

Leitlinien in der Logopädie

Mara Wieck, Ulla Beushausen, Ralf E. Cramer

Zusammenfassung

Der Begriff „Leitlinien“ wird definiert und die Bedingungen und formalen Voraussetzungen für die Entwicklung und Einführung am Beispiel der medizinischen Leitlinien dargestellt. Anschließend werden mögliche Inhalte logopädischer Leitlinien und die Vorteile für die Logopädie diskutiert.

SCHLÜSSELWÖRTER: Leitlinien – Logopädie – evidenzbasiert – Leitlinienentwicklung

Einleitung

Seid einiger Zeit stoßen wir in unseren Fachkreisen immer häufiger auf das Wort „Leitlinien“. So hat im Frühjahr dieses Jahres die Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie beispielsweise die für die Logopädie wichtigen Leitlinien: „Stimmstörungen“ (049/008) und „Sprachentwicklungsstörungen“ (049/006) neu verabschiedet (Übersicht siehe Seite 34). Was steckt aber genau hinter dem Phänomen „Leitlinien“, welche formalen Grundlagen müssen erfüllt werden, damit die Begrifflichkeit „Leitlinien“ verwendet werden kann, und welchen Nutzen bringen sie unserer Berufsgruppe?¹

1993 wurde die Begrifflichkeit „Leitlinien“ erstmals politisch eingeführt. Der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen empfahl die Erstellung von Leitlinien durch die wissenschaftlichen medizinischen Gesellschaften. Sechs Jahre später wurden medizinisch evidenzbasierte Leitlinien erstmals explizit in einem Gesetzestext erwähnt, im Fünften Buch des

Sozialgesetzbuches (SGB V, 2004). So wird im SGB V § 137f Abs. 1 die „Verfügbarkeit von evidenzbasierten Leitlinien“ gefordert, sowie im Abs. 2 Anforderungen hinsichtlich der Behandlung formuliert. Demnach soll eine Behandlung „(...) nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweiligen besten, verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungsektors (...)“ durchgeführt werden. Aufgrund dieser gesetzlichen Vorgabe ist auch die Logopädie angehalten, sich mit der Leitlinienthematik auseinander zu setzen und Leitlinien für einzelne logopädischspezifische Störungsbilder (mit) zu entwickeln.

Was sind Leitlinien?

Derzeitiges Vorbild für die Erarbeitung von Leitlinien zu einzelnen klinischen Krankheitsbildern ist die „Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)“. Sie erstellt nach einem festgeschriebenen Verfahren fachspezifische Leitlinien für Ärzte. Im Sinne der AWMF sind Leitlinien:



Mara Wieck

erhielt ihre Logopädieausbildung am Euro-Medizinal-Kolleg in Trier, arbeitete anschließend in einer logopädischen Praxis in Lübeck. Sie absolvierte den Bachelor-Studiengang an der FH Hildesheim und ist seit 2005 an der MHH Hannover tätig.



Dr. Ulla Beushausen

ist Logopädin und Psycholinguistin und als Professorin für Logopädie im Studiengang für Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie an der Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst (HAWK), Fachhochschule Hildesheim tätig.



Ralf E. Cramer

war Führungskraft in der Wirtschaft und ist Unternehmensberater, insbesondere für therapeutische Berufe, und Lehrbeauftragter an der FH Hildesheim für die Fächer Unternehmensstrategie und -führung, Existenzgründung und Qualitätsmanagement.

(...) *systematisch entwickelte Darstellungen und Empfehlungen mit dem Zweck, Ärzten und Patienten bei der Entscheidung über zweckdienliche Maßnahmen der Krankenversorgung (Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge) unter spezifischen klinischen Umständen zu unterstützen. Leitlinien geben den Stand des Wissens (Ergebnisse von kontrollierten klinischen Studien und Wissen von Experten) über effektive und zweckdienliche Krankenversorgung zum Zeitpunkt der „Drucklegung“*

¹ Grundlage des Artikels ist die Bachelorarbeit der Erstautorin im Studiengang Logopädie, FH-Hildesheim, 2004

wieder. In Anbetracht der unausbleiblichen Fortschritte wissenschaftlicher Ergebnisse und der Technik müssen periodische Überarbeitungen, Erneuerungen und Korrekturen unternommen werden. (...)

Die Empfehlungen der Leitlinien können nicht unter allen Umständen angemessen genutzt werden. Die Entscheidung darüber, ob einer bestimmten Empfehlung gefolgt werden soll, muss vom Arzt unter Berücksichtigung der beim individuellen Patienten vorliegenden Gegebenheiten und der verfügbaren Ressourcen getroffen werden. (AWMF & ÄZQ, 2001, S. 6)

Ausgehend von dem letzten Abschnitt in der Definition wird deutlich, dass Leitlinien im Gegensatz zu Richtlinien und Standards einen anderen Verbindlichkeitscharakter einnehmen. Leitlinien *sollen/können* eingehalten werden, ein Abweichen ist jedoch unter Rechtfertigung möglich.

Richtlinien hingegen „sind Handlungsregeln einer gesetzlich, berufsrechtlich, standesrechtlich oder satzungsrechtlich legitimierten Institution, die für den Rechtsraum dieser Institution verbindlich sind und deren

Nichtbeachtung definierte Sanktionen nach sich ziehen kann. Richtlinien unterscheiden sich im Hinblick auf diese Verbindlichkeit deutlich von Leitlinien“. (...). (AWMF & ÄZQ, 2001, S.6)

Im Gegensatz dazu beziehen sich *Standards* auf das übliche ärztliche Handeln und weisen auf akzeptables und inakzeptables Handeln. Sie sind im Vergleich zu Leitlinien nicht „operationalisiert“, „d.h. sie erklären und begründen nicht wie Leitlinien eine Abfolge sinnvoller Behandlungsschritte innerhalb eines Handlungskorridors, der Variationen zulässt und Schnittstellen markiert, an denen von der Leitlinie abgewichen werden kann, soll oder muss.“ (Straub, 2000, S.67).

Ziele von Leitlinien

Nach der Abgrenzung des Terminus Leitlinien zu den Termini Richtlinien und Standards soll nun auf die Zielsetzung und inhaltliche Gestaltung von Leitlinien eingegangen werden. Das oberste Ziel von Leitlinien liegt in der „(...) Bereitstellung von Empfehlungen

zur Erreichung einer optimalen Qualität der Gesundheitsversorgung.“ (AWMF & ÄZQ, 2001, S. 5). Weitere wichtige Ziele von Leitlinien, wie z.B. die Sicherung der gesundheitlichen Versorgung oder der Information der Öffentlichkeit, sind in Tab.1 aufgeführt.

Der Aufbau einer logopädischen Leitlinie

Die Inhalte der Leitlinien richten sich, entsprechend der *Zentralstelle der Deutschen Ärzteschaft zur Qualitätssicherung in der Medizin (ÄZQ)* (2001), nach der Wahl des Schwerpunktes, der für die Leitlinien gelten soll. Demnach können Leitlinien bezogen auf ein spezifisches klinisches Krankheitsbild entweder

- krankheits-/diagnoseorientiert,
- methodenorientiert,
- symptomorientiert oder
- problem- bzw. zielorientiert sein.

Wird ein symptom- oder diagnoseorientierter Ausgangspunkt gewählt, dann sind laut „Methodischen Empfehlungen“ der AWMF (AWMF, 2000) Angaben zur *Diagnostik, Indikation, Gegenindikation* und *Therapie*, sowie zu *adjuvanten² Maßnahmen* und *Nachbehandlungen* in den Leitlinien aufzuführen. Die logopädische Intervention ist gekennzeichnet durch eine enge Therapeut-Patienten-Beziehung, die im Gegensatz zur Konsultierung eines Arztes über einen längeren Zeitraum hinweg besteht. Innerhalb dieser „Langzeittherapie“ wird nicht nur auf die Symptome eingegangen, sondern der Patient in seiner persönlichen Gesamtheit mit seinem Umfeld erfasst. Auf-

Tab. 1: Ziele von Leitlinien

Leitlinien dienen

- der Sicherung und Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung,
- der Berücksichtigung systematisch entwickelter Entscheidungshilfen in der ärztlichen Berufspraxis,
- der Motivation zu wissenschaftlich begründeter und ökonomisch angemessener ärztlicher Vorgehensweisen unter Berücksichtigung der Bedürfnisse und Einstellung der Patienten,
- der Vermeidung unnötiger und überholter medizinischer Maßnahmen und unnötiger Kosten,
- der Vermeidung unerwünschter Qualitätsschwankungen im Bereich der ärztlichen Versorgung,
- der Information der Öffentlichkeit (Patienten, Kostenträger, Verordnungsgeber, Fachöffentlichkeit u. a.) über notwendige und allgemein übliche ärztliche Maßnahmen bei speziellen Gesundheitsrisiken und Gesundheitsstörungen.

Quelle: Ollenschläger et al., 1998

2 von (lat.) adjuvare: unterstützen, helfen

grund dieser Komplexität ist es notwendig, neben den Inhalten der ärztlichen Leitlinien noch weitere Kriterien hinzuzufügen.

Eine logopädische Leitlinie zu einem logopädischspezifischen Störungsbild könnte folgende Inhalte haben:

1. Definition
2. Ätiologie
3. Angaben über die Beeinflussung der Lebensqualität
 - a. Auswirkungen auf die Aktivität
 - b. Auswirkungen auf die Partizipation
4. Therapieindikation
5. Angaben über die Verordnungsmenge (Zeitrahmen von Therapien)
6. Therapiedauer der einzelnen Sitzungen
7. Therapiefrequenz
8. Indikationen für Einzel- oder Gruppentherapie
9. Angaben über interdisziplinäre Zusammenarbeit
10. Kriterien für Therapiebeendigung
11. Logopädische Diagnostikverfahren
 - a. Differenzialdiagnostik
 - b. Anamnesegespräch
12. Formulierung von Therapiezielen
13. Logopädische Therapiemethoden
 - a. Aussagen zur Wirkungsweise
 - b. Angaben zum Nutzen
 - c. Aussagen über eventuelle Risiken
 - d. Outcome
14. Aussagen über die Folgen einer Nichtbehandlung
15. Beratung
16. Angehörigenberatung
17. Outcome
18. Literatur

Erläuterung der Inhalte

1 Definition: Eine Definition zu dem jeweiligen klinischen oder logopädischen Krankheitsbild ist aus Gründen des Verständnisses anzuführen. Es soll mit einfachen und leicht verständlichen Begriffen beschrieben werden, was unter dem Krankheitsbild zu verstehen ist.

2 Ätiologie: Die Ätiologie eines Krankheitsbildes ist anzuführen, um die Kausalität darzustellen. Auf dieser Basis lässt sich eine ausgereifte Diagnostik und Beratung durchführen. Ebenso wird für die Patienten verständlicher, welchen Ursprung ihre Symptomatik hat.

3 Angaben über die Beeinflussung der Lebensqualität: Dieser Aspekt im Kriterienkatalog ist für den Bereich Logopädie, aber auch für die anderen Angehörigen der Gesundheitsberufe, von großer Bedeutung. Die therapeutische Behandlung strebt im weitesten Sinne die Wiederherstellung der gestörten Körperfunktion und die damit einhergehende Aktivität und Partizipation (Teilhabe) der Patienten an. Daher ist es unumgänglich, die „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)“ in den Kriterienkatalog mit einzubeziehen.

4 Therapieindikation: Mit der Formulierung der Therapieindikation soll dargelegt werden, ab welchen kritischen Anzeichen oder Symptomen eine Therapie notwendig ist. Sie gibt Patienten, aber auch Ärzten, Anhaltspunkte für die Verordnung von Logopädie.

5 Angaben über die Verordnungsmenge: Die Angaben über die Verordnungsmenge sollen einen Überblick verschaffen über den zeitlichen Rahmen, in dem sich eine logopädische Therapie bewegen soll. Mit diesem Kriterium ist allerdings sensibel umzugehen und es wäre zu diskutieren, ob dieses Kriterium in eine Leitlinie aufzunehmen ist. Eine explizite Angabe über die zeitliche Dauer der Therapie würde das logopädische Handeln temporär einschränken. Sollte jedoch eine Aussage über den Therapiezeitrahmen gemacht werden, so sind in der Konsensfindung Erfahrungswerte zu sammeln und aus ihnen Durchschnittswerte zu bilden. Dabei sollte auch die Variable Patient mit seiner Motivation und Lernfortschritten mit berücksichtigt werden.

6 und 7 Therapiedauer und Therapiefrequenz: Mit der Therapiedauer ist in diesem Fall die Zeit der einzelnen Sitzung umschrieben. Die Therapiefrequenz beschreibt die Häufigkeit der Therapiesitzung innerhalb einer Woche.

8 Indikationen für Einzel- oder Gruppentherapie: Mit der Beschreibung von Aspekten, die für eine Einzel- oder Gruppentherapie sprechen, wird verdeutlicht, wann bei welchem Störungsbild eine

Einzel- oder Gruppentherapie notwendig ist, und ab welchem Lernstadium von einer Einzeltherapie in die Gruppe gewechselt werden kann.

9 Angaben über interdisziplinäre Zusammenarbeit: Bedingt durch die Symptomvielfalt ist es bei manchen klinischen Störungsbildern notwendig, mit anderen medizinischen und therapeutischen Disziplinen zusammenzuarbeiten. Mit den Angaben in den Leitlinien, bei welchem Störungsbild weitere therapeutische Maßnahmen angezeigt sind, können eine optimale Patientenversorgung gewährleistet und Stagnationen in der Genesung aufgefangen werden.

10 Kriterien für Therapiebeendigung: Neben den Kriterien für die Indikation einer Therapie ist es ebenso wichtig Merkmale zu formulieren, die beschreiben, ab welchem Stadium bzw. ab welchen Lernfortschritten eine Beendigung der Therapie sinnvoll und zu verantworten ist.

11 Logopädische Diagnostikverfahren: Hier sollen alle Diagnostik- bzw. Assessmentverfahren aufgeführt werden, die für die Diagnostik eines spezifischen Störungsbildes notwendig sind. Dabei ist auch der Unterpunkt Differenzialdiagnostik nicht zu vergessen, um andere logopädische Krankheitsbilder auszuschließen. Zu jedem Verfahren soll das individuelle Ziel der Testdurchführung genannt werden. Weiterhin sollten Aussagen zu den Testgütekriterien angegeben werden, insbesondere ob es sich um standardisierte oder informelle Testverfahren handelt. Erweitert und ergänzt werden die Diagnostikverfahren durch das Anamnesegespräch. Die wesentlichen Inhalte des Anamnesegesprächs sollten entsprechend für das betreffende Störungsbild in den Leitlinien festgeschrieben werden.

12 Formulierung von Therapiezielen: Nachdem eine ausführliche Diagnostik und ein Anamnesegespräch durchgeführt wurden, ist es wichtig, Ziele zu formulieren, die eine Therapie erreichen möchte. Für eine Leitlinie bedeutet dies, erstmals allgemeingültige Therapieziele zu verfassen, die dann in der Praxis mit dem Klienten gemeinsam modifiziert werden müssen, d.h. im Sinne der Klientenzentrierung auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmt werden sollten.

13 Logopädische Therapiemethoden: Dieser Bereich sollte in den Leitlinien sehr ausführlich dargestellt werden. Die Methoden sollten genau beschrieben werden, wie

sie wirken, welchen Nutzen sie bringen und welche Risiken mit ihnen einhergehen. Des Weiteren sollte zu den einzelnen Methoden das Outcome geschildert werden. Damit erhalten die Klienten eine größere Transparenz bezüglich der angewandten Übungen bzw. Therapieverfahren.

14 Aussagen über die Folgen einer Nicht-Behandlung: Dieser Punkt fasst nochmals das Wissen von Punkt 3 zusammen, in dem Angaben zur Beeinflussung der Lebensqualität gemacht werden. Häufige Folgen einer Nicht-Behandlung können weitere Veränderungen der Körperstruktur und damit einhergehende Aktivitätseinschränkungen sein, was eine ungenügende Partizipation der Klienten am sozialen Leben zur Folge haben kann. Insbesondere im Rehabilitationsprozess sind diese Aspekte zu berücksichtigen.

15 und 16 Beratung und Angehörigenberatung: Sowohl die Beratung der Klienten als auch die Beratung der Angehörigen ist ein wesentliches Medium in der Logopädie, um zum einen präventive Maßnahmen anzuleiten und zum anderen durch das Einbeziehen der Angehörigen der Klienten die Partizipation zu erleichtern, Verständnis zu erzeugen und Hilfestellungen zu erarbeiten. In der Leitlinie zu einem logopädischspezifischen Störungsbild müssen daher Angaben gemacht werden, die in einem Beratungsgespräch, sei es für Angehörige oder Klienten, thematisiert werden sollten.

17 Outcome: Das beabsichtigte Ergebnis (Outcome) von Leitlinien sollte unbedingt am Ende beschrieben werden. Je nach Zielsetzung der Leitlinien sollten Aussagen getroffen werden, z.B. über ein „(...) verbessertes Patientenüberleben, eine geringere Komplikationsrate, mehr Zufriedenheit beim Patienten oder die Einsparung direkter oder indirekter Kosten (...)“ (Greenhalgh, 2003, S.179f). Für die Logopädie wären beispielsweise Angaben über die Patientenzufriedenheit, die Rezidivrate (Rückfallrate) und den Therapieerfolg anzuführen.

18 Literatur: Hier soll die verwendete Literatur angeführt werden, die bei der Zusammenstellung der Leitlinien genutzt wurde. Dadurch werden die Aussagen belegt und Hinweise gegeben, welche Literatur für weitere Informationen hilfreich ist.

Methodische Merkmale der Leitlinienentwicklung

In der Definition zu Leitlinien hieß es „Leitlinien sind systematisch entwickelte Darstellungen und Empfehlungen mit dem Zweck, Ärzte und Patienten bei der Entscheidung über zweckdienliche Maßnahmen der Krankenversorgung (Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge) unter spezifischen klinischen Umständen zu unterstützen.(...)“ (AWMF & ÄZQ, 2001, S.6). Was beinhaltet aber der Ausdruck „systematisch“? – Unter „systematisch“ oder auch „Systematik“ der Leitlinienentwicklung werden bestimmte Prinzipien bzw. Eigenschaften verstanden, die bei der Entwicklung von Leitlinien berücksichtigt werden müssen, um qualitativ anspruchsvolle Leitlinien zu veröffentlichen. Demzufolge sind fünf Prinzipien einzuhalten, in denen sich die „Systematik“ widerspiegeln (AWMF & ÄZQ, 2001):

- 1 Logik
- 2 Konsensusfindung
- 3 Evidenzbasierung
- 4 Entscheidungsanalyse
- 5 Outcomekonzept.

Logik einer Leitlinie

Für die Darstellung der „Logik“ von Leitlinien eignet sich der klinische Algorithmus am besten, da er den Leitlinien Struktur verleiht und das Format mitbestimmt. Definiert ist der klinische Algorithmus als „(...) ein schrittweises Verfahren, das mit logischen (Wenn-Dann) Bedingungen ein klinisches Problem in endlich vielen Schritten löst“ (AWMF & ÄZQ, 2001, S.26). Seine Darstellungsform bzw. sein Format muss nicht unbedingt grafisch (Flussdiagramm, siehe Abb.1) sein. Es bestehen noch weitere Varianten beispielsweise in Form von Prosatext oder als Checkliste. Der Vorteil eines klinischen Algorithmus liegt in der einfachen Nachvollziehbarkeit des medizinischen Entscheidungsprozesses (AWMF & ÄZQ, 2001).

Abb. 1: Beispiel eines Flussdiagramms



Quelle: AWMF-Leitlinie: Umschriebene Entwicklungsstörungen der Sprache, F 80.1 und F 80.2, S. 7

Tab. 2: Hierarchie der Evidenz

Stufe	Evidenz-Typ
Ia	Evidenz aufgrund von Meta-Analysen randomisierter kontrollierter Studien in systematischen Übersichtsarbeiten.
Ib	Evidenz aufgrund mindestens einer randomisierten kontrollierten Studie.
IIa	Evidenz aufgrund mindestens einer gut angelegten kontrollierten Studie ohne Randomisierung.
IIb	Evidenz aufgrund mindestens einer gut angelegten, quasi-experimentellen Studie.
III	Evidenz aufgrund angelegter, nicht experimenteller deskriptiver Studien (zum Beispiel Fall- und Kontrollstudien)
IV	Evidenz aufgrund von Berichten/Meinungen von Expertenkreisen, Konsensuskonferenzen und/oder klinischer Erfahrungen anerkannter Autoritäten ohne transparenten Beleg.

Quelle: Haeseke-Seeberg, 2001

Konsensfindung

Ein weiteres Prinzip, das bei der Leitlinienentwicklung einzuhalten ist, ist die Konsensfindung der Expertengruppen. Für die Konsentierung stehen verschiedene formalisierte Verfahren zur Verfügung, beispielhaft sei hier die Delphi-Konferenz herausgegriffen. Die Delphi-Methode wurde 1948 mit dem Ziel einer systematischen Erfassung von Expertenmeinungen entwickelt. So könnte man z.B. damit herausfinden, ob die stimmtherapeutisch tätigen Logopädinnen der Leitlinie „Stimmstörungen“ zustimmen. Die Methode beruht auf sieben Grundprinzipien (Köhler, 1992; Netzold, 1992, zitiert nach Winter, 1997, S.125), die die einzelnen Schritte des Vorgehens beschreiben.

- 1 Befragung der Experten (z.B. Befragung der Logopädinnen, welche Therapiemethoden am häufigsten angewandt werden)
- 2 Mehrfache Befragung mit Rückkopplung der Ergebnisse der Vorrunde an die Experten.
- 3 Einschätzung der Relevanz bestimmter Ergebnisse oder Aussagen
- 4 Versuch einer Standardisierung von Expertenvoten
- 5 Mit dem Ziel einer Pointierung (Konsens oder Dissenz von Experteneinschätzungen)
- 6 Anonymität der Befragung, z.B. per Fragebogen
- 7 Statistische Auswertung

Dieses aufwändige Vorgehen wird selten in Reinkultur durchgeführt, sondern vielmehr aktuellen Anforderungen und Bedürfnissen angepasst.

Evidenzbasierung

Neben der Logik und Konsensfindung gibt es noch ein weiteres Merkmal der Leitlinienentwicklung: Leitlinien müssen evidenzbasiert sein. Der Ausdruck „Evidenzbasierung“ hat seine Wurzeln in der Medizin unter dem Schlagwort, „Evidenz-basierte Medizin (EBM)“. EBM ist der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten. Die Praxis der EBM bedeutet die Integration individueller klinischer Expertise mit der bestmöglichen externen Evidenz aus systematischer Forschung. (zitiert nach Perleth & Antes, 1998, S. 9, vgl. Beushausen, 2005)

Mit „bester verfügbarer externer Evidenz“ ist die klinisch relevante Forschung gemeint. Zweck der Forschung ist die Darlegung von genauen diagnostischen Verfahren und die Wirksamkeitsbegründung therapeutischer, rehabilitativer und präventiver Maßnahmen. Das übergeordnete Ziel ist die Neubewertung von vorhandenen Verfahren, um effektivere und genauere zum

Einsatz bringen zu können. Auf der Suche nach der gegenwärtig besten Evidenz stößt man bei der Recherche auf unterschiedliche Studiendesigns, die unterschiedliche Evidenzstärken aufweisen. Für die Entwicklung von Leitlinien ist es daher notwendig, über die unterschiedlichen Evidenzstärken bzw. Hierarchieränge der Evidenz informiert zu sein. Eine der bekanntesten Einteilungen der Evidenzhierarchie ist die nach der US Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR).

In Tab. 2 werden die Hierarchiestufen I-IV und der dazugehörige Evidenz-Typ nach der AHCPR dargestellt (Haeseke-Seeberg, 2001). Die Stufe Ia stellt die höchste Evidenzstufe dar. Sie ist wird auch als so genannter „Goldstandard“ bezeichnet. Die Abstufung des Evidenzgrades basiert auf den verwendeten bzw. gefundenen Studiendesigns und geht bis auf die Stufe IV zurück. Stufe IV repräsentiert die niedrigste Evidenz, da der Evidenznachweis nur auf Berichten oder Expertenmeinungen besteht (ausführlicher in Beushausen, 2005).

Die Einteilung evidenzbasierter Leitlinien erfolgt in Empfehlungsklassen. Diese so genannten „grades of recommendation“ unterteilen sich in A, B und C oder in „good“, „fair“ und „insufficient“. Tab. 3 stellt diese Gruppierung dar und ordnet jeder Gruppe die zugehörigen Evidenzstufen zu. Laut AWMF-Leitlinien-Manual (AWMF & ÄZQ, 2001) wird durch die Einordnung in Empfehlungsklassen die Konsistenz der Ergebnisse, die Präzision der Effekteinschätzung und deren klinische Relevanz eher berücksichtigt. Hier werden Leitlinien ebenfalls in drei Entwicklungsstufen eingeteilt: Stufe 1, 2 oder 3 und zusätzlich wird der „InterDisziplinäre Austausch“ während der Entwicklung mit der Abkürzung IDA angegeben.

Tab. 3: Einteilung Evidenz-basierter Leitlinien nach Empfehlungsklassen

Grad	Empfehlungsklasse
A (Evidenz-Grade Ia, Ib)	Ist belegt durch schlüssige Literatur guter Qualität, die mindestens eine randomisierte, kontrollierte Studie enthält.
B (Evidenz-Grade IIa, IIb, III)	Ist belegt durch schlüssige Literatur guter Qualität, die mindestens eine randomisierte, kontrollierte Studie enthält.
C (Evidenz-Grad IV)	Ist belegt durch Berichte und Meinungen von Expertenkreisen und/oder klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten. Weist auf das Fehlen direkt anwendbarer klinischer Studien guter Qualität hin.

Quelle: Ollenschläger et al., 1998

Entscheidungsanalyse

Die Entscheidungsanalyse ist ein bedeutender Aspekt innerhalb der Evidenz-Recherche. Sie liefert Informationen zu Kosten-Nutzen-Relationen von Diagnose- und Behandlungsmaßnahmen. Des Weiteren werden in der Entscheidungsanalyse zwei wichtige Fragen in Hinblick auf die Leitlinienentwicklung geklärt:

- Ist die Entwicklung und Implementierung einer geplanten Leitlinie effizient?
- Können Maßnahmen mit erwiesenem klinischen Nutzen auch effizient erbracht werden, so dass sie für eine Empfehlung in Leitlinien geeignet sind? (AWMF & ÄZQ 2001, S. 50)

Outcomekonzept

Das Outcomekonzept – auch als Outcome-Analyse bekannt – ist die fünfte und jüngste Eigenschaft, die Leitlinien ausmachen, und sollte bei der Leitlinienentwicklung angewandt werden. Sie ist ebenso wie die Entscheidungsanalyse ein Bestandteil der Evidenz-Recherche. Als Outcome bezeichnet man das Ergebnis, das durch eine Therapie erzielt wird. Festgelegt wird dieses anhand unterschiedlicher Zielgrößen, zu denen die Komplikationsrate oder das Konzept „Lebensqualität“ zählen, welches eine individuelle persönliche Einschätzung des Patienten bezüglich seiner Situation beinhaltet. Der Patient bewertet sich hinsichtlich körperlicher Symptome, psychischen Wohlbefindens und sozialer Situation. Hierfür stehen im deutschsprachigen Raum standardisierte Fragebögen zur Verfügung. Demnach zählt für das Outcome nicht nur die Morbiditäts- und Mortalitätsrate, sondern auch die Patientenzufriedenheit.

Zusammenfassende Darstellung der Merkmale

Bisher wurden die charakteristischen Merkmale der Leitlinienentwicklung, die sich hinter dem Ausdruck „systematisch“ versteckten, näher betrachtet. So zählen die Logik mit dem klinischen Algorithmus, die Konsensfindung mit ihrem Verfahren der Delphi-Konferenz, die Evidenzbasierung mit der Suche nach der besten wissenschaftlichen Fundierung, die Entscheidungsanalyse mit den Kosten-Nutzen-Analysen und das Outcomekonzept mit der Ergebnisermittlung zu den wichtigsten Prinzipien der Leitlinienentwicklung.

Tab. 4: Das 3-Stufen-Konzept der Leitlinienentwicklung der AWMF

Stufe	Methodische Merkmale der Leitlinienentwicklung
1. Stufe: Expertengruppe	Informelle Konsensfindung
2. Stufe: Formale Konsensfindung	<ul style="list-style-type: none"> • Formale Konsensfindung (Konsensus-Konferenz, Delphi-Konferenz, Nominaler Gruppenprozess) • Interdisziplinärer Abgleich
3. Stufe: Leitlinien mit allen Elementen systematischer Entwicklung	<ul style="list-style-type: none"> • Priorisierung im Vorfeld der Leitlinienentwicklung • Evidenz-basierte Strategie der Leitlinienentwicklung • Formaler Konsens und interdisziplinärer Abgleich • Entscheidungsanalyse • Klinische Algorithmen • Outcome-Analyse • Sicherung der Reportqualität durch einen Leitlinienbericht mit Hintergrundinformation zu Methoden, Evidenz und Werten

Quelle: Helou et al., 2000

Tab. 4 stellt die einzelnen Entwicklungsstufen der Leitlinienentwicklung dar, in denen die jeweiligen methodischen Prinzipien zum Tragen kommen. Von der 1. Stufe (S1) mit der informellen Konsensfindung wird in die 2. Stufe (S2) übergegangen und durch die formalen Konsensmethoden werden weitere Inhalte der Leitlinien bestimmt. Stufe 3 (S3) stellt den höchsten Entwicklungsgrad da, weil in ihr alle methodischen Merkmale einer Leitlinie eingesetzt werden.

Was bedeutet das für die Logopädie?

Für die Entwicklung von logopädischen Leitlinien würde dies bedeuten, dass erste Leitlinien auf dem Entwicklungsstand S1 und S2 herausgegeben werden können. Bei logopädischen Leitlinien auf S3-Ebene besteht hinsichtlich der Evidenzbasierung noch großer Nachholbedarf, da es kaum wissenschaftliche Studien oder Metaanalysen zu den in der Logopädie verwendeten Behandlungsmethoden gibt.

Insgesamt lässt sich sagen, dass der Prozess der Leitlinienentwicklung auf S3-Niveau mehrere Jahre in Anspruch nehmen wird. Schon allein für die Erstellung einer ärztlichen Leitlinie werden von der Zusammensetzung der Steuerungsgruppe bis zur Publikation der Leitlinie zweieinhalb Jahre gerechnet. Je nach Leitlinienthema ist dieser Zeitrahmen dehnbar. Bei logopädischen Leitlinien müsste die Durchführung evidenzbasierter Studien noch hinzugerechnet werden, so dass – grob geschätzt – der Entwicklungszeitraum für

logopädische Leitlinien bis zu zehn Jahre betragen kann.

Vorteile von Leitlinien für die Logopädie

Ein Vorteil von logopädischen Leitlinien liegt darin, dass die logopädische Behandlung von spezifischen Störungsbildern für alle Angehörigen im Gesundheitswesen transparent gemacht werden kann. Leitlinien geben gebündelte Informationen über das logopädische Agieren, basierend auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft. Ein wichtiger Aspekt der Professionalisierung der Logopädie ist die Dokumentation und Objektivierung logopädischen Tuns. Auch den Patienten bietet die Entwicklung von Leitlinien eine stärkere Transparenz der Therapieabläufe und somit die Möglichkeit, den Therapieprozess aktiv mitzugestalten.

Leitlinien bilden die Argumentationsbasis im Prozess der ständig wiederkehrenden Überarbeitung der Heilmittel-Richtlinien, in denen bekanntlich festgelegt ist, bei welchem Störungsbild wie viel, wie oft und ob überhaupt Therapieeinheiten verordnet bzw. von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet werden. Erst durch Leitlinien wird ermöglicht, dass basierend auf logopädischem Wissen und in der Praxis erworbenen Erfahrungen, die ausführenden Gremien Richtlinien erhalten, an denen sie sich bei der Erstellung der Heilmittelrichtlinien orientieren können.

Aus ökonomischer Perspektive stellt die Entwicklung von Leitlinien ein wichtiges Instrument zur Gegensteuerung der Ressourcenverknappung im Gesundheitswesen

Tab. 5: Medizinische Leitlinien im logopädischen Kontext

Titel	AWMF-Register-Nr.	Ersteller	Letzte Überarbeitung	Level
Umschriebene Entwicklungsstörungen der Sprache (ICD-10: F 80.1, F 80.2)	028/016	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	5/2003	S1
Umschriebene Artikulationsstörungen (ICD-10: F 80.0)	028/35	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	5/2003	S1
Stottern (Stammeln) (ICD-10: F 98.5), Poltern (ICD-10: F 98.6)	028/030	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	5/2003	S1
Elektiver Mutismus (ICD-10: F 94.0)	028/023	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	5/2003	S1
Sprachentwicklungsstörung	049/006	Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie	3/2005	S1
Stimmstörung	049/008	Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie	3/2005	S1
Näseln/Gaumenspaltsprache	049/001	Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie	3/2005	S1
Poltern	049/007	Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie	3/2005	S1
Stottern	049/009	Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie	3/2005	S1
Aphasie	049/002	Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie	3/2005	S1
Dysarthrophonie	049/004	Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie	3/2005	S1
Dysphagie	049/011	Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie	3/2005	S1
Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen (AVWS)	049/012	Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie	3/2005	S1
Periphere Hörstörungen im Kindesalter	049/010	Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie	2/2005	S2e
Auditive Wahrnehmungsstörung (ICD-10: keine spezifische Diagnose)	071/004	Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin	10/2002	S1
Indikation zur Verordnung von Logopädie bei umschriebenen Entwicklungsstörungen der Sprache und Zweisprachigkeit (ICD-10: F 80.0, F 80.1, F 80.3)	071/010	Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin	6/2004	S1
Rehabilitation aphasischer Störungen nach Schlaganfall	030/090	Deutsche Gesellschaft für Neurologie	9/2003	S1
Parkinson-Syndrome	030/010	Deutsche Gesellschaft für Neurologie	2/2003	S2

Die Leitlinien sind im Internet im Volltext nachzulesen unter <http://www.awmf-online.de> oder <http://leitlinien.net>

dar. Dieser Aspekt spiegelt sich in dem von Oldiges (1997) angeführten Begriff der „Wirtschaftlichkeitsfunktion“ wider. Mit der Erarbeitung von Leitlinien wird aus ihrer Sicht herausgefiltert, welche medizinischen (logopädischen) Leistungen notwendig sind und eine gute Kosten-Nutzen-Relation aufweisen. Damit wird Überflüssiges vermieden und notwendige Maßnahmen bleiben weiter bezahlbar. Demzufolge können Leitlinien für die Wirtschaftlichkeit

der Versorgung bürgen, da in ihnen die am besten wissenschaftlich begründeten Behandlungsmaßnahmen festgeschrieben sind, die der tatsächlichen „Notwendigkeit“ obliegen.

Durch das Instrument prozessbezogener Leitlinien zu logopädischen Störungsbildern wird ein erster Grundstock gelegt, die vielfältigen eingesetzten logopädisch-therapeutischen Methoden wissenschaftlich zu evaluieren. Dadurch zeigt die Logopädie

auf, dass ihr Handeln nicht aus Intuition, Trial and Error und nicht nachweisbaren Methoden besteht. Durch die Outcome-Analyse würde die Wirksamkeit bestehender Therapieprogramme nachgewiesen und ihre Anwendung gerechtfertigt. Zurzeit werden Leitlinien zu logopädischen Störungsbildern von anderen Berufsgruppen entwickelt, vornehmlich Medizinern. Ob das Ergebnis aus logopädischer Sicht immer zufriedenstellend ist, bleibt dahin-

gestellt. Eine Auswahl an medizinischen Leitlinien, die auf der AWMF-Website eingesehen werden können, zeigt Tab. 5. Es ist an der Zeit, dass die Berufsgruppe der Logopädinnen und Logopäden die Leitlinienentwicklung selbst in die Hand nimmt und aktiv in den entsprechenden Gremien mitarbeitet. Ein Zusammenschluss von Kommunikationsexperten – z.B. in Form eines unabhängigen, wissenschaftlichen Gremiums zur Leitlinienentwicklung – ist längst überfällig.

Evidenzbasierte Praxis und therapeutische Leitlinien lautet das Thema der diesjährigen Tagung @Hildesheim am 19. November an der Fachhochschule Hildesheim: www.hawk-hhg.de/multiforum

Literatur

- AWMF & ÄZQ (2001). Leitlinien-Manual. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung* 1 (95), Supplement
- Beushausen, U. (2005): Evidenz-basierte Praxis. Mythos und Realität. *Forum Logopädie* 3 (19), 7-12
- Greenhalgh, T. (2003). *Einführung in die Evidence-based Medicine. Kritische Beurteilung klinischer Studien als Basis einer rationalen Medizin.* (2. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Haeseke-Seeberg, H. (2001). *Handbuch Qualitätsmanagement im Krankenhaus: Strategien, Analysen, Konzepte.* Stuttgart: Kohlhammer
- Helou, A.; Lorenz, W.; Ollenschläger, G.; Reinauer, H. & Schwartz, F.W. (2000). Methodische Standards der Entwicklung evidenz-basierter Leitlinien in Deutschland. Konsens zwischen Wissenschaft, Selbstverwaltung und Praxis. *ZaeFQ* 94, 330-339
- Oldiges, F.-J. (1997). Bedeutung medizinischer Standards unter dem Aspekt der Rationalisierung. Aus der Sicht der Leistungsträger. In: Nagel, E. & Fuchs, Chr. (Hrsg.). *Leitlinien und Standards im Gesundheitswesen: Fortschritt in sozialer Verantwortung oder Ende der ärztlichen Therapiefreiheit?* Köln: Dt. Ärzte-Verlag
- Ollenschläger, G.; Oesingmann, U.; Thomeczek, Chr.; Lampert, U. & Kolkmann, F.-W. (1998). Leitlinien und Evidence-based Medicine in Deutschland. *Münch. med. Wschr.* 38, 140

Perleth, M. & Antes, G. (Hrsg.). (1998). Evidenz-basierte Medizin: Wissenschaft im Praxisalltag. München: MMV Medizin-Verlag

Straub, Chr. (2000). Ziele, Normsetzungsprozesse und Implementation von Leitlinien in der Medizin – Leitlinien aus Sicht der Krankenkassen. In: Hart, D. (Hrsg.). *Ärztliche Leitlinien. Empirie und Recht professioneller Normsetzung.* Baden-Baden: Nomos

Winter, Chr. (1997). *Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation: Konsensfähige Leitlinien für die Praxis.* Neuwied: Luchterhand

Internet

AWMF & ÄZQ (2000). *Leitlinien-Manual.* <http://www.leitlinien.de/leitlinienqualitaet/index/manual/index/view> (25.08.05)

AWMF (2000). *Erarbeitung von Leitlinien für Diagnostik und Therapie: Methodische Empfehlungen.* <http://leitlinien.net> (13.09.05)

Helou, A. et al. (2000). *Methodische Standards der Entwicklung evidenz-basierter Leitlinien in Deutschland.* <http://www.aeqz.de/publikationen/pdfpublikationen/heloustandards2000.pdf> (25.08.05)

Ollenschläger, G. et al. (1998). *Leitlinien und Evidence-based Medicine in Deutschland.* <http://www.aeqz.de/publikationen/pdfpublikationen/mmwleitlinien.pdf> (25.08.05)

SGV V (2004). <http://www.sozialgesetzbuch.de/gesetz/05> (13.09.05)

Zentralstelle der Deutschen Ärzteschaft zur Qualitätssicherung in der Medizin (ÄZQ) (2001). *Priorisierung von Gesundheits- oder Versorgungsproblemen als Themen des Leitlinien-Clearingverfahrens. Konzept der AG Priorisierung der erweiterten Planungsgruppe zur Priorisierung von Leitlinien-Themen.* <http://www.leitlinien.de/clearingverfahren/priorisierung/pdf/lprior2.pdf> (16.09.05)

Autoren

Mara Wieck, BSc
Gartenstr. 17, 30161 Hannover
M.Wieck@web.de

Prof. Dr. Ulla Beushausen
Bachelorstudiengang für Ergotherapie,
Logopädie und Physiotherapie
HAWK Hochschule für angewandte
Wissenschaft und Kunst
Goschentor 1, 31134 Hildesheim
Beushausen@hawk-hhg.de

Ralf E. Cramer
Cramer Unternehmensberatung
Kärntnerstr. 4, 76227 Karlsruhe
BeratungCramer@t-online.de

Summary

Guidelines in Speech Pathology

This article defines the term "guidelines." Using medical guidelines as an example, it presents the conditions and formal prerequisites for their development and introduction. Subsequently, the authors discuss possible contents for guidelines and their benefits to speech pathology.

KEY WORDS: guidelines – speech pathology – evidence based – development of guidelines