

## EbM-Kongress Graz 9. März 2018

### *Externe Evidence läßt sich für eine Indikation in der Regel nur durch Aufbau interner Evidence nutzen*

Was Lübke schrieb, gilt keineswegs nur für die Indikationsstellung bei Reha:

- *hochindividualisierte Teilhabeziele,*
- *hochkomplexe Interventionen*
- *ein breites Spektrum effektmodifizierender Kontextfaktoren*

Externe Evidence (aus RCTs und Mixed Methods Studien) über Behandlungsergebnisse bei anderen liegen meist nur als Häufigkeit (z.B. number needed to treat > 1) vor, selten als All-Aussagen im Sinne Karl Poppers (number needed to treat = 1).

Nur bei All-Aussagen sind direkte Schlüsse von der externen Evidence auf den Einzelfall möglich, bei Häufigkeitsaussagen bekanntlich nicht.

Jahrzehntelange Diskussion der Generalisierbarkeit von Feldstudien (z.B. RCTs) zusammengefasst in der Zeitschrift Soziale Welt 2015



# Nicht verzagen: Nach Aufbau interner Evidence für die Indikationsstellung fragen !

## Gliederung

- 1) Was ist „interne Evidence“
- 2) Läßt sich interne Evidence für eine Behandlungsindikation auch zusammen mit kognitiv eingeschränkten Menschen aufbauen ? (klinisch-epidemiologische Reihenuntersuchung in 15 stationären Pflegeeinrichtungen aus 5 deutschen Bundesländern, gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit auf Beschluss des deutschen Bundestags)



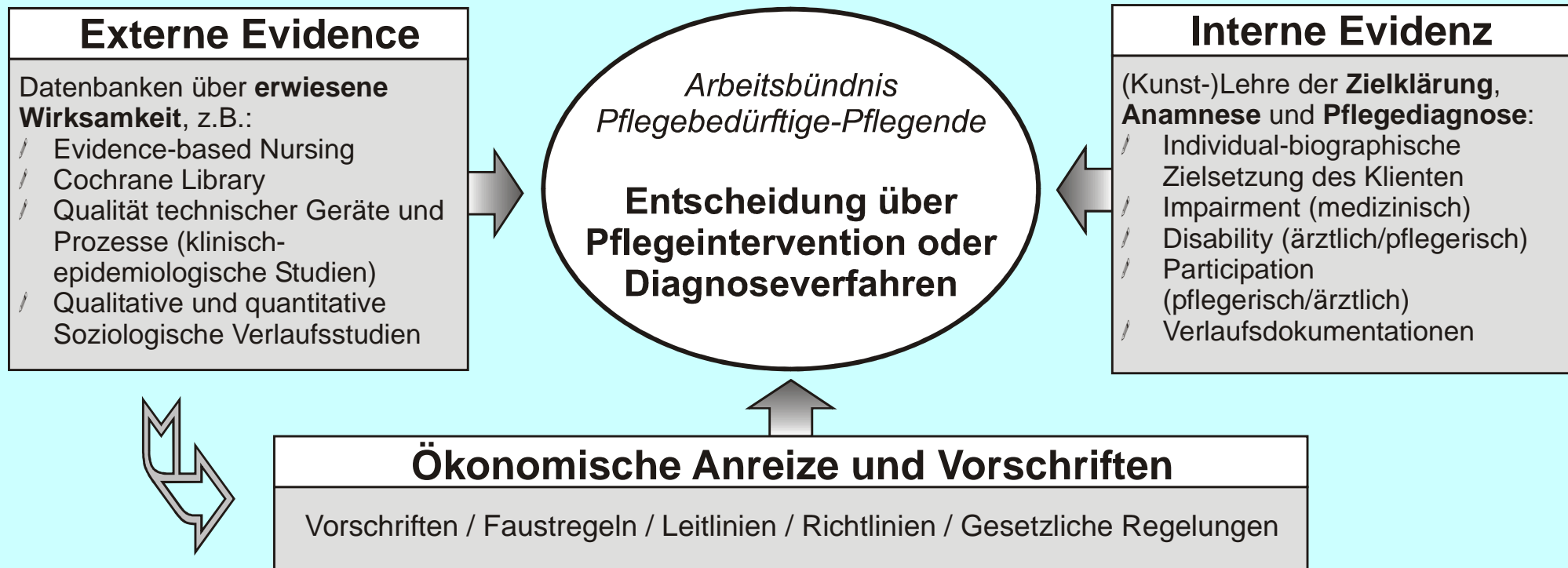
# Teil 1: Was ist interne Evidence?

Externe Evidence umfasst alles, was ich aus wohldokumentierten, möglichst unverzerrten Erfahrungen anderer wissen kann (= *hermeneutisch-interpretative und quasiexperimentelle Feldstudien*)

Interne Evidence umfasst alles, was ich nur von mir selbst bzw. meinem individuellen Klienten wissen kann.

Ohne Aufbau interner Evidence ist keine Indikation möglich.





## *Was unterscheidet interne Evidence von Sacketts et al Begriff von interner Evidence ?*

Für Sackett et al. Ist interne Evidence etwas, das allein der Therapeut als Meinung über seine Erfahrung im Kopf hat.

Aber warum soll die Meinung eines Therapeuten, und sei es ein C 4 - Ordinarius, die externe Evidence relativieren können?

Für uns ist seit 25 Jahren demgegenüber „interne Evidence“ das Produkt der gemeinsamen Arbeit von Professionsmitglied und Klient zur Klärung der Teilhabeziele und Wahrnehmungen, Kontexte und Ressourcen der Klienten, die das Professionsmitglied im voraus gar nicht kennen kann. Nach dieser Klärung sind beide klüger, der Klient und der Professionsangehörige. Beide haben etwas Neues im Kopf.

Die Behandlungsentscheidung ist fast immer eine Entscheidung unter Ungewißheit über die Zukunft.

Der Aufbau interner Evidence ist fast immer tatsächlich für beide eine Arbeit. Denn häufig hat der Hilfesuchende gerade noch keine „fertigen Präferenzen“ im Kopf, sondern muss sie sich in Kenntnis der möglichen Optionen erst bilden.



**Vorschlag: Zwei Stufen von Generalisierungen:**  
1) Generalisierung einer Erfahrung auf eine Population  
2) Generalisierung auf den Einzelfall eines Klienten

Beide sind nur bei Poppers ‚All-Aussagen identisch‘, nicht bei Häufigkeitsaussagen (nicht bei number needed to treat > 1)

*Für kontemplative Wissenschaften reicht Generalisierung 1,  
Handlungswissenschaften brauchen Generalisierung 2.*



# Medizin, Pflege- und therapeutische Wissenschaften, aber auch die *beratende* Ökonomie, Regional- und Bildungswissenschaft als „*Handlungswissenschaften*“

Medizin, die therapeutischen Wissenschaften und die Pflegewissenschaft sind Wissenschaften mit eigenen, von den kontemplativen Wissenschaften der Biologie und Soziologie u.a. trennbaren Gegenständen:

Ihr Gegenstand ist die zukunftsunsichere, aber vernünftige innovative Krisenentscheidung im jeweiligen einzigartigen Fall  
–

unter Handlungsdruck und Begründungszwang gemeinsam mit den je einzigartigen Klienten.

Daher erscheint „Merksatz“ (R.Gross M. Löffler, Prinzipien der Medizin, Berlin 1997, S. 8) problematisch:

*„In der Medizin sind Wissenschaft, Kunst [falsch übersetzt ‚technä‘] und Handwerk untrennbar verbunden. Wenn auch die Forschungsergebnisse mehr wissenschaftlicher Natur sind, der Umgang mit den Kranken mehr eine Kunst, so handelt es sich dabei um Akzente.“*

Denn das Praktizieren als „Künste“ statt als „Handlungswissenschaften“ zu bezeichnen, macht die Praxis als „vernünftige“ undiskutierbar, unkritisierbar, unerforschbar.



## Teil 2: Empirische Prüfung Aufbau interner Evidence unter erschwerenden Bedingungen:

*Können kognitiv schwer Engeschränkte in spezifischen Kontexten überhaupt interpretierbare individuelle Teilhabeziele (i.S. SGB IX, § 1) äußern?*





# Multizentrische klinisch–epidemiologische Reihenuntersuchung in 15 stat. Pflege–Einrichtungen aus 5 Bundesländern: *Kerndaten*

- 1) multizentrisch, Vollerhebung oder Zufallsauswahl, repräsentativ für Bewohner\*innen und Gäste der 15 teilnehmenden stationären **Pflegeeinrichtungen** aus fünf Bundesländern
- 2) in der Zeit von 21.09.2015 bis 09.12.2016 insgesamt **760 Bewohner\*innen** und Gäste in 5 Bundesländern mit 15 stationären Pflegeeinrichtungen durch
- 3) **Ärztliche** Begutachter mit jahrelanger Erfahrung in Geriatrie; MDK und/oder Rehabilitation je etwa eine Stunde untersucht.
- 4) Erhebung entsprach dem Formular A61.
- 5) Unterlagen: Untersuchung und Gespräch mit dem Pflegeheimbewohner sowie den Bezugspflegenden, ggf. Angehörigen und immer Einsicht in die Pflegeunterlagen



# *Aufbau interner Evidence mit kognitiv eingeschränkten Menschen:* Können kognitiv schwer Eingeschränkte überhaupt interpretierbare individuelle Teilhabeziele (i.S. SGB IX, § 1) äußern?

- 1) Bis MMST 20 können über 97 % der Bewohner\*innen ein selbst bestimmtes Teilhabeziel formulieren, bei MMST bis 10 noch 72 % und bei MMSt 0 – 9 immer noch 52 % der Bewohner\*innen.
- 2) Bei 100 % aller Bewohnerinnen, auch der kognitiv eingeschränkten, kann die Bezugspflege aus den Äußerungen der Bewohner\*innen ein Teilhabeziel erschließen.
- 3) Husserl („Über das Fremdverstehen“) Singer (Hirnforschung): Keine Äußerung ist unmittelbar verständlich. Jede Äußerung verarbeiten wir erst einmal interpretativ in unseren Deutungsschemata. Jedes Verständnis einer Äußerung bedarf der Interpretation.
- 4) Bei schwer Dementen sinkt die Macht, unsere Mißverständnisse ihrer Äußerungen leicht zu berichtigen (Behrens/Zimmermann 2008).



# Indikation Pflegebedürftiger zur Rehabilitation: Der vierstufige Filter von „rehabedürftig“ zu „Reha indiziert“

vorläufige Schätzungen aus DFG-SFB und OE-Projekten

**Stufe 1 „Rehabedürftig“** :waren **59,6 %** der Bewohner\*innen gemäß der GKV/MDS-Richtlinie , d.h. nach (!) der Erkenntnis, dass medizinische Behandlung einschließlich therapeutischer Erbringung von Heil- und Hilfsmitteln nicht hinreichen

**Stufe 2 Refähig (belastbar) waren davon 49,5 %** (Langzeit 46 %, kurzzeit 65 %) Ausprägungen:

Überhaupt nicht rehafähig, jede Form der Reha ist zu belastend: 15 – 23 %

Auch zu einer stationären Reha fähig: 0,2 – 5 %

Eher nur zu einer mobilen Reha in der Pflegeeinrichtung fähig: 45 – 55 %

**Stufe 3 davon hatten 91 % ein realisierbares selbst ausgedrücktes Teilhabeziel als Rehziel** (langzeit 94,1 %, kurzzeit 84,9 %)

**Stufe 4 davon positive Rehaprognose 87 – 100**, allerdings nur bei Reha daheim.

*Für die Grundgesamtheit aller Bewohnerinnen und Gäste liegt die REHAINDIKATION bei 24,5 % (langzeit 22,7%, kurzzeit 32,6 %)*

*Also stark abhängig von Kontext (wegen Belastbarkeit) und pflegerisch-therapeutischer Bewältigung von Resignation .*



# Spezifische Indikationen: Rehafähigkeit häufig nur bei med. Reha daheim, nicht bei stationärer oder ambulanter

Allokation Rehabilitationsmaßnahme der Gesamtpopulation		LZPF	KZPF	Gesamt
stationär		0,2%	1,4%	0,4%
fachspezifisch				
stationär		0,2%	8,7%	1,7%
geriatriisch				
teilstationär		1,8%	5,1%	2,4%
ambulant		0,6%	0,0%	0,5%
fachspezifisch				
ambulant		0,5%	0,0%	0,4%
geriatriisch				
<b>MoGeRe regulär</b>	<b>nach Form A 61</b>	<b>18,2%</b>	<b>15,2%</b>	<b>17,6%</b>
MoGeRe über		1,3%	2,2%	1,4%
Form A 61				
hinaus				
<b>Keine</b>		<b>77,3%</b>	<b>67,4%</b>	<b>75,5%</b>
<b>Rehabilitationsin</b>				
<b>dikation</b>				
<b>Gesamt</b>	<b>Anzahl</b>	<b>622</b>	<b>138</b>	<b>760</b>
	<b>%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>



# Schlussfolgerung

- 1) Außer bei All-Aussagen läßt sich aus externer Evidence allein keine Indikation „ableiten“. Das ist aber kein Einwand gegen die Nutzung externer Evidence.
- 2) Erst der Aufbau interner Evidence macht dann externe Evidence für eine Indikations-Entscheidung nutzbar.
- 3) Die Kompetenz zum Aufbau interner Evidence ist anspruchsvoll, aber lernbar.
- 4) Auch mit kognitiv eingeschränkten Menschen läßt sich interne Evidence für eine Indikation systemisch aufbauen.
- 5) Allerdings reichen 45 Minuten dafür nur dann, wenn Beobachtungen vertrauter Angehöriger und Bezugspfleger herangezogen werden können.
- 6) Der beschriebene Aufbau interner Evidence löst das Problem fraglicher Generalisierbarkeit externer Evidence.

