

Clinical Reasoning in der Logopädie

Therapeutische Entscheidungen bewusst treffen und fundiert begründen

Ulla Beushausen, Wenke Walther

ZUSAMMENFASSUNG. In diesem Beitrag wird der in der Medizin, Physiotherapie und Ergotherapie geprägte Begriff des Clinical Reasoning auf den therapeutischen Entscheidungsprozess in der Logopädie übertragen. Gemeint sind damit Denk-, Handlungs- und Entscheidungsprozesse, die klinisch tätige Personen (Ärzte, Pflegepersonal, Therapeuten u.a.) entweder allein oder in der Kooperation mit Berufskollegen und – soweit möglich – gemeinsam mit dem jeweiligen Patienten treffen. Gleichzeitig steht der Begriff Clinical Reasoning für verschiedenste wissenschaftliche Ansätze, Entscheidungsprozesse zu untersuchen, zu verstehen, zu klassifizieren und zu verbessern. Die Grundlage therapeutischer Entscheidungen sind die Kognition, die Metakognition und das Wissen eines Therapeuten. Verschiedene Formen des Clinical Reasoning wie die Mustererkennung und das hypothetisch-deduktive Reasoning können zu unterschiedlichen Entscheidungen führen und werden anhand von Beispielen verdeutlicht. Anschließend wird ein Modell des Clinical Reasoning in der Logopädie in seinen Komponenten erläutert.

Schlüsselwörter: Therapeutische Entscheidungsfindung – Sprachtherapie – Reflexion – Clinical Reasoning – Supervision – Mustererkennung – hypothetisch-deduktives Reasoning

Einleitung

In der Ausbildung zum Logopäden wird neben umfangreichen theoretischen Lehr- und Lerninhalten in der Regel auch ein Großteil an praktischen Unterrichtsinhalten umgesetzt. Dabei führen z.B. Logopädieschüler an deutschen Berufsfachschulen von Lehrlogopäden supervidierte Behandlungen durch. Um auf die spätere praktische Tätigkeit im Berufsfeld vorbereitet zu sein, umfasst die Ausbildung für die zukünftigen Logopäden neben einer angeleiteten oder selbstständigen Therapieplanung auch die konsequente Reflexion des eigenen therapeutischen Handelns mit Lehrenden, Praktikumsbetreuern, Co-Therapeuten und/oder Mitschülern.

Dabei werden Entscheidungen zur Zielsetzung und Methodenwahl begründet, Therapiesituationen analysiert, das eigene sprachliche Vorbild bewertet, Fehler identifiziert oder ein Therapieerfolg bestätigt. Viele therapeutische Denk- und Entscheidungsprozesse, die im Verlauf einer Therapie stattgefunden haben, werden so verbalisiert, reflektiert und diskutiert.

Sobald die Ausbildung zum Logopäden abgeschlossen ist und der berufliche Alltag beginnt, entfällt häufig diese intensive Supervision – und die eigenständige Reflexion der eigenen

Entscheidungen und Handlungen und deren Ergebnisse wird noch bedeutsamer.

Aus der Medizin kommend hat sich für die Reflexion der Denk- und Entscheidungsprozesse der Begriff „Clinical Reasoning“ international auch in anderen verwandten Berufen, wie der Pflege und der Ergo- und Physiotherapie etabliert. Die Theorie des Clinical Reasoning bietet die notwendigen Modelle und Kategorien zur Beschreibung von Entscheidungsprozessen bei Therapiemaßnahmen bzw. zum Therapiemanagement. Therapeuten steht hier somit das nötige Handwerkszeug zur Verfügung, um Entscheidungen bewusst zu treffen, fundiert zu begründen und damit nach außen entsprechend transparent zu machen. Clinical Reasoning ist deshalb besonders auch ein Instrument zur Reflexion der individuellen therapeutischen Praxis im Sinne einer Selbstsupervision.

Definition

Der englische Begriff Clinical Reasoning bedeutet wörtlich übersetzt „klinische Argumentation, Schlussfolgerung, Beweisführung“. Gemeint sind damit Denk-, Handlungs- und Entscheidungsprozesse, die klinisch

Dr. Ulla Beushausen ist Logopädin und Psycholinguistin und als Professorin für Logopädie in den Bachelor- und Masterstudiengängen für Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie an der Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst (HAWK), Fachhochschule Hildesheim/Holzminde/Göttingen tätig.



Wenke Walther ist Logopädin M.Sc. (SLT). Nach der Ausbildung 2002 und mehreren Jahren therapeutischer Tätigkeit in privater Praxis schloss sie 2005 das Bachelorstudium und 2009 das Masterstudium an der HAWK Hildesheim ab. Sie arbeitete mehrere Jahre als Lehrlogopädin an der Medizinischen Hochschule Hannover. Zur Zeit arbeitet sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der HAWK Hildesheim.



tätige Personen (Mediziner, Pflegepersonal, Therapeuten u.a.) entweder allein oder in der Auseinandersetzung mit Berufskollegen und/oder den Patienten treffen. Gleichzeitig steht der Begriff für verschiedene wissenschaftliche Ansätze, den Entscheidungsprozess zu untersuchen, zu verstehen, zu klassifizieren und zu verbessern.

Das Ziel von Clinical Reasoning ist, das für den individuellen Patienten bestmögliche Vorgehen im Rahmen der Erkennung und Benennung einer Krankheit, ihrer Behandlung und ihrer Begleitung auch während eines länger andauernden Rehabilitations- und Nachsorgeprozesses zur Verfügung zu stellen (Beushausen 2009).

McAllister und Rose (2002, 112) konstatieren für die englischsprachige Sprachtherapie, dass „Sprachtherapeuten über Clinical Reasoning nicht sprächen“. In der Tat finden sich zwar diverse Veröffentlichungen in der sprachtherapeutischen Literatur zur Entscheidungsfindung in einzelnen Störungsbildern, zu kli-

nischen Fähigkeiten, Differenzialdiagnosen, zum Problemlösen, kritischem Denken und professionellem Urteilen sowie zu Reflexion/Supervision, aber nur wenige zum Clinical Reasoning-Prozess selbst. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Lehr- und Lernbarkeit klinischen Wissens (Hoben et al. 2007).

Die Autorinnen erklären sich diesen Mangel zum einen durch eine Output-orientierte Sichtweise auf den klinischen Fall, auf die Entscheidung selbst – und zum anderen durch die Annahme der therapeutischen Berufsgruppe, Entscheidungsprozesse in der Sprachtherapie verliefen logisch und linear. Diese logischen Zusammenhänge wurden z.B. bisher durch Flussdiagramme, in Form von „Wenn-dann-Verknüpfungen“ von Symptomen, Ursachen und Maßnahmen (so genannte Entscheidungsbäume für klinische Fälle; z.B. Yoder & Kent 1988) dargestellt. Die Praxis zeigt jedoch: Sprachtherapeuten führen tatsächlich Clinical Reasoning durch und denken auch darüber nach.

Grundlegende Elemente des Clinical Reasoning

Die Grundelemente des Clinical Reasoning sind die *Kognition*, die *Metakognition* und das *Wissen*. Erst diese Komponenten ermöglichen es Therapeuten, problemlösend zu denken und zur Problemlösung bzw. Entscheidungsfindung zu gelangen.

Unter dem Begriff Kognition wird die Gesamtheit aller Prozesse verstanden, die sich mit der Aufnahme von Informationen, ihrer Verarbeitung und Speicherung befassen. Zielgerichtete Gedanken beinhalten „das Wahrnehmen wichtiger Informationen, das Entwickeln und Testen von Hypothesen, das Interpretieren von Daten und das Ziehen von Schlussfolgerungen bis hin zur Synthese der gegebenen Daten und deren Abgrenzung von kontraindizierten Hypothesen“ (Beushausen 2009, 7). Damit basieren alle therapeutischen Handlungen von der Diagnostik bis zum Beratungsgespräch auf kognitiven Prozessen.

Das therapeutische Wissen steht dabei in andauernder Wechselbeziehung zur Kognition eines Therapeuten, da die wahrgenommenen und verarbeiteten Informationen sowohl das Wissen erweitern, als auch mit diesem abgeglichen werden. „Elaborierte kognitive Fähigkeiten müssen im Einzelfall mit relevantem therapeutischem Wissen verknüpft werden, um effektive Entscheidungen zu treffen“ (Beushausen 2009, 8). Kognition und Wissen entwickeln sich also parallel und bedingen sich gegenseitig. Die wechselseitige Beziehung von Kognition und Wissen

wird metakognitiv reflektiert und führt zur eigentlichen Problemlösung.

Die Metakognition schließlich umfasst die Wahrnehmung und Verarbeitung des eigenen Denkens und beinhaltet die Reflexion der Denkprozesse, die während oder nach den therapeutischen Handlungen stattfinden kann (reflection in action and on action; Schön 1987). „Metakognitive Kontrollprozesse können sich wiederum auf Aspekte der eigenen Person oder des persönlichen Wissens, auf die geforderte Aufgabenstruktur oder zugrunde liegende Denkstrategien beziehen. Die Reflexion stellt als eine von mehreren metakognitiven Fähigkeiten das Bindeglied zwischen Denken und Handeln dar.“ (Beushausen 2009, 8).

Wissensbereiche

Im Folgenden werden vier Wissensbegriffe auf den therapeutischen Kontext in der Logopädie übertragen (Abb. 1). Dabei sollten die verschiedenen Wissenskomponenten nicht als bloße Addition verschiedener Wissensformen missverstanden werden. Zwischen den einzelnen Ebenen der Pyramide besteht vielmehr eine komplizierte Interaktion, die nicht durch Beobachtung von außen, sondern durch Selbstreflexion zur Sprache gebracht werden kann, indem der Therapeut versucht, sein „Knowing-how“ in ein „Knowing-that“ zu überführen.

Fachwissen

Fachwissen wird oft mit dem Wissen aus Lehrbüchern gleichgesetzt. Es meint sowohl deklaratives als auch prozedurales Wissen bezogen auf den Kontext der Sprachtherapie. In der Regel handelt es sich dabei um explizites, also per Fachtermini formalisiertes, abrufbares und nach außen kommunizierbares Wissen. Folgende Wissensformen können unterschieden werden (Beushausen 2009):

- *Wissen über Fakten*: z.B. die Inzidenzrate beim Stottern
- *Wissen über Konzepte und Konzepteigenschaften*: z.B. über Erkrankungen, Störungsbilder, Diagnostikmethoden
- *Wissen über semantische Beziehungen*:
- Zeitliche Beziehungen (chronologische Abfolge, Simultanität von Abfolgen,
- Kausalbeziehungen (Wenn-dann-Folgerungen)
- *Wissen über Ereignisse und Handlungen*
- *Wissen über Regeln und einschränkende Bedingungen (Constraints)*: z.B. zur Therapiefrequenz, beim Erwerb von Wortbedeutungen

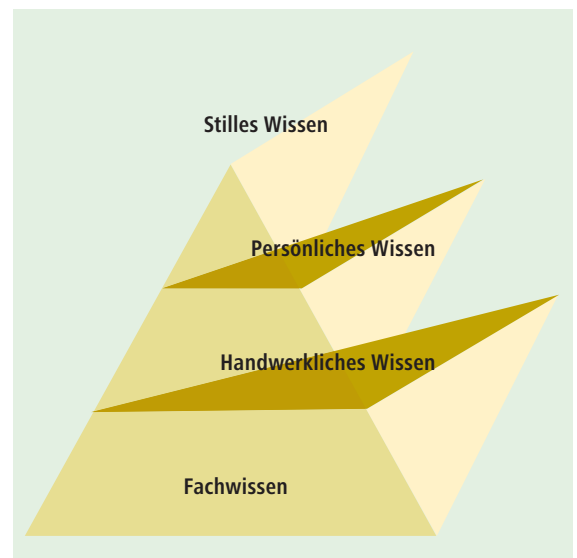
- *Metawissen*: Wissen über Wissen: z.B. Wissen über die Verlässlichkeit (Reliabilität) bzw. Güte (Validität) von Evaluationsmethoden
- *Wissen als soziale Konstruktion*: z.B. sich wandelnde Definitionen von Krankheit und Gesundheit; pragmatisches Wissen über Diskussionsstrukturen; Vorgänge beim Testen von Hypothesen; soziointeraktives Wissen über Rollen, Institutionen, individuelle Lernprozesse.

Handwerkliches Wissen

Das handwerkliche Wissen besteht aus dem Wissen, wie Lehrbuchinhalte praktisch umgesetzt werden können. Deshalb beinhaltet es einerseits Anteile des prozeduralen Wissens, ergänzt um praktisches Wissen (Benner 1984), das aus Praxiserfahrungen gewonnen wird und auf das Fachwissen einwirkt. Das handwerkliche Wissen beinhaltet das Wissen um die Besonderheiten und Anforderungen verschiedener klinischer Settings und spezifischer Patientenbedürfnisse und transformiert das theoretische Wissen in klinisch relevante Umsetzungen.

Handwerkliches Wissen kann sowohl implizit – also weitestgehend unbewusst – als auch explizit sein (Beushausen 2009, 8). Im Gegensatz zum Abruf von Fakten steht hier das „Wissen wie“ im Vordergrund, z.B. wie abstrakte Prinzipien einzelner Therapieformen in konkrete Übungen verwandelt werden können. Mittels Reflexion kann ein Therapeut auch das prozedurale Wissen analysieren und sich bewusst machen.

■ **Abb. 1: Therapeutische Wissenspyramide (nach Beushausen 2009)**



Personales Wissen

Das persönliche Wissen eines Therapeuten meint sein ganz individuelles Wissen über sich als Person und sein Selbst. Dieses Wissen beinhaltet das Bewusstsein für individuelle Denkstile – z.B. die Strategien, die wir nutzen; das Wissen um Effekte der Wahrnehmung wie Projektion und Selektion und die persönlichen Voreingenommenheiten eines Therapeuten; das Wissen um den individuellen Lernstil und eigene Stärken, Defizite und Grenzen des klinischen Wissens. Persönliches Wissen entsteht aus der persönlichen Biografie des Therapeuten. Personales Wissen kann sowohl implizit als auch explizit sein (ebd. 9).

Stilles Wissen

Implizites Wissen wird auch als „Stilles Wissen“ (tacit knowledge) bezeichnet und meint nicht formalisiertes Wissen, mithin Kenntnisse oder Fähigkeiten, die nicht explizit formuliert sind und sich möglicherweise auch nicht erklären lassen. Ein Therapeut kann in der Regel praktisch zeigen, was er weiß, das Gezeigte aber nicht immer verbalisieren. „Stilles Wissen“ kann jedoch durch die Analyse des

therapeutischen Denk- und Entscheidungsprozesses explizit und damit verbalisierbar werden. Es ist eng mit der Berufsbiografie – mit dem Stand der Entwicklung vom Anfänger zum Experten – verbunden.

Strategien im Entscheidungsfindungsprozess

Die Interaktion zwischen Kognition, Wissen und Metakognition bildet das Fundament für die Aufnahme, Verarbeitung und Interpretation von Informationen, die Entscheidungsfindung und Evaluation im logopädischen Handeln. Wie gelangen Sprachtherapeuten nun aber zu dem Ziel, ein klinisches Problem zu erkennen und zu verstehen, um davon ausgehend eine zielführende Maßnahme zu bestimmen?

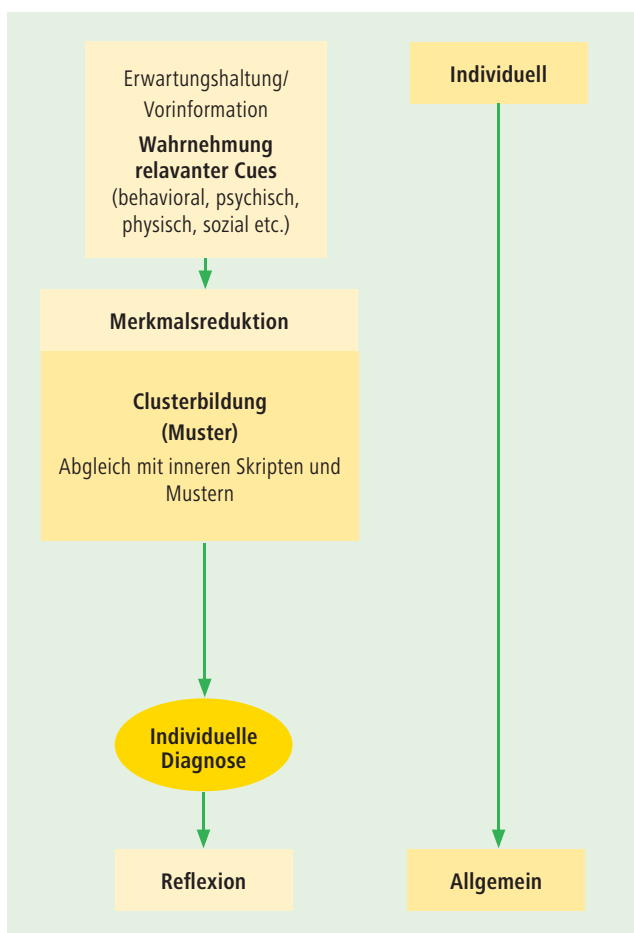
Beginnt man den Denk- und Entscheidungsprozess systematisch zu untersuchen und zu gliedern, lassen sich zunächst zwei grundlegende Hauptstrategien bestimmen: das *hypothetisch-deduktive Vorgehen* und die *Mustererkennung*. Diese spielen besonders im diagnostischen Prozess eine Rolle und können Logopäden z.B. darin unterstützen, durch ein genau geplantes und definiertes Vorgehen zu

einer Diagnose zu gelangen. Die genannten Strategien beschreiben dabei nicht nur die reine Sprachstands- und Ressourcenerhebung zu Beginn einer Therapie, sondern fokussieren vielmehr das therapeutische Verhalten von Berufsanfängern und Experten bei jeglicher Erkennung von Sprach-, Sprech-, Stimm-, Schluck- und Kommunikationsstörungen. So erfassen Therapeuten bereits in einem kurzen Begrüßungsgespräch mit Betroffenen sprachliche, stimmliche oder sprecherische Elemente, die sich im Verlauf des logopädischen Behandlungsprozesses verändert haben.

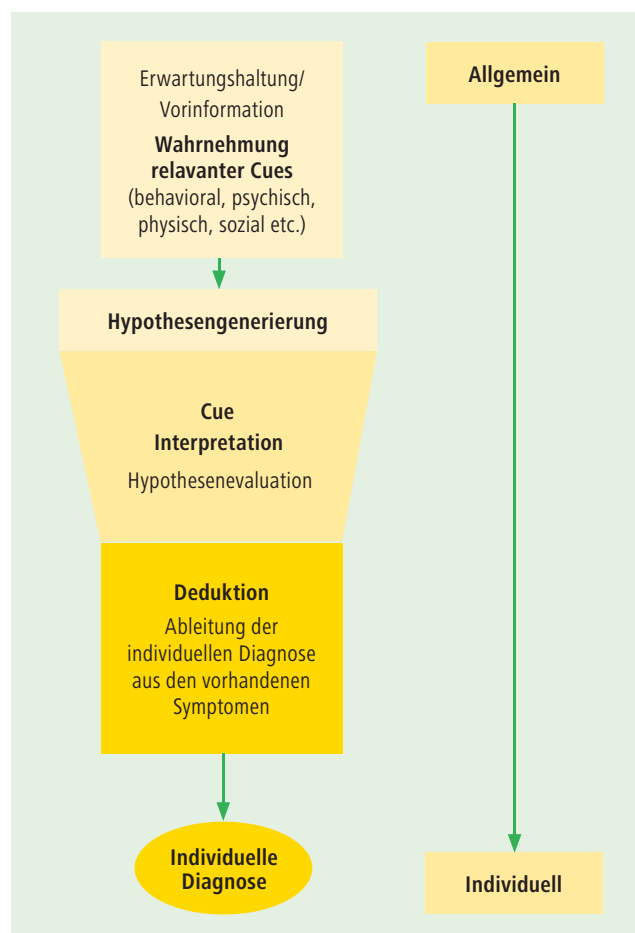
Mustererkennung

Bei der Mustererkennung (pattern recognition; *Elstein & Schwarz 2002*) ordnen Therapeuten die aus der Anamnese und Diagnostik gesammelten Informationen einem bereits bestehenden mentalen Muster zu. Dieser Prozess ist eine komprimierte und damit zeitsparende Form der Diagnosefindung, da nicht jedes Detail einer zuvor aufgestellten Hypothese getestet wird, sondern wenige Schlüsselhinweise (Cues) erkannt werden. Das Erkennen von Cues beruht auf dem Vorhandensein von Mustern (Abb. 2).

■ Abb. 2: Vorgang der Mustererkennung



■ Abb. 3: hypothetisch-deduktives Reasoning



Diese Krankheitskripte entstehen im Laufe der Berufserfahrung durch das Sammeln von Symptomen und Störungsbildern von typischen Fällen in der Sprachtherapie, dem ständigen Vergleich dieser Informationen mit den zuvor gestellten Hypothesen und dem Entwickeln von individuellen Diagnosen. Somit entstehen Verknüpfungen aus der Erfahrung selbst beobachteter klinischer Symptome mit dem Lehrbuchwissen über ein spezifisches Störungsbild. Wenn nun ein bestimmtes Muster (Summe von Symptomen) bei Patienten erkannt wird, kann die Diagnose schneller als beim hypothetisch-deduktiven Vorgehen erfolgen.

Hypothetisch-deduktives Reasoning

Das hypothetisch-deduktive Reasoning beschreibt den Vorgang, dass Therapeuten auf Basis der bereits vorhandenen Informationen, z.B. der ärztlichen Diagnose, der Symptombeschreibung durch den Patienten oder der berichteten Einschränkung in Teilhabe und Aktivität, möglichst konkrete weiterführende Hypothesen aufstellen. Dabei testen, bestätigen, verwerfen oder verändern sie ihre zuvor aufgestellten Hypothesen systematisch im Diagnostikprozess (Albert et al. 1988, zit. n. McAllister & Lincoln 2005).

Das hypothetisch-deduktive Vorgehen in der Sprachtherapie stellt Annahmen hinsichtlich eines Patienten und seiner Kommunikationsbeeinträchtigungen in den Mittelpunkt: Der Therapeut setzt persönliche Gespräche, gezielte Beobachtungen des Patienten sowie informelle und standardisierte Verfahren ein, um Annahmen zu generieren. Auf die Informationssammlung und Hypothesenaufstellung folgt die Deduktion, die Ableitung vom Allgemeinen zum Besonderen: Die Theorie eines Störungsbildes wird auf den spezifischen Fall angewendet (Abb. 3). Nachdem eine individuelle Diagnose erstellt ist, folgt die daran orientierte Therapieplanung.

BEISPIEL: Hypothetisch-deduktives Vorgehen und Mustererkennung

In einer phoniatischen Ambulanz stellt sich ein Patient mit einer Redeflussstörung vor. Die untersuchende Sprachtherapeutin, eine Berufsanfängerin mit wenig Erfahrung in diesem Störungsbereich, ist zunächst verwirrt. Die gezeigten und in der Anamnese berichteten Symptome passen nicht eindeutig in eine in der Literatur beschriebene Kategorie des Polterns oder Stotterns. Sie stellt die Hypothese auf, es handle sich um ein Stottern und beschließt, zunächst eine

Befunderhebung zum Stottern durchzuführen und falls diese kein eindeutiges Bild ergäbe, eine Polterdiagnostik anzuschließen. Nach abgeschlossener Befunderhebung spricht sie mit einer erfahrenen Kollegin, die bereits viele Patienten mit Redeflussstörungen erlebte, über den Patienten. Diese bezweifelt nicht, dass es sich um ein Stottern handelt. Obwohl der Patient kein typischer „Lehrbuchfall“ ist, registriert die erfahrene Logopädin die Leitsymptomatik eines Stotterns. (Beushausen 2009, 17)

Neben diesen beiden grundlegenden Strategien, die Logopäden verwenden, lassen sich die Gedankengänge bei der Entscheidungsfindung in die nachfolgend erläuterten (Denk-)Formen des Clinical Reasoning weiter ausdifferenzieren.

Formen des Clinical Reasoning

Viele der in der ergo- und physiotherapeutischen Literatur beschriebenen Formen sind in der Logopädie beobachtbar und bedürfen nur der Konkretisierung in Form einer Definition; andere Reasoning-Formen, wie das didaktische Reasoning wurden als spezifisch logopädisch ergänzt (Tab. 1).

Ein logopädisches Modell des Clinical Reasoning

Der Prozess der Entscheidungsfindung in der Sprachtherapie lässt sich an einem Modell verdeutlichen, in dem der Klient und die Therapeutin im jeweiligen Setting näher betrachtet werden (Abb. 4).

Der Klient

Entscheidungen, die Logopäden im Alltag zu treffen haben, entstehen in der Interaktion mit dem Klienten. Dabei werden Aspekte betrachtet, die nur dem Patienten eigen sind, aber auch solche, die jedes Individuum, also auch der Therapeut mitbringt. Der Klient hat einen *problemspezifischen Informationsstand*, er ist der Experte für sein individuelles Problem. Dies umfasst z.B. Informationen, wie, wann und in welcher Form die Symptome auftreten bzw. auftraten, aber auch die Bedeutung der Sprach-, Sprech-, Stimm-, Schluck- oder Kommunikationsauffälligkeiten für seine sprachliche Partizipation im Alltag.

Einige Patienten haben sich bereits im Vorfeld bzw. durch frühere Erfahrungen Wissen über die Erkrankung, ihre Ursachen und mögliche Behandlungen und Alternativen dazu angeeignet. Dieses Vorwissen des Klienten beeinflusst nicht nur seine Sicht auf die Gesamtheit der Therapie, sondern kann im weiteren Verlauf die Entscheidungen, die ein Therapeut zu treffen hat, mitbestimmen. Weitere im Klienten begründete Faktoren,

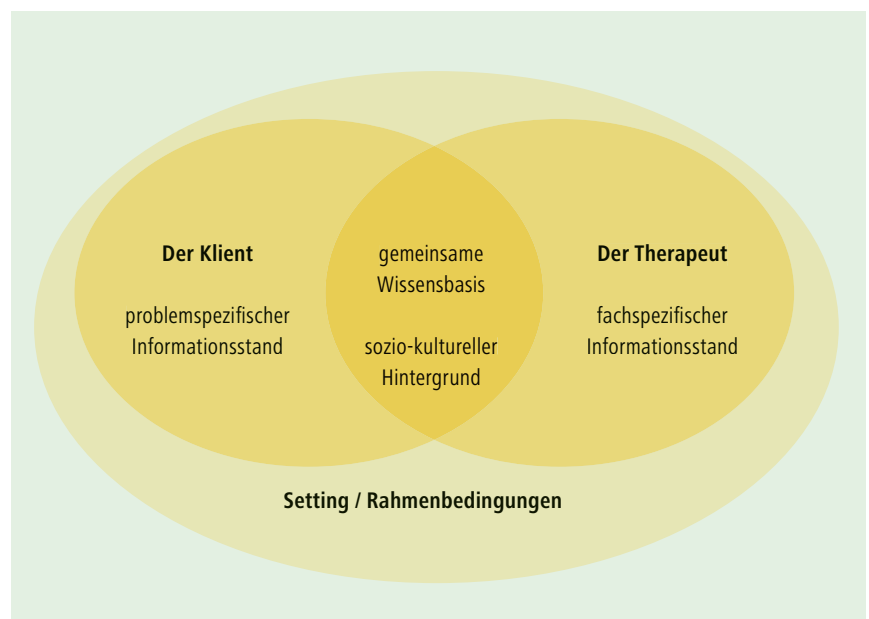
die den therapeutischen Entscheidungsprozess beeinflussen, sind seine persönlichen Ziele und Bedürfnisse, seine Persönlichkeit, das Alter, sein Geschlecht, sein Sozialstatus/sein soziales Umfeld bzw. seine ökonomische Situation, seine Motivation zur Veränderung, seine Kooperationsbereitschaft und Eigenverantwortung, der Wissensstand/Bildung des Patienten, vorhandene Ängste, seine Kommunikationsfähigkeit und -bereitschaft und nicht zuletzt die Tagesform.

Der Therapeut

Der Therapeut verfügt über einen fachspezifischen Informationsstand, der durch den Klienten aktiviert wird. Der individuelle Wissensstand speist sich aus Fähigkeiten und Fertigkeiten, die durch Ausbildung und Studium, durch Fort- und Weiterbildung und durch die Erfahrung im therapeutischen Alltag erworben wurden. Ein Therapeut kann verschiedene Betrachtungsweisen des geschilderten Phänomens anwenden. Aufgrund seines fachspezifischen Wissens wird er die beschriebenen Informationen und Muster schließlich im Sinne einer Vermutung einem Störungsbild zuordnen.

Weitere im Therapeuten begründete Faktoren sind sein therapeutisches „Handwerkszeug“ bzw. fachliches Wissen in Form von Leitlinien, Standards oder Forschungsergebnissen, seine empathischen Fähigkeiten, seine soziale und emotionale Kompetenz sowie Faktoren wie Sympathie oder Antipathie gegenüber dem Klienten.

■ **Abb. 4: Modell des Entscheidungsfindungsprozesses**
(in Anlehnung an *Beushausen & Walther 2009*)



■ Tab. 1: Reasoningformen in der Logopädie

Reasoningform	Gedanken werden gekennzeichnet durch...
Prozedurales Reasoning	<p>...die Anwendung von Fach- und beruflichem Erfahrungswissen (Expertise) auf den klinischen Fall, Einbezug von Studien, Leitlinien, Standards (Evidenz-basierte Praxis). Dieser wissenschaftliche Prozess folgt logischen Gesetzmäßigkeiten und orientiert sich am klassischen Problemlösungsprozess. Ein solches systematisches Vorgehen findet häufig im logopädischen Diagnostikprozess Anwendung und dient primär der Erfassung der funktionalen Probleme einer betroffenen Person.</p> <p>Beispiel: Ein 2;6-jähriges Mädchen mit einer verzögerten Sprachentwicklung wird in einer Praxis vorgestellt. Die Therapeutin zieht einen standardisierten Test heran, um vor dem Hintergrund einer Norm entscheiden zu können, ob es sich um eine therapiebedürftige Störung handelt. Zusätzlich erhebt sie qualitative Daten und überprüft angrenzende Entwicklungsbereiche (Motorik, Sensorik, Kognition), bevor sie die Diagnose Sprachentwicklungsstörung stellt. (Beushausen 2009, 18)</p>
Interaktives Reasoning	<p>...die Gefühle und Wahrnehmung, wenn Patient und Therapeut sich in einer Interaktion befinden. Dabei spielen die Reflexion der eigenen Gefühle und Wahrnehmungen aber auch Wahrnehmungseffekte, wie Selektion und Projektion und das Bewusstsein dieser Aspekte beim Gegenüber die entscheidende Rolle.</p> <p>Beispiel: In einer Behandlungseinheit mit einem Patienten mit einer Dysarthrie, der schon längere Zeit in Behandlung ist, fällt dem Therapeuten das ungewohnt wortkarge Verhalten des Patienten auf. Der Therapeut bemerkt, dass er zunehmend selbst mehr spricht und erklärt als in früheren Stunden und sich in der Situation unwohl fühlt. Er hat mehrere Hypothesen, warum der Patient sich heute anders verhält. Da er bisher guten Kontakt zu seinem Patienten hatte, beschließt er, seine Beobachtung auszusprechen und gleichzeitig seine eigenen verbalen Anteile zu reduzieren. (ebd., 19)</p>
Prognostisches Reasoning	<p>...die Prognose der Störung, aber auch die Möglichkeiten zur Behandlung des klinischen Problems. Dabei entstehen gedankliche Lösungen durch die Vorstellungskraft, die Interpretation aber auch durch die Erfahrung der Therapeuten. Hier werden nicht nur Krankheitsaspekte (Art und Schweregrad der Erkrankung), sondern auch persönliche Aspekte der Patienten (Motivation, Einsicht in die Erkrankung), Aspekte des Therapeuten (Fähigkeiten, Erfahrungen und Ressourcen) und das Lebensumfeld der Patienten (Rahmenbedingungen der Familie, Unterstützung, Zeit) einbezogen.</p> <p>Beispiel: Die Mutter eines 4-jährigen Kindes, das eine schwere spezifische Sprachentwicklungsstörung hat, fragt die behandelnde Therapeutin nach der Prognose und dem weiteren Verlauf der Therapie ihres Kindes. Die Therapeutin wägt die Dauer, die Qualität und Quantität der bisher erreichten Therapiefortschritte, die Unterstützung und den Grad der Zusammenarbeit mit der Familie und dem sozialen Umfeld, ihr eigenes Fachwissen und ihre Erfahrungen mit ähnlichen Fällen sowie die Validität von Prognosen in anderen Fällen ab, ehe sie antwortet. (ebd., 19f)</p>
Ethisches Reasoning/ Pragmatisches Reasoning	<p>...die Entscheidung innerhalb der Diagnostik, Therapie oder Beratung aufgrund der Einstellungen, Normen, Werte (z.B. auch Interkulturalität und Genderaspekte) der Therapeuten und der Patienten, oder aus ethischen Beweggründen. Dabei sollten Therapierende u.a. Einflussfaktoren wie Rahmenbedingungen (Räume, zeitliche Ressourcen), persönliche Ressourcen der Beteiligten (Motivation, Erfahrung) und politische, soziale sowie institutionelle Bedingungen berücksichtigen.</p> <p>Beispiel: Eine Sprachtherapeutin behandelt seit längerer Zeit eine ältere Dame mit leichter motorischer Aphasie nach Schlaganfall. Die Patientin macht nur noch geringe sprachliche Fortschritte, kommt aber sehr gern in die Therapie und möchte diese unbedingt fortsetzen. Während der Therapiezeit erzählt sie größtenteils von Problemen mit ihrem pflegebedürftigen Partner und sagt der Therapeutin, wie wichtig ihr diese Gespräche wären. Die Therapeutin überlegt, ob sie die Behandlung fortsetzen soll. (ebd., 22)</p>
Didaktisches Reasoning	<p>...die Reflexion von Lehr- und Lernsituationen mit Patienten, Kollegen, Seminarteilnehmern etc. Es erfolgt z.B. dann, wenn Therapeuten Patienten anleiten, um Veränderungen auf der behavioralen, kognitiven oder emotionalen Ebene zu bewirken und über die Methode der Vermittlung, das einzusetzende Material, Feedback-Regeln usw. entscheiden müssen.</p> <p>Beispiel: In einer Stottertherapie macht die Therapeutin einem Jugendlichen verschiedene Vorschläge zur Umsetzung eines In-vivo-Trainings, um die bereits erarbeiteten Modifizierungstechniken in alltäglichen Sprechsituationen auszuprobieren. Der Jugendliche reagiert bei jedem Vorschlag mit Gegenargumenten, warum dieser nicht umsetzbar sei. Die Therapeutin kommt zu dem Schluss, dass das gezeigte Verhalten des Jungen eine Folge ihrer vorgeschlagenen Arbeitsweise ist und kein Vermeidungsverhalten; sie ändert ihr Vorgehen. Als sie den Jugendlichen bittet, selbst Situationen zu nennen und in einer Situationshierarchie dem vermutlichen Schwierigkeitsgrad nach zu ordnen, nennt er einige für ihn relevante Situationen. (ebd., 22)</p>
Narratives Reasoning	<p>...die Berücksichtigung der (Kranken-) Geschichte des Patienten, Erfassen und Verstehen der Bedeutung des Einflusses der Beeinträchtigung für den Patienten, aber auch Erzählungen anderer Therapeuten oder Patienten zu Krankheits- bzw. Therapieverläufen oder Verarbeitungsprozessen von Betroffenen.</p> <p>Beispiel: Eine Klientin berichtet von Reaktionen ihrer Mitstudierenden auf ihre hohe Stimme. In diesen Beschreibungen fallen immer wieder die Begriffe „freundlich/unfreundlich“, sodass die Therapeutin nach Situationen fragt, in denen die Klientin als „unfreundlich“ oder „freundlich“ beurteilt wurde. Im Verlauf der Schilderungen wird deutlich, dass die Klientin selbst mit einer hohen Stimme ein freundliches Wesen assoziiert und mit einer tiefen Stimme ein unsympathisches, unfreundliches Wesen. Anhand der geschilderten Szenen und assoziierter Erlebnisse kann das Thema „Selbstbild – Fremdbild“ bewusst bearbeitet werden.</p> <p>Die Therapeutin erinnert die geschilderte Situation eines anderen Klienten, die eine ganz unterschiedliche Wahrnehmung widerspiegelt; diese bringt sie in anonymisierter Form in die Therapie ein. Gleichzeitig können sowohl die Therapeutin als auch die Patientin auf eine gemeinsame Geschichte der Behandlung zurückblicken, in der die Entwicklung einer tieferen, resonanzreichen Stimme über alle Teilschritte der bisher erfolgten Therapie im Mittelpunkt stand. Erst durch die schrittweise Entwicklung einer Vertrauens- und Arbeitsbasis bildete sich der Raum für Narration. (ebd., 26)</p>

Gemeinsamkeiten in der Interaktion

Faktoren der Entscheidungsfindung lassen sich in den Übereinstimmungen von Klient und Therapeut finden, die mit Beginn der Interaktion zwischen Therapeut und Klient relevant werden. Im folgenden Abschnitt werden diejenigen Parameter näher erläutert, die Klient und Therapeut mitbringen und die somit auf beiden Seiten den Entscheidungsprozess in der Therapie beeinflussen.

Gemeinsame Wissensbasis

In der Interaktion zwischen Klient und Therapeut bildet sich schließlich eine gemeinsame Wissensbasis heraus, die das geteilte Verständnis der Erkrankung und deren Bedeutung für den Klienten, aber auch modelltheoretische Vorstellungen der Sprachtherapie und therapieimmanente Abläufe und Vorgehensweisen einschließt. Neben dem fachlichen Informationsaustausch wird auch eine einheitliche, allgemein verständliche Terminologie entwickelt.

Soziokultureller Hintergrund

Klienten und Therapeuten können sich in Bezug auf ihre *Normen und Werte, ihre ethnisch-kulturell geprägten Einstellungen, ihre Rollenzuschreibungen sowie in Alter und Geschlecht unterscheiden*.

Normen und Werte

Bei der Eingliederung in eine soziale Gruppe prägt die primäre Sozialisation durch das Familienleben am meisten. Die hier vermittelten Werte, Normen und Einstellungen können in der Sprachtherapie die Krankheitsbewältigung beeinflussen.

Ein bewusster Umgang mit eigenen und fremden Wertvorstellungen und Normen kann zum einen helfen, Konflikte zu erkennen und wahrzunehmen bzw. ihnen vorzubeugen. Zum anderen können die Kommunikation daraufhin abgestimmt und die eigenen Entscheidungen im Therapieprozess vor diesem Hintergrund hinterfragt werden.

BEISPIEL: Normen und Werte

In einer Rehabilitationsklinik wird ein neuer Patient nach Schlaganfall aufgenommen. Er zeigt neben erheblichen Defiziten in Sprachverstehen und -produktion auch eine Schluckstörung. Schnell kann mittels bildgebender Verfahren geklärt werden, dass der Patient still aspiriert. Die Reflexauslösung ist aufgehoben und eine Lähmung der rechten Zunge, Rachenmuskulatur und Stimmlippen liegt vor. Aufgrund des eingeschränkten Sprachverständnisses kann vorerst keine

Schlucktechnik erarbeitet werden; von medizinischer und logopädischer Seite wird Ernährung über eine Sonde empfohlen. Der Patient hat keinerlei Störungsbewusstsein und reagiert auf Untersuchungen und Behandlungen mit Unverständnis. Die Ehefrau des Betroffenen wird – als sein Vormund – in die Entscheidung einbezogen.

Wenige Tage später erklärt die Ehefrau, dass keine Sondierung gewünscht wird. Auch nach aufklärenden Gesprächen von Therapeuten, Pflegepersonal und dem behandelnden Arzt lehnen der Patient und seine Ehefrau die Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG) ab. (Beushausen & Walther 2009, 55)

Ethnisch-kulturell geprägte Einstellungen

Wichtige und vorgelebte Einstellungen und Rollenbeispiele, die uns als Kind begegnen, nehmen wir als gegeben hin. Damit gehen auch die erlernten Umgangsformen, die Art des Humors und die Art der Krankheitsbewältigung einher. Oft sind diese Bereiche von Religion und Sprache, dem gesellschaftlichen System und dem sozialen Status mitbestimmt. Das Nicht-Beachten kultureller Unterschiede kann zu Konflikten führen, verunsichern und Missverständnisse entstehen lassen.

Bei Patienten anderer ethnischer Gruppenzugehörigkeit kann es zu deutlichen Abweichungen hinsichtlich von Erwartungen, Rollenverständnis, Werten und Normen gegenüber denen des Therapeuten kommen. Wenn nicht nur die Sprache, sondern auch das Rollenverhalten von Männern und Frauen in der Gesellschaft anders sind, Krankheit und Gesundheit eine andere Bedeutung als in der eigenen Kultur aufweisen oder der Patient aus einer familienzentrierten Gesellschaft in eine individualzentrierte Gesellschaft (wie die deutsche) kommt, ist eine kultursensible Therapie besonders wichtig. Sich dessen bewusst zu sein und solche Aspekte mit in den Entscheidungsprozess einfließen zu lassen ist besonders wichtig, um eine möglichst optimale Versorgung auch dieses Klienten zu gewährleisten.

Rollen

Rollen sind normative Verhaltenserwartungen, die an Personen in bestimmten Positionen im gesellschaftlichen Beziehungsgeflecht gestellt werden. Menschen nehmen in der Gesellschaft unterschiedliche Rollen ein (z.B. Vater, Kind, Lehrer, Schüler, Therapeut, Klient). Erwartungen an eine Rolle können zu *Rollenkonflikten* führen, wenn verschiedene Personen unterschiedliche Vorstellungen haben, z.B. wenn die Erwartung des Klienten oder z.B. die Erwartung der Eltern des

behandelten Kindes gegenüber dem Therapeuten divergieren. Auch können Erwartungen aus zwei Rollen sich widersprechen, z.B. die Rolle des chronisch kranken Aphasikers und die Rolle als Ehemann/Familienvater. Im Therapieprozess sollte man sich bewusst sein, dass das Verhalten und die Interaktion auch von allen möglichen anderen Rollen der Kommunikationspartner mitbestimmt werden, denn jedes Individuum kann und wird im Alltag verschieden agieren, wenn es sich in eine andere Rolle begibt. Eine *Rollenklärung* kann hier hilfreich sein.

BEISPIEL: Rollenkonflikt

Eine neue Patientin – selbst Sprachtherapeutin – kommt zur Stimmtherapie in eine Praxis. Die behandelnde Kollegin ist verunsichert. Soll sie beispielsweise Fachwissen über phonatorische Prozesse als selbstverständlich voraussetzen? Sie beschließt, ihre Rolle zu klären und fragt die Kollegin, ob sie als Laie oder als Kollegin behandelt werden möchte. (Beushausen & Walther 2009, 55)

Alter und Geschlecht

Alter und Geschlecht von Therapeuten und Klienten sind wesentliche Parameter im Entscheidungsprozess und erfordern eine Passung der Bedürfnisse in der Therapie. Ältere Klienten unterscheiden sich von jüngeren sowohl durch die Art, wie sie in den Zielsetzungsprozess und die Auswahl der Therapiemethode einbezogen werden wollen, als auch im Informationsstand zur Erkrankung und Krankheitswahrnehmung sowie in der Art, wie sie Informationsquellen nutzen (Dehn-Hindenberg 2008, Elfner 2008). Ebenso ist die Frage des Geschlechts im therapeutischen Geschehen relevant. Frauen und Männer zeigen und bewerten Symptome anders, verarbeiten Erkrankungen unterschiedlich und haben divergente Bedürfnisse in einer Therapie (Rieder & Lohff 2008).

Rahmenbedingungen

Klient und Therapeut befinden sich in einem bestimmten Therapiesetting und sind von Rahmenbedingungen umgeben, die bei der Entscheidungsfindung berücksichtigt werden. Diese können gesetzliche Bestimmungen, Rahmenverträge und Richtlinien sein, die den Therapeuten Vorgaben bezüglich der Frequenz, der Dauer der Einzel- oder Gruppensitzung und der Anzahl der Therapieeinheiten machen. Die jeweiligen Einrichtungen, in denen Therapeuten arbeiten, machen ebenfalls strukturelle Vorgaben. Dies kann sich in Leitbildern, Behandlungspfaden und Qualitätsvorgaben äußern, aber auch

die Verwendung bestimmter Anamnese- und Diagnostikformulare, Tests und Vorgehensweisen im Therapieablauf betreffen.

So wie der Therapeut seine Behandlungen nach seinen zeitlichen, materiellen und physischen Möglichkeiten gestaltet, verfügt auch der Patient nur über begrenzte Ressourcen, auf die er zurückgreifen kann. In der Umwelt liegende Faktoren (Faktoren des Therapiemanagements) sind also abhängig von der Therapieeinrichtung, dem Standort, der Ausrüstung, dem Zeittakt der Behandlungen (Zeitmanagement), den Ressourcen am Arbeitsplatz, dem ärztlichen Vorgehen bzw. der Verordnung usw.

Fazit

Die Metakognition und Reflexion des Therapeuten bilden die Grundlage seiner therapeutischen Entscheidungen. Er muss einen größeren Kontext berücksichtigen und ein klares Ziel vor Augen haben. Er bezieht sich dabei auf das beste ihm zur Verfügung stehende Wissen (Evidenz), das er – geleitet von seiner Erfahrung und seinem Fachwissen (Expertise) – auf die sich ihm stellenden Aufgaben und Herausforderungen anwendet (Therapie).

Die Theorie des Clinical Reasoning bietet die notwendigen Modelle und Kategorien zur Beschreibung von Entscheidungsprozessen bei Therapiemaßnahmen und führt dazu, dass Therapeuten Entscheidungen bewusst treffen und fundiert begründen können.

Erst durch die gesteuerte Reflexion der am Entscheidungsprozess beteiligten Gedankenstrukturen und durch ihre Analyse und Kategorisierung gelingt es Logopäden, ihre Handlungen im therapeutischen Alltag zu verbessern und somit jedem Patienten individuell die bestmögliche Therapie bieten zu können.

LITERATUR

Benner, P. (1984). *From novice to expert. Excellence, and power in clinical nursing practice*. Menlo Park: Addison-Wesley Publishing

Beushausen, U. (2009). Grundlagen der therapeutischen Entscheidungsfindung. In: Beushausen, U. (Hrsg.), *Therapeutische Entscheidungsfindung in der Sprachtherapie. Grundlagen und 14 Fallbeispiele* (5-27). München: Elsevier

Beushausen, U. & Walther, W. (2009). Entscheidungen im therapeutischen Prozess. In: Beushausen, U. (Hrsg.), *Therapeutische Entscheidungsfindung in der Sprachtherapie. Grundlagen und 14 Fallbeispiele* (39-58). München: Elsevier

Dehn-Hindenberg, A. (2008). *Patientenbedürfnisse in der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie*. Idstein: Schulz-Kirchner

Elfner, P. (2008). *Personenzentrierte Beratung und Therapie in der Gerontopsychiatrie*. München: Reinhardt

Elstein, A. & Schwarz, A. (2002). Clinical Reasoning in medicine. In: Higgs, J. & Jones, M. (Hrsg.), *Clinical Reasoning in the health professions* (220-238). Oxford: Butterworth Heinemann

Hoben, K., Varley, R. & Cox, R. (2007). Clinical reasoning skills of speech and language therapy students. *International Journal of Language and Communication Disorders* 4, 123-135

McAllister L. & Lincoln M. (2005). *Clinical education in speech-language pathology*. 2. Aufl. London: Whurr Publishers

McAllister, L. & Rose, M. (2002). Speech-language pathology students: Learning clinical reasoning: In: Higgs, J. & Jones, M. (Hrsg.), *Clinical Reasoning in the health professions* (205-213). Oxford: Butterworth Heinemann

Rieder, A. & Lohff, B. (2008). *Gender Medizin. Geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis*. Wien: Springer

Ronge, V. (2007). *Rollentheorie – ein Abriss ihrer Hauptvertreter*. Mainz: Grin-Verlag

Schön, D. (1987). *Educating the reflective practitioner*. San Francisco: Jossey-Bass

Yoder, D. & Kent, R. (1988). *Decision making in speech-language pathology*. Toronto: BC Decker

Autoren

Prof. Dr. Ulla Beushausen

Wenke Walther, M.Sc.

Bachelor- und Masterstudiengang für Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie – Bereich Logopädie HAWK Hochschule für Angewandte Wissenschaft und Kunst – Fachhochschule Hildesheim/Holzminde/ Göttingen

Goschentor 1

31134 Hildesheim

Beushausen@hawk-hhg.de

SUMMARY. Clinical Reasoning in Logopedics

Within this contribution, the term Clinical Reasoning, which is well known in medicine, physiotherapy and occupational therapy, is adapted to the therapeutic decision-making process in Logopaedics. Clinical Reasoning is defined as all processes of thinking, action and decision-making a clinician has to deal with – either alone or in cooperation with colleagues or other clinical staff and – as far as possible - with the respective patient. At the same time the term Clinical Reasoning stands for various scientific research directions, which try to examine decision-making processes, to classify and to improve them. The foundation of therapeutic decisions are cognition, metacognition and the specific knowledge of a therapist. Different forms of Clinical Reasoning like pattern recognition and the hypothetical-deductive Reasoning can lead to different decisions. This is clarified by examples. Subsequently, a model of Clinical Reasoning in the language therapy in its components is described.

KEY WORDS: Decision making – Speech and Language Therapy – reflection – clinical reasoning – supervision – pattern recognition – hypothetic-deductive reasoning