts zuerst das Erfahrungswissen der Pflegenden sowie Berichte und Rückmeldungen von Patienten da waren und daraus sich eine Frage entwickelte die sodann in Studien bewiesen wurde. Die Hauptaufgabe der Pflegenden aber bleibt immer die gleiche: *Die Erfahrung zu vergrössern und das Wissen zu vermehren, um die Krankheit und Leiden unserer Patienten zu verstehen, und Menschen, die ein schweres Schicksal zu ertragen haben, behilflich zu sein, neue Lebensentwürfe zu finden und umzusetzen* (Mäder, 2005). Hierzu wird sowohl die Expertise als auch die Forschung benötigt.

Neben der Überbewertung von messbaren Aspekten sowie die Unterbewertung von qualitativen Studien kann zu EBN eingewendet werden, dass es immer wieder zu falschen Übertragungen von Ergebnissen in die Praxis kommt. Studien, in denen Frauen Teilnehmerinnen sind, können nur bedingt auf Männer oder Kinder übertragen werden und umgekehrt. Ferner steht der Vorwurf zur Diskussion, Forschung sei vielmals nicht neutral, persönliche und wirtschaftliche Geld- und Machtinteressen, z.B. der Medizintechnik oder Pharmazie, üben wiederholt Einfluss auf die Wissenschaftlerinnen aus.

Zur Kritik der Überbewertung von messbaren Aspekten veröffentlichte das *British Medical Journal* ein Review, worin explizit auf die Überbewertung von RCTs abgezielt wird. So beanstandeten die Autoren Smith & Pell (2003), dass Vertreter von EBM zu wenig auf Beobachtungsdaten aber zu viel auf Prüfwerte, wie z.B. Ergebnisse von RCTs, wert legten. Für die Studiensuche fragten sie: *Ist ein Fallschirm empfehlenswert zur Vermeidung von Tod und grossen Verletzungen bei einem Sprung aus > 100 Höhenmeter?* Die Autoren konnten dazu keine Studie finden. Da die Wirkung von Fallschirmen bisher anhand von RCTs nicht geprüft worden ist, sei ihre Wirksamkeit, Tod und Verletzung von > 100 Höhenmeter zu vermeiden, nicht belegt. So kommen sie zu folgender Schlussfolgerung: Jeder würde davon profitieren, wenn der beharrlichste Protagonist von EBM eine doppelt verblindete, randomisierte,

kontrollierte Studie von Fallschirmen organisieren und selber daran teilnehmen... - bis heute wurde kein Teilnehmer gefunden (*eigene Vermutung aufgrund Erfahrungswissen, 2007...*).

Um all die kritischen Aspekte angemessen einzubeziehen, bedarf es eines differenzierten Wissens über Forschungsmethoden und somit über die Pflegeforschung. Dies benötigt in den Kliniken Expertinnen, die speziell wissenschaftlich ausgebildet sind, um den Ansprüchen, Erkenntnisse aus der Wissenschaft in die Praxis zu transferieren gerecht werden zu können.

EBN und Management

Eine Führungsentscheidung kommt durch das Beachten von verpflichtenden Faktoren zustande. Die Pflegeleitung ist dafür verantwortlich, rechtliche, ethische, professionelle und ökonomische Aspekte in ihre Beschlüsse einzubeziehen. Die Notwendigkeit von EBN wird deutlich im SGB V, dem Gebot von wirksamen Leistungen sowie dem Wirtschaftlichkeitsgebot ausgedrückt und kann als Forderung an die Praxis interpretiert werden. Wir tätigen in den Kliniken viele Massnahmen, deren Wirksamkeit nicht belegt ist oder bisher nur vermutet werden kann. Kritisch ist hier zu hinterfragen, ob wir Leistungen, deren Wirksamkeit weder beobachtet (Expertise der Pflegenden) noch belegt (Forschungsergebnisse) wurde, überhaupt erbringen dürfen. Der ethische Standpunkt wird durch das Anliegen *Gutes tun, Schaden vermeiden* vertreten. Der Aspekt der Pflegeprofessionalität bestärkt das Argument für EBN: Zudem gilt, professionelles Wissen mit professionellem Handeln zu verknüpfen.

Nonaka, Toyama & Konno (2000) bewerten in einer Managementpublikation für strategische Planung das Erfahrungswissen von Mitarbeitern, also die interne Expertise, als das Betriebskapital einer Organisation. Das Management ist dafür verantwortlich, Bedingungen zur Nutzung dieses Kapitals zu schaffen. Diese interne Evidenz ist, in Kenntnis der gesetzlichen Forderungen, sinnvoll mit den Patientenpräferenzen, den Kontextfaktoren sowie der Forschungsergebnisse zu verbinden.

Bestmögliche Pflegequalität ist heute also unter Berücksichtigung der vier Komponenten zu entwickeln. Dies kann die Chance geben, den gesellschaftlichen, gesundheitspolitischen, wissenschaftlichen und technischen Veränderungen gerecht zu werden.

Das Management hat die Aufgabe, Voraussetzungen für Pflegeentwicklung zu ermöglichen. Als Voraussetzungen sind Arbeitsstellen für Pflegeentwicklung zu schaffen, Pflegewissenschaftlerinnen und -experten mit fundierten wissenschaftlichen Kenntnissen in Pflegequalitätsentscheidungen einzubeziehen, Projekte zur Förderung von Evidence-based Practice zu unterstützen, wie es beispielsweise in *Advanced Nursing Practice* (ANP)-Programmen zu finden ist (siehe Ullmann-Bremi et al., 2004) sowie Fortbildungen von Pflegepersonen auf Basis von EBN anzubieten. Forschungsergebnisse sind von den Expertinnen für die Pflegepraxis umsetzbar aufzubereiten. Eine besondere Herausforderung dabei ist, diese Anforderungen mit den derzeitigen Umweltbedingungen, wie z.B. dem begrenzten Personalbudget, in Einklang zu bringen.

Veränderungen im Gesundheitswesen und eine zunehmende Hinwendung zu qualitätsbezogenen Prozessen haben in der Medizin hin zur Orientierung an evidenz-basierten Entscheidungen geführt, Leitlinien werden auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse erstellt (Beispiele siehe www.awmf.org/). Für den Bereich der Pflege ist *Evidence-based Nursing*, also die Entscheidung über Pflegeprozesse anhand wissenschaftlicher Daten, eine wichtige Ressource geworden (Beispiele siehe www.dnqp.de). Pflegerische Entscheidungen entstehen unter den vier Gesichtspunkten von Patientenpräferenzen, Erfahrungswissen, Kontextfaktoren und eben Forschungsergebnissen. Eine kritische Bewertung der Forschungsergebnisse ist notwendig, um zu patientenbezogenen Entscheidungen zu kommen. Aber auch im Pflegemanagement und der Pflegeaus- und -weiterbildung (Beispiel siehe www.ebn-zentrum.de) hat das EBN eine wichtige Rolle eingenommen.

Literatur

- v Baradun Schäfer U (2006): *Evidence Based Practice - das neue Wundermittel?* Vortrag auf SIGUP, 7.09.2006, Genf.
- v Behrens J & Langer G (2004): *Evidence-based Nursing. Vertrauensbildende Entzauberung der Wissenschaft.* Bern: Huber
- v Beyers, JF (2004): Evidence-Based Practice to Promote Patient Safety. In JF Beyers & SV White (Eds.), *Patient Safety - Principles and Practice.* NY: Springer Publishing Company

- v Bütter A, Emran M, Al-Jazaeri A & Ouimet A (2006): Vacuum-assisted closure for wound management in the pediatric population. *J Pediatr Surg* 41(5):940-942.
- v Caniano DA, Ruth B & Teich S (2005): Wound management with vacuum-assisted closure: experience in 51 pediatric patients. *J Pediatr Surg* 40(1):128-132.
- v DBfK (2007): Advanced Nursing Practice: die Chancen für eine bessere Gesundheitsversorgung in Deutschland. Retrieved am 30.10.2007, <http://www.dbfk.de/download/download/Advanced-Nursing-Practice-final2007-08-29.pdf>
- v Fricker S (2007): „Qualifikationsdumping?“ Einsatz der Pflegefachkräfte am richtigen Ort. Vortrag auf SGGP-Tagung „Sparen wir die Pflege kaputt?“ vom 30.08.2007, Zürich.
- v Gross D (2004): Evidence Based Nursing - der umfassende Begriff. *Pflege* 17(3): 196-207.
- v Huber Y (2004): Epilog: Wirksame Pflegepraxis - eine Herausforderung für die Führung: Ein Erfahrungsbericht der Pflegedienstleitung des Kinderspitals Zürich. *Pflege* 17(4):270-275.
- v Imhof L (2006): Editorial: Prioritäten in der Pflegeforschung. *Pflege*, 19(4):211-213.
- v Jong de A (2006): Wissenstransfer zwischen Theorie und Praxis: Wie die beste Pflege zum Patienten kommt. *Pflegezeitschrift* 59(11): 694-697.
- v LoBiondo-Wood G & Haber J (2005): *Pflegeforschung. Methoden Bewertung Anwendung*. München: Urban & Fischer.
- v Mäder, M (2005): Editorial: Jeder Mensch ist immer und überall wertvoll - 20 Jahre Dr. Mark Mäder. *Info REHAB Basel*, 14(42): 3.
- v Nonaka I, Toyama R & Konno N (2000): SECI, Ba and Leadership: a Unified Model of Dynamic Knowledge Creation. *Long Range Planning* 33(1):5-34.
- v Panfil EM (2005): Evidence-based Nursing: Definition, Methoden, Umsetzung. *Printern* 9:70-76.
- v Sachs M (2007): „Advanced Nursing Practice“ - Trends: Implikationen für die deutsche Pflege. *Pflege & Gesellschaft* 12(2): 101-117.
- v Sackett DL (1996): Evidence based Medicine: What it is and what it isn't. *BMJ* 312:71-72.
- v SGB V + SGB XI in der Fassung von 2004.
- v Simon M (2007): Die gesundheitspolitische Bedeutung anwendungsorientierter Pflegeforschung. *Pflege & Gesellschaft* 12(2):150-159.
- v Smith GC & Pell JP (2003): Parachute use to prevent death and major trauma related to gravitational challenge: systematic review of randomised controlled trials. *BMJ* 327:1459-1461.
- v Spichiger E et al. & SAMW (2006): Professionelle Pflege - Entwicklung und Inhalte einer Definition. *Pflege* (19)1:45-51.
- v Spirig R & De Geest (2004): Editorial: „Advanced Nursing Practice“ lohnt sich! *Pflege* 17(4):233-405.
- v Sullivan MD (2003): Hope and Hopelessness at the End of Life. *Am J Geriatr Psychiatry* 11:393-405.
- v Thiel V, Steger KU, Josten C & Schemmer E (2001): Evidence-based Nursing - missing link zwischen Forschung und Praxis. *Pflege* 14:267-276.
- v Thome, M (2006): Editorial: „Best practice“ - evidenzbasierte Pflege, Expertenstandards oder „Clinical Guidelines“. *Pflege* 19(3):143-145.
- v Ullmann-Bremi A, Spirig R, Gehrig TM & Gobet R (2004): Die Arbeit mit Familien von Kindern mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalte: Erst Ergebnisse betreffend Evaluation eines Praxisentwicklungsprojektes aus dem Kinderspital Zürich. *Pflege* 17(4):243-251.
- v Weiss P (2000): *Praktische Qualitätsarbeit in Krankenhäusern. ISO 9001:2000, total quality management (TQM)*. Wien: Springer.

Autorenadresse:

Isabella Herr-Wilbert
Dipl. Pflegeexpertin HöFa II & Fachwirtin Sozialwesen
Fachliche Leitung Pflege
Neuromuskuloskeletale Rehabilitation
Zürcher Höhenklinik Wald
CH-8639 Faltigberg-Wald
Tel.: 0041-55-2566048
E-Mail: pflegeexpertin.id@zhw.ch

Privat: Belsitostrasse 7
Ch-8645 Rapperswil-Jona
E-Mail: isabella.herr@bluewin.ch