

Evidenz-basierte Praxis in der Logopädie – Mythos und Realität

Ulla Beushausen

Zusammenfassung

Evidenz-basierte Medizin (EBM) oder Evidenz-basierte Praxis (EBP) sind häufig verwendete Schlagwörter im deutschen Gesundheitssystem. Der Artikel beschreibt, was die Begriffe in ihren Ursprüngen bedeuten, welche Wissensquellen zur Umsetzung der zu Grunde liegenden Methoden nötig sind und welchen Nutzen EBP für die Logopädie haben kann. Hierzu werden fünf Mythen diskutiert, die sich in der Berufsgruppe um EBP ranken. Ein Leitfaden zur Beurteilung von Studien und ein Glossar forschungsspezifischer Begriffe ergänzen den Beitrag.

SCHLÜSSELWÖRTER: Evidenz-basierte Praxis – Logopädie – Evidenz – Effizienz – Effektivität – EBP – EBM



Dr. Ulla Beushausen

ist Professorin für Logopädie im Studiengang für Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie an der Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst (HAWK), Fachhochschule Hildesheim. Lehrgebiete: u.a. Logopädie, Forschungsmethoden, Kommunikation und Gesprächsführung.

Studien zu bestimmten Forschungsfragen hat sich in der „Cochrane-Collaboration“ manifestiert, die als weltweit arbeitender Kooperationsverbund systematisch Reviews vorbereitet, aktualisiert und deren Ergebnisse in einer Datenbank verbreitet. Sackett und Rosenberg definieren 1996 (S. 78) Evidenz-basierte Medizin als den

„gewissenhaften, ausdrücklichen und vernünftigen Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der Versorgung individueller Patienten (...) durch die Integration individuellen klinischen Expertenwissens mit der bestauffindbaren externen Evidenz aus systematischer Forschung“.

Viele werden diese Definition kennen. Einige Teile dieser Definition (systematische Forschung) scheinen in der medizinischen Fachwelt eine größere Beachtung zu finden als andere (individuelles Expertenwissen). Das Prinzip der Evidenzbasierung ist jedoch längst nicht mehr auf die medizinische Praxis beschränkt, es ist zu einer Herausforderung für alle gesundheitsbezogenen Dienstleistungen geworden. Wird nun Evidenz-basierte Medizin (EBM) durch *Evidenz-basierte Praxis (EBP)* ersetzt, erweitert

Was ist EBP?

Was denken Sie, wenn Sie „Evidenz-basierte Praxis“ oder abgekürzt „EBP“ hören? In Gesprächen mit PraktikerInnen, KollegInnen und Studierenden während der letzten Jahre reichte das Reaktionsspektrum von Euphorie (bedauerlicherweise selten) bis zu Wutausbrüchen (glücklicherweise auch selten). Das Hauptgefühl scheint eine Mischung aus Neugier und Angst zu sein. Neugier ausgelöst durch den „Boom“, den EBP erlebt und Angst vor der Möglichkeit, dass EBP sich als eine weitere unrealistische Forderung herausstellt, die den sowieso schon überlasteten PraktikerInnen aufgebürdet wird. In einer kurzen Beschreibung der Mythen und realistischen Annahmen über EBP (vgl. *Dollaghan, 2004*) hoffe ich denjenigen, die neugierig auf EBP sind, eine Perspektive zu vermitteln, was EBP LogopädInnen in ihrem tagtäglichen klinischen Entscheidungsprozess in Diagnostik und Therapie bieten kann.

Wie alles begann...

In den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts tauchte der Begriff *Evidenz-basierte Medizin (EBM)* auf. Der Epidemiologe *Cochrane* (1972) forderte damals systematische regelmäßig aktualisierte Übersichtsarbeiten (so genannte „reviews“) von *randomisierten kontrollierten Studien* (randomized controlled trials, RCTs; siehe Glossar auf Seite 10) anzufertigen. RCTs gelten in der klinischen Forschung als „Goldstandard“, also die Stufe der höchsten erreichbaren Evidenz, des Beweises der Wirksamkeit, z.B. einer Therapiemethode. Solche Reviews sollten Forschungsergebnisse zusammenführen und sie den Praktikern zum Wohle des Patienten im Überblick verfügbar machen. Die Notwendigkeit dieser Reviews leitete *Chochrane* von der bei seinen Berufskollegen beobachteten Unwissenheit über die Wirkung medizinischer Therapie ab. Die Methodik des Zusammenführens und Hinterfragens von Ergebnissen verschiedener

sich die Anwendung der Methodik auf das gesamte Gesundheitswesen inklusive der Logopädie. Das Konzept der EBP, entwickelt im anglo-amerikanischen Raum, hat zum Ziel, wissenschaftliche Forschung und berufliche Praxis neu miteinander zu verknüpfen. Beyermann (2002, S.20) beschreibt es so:

„Tatsächlich zielt das Konzept der EBP darauf, das Gefühl des Überzeugtseins, was ich in der Berufspraxis anbiete, ist das Richtige, mit logischen, d.h. hier wissenschaftlichen Argumenten zu verknüpfen“.

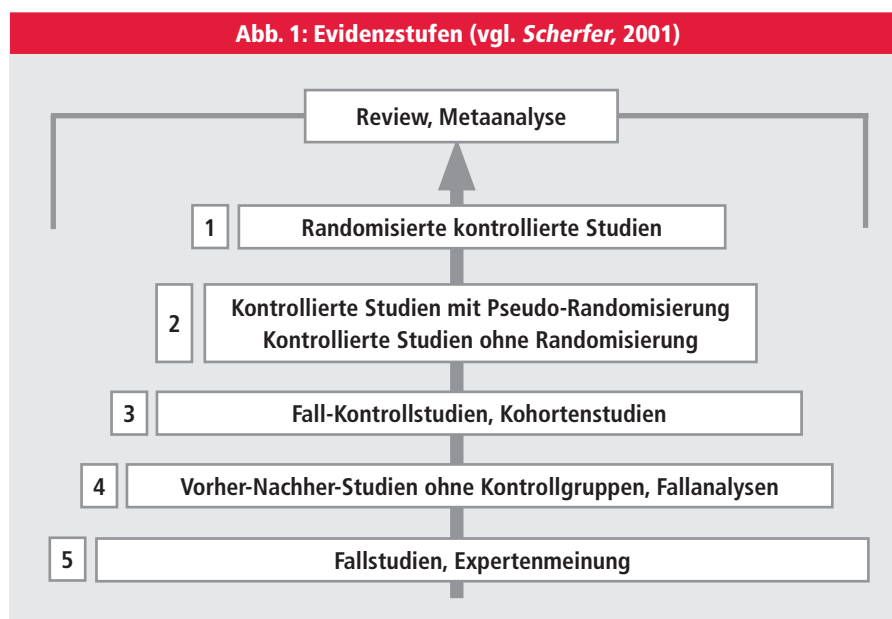
Der erste Mythos über EBP, der an dieser Stelle enthüllt werden muss, ist also der, EBP bedeute, Evidenznachweise aus systematischer Forschung als die einzig akzeptable Basis für klinisches Entscheiden zu akzeptieren. Guyatt et. al. (2000, S.12) bemerken dazu sehr richtig:

„Evidenz ist nie genug. Der EBP-Rahmen setzt voraus, dass sowohl unsere als auch die Erfahrungen, Werte und Präferenzen der Patienten in unsere klinischen Entscheidungen einbezogen werden können und sollen.“

Was ist Evidenz?

Das Maß für die Evidenz einer Studie kann sich einmal auf die Reichweite, d.h. die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die Summe aller Patienten (Generalisierbarkeit) beziehen oder durch den Rang beschrieben werden, den eine Studie in einer sogenannten *Evidenzhierarchie* erreicht. Solche Evidenzhierarchien wurden von verschiedenen Autoren aufgestellt (Reilly et al., 2004; Farin & Antes, 2000; Faller et. al., 1999). Anzumerken ist auch hier, dass es „die Evidenz“ nicht gibt, sondern lediglich eine graduelle Abstufung von Evidenz. Die Einschätzung der Evidenz erfolgt immer in einem kontinuierlichen Diskussionsprozess innerhalb einer Expertengruppe, hier der Logopädie.

An oberster Stelle der Evidenz stehen randomisierte, kontrollierte Studien (RCT, Evidenzstufe 1), gefolgt von experimentellen Studien mit Pseudo-Randomisierung und ohne Randomisierung (Stufe 2). In die Evidenzkategorie 3 fallen Kohortenstudien und Fall-Kontroll-Studien. Vorher-Nachher-Designs ohne Kontrollgruppen finden sich in Stufe 4. Unter Kategorie 5 fallen schließlich deskriptive Studien, Berichte von Expertenkomitees und Meinungen anerkannter Experten auf der Grundlage



klinischer Erfahrung (Abb.1). Über allem, sozusagen als Überbau, würde man Meta-Analysen und systematische Reviews von RCTs fassen. Diese Evidenzhierarchie beruht auf der Annahme, dass gewisse Forschungsmethoden und Studien von besserer Qualität sind als andere und z.B. deskriptive Studien oder qualitative Methoden weniger gute Beweise darstellen. Man bedenke, dass die Ursprünge der EBP in der Medizin liegen, wo randomisierte kontrollierte Studien eben auch häufig durchgeführt werden. In der Logopädie geht es deshalb prinzipiell um die gegenwärtig beste Evidenz und die liegt zur Zeit sicherlich auf Ebene 5 und 4, manchmal auf Ebene 3 und nur sehr selten auf Ebene 2. Evidenz in der Logopädie bedeutet in einem ersten Schritt die „best practice“ der Berufsgruppe zu beschreiben.

Es ist jedoch nicht damit getan, dass PraktikerInnen die jeweiligen Forschungsergebnisse (externe Evidenz) kennen, sondern diese Forschungsergebnisse müssen auch auf das individuelle Fallverstehen (interne Evidenz) bezogen werden. Im Rahmen von EBP wurde schließlich auf der Basis des Prüfens bereits vorhandener wissenschaftlicher Ergebnisse ein Konzept mit Produktionsregeln für künftige Studien entwickelt. Bereits erfolgte Studien sollten so nicht unnötig dupliziert werden und interessante Fragestellungen früherer Arbeiten konnten wieder aufgegriffen werden. EBP ist heute ein eigener Forschungszweig: Sozusagen ein Blick auf die Forschung einer Disziplin aus der Vogelperspektive.

EBP in der Logopädie

EBP ist eine Methode, in der Forschung entstandenes Wissen in die logopädische Praxis zu transportieren. Die praktisch tätige TherapeutIn soll mit Hilfe von EBP über den aktuellen Stand der Forschung im Bilde sein, um auf dieser Basis ihre täglichen Entscheidungen in Diagnostik- und Therapie zu fällen. Dabei bedarf es einer Verbindung der wissenschaftlichen Ergebnisse mit individueller klinischer Expertise und den Patientenpräferenzen. Klinische Forschung reduziert die Komplexität des therapeutischen Alltags, um in begrenztem Rahmen einer Studie zu allgemeinen Aussagen zu kommen. Jede therapeutische Entscheidung muss aber die Komplexität des jeweiligen Einzelfalles berücksichtigen. Forschungsergebnisse können diese Entscheidungen unterstützen, aber niemals ersetzen. Derart breit fundierte Entscheidungen brauchen ihre Zeit.

Das führt uns zum zweiten Mythos über EBP, nämlich dem, dass KlinikerInnen gezwungen seien, viele Stunden ihrer kostbaren Zeit mit der Auswertung neu erschienener Artikel zu verbringen – immer auf der Suche nach dem Stein des Weisen oder hier dem Goldbarren höchster Evidenz. Wenige PraktikerInnen werden diese Zeit aufbringen wollen. Stattdessen bedarf es geeigneter Strategien der Vereinfachung für die Suche und Auswertung der Ergebnisse. Wie viel Zeit wären Sie bereit für EBP zu reservieren? Sackett et al. (2000) schlagen 30 Minuten in der Woche als zumutbares Maximum für die Gruppe der TherapeutInnen vor.

Der *dritte Mythos* in Verbindung mit EBP ist der vermeintliche Anspruch, PraktikerInnen müssten jederzeit in jedem Fachgebiet ihrer Profession auf dem neusten Stand sein. Sackett et al. (2000) führen dazu aus, dass wir hauptsächlich dann nach Evidenz suchten, wenn wir spezifische Fragen zu konkreten Patienten, Störungsbildern oder Therapiemethoden haben. Die Formulierung einer Fragestellung (z.B. Welche Therapiemethode ist bei Stimmpatienten effektiver: Die Akzentmethode oder die funktionale Stimmtherapie?) erleichtert es uns, in Datenbanken gezielt zu suchen und die Anzahl der „Treffer“, d.h. der Artikel, die sich mit dem Thema beschäftigen, zu sichten und zu bewerten. EBP meint, dass wir unser Fachwissen ständig erneuern durch konkrete Antworten auf spezifische Fragen des Therapiealltags.

Blick aus Sicht der Psychologie

Die Psychologie spricht nicht von EBP oder EBM sondern seit jeher von „Outcome“, also der Wirksamkeit eines Therapieverfahrens. Hier differenziert sie vier Forschungszweige innerhalb ihrer Profession (Wiger & Solberg, 2001): *Effektivitäts-, Effizienz-, Assessment- und Prozessforschung*. Die psychologische und psychotherapeutische Praxis unterscheidet dabei zwischen der Labor-Wirksamkeit einer Methode (Effektivität) und ihrer klinischen Brauchbarkeit und Bewährtheit (Effizienz). Der Entwicklung und Prüfung von Diagnostikverfahren ist ein eigener Forschungszweig gewidmet. Besonders spannend für die Logopädie sind jedoch die Erkenntnisse der Therapieprozessforschung, finden sich doch hier Variablen, die in der spezifischen Beziehung zwischen TherapeutIn und PatientIn begründete Wirkfaktoren darstellen. Grundlegende Prozesse, die die therapeutische Beziehung beeinflussen sind z.B.: die Qualität der therapeutischen Beziehung, die Fertigkeiten der TherapeutIn, der Grad der Kooperation der KlientIn, der Grad der Offenheit der PatientIn und die Dauer der Behandlung (Überblick in Wiger & Solberg, 2001).

Diese Beschreibungsebenen, die übrigens Grundlage jeder reflektierten therapeutischen Entscheidungsfindung, des *clinical reasonings* sind (vgl. Higgs & Jones, 2002), beschreiben logopädisches Handeln ergänzend zu EBP-Kriterien. Und genau im Bereich der Prozessforschung können und

müssen LogopädInnen das Konzept der EBP für ihre Profession ergänzen und adaptieren und ihr logopädisches Vorgehen beschreiben. Es stellt eine Herausforderung für die Logopädie dar, von Beginn ihrer disziplinären Forschungsentwicklung an, neben harten Fakten aus RCM-Studien diesen Aspekt des therapeutischen Prozesses mitzubeforschen und (auch) qualitativ zu beschreiben.

EBP als Instrument zur Kostenminimierung?

Viele Logopädinnen sehen in EBP aber auch eine Bedrohung, wenn als Folge knapper werdender Ressourcen im Gesundheits-

system nur noch Behandlungen bei den Kostenträgern abrechenbar sein könnten, deren Effektivität und Effizienz wissenschaftlich bewiesen sind, quasi im Sinne einer „Positivliste“. Auch der sanfte Druck zur Beschäftigung mit EBP, im SGB V und den neuen Rahmenverträgen mit den Kassen bereits zunehmend konkreter werdend, weckt verständlicherweise Widerstände in der Berufsgruppe der LogopädInnen. Jedoch ist der Aspekt der Kostenminimierung durch EBP nur einer unter vielen. EBP ist vor allem ein neutrales Instrument. Umgekehrt bietet EBP die Chance, die Professionalisierung und Theoriebildung in der Logopädie voranzutreiben. Dazu zählt auch und besonders die Entwicklung

Tab. 1: Checkliste für Studien (in Anlehnung an Behrens & Langer, 2002)

Beurteilung einer Interventionsstudie	
Forschungsfrage:	
Relevanz der Forschungsfrage?	
Glaubwürdigkeit	
Wie wurden die Teilnehmer ausgewählt und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?	Randomisierung? Wie?
Drop-outs? (Wie viele Patienten waren am Ende noch dabei?)	Begründung für Ausfallrate/Follow-up > 80 %?
Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?	Geschlecht, Alter, Bildung, Krankheitsdauer etc.
Wurden die Untersuchungsgruppen gleich behandelt – abgesehen von der Intervention?	Störvariablen?
Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet? (Gruppenwechsel von Teilnehmern?)	
War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?	Power?
Stehen die Ergebnisse im Einklang mit früheren Forschungsergebnissen?	
Aussagekraft	
Wie groß war der Behandlungseffekt?	
Wie wird das Behandlungsergebnis erklärt? (Zufall, Störvariablen?)	
Anwendbarkeit	
Übertragbarkeit der Ergebnisse auf aktuelle Patienten? (Ähnlichkeit, Umgebung?)	
Wurden alle wichtigen Bereiche einbezogen? (z.B. Compliance, Zeitaufwand etc.)	
Nutzen-Kosten-Analyse? (Aufwand etc.)	

von Standards und Leitlinien, die auf EBP aufbauen und sich ihrer Methodik bedienen. Auf langjähriger therapeutischer Erfahrung beruhendes Praxiswissen kann so wissenschaftlich untermauert und Unwirksames von Wirksamem getrennt werden. In der Zukunft lässt sich damit vielleicht sogar die Frage: „Was wirkt bei welchen PatientInnen am besten?“, die wir intuitiv ja beantworten können, mit Daten belegen.

EBP in der Praxis

Die Anwendung von EBP in der therapeutischen Tätigkeit der Logopädie kann in Anlehnung an *Rosenberg & Donald* (1995) als Prozess in mehreren Stufen erfolgen (vgl. auch *Jerosch-Herold*, 2000).

1. Formulierung einer eindeutigen, relevanten Fragestellung.

Diese sollte sich auf ein konkretes Problem oder einen konkreten Patienten beziehen, z.B.: „Mit welcher Methode therapiere ich eine funktionelle Stimmstörung?“. Nehmen Sie an, Sie haben gute Erfahrungen mit einer bestimmten Methode in der Stimmtherapie bei funktionellen Stimmstörungen mit Erwachsenen gemacht, sind sich aber unsicher, ob dafür eine externe Evidenz vorhanden ist, diesen Ansatz anderen vorzuziehen. Das Problem können Sie definieren als „funktionelle Stimmstörung“ bei der Zielgruppe der „Erwachsenen“, mit der Behandlungsmethode „x“ (und „y“ und „z“ zum Vergleich der Alternativen) und das Behandlungsergebnis etwa als „Stimmklangänderung“, „Kehlkopfbefund“ etc.

2. Recherche in Datenbanken, Bibliotheken, im Internet.

In einem zweiten Schritt formulieren Sie aus der Problembeschreibung geeignete Suchbegriffe und geben Sie in geeignete Datenbanken ein. Im Verlauf der Recherche werden die Suchbegriffe verfeinert, bzw. weitere Eingrenzungen vorgenommen werden müssen.

3. Rezeption der Studien und Bewertung der Validität und Anwendbarkeit.

Das Auswerten von Studien ist eine Fähigkeit, die gewährleistet, dass praktisch Tätige zwischen guter und schlechter Forschung zu differenzieren lernen, denn nicht jede Studie ist eine gute Studie. Ein Leitfaden zur Beurteilung von Studien findet sich auf Seite 4 in der Tabelle 1.

4. Anpassung des therapeutischen Handelns an die derzeit beste Evidenz.

Das logopädische Wissen ist einem ständigen Wandel unterzogen, den es gilt, zu verfolgen und zu aktualisieren. LogopädInnen müssen deshalb auch bereit sein, Behandlungsmethoden, die seit Jahren tradiert werden, kritisch zu hinterfragen und gegebenenfalls zurückzuweisen, wenn Beweise klinischer Forschung dies indizieren. In unserem Beispiel hieße dies, je nach Rechercheergebnis die Auswahl der Methoden in der Stimmtherapie kritisch zu hinterfragen.

5. Evaluation des angepassten Handelns (*Bury*, 1998).

Die Dokumentation und der systematische Einsatz von Befundungsinstrumenten, die eindeutig Beweise ihrer Reliabilität und Validität mitbringen (z.B. akustische oder auditive Analysen des Stimmklanges), tragen dazu bei, die eigenen Behandlungsmethoden auf Effektivität und Effizienz hin zu überprüfen.

Tab. 2: Glossar

Clinical Reasoning: Beschreibt die kognitiven Prozesse der Informationsverarbeitung, der Problemlösung und der Entscheidungsfindung bei Therapeuten im Verlauf von Diagnostik und Therapie.
Effektivität: Wahrscheinlichkeit des Nutzens einer Anwendung unter idealen Bedingungen (idealer Patient, idealer Therapeut, ideale Methode, ideale Dauer und Intensität der Therapie).
Effizienz: Eine effektive Therapie wird unter durchschnittlichen Bedingungen getestet (typische Patienten, typische Therapeuten, typische Intensität und Dauer der Therapie).
Einzelfallanalyse: Bei Einzelfallanalyse werden die Vorher-Nachher-Messungen lediglich an einer Versuchsperson vorgenommen (bzw. im Falle von Einzelfallserien auch an mehreren, wobei die Werte jedoch nicht zu Gruppenwerten zusammengefasst werden). Einzelfallanalysen dürfen nicht mit Fallstudien oder Fallberichten (Kasuistiken) verwechselt werden.
Evidenz: Beleg- oder Beweiskraft.
Fall-Kontroll-Studie: Ein Studiendesign, das in der Epidemiologie entstanden ist. Fall-Kontroll-Studien dienen dem retrospektiven Nachweis von pathogenen Faktoren für gesundheitliche Störungen. Bei Fall-Kontroll-Studien werden mindestens zwei Gruppen gebildet: Die Gruppe der „Fälle“ und die Gruppe der „Kontrollen“. Die „Fälle“ sind Studienteilnehmer, die die gesundheitliche Einschränkung aufweisen, die im Rahmen der Studie interessiert. Die Kontrollen sind Studienteilnehmer, die möglichst ähnliche Eigenschaften wie die „Fälle“ haben, aber nicht die gesundheitliche Einschränkung haben, die im Rahmen der Studie interessiert. Nun wird retrospektiv (rückblickend) untersucht, ob der vermutete pathogene Faktor bei den Fällen (signifikant = überzufällig) häufiger oder intensiver vorlag als bei den Kontrollen.
Goldstandard: Ein Bewertungsmaßstab für die zuverlässigste Forschungsmethode. In der Regel RCTs.
Kohortenstudie: Kohortenstudien sind Längsschnittstudien. Eine Längsschnittstudie bedeutet, dass die Studienteilnehmer (Gruppe der Merkmalsträger = Kohorte) über einen längeren Zeitraum (also längs dem Zeitverlauf) beobachtet werden und dass dabei zu mindestens zwei Messzeitpunkten (zum Anfang und zum Ende der Studie) Daten erhoben werden. Das Design der Kohortenstudien kommt aus der Epidemiologie.
Kontrollierte Studie: Die Daten der Interventionsgruppe werden mit denen einer (in der Regel unbehandelten) Kontrollgruppe verglichen.
Meta-Analyse: Methode, bei der verschiedene Studien zu einer bestimmten Fragestellung gesammelt, beurteilt und durch statistische Verfahren auf die Größe des Effektes hin verglichen werden. Nach Ablauf der Untersuchungsperiode werden die Veränderungen in beiden Gruppen miteinander verglichen. Da ein RCT einem Experiment von der Logik der Untersuchung her am nächsten kommt, werden die Ergebnisse kausal interpretiert, d.h. ergeben sich Unterschiede zwischen den Gruppen, so werden diese auf die unterschiedlichen Behandlungen zurückgeführt.
Outcome: Veränderung (oder fehlende Veränderung) als Resultat von Zeit oder einer Behandlung (oder beidem).
Pseudorandomisiert: Das Zufallsprinzip der Zuordnung der Probanden zur Interventions- und Kontrollgruppe wird in einigen Parametern bewusst eingeschränkt.
Randomisiert: Die Interventions- und die Kontrollgruppe werden jeweils nach dem Zufallsprinzip zusammengesetzt.
RCT: randomized clinical trial (dtsh.: randomisierte klinische Studie), der „Goldstandard“ unter den klinischen Studien, die die Wirksamkeit von Therapien untersuchen. Das Grundprinzip besteht darin, dass Probanden per Zufallszuordnung zwei oder mehr Gruppen zugeordnet werden. Die Gruppen sollten hinsichtlich wichtiger prognostischer Faktoren möglichst ähnlich sein, um die Ergebnisse nachher miteinander vergleichbar zu machen. Die eine Gruppe erhält nun eine Experimentalbehandlung (die auf ihre Wirksamkeit hin untersucht werden soll), die andere eine Kontrollbehandlung. Dies kann keine Behandlung, eine Placebobehandlung oder die Standardbehandlung sein.
Reliabilität: Messgenauigkeit eines Instrumentes, auch „Zuverlässigkeit, Verlässlichkeit“. Die Reliabilität ist neben der Validität eines der beiden wichtigsten Gütekriterien von Messungen, Tests und Assessments. Bei der Reliabilität geht es darum, mit welcher Verlässlichkeit bzw. in welchem Maße mehrfache Durchführungen einer Messung (wiederholt oder gleichzeitig) oder eines Tests zu gleichen Ergebnissen führen, vorausgesetzt natürlich, dass das sich zu Messende nicht verändert.
Review: Übersichtsstudie.
Validität: Gültigkeit eines Messinstrumentes oder Studienergebnisses. In Bezug auf Studien wird zwischen der internen Validität und der externen Validität unterschieden. Eine Studie bzw. ihre Ergebnisse ist dann intern valide, wenn die Ergebnisse wenig oder gar keine andere Erklärungen zulassen, als die von den Forschern vorgetragenen. Unter externer Validität versteht man die Verallgemeinerungsfähigkeit einer Studie.
Vorher-Nachher-Design: Ein Studiendesign, bei dem eine Intervention über einen bestimmten Zeitraum beurteilt wird. In der Regel werden Messungen vor und nach der Intervention erhoben und miteinander verglichen. Auch weitere Messungen in unterschiedlichen Abständen nach der Intervention (sog. Follow-up-Messungen) werden zur Bestimmung von Langzeiteffekten erhoben.

Das kritische Beurteilen von Veröffentlichungen führt uns zum *vierten Mythos* über EBP. Der lautet, nur Personen, die jahrelang Statistik studiert hätten, könnten Studien analysieren. Dass dem nicht so ist, zeigt die schnelle Erlernbarkeit von Beurteilungsprinzipien. Checklisten helfen, EBP systematisch zu betreiben. Dies hat sich besonders im gemeinsamen Austausch von FachkollegInnen bewährt. In Fachforen und Literaturgruppen können sich interessierte KollegInnen zusammenschließen und systematisch Fachliteratur bearbeiten.

Die Existenz des *fünften Mythos* über EBP, der eigentlich keiner ist, erlebe ich manchmal bei Studierenden, die Geschmack an EBP gefunden haben. Er lautet, nur RCTs und nichts anderes seien als Evidenzbelege akzeptabel. Für manche LogopädInnen entwickelt sich aus dem sanften Druck zur Beschäftigung mit EBP ein Sog. Allerdings sollten Sie nicht nur noch RCT-Studien vor ihrem kritischen Auge gelten lassen. Kritisches Lesen sollte den Weitblick erhalten für andere Studien und Nachweise, für Fallberichte und Expertenmeinungen, denn auch sie machen im Sinne einer „best practice“ unsere Tätigkeit aus.

Anleitung zur EBP

Natürlich können wir uns das erforderliche Wissen selbst aneignen, in Zirkeln und Arbeitsgruppen diskutieren oder autodidaktisch eines der im Internet angebotenen E-Learning Angebote zum EBP absolvieren. Die Anleitung zur kritischen Beurteilung von Forschungsergebnissen braucht jedoch in Zukunft eine Verankerung in der Ausbildung. Die Vermittlung von Forschungskompetenz (hier: Methoden- und Recherchekompetenz) gehört unter dem Stichwort „wissenschaftliches Arbeiten“ bereits in die Logopädieausbildung an den Berufsfachschulen. Der Zugang zu

wissenschaftlicher Methodik/Forschung ist ein zentraler Aspekt des Akademisierungsprozesses der Logopädie und deshalb fester Bestandteil jedes Studiums.

Zum guten Schluss: EBP ist weder Himmel noch Hölle. EBP bietet uns einen Arbeitsraum und das nötige Handwerkszeug, mit dem wir systematisch unsere Fähigkeiten trainieren, bessere TherapeutInnen, KollegInnen, Beratende und UntersucherInnen zu sein. Das geschieht nicht, indem wir klinische Erfahrung und Patientenwünsche ignorieren – aber indem wir diese vor dem Hintergrund der bestmöglichen wissenschaftlichen Evidenz betrachten, der wir habhaft werden können.

Literatur

Behrens, J. & Langer, G. (2002). *Evidenced-based Nursing*. Bern: Hans Huber

Beyermann, G. (2002). Evidence based practice als Herausforderung für die Ergotherapie. *Ergotherapie & Rehabilitation*, 10, 19-26

Bury, T. (1998). *Evidence-based practice: a guide for therapists*. Oxford: Butterworth Heinemann.

Cochrane, A. (1972). *Effectiveness and Efficiency. Random Reflections on Health Services*. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust

Dollaghan, C. (2004): Evidenced-based practice – myths and realities. *The ASHA Leader*, 12

Farin, E. & Antes, G. (2000). Forschungsintegration und Metaanalyse im Kontext evidenz-basierter Medizin. In: Bengelmann, J. & Koch, U. (Hrsg.). *Grundlagen der Rehabilitationswissenschaft*. Springer: Heidelberg

Faller, H.; Haaf, H.-G.; Löschmann, C.; Maurischat, C.; Petermann, F.; Schulz, H.; Zwingmann, C. (1999). *Orientierungshilfen und Empfehlungen für die Anlage, Durchführung und Interpretation von Studien in der Rehabilitationsforschung*. In: Verband deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): DRV-Schriften, Bd. 16. Frankfurt

Guyatt, G.; Haynes, R.; Jaeschke, R.; Cook, D.; Green, L.; Naylor, C.; Wilson, M.; Richardson, W. (2000): Users' guide to medical literature: XXV. Evidence-based medicine: principles for applying the user's guides to parent care. *JAMA*, 284, 1290-1296

Higgs, B. & Jones, M. (2002). *Clinical Reasoning in the Health Profession*. San Diego: Singular Publishing

Jerosch-Herold, C. (2000). Evidence-basierte Praxis. Wie beweisen wir Ergotherapeuten unsere klinische Wirksamkeit? *Ergotherapie und Rehabilitation*, 5, 13-17

Reilly, S.; Douglas, J. & Oates, J. (2004). *Evidence Based Practice in Speech Pathology*. London: Whurr Publisher: London

Rosenberg, W. & Donald, A. (1995). Evidence-based medicine: an approach to clinical problem solving. *British Medical Journal*, 310, 1122-1126

Sackett, D.; Strauss, S.; Richardson, W.; Rosenberg, W. & Haynes, R. (2000). *Evidence-based medicine. How to practice and teach EBM*. Edinburgh: Churchill Livingstone

Sackett, D. & Rosenberg, W. (1996): Evidence-based medicine. What it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 2-71

Scherfer, E. (2001). Evidenzbasierte Praxis in der Physiotherapie – Bedrohung oder Chance. *Krankengymnastik*, 6, 10-25

Wiger, E. & Solberg, K. (2001). *Tracking Mental Health Outcomes: A Therapist's Guide to Measuring Client Progress, Analyzing Data, and Improving Your Practice*. New York: Wiley

Nützliche Links

www.poems.msu.edu/InfoMastery
Online-EBP-Kurs zum Selbststudium

www.update-software.com/publications/chochrane
kostenlose Reviews zu einer großen Bandbreite von Themen

www.cebm.utoronto.ca
Unterrichtsmaterialien zu Evidenz-basierter Medizin

Summary

"Evidence-Based Practice" in Speech Pathology – Myth and Reality

Evidence-based medicine (EBM) or evidence-based practice (EBP) are frequently used key terms in the German health system. This article reveals the core meaning of these terms. It covers both: knowledge bases that are necessary to put into practice the fundamental methods and the benefits of EBP to speech pathology. Five myths will be discussed which encompass the field of communicative disorders. Guidelines are provided on how to evaluate studies, and a glossary is given containing research specific terminology.

KEY WORDS: evidence-based practice, speech pathology, evidence, efficiency, effectiveness

Autorin

Prof. Dr. Ulla Beushausen
HAWK Hochschule für angewandte
Wissenschaft und Kunst
Fachhochschule Hildesheim
Studiengang für Logopädie, Ergotherapie
und Physiotherapie
Bereich Logopädie
Tappenstraße 55
31134 Hildesheim
Beushausen@hawk-hhg.de