

# Die Therapeutenvariable bei komplexen Rehabilitationsverfahren

Eine Fragebogenstudie am Beispiel der Therapie des Facio-Oralen Traktes (F.O.T.T.)

Katharina Tzschöckel, Ricki Nusser-Müller-Busch, Rainer O. Seidl

**ZUSAMMENFASSUNG.** Die standardisierte Durchführung von Therapiemaßnahmen bei komplexen Rehabilitationsverfahren bereitet Schwierigkeiten. Um den Einfluss des Ausbildungsstands von Therapeuten auf Studienergebnisse zu bewerten, wurde eine Untersuchung zum Verständnis eines komplexen Rehabilitationsverfahren, der Therapie des Facio-Oralen Traktes (F.O.T.T.) durchgeführt. Anhand einer empirischen Fragebogenstudie wurden der Wissensstand und die praktische Umsetzung des Therapiekonzepts geprüft. Verglichen wurden 66 Fragebögen von Experten, Anwendern mit einer Ausbildung und angelernten Anwendern. Signifikante Unterschiede fanden sich im Wissen zur praktischen Handhabung der Therapiemethoden. Die Studienteilnehmer zeigten nur eine eingeschränkte Übereinstimmung bei der Umsetzung einer komplexen Therapie.

Schlüsselwörter: Therapie – Ausbildung – F.O.T.T. – Therapeutenvariable – Therapiestudie

## Einleitung

Die Qualitätssicherung therapeutischer Maßnahmen erhält in der medizinischen Versorgung ein zunehmendes Gewicht. So fordern die Akteure des Gesundheitswesens auch für die neurologische Rehabilitation verstärkt evidenzbasierte Studien zur Klassifizierung von Therapieverfahren. Die Planung und Durchführung solcher Studien mit schwer erkrankten Patienten ist nicht nur erschwert aufgrund ethischer Probleme, sondern auch durch die komplexe Struktur der zur Verfügung stehenden Therapieverfahren.

Voraussetzung für den Wirksamkeitsnachweis eines Medikaments in einer Studie ist, dass das Medikament, das dabei zum Einsatz kommt, in Zusammensetzung und Dosierung bei allen Patienten identisch ist. Dies wird in der Herstellung durch eine Vielzahl von Qualitätsprozeduren gesichert. Vergleichbare Qualitätsprozeduren sind bei therapeutischen Maßnahmen in der Rehabilitation nicht bekannt.

Die in der Rehabilitation zum Einsatz kommenden Therapieverfahren (z.B. Bobath-Therapie) werden theoretisch und praktisch (mit supervidierten Patientenbehandlungen) im Rahmen von postgraduierten Ausbildungen vermittelt. Der Erfolg der gewählten Therapiemaßnahmen ist davon abhängig, wie gut der Therapeut in der Lage ist, ein Maßnahmenpaket auszuwählen und praktisch umzusetzen, das die Ressourcen des komplex

geschädigten Patienten optimal aktivieren kann. Dieses Vorgehen ist im Rahmen von Studien schwer zu standardisieren. Bereits in einer Studie zur Durchführung eines einfachen Bewegungsmanövers („chin-down“) zeigten sich erhebliche Differenzen im Verständnis und der Umsetzung unter den befragten Therapeuten (Okada et al. 2007). Die Umsetzung in einem komplexen Therapieverfahren, in dem der Therapeut die Indikation zur konkreten Behandlungsmaßnahme und die Dosierung dieser Maßnahme selbst bestimmt, ist ungleich schwieriger.

In der vorliegenden Studie sollte geprüft werden, inwiefern das durch Experten vermittelte Wissen einer komplexen Therapiemethode in der Rehabilitation von schwer erkrankten Patienten in der Praxis von Anwendern, die an einer fünftägigen Ausbildung teilgenommen haben, und bei angelernten Anwendern, die die Methode durch Literaturstudium erlernt haben, umgesetzt wird. Dies wurde beispielhaft für das Verständnis und die praktische Umsetzung der Therapie des Facio-Oralen Traktes (F.O.T.T.) geprüft.

## Methode

Als Methode wurde eine empirische Fragebogenstudie gewählt. Befragt wurden:

- *Als Experten:* F.O.T.T.-Instruktoren, die das Konzept unterrichten, F.O.T.T.-Instruk-

**Katharina Tzschöckel, BSc.**

schloss 2005 ihre Logopädieausbildung in Leipzig ab (IB Medizinische Akademie) und 2007 den Bachelorstudiengang an der HAWK Hildesheim. Seitdem ist sie in eigener Praxis in Dresden tätig sowie als *Sprachreich*®- und *Babysignal*®-Kursleiterin. Fortbildungen hat sie u.a. in F.O.T.T.® und Funktioneller Dysphagietherapie absolviert. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind Dysphagietherapie und Sprachförderung.



**Ricki Nusser-Müller-Busch,**

MSc. ist leitende Logopädin am Unfallkrankenhaus Berlin, F.O.T.T.®-Instruktorin und Kinder-Bobath-Therapeutin. Gemeinsam mit PD Dr. Seidl leitet sie die Berliner Schlucksprechstunde und betreut akademische Abschlussarbeiten im Bereich Dysphagie. Sie ist als Referentin und Dozentin im In- und Ausland tätig und Autorin vieler Fachartikel und des F.O.T.T.-Buches.



**PD Dr. Rainer O. Seidl** ist

stellvertretender Klinikdirektor der Klinik für Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten am Unfallkrankenhaus Berlin. Er beschäftigt sich seit vielen Jahren intensiv mit Schluckstörungen in zahlreichen wissenschaftlichen Veröffentlichungen und ist Gewinner des Innovationswettbewerbs Medizintechnik 2009 des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF).



toren in Ausbildung und/oder Mitglieder der Special Interest Group (S.I.G.) – F.O.T.T. International.

- *Als Anwender:* Therapeuten der Berufsgruppen Physio-/Ergotherapie, Logopädie, Krankenpflege, die F.O.T.T. im ambulanten oder stationären Sektor einsetzen und einen Grundkurs (5 Tage) zur F.O.T.T. besucht hatten.

- *Als angelernte Anwender:* Therapeuten, die im ambulanten und stationären Sektor F.O.T.T. einsetzen, ohne eine explizite Ausbildung erfahren zu haben.

## Aufbau des Fragebogens

Der Fragebogen erfasste demografische Daten und theoretisches Wissen sowie die praktische Anwendung des Therapiekonzepts. Die Fragen wurden in Anlehnung an das F.O.T.T.-Konzept thematisch in fünf Komplexe gegliedert (Tab. 1). Der Fragebogen umfasste 51 Items, die Erhebung und die Auswertung der Daten erfolgte anonym.

Die Antwortmöglichkeiten wurden variiert. Für die Vereinfachung der Auswertung und Reduzierung der Beantwortungszeit wurden überwiegend geschlossene Fragen mit Mehrfachnennungen sowie Fragebatterien mit Rating-Skalen gewählt. Zusätzlich bestand bei Fragen mit Mehrfachantworten (32 Fragen) durch die Antwortvariable „Sonstiges“ (18 Fragen) die Möglichkeit, Antworten individuell zu ergänzen. Offene Fragen (10 Fragen) fanden Anwendung bei Themen, die bisher in der Literatur kaum bzw. nicht bearbeitet wurden. Neunmal wurden dichotome Fragen verwendet.

## Pre-Test

Der Studie wurde ein Pre-Test vorgeschaltet, um den Fragebogen und das Begleitschreiben hinsichtlich des Designs, der Strukturiertheit, der Suggestivität, der inhaltlichen Relevanz, der Eindeutigkeit und der Verständlichkeit zu prüfen. Die Pre-Tester wurden repräsentativ entsprechend der Zielgruppe gewählt. Nach abgeschlossenem Pre-Test

erfolgten eine Revision des Fragebogens und des Begleitschreibens.

## Datenerhebung

Die Daten der Fragebogenstudie wurden im November 2006 an zwei neurologischen Rehabilitationskliniken, bei einem Meeting der F.O.T.T.-Special Interest Group (S.I.G.) International und dem Treffen einer lokalen, interdisziplinären Arbeitsgruppe zu Schluckstörungen erhoben, sowie Fragebögen per Post oder E-Mail verschickt. Insgesamt wurden 74 der 91 Fragebögen beantwortet. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 81 %.

Zur Auswertung kamen nur die Ergebnisse von Teilnehmern, die zum Zeitpunkt der Untersuchung aktiv mit F.O.T.T. an Patienten arbeiteten (n=66: 87 %). Es wurden für die Auswertung drei Gruppen gebildet: Experten (n = 21: 32 %), Anwender mit einem Grundkurs (n=27: 41 %) und angelernte Anwender ohne Grundkurs (n= 18: 27 %).

## Statistische Analyse

Die erhobenen Daten wurden kodiert und hinsichtlich ihrer absoluten und relativen Häufigkeitsverteilung untersucht. Zur statistischen Analyse wurde SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) verwendet. Für die Auswertung der Altersangaben, Fortbildungen und der Selbsteinschätzung der Studienteilnehmer wurden Mittelwerte und Standardabweichungen ermittelt. Die Unterschiede zwischen den Gruppen wurden mit dem U-Test geprüft. Die Ergebnisse sind signifikant, wenn die Irrtumswahrscheinlichkeit für einen gemessenen Zusammenhang unter 5 % liegt ( $p < 0,05$ ).

■ **Tab. 1: Gliederung des Fragebogens zur Therapie des Facio-Oralen Traktes (F.O.T.T.)**

Bereich	Anzahl der Fragen	Inhalte
Angaben zur Person	5	Geschlecht, Alter, Dauer des derzeitigen Arbeitsverhältnisses, Berufsabschluss, Fortbildungen
Institutionsspezifische Angaben	5	Art der Institution und Behandlung, Patientenalter, Art der Befunderhebung, Teammitglieder
Allgemeine Fragen	10	Art des Kenntnis- und Wissenserwerbs zur F.O.T.T., Ätiologie und Diagnose der mit F.O.T.T. behandelten Patienten, Art der Qualitätssicherung, F.O.T.T.-Behandlungsteam, Anwendungsbereiche der F.O.T.T.
Bereiche der F.O.T.T.	31	Theoretisch und praktisch orientierte Fragen zu den F.O.T.T.-Bereichen Haltungshintergrund, Nahrungsaufnahme, Mundhygiene, Atmung-Stimme-Sprechen, Trachealkanülen-Management und zur Angehörigenarbeit.
Offene Fragen	2	Besonderheiten und Schwachstellen der F.O.T.T.

## Ergebnisse

### Teilnehmer

#### Alter und Geschlecht

Zur Auswertung kamen die Ergebnisse von 66 Personen (15 männlich, 54 weiblich). Das Alter der Beteiligten lag im Mittel bei  $36 \pm 11$  Jahren. Die Gruppe der Experten ( $MW=41 \pm 7$ ) war im Mittel älter als die Gruppe der Anwender ( $MW=35 \pm 12$ ) und angelernten Anwender ( $MW=34 \pm 10$ ).

#### Ausbildung und Berufsabschluss

Teilnehmer gehörten zur Berufsgruppe der Logopäden, Ergotherapeuten, Physiothera-

peuten, Krankenpfleger, Ärzte und Lehrer. Die Verteilung der Berufsgruppen differierte. In der Expertengruppe überwog der Anteil der Ergotherapeuten mit 11 (52 %). Logopäden dominierten die Gruppe der Anwender mit 30 (57 %) Anwendern. Die Mehrzahl der Teilnehmer hatte einen staatlichen Abschluss (83 %), gefolgt von einem staatlichen Diplom (20 %) (Tab 2a).

#### Patienten

Die Studienteilnehmer arbeiteten zum Zeitpunkt der Datenerhebung vor allem in Akut- und Rehabilitationskliniken. Die Behandlung der Patienten durch die Studienteilnehmer erfolgte überwiegend im stationären Sektor (90 % der Experten, 88 % der Anwender, 65 % der angelernten Anwender), im Fachbereich Neurologie (100 % der Experten und Anwender) und in der Rehabilitationsphase B (90 % der Experten, 96 % der Anwender, 65 % der angelernten Anwender). Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen im Schweregrad der behandelten Patienten gemessen durch die Rehabilitationsphase fanden sich nicht (Tab. 2b).

### F.O.T.T.

#### Wissen und Indikation in den Teilbereichen

Zur Verbesserung der facio-oralen Funktionen werden die therapeutischen Maßnahmen der F.O.T.T. in den fünf Bereichen Nahrungsaufnahme, Mundhygiene, Nonverbale Kommunikation, Atmung-Stimme-Sprechen und Trachealkanülen-Management angewendet. In der Studie wurden das Wissen der Anwender in diesen Bereichen sowie die Indikationen und die Kontraindikationen für therapeutische Maßnahmen geprüft. Dabei fanden sich statistisch signifikante Übereinstimmungen zwischen den Gruppen.

#### Stellenwert der F.O.T.T.-Bereiche

Die Prüfung des Stellenwerts der einzelnen Bereiche erfolgte anhand einer sechsstufigen Skala. Experten ( $MW=1,33 \pm 0,74$  bis  $2,00 \pm 1,18$ ) arbeiteten im Mittel in allen Bereichen häufiger als Anwender ( $MW=2,75 \pm 2,10$  bis  $4,32 \pm 2,23$ ). Unterschiede in der Gewichtung zeigten sich in den Bereichen Nonverbale Kommunikation (Experten:  $MW 2,00 \pm 1,18$ , Anwender:  $MW 4,32 \pm 2,23$ ) und Atmung-Stimme-Sprechen (Experten:  $MW 1,67 \pm 0,96$ , Anwender:  $MW 3,62 \pm 2,19$ ). Die Unterschiede in der Bewertung der Teilbereiche zwischen Experten und Anwendern waren bis auf den Teilbereich TK-Management statistisch relevant (Abb. 1).

### Praktische Handhabung in den Teilbereichen

Für die Prüfung der durchgeführten praktischen Maßnahmen in den Teilbereichen wurde der Umgang mit einzelnen praktischen Handlungsweisen erfragt. Dies umfasste z.B. die Frage nach einem eigenständig durchgeführten Trachealkanülenwechsel während der Therapie, der Voraussetzung für die Umsetzung des Trachealkanülenmanagements ist. Dabei zeigten sich statistisch relevante Unterschiede zwischen Experten und Anwendern (Abb. 2).

### Diskussion

Die Wirksamkeit klinischer Therapiemaßnahmen wird anhand von klinischen Studien bewertet. Ziel dieser Prüfverfahren ist es, bei definierten Krankheitsbildern durch wissenschaftlich gesicherte Therapiemaßnahmen die wirksamste Therapie zum größten Vorteil des Patienten zu finden. Dieses Konzept, das sich auf dem Paradigma der Naturwissenschaft begründet, ist nicht unumstritten und bietet für das Therapiefeld der Rehabilitation Probleme.

- Erkrankungen mit komplexen Schädigungen machen es schwierig, einheitliche Patienten-Vergleichsgruppen zu bilden. Eine Definition der Ein- und Ausschlusskriterien für Studienteilnehmer ist umso schwieriger, je komplexer das Krankheitsbild ist. Dies gilt insbesondere für komplexe neurologische Schädigungen (Wade 2003).
- Es bestehen in Deutschland ethische Probleme, wenn die Patienten nicht selbst in die Teilnahme einwilligen können. Damit ist die Untersuchung einer Patientenpopulation und der möglichen Therapiemaßnahmen ausgeschlossen (Seidl et al. 2007).
- Die Zielvorgaben von Therapien unterliegen individuellen und gesellschaftlichen Schwankungen (Wade 2003).

Für die Rehabilitation von neurologischen Schäden steht heute eine Vielzahl von Methoden und Therapieansätzen zur Verfügung. Neben einfachen Übungsbehandlungen, z.B. zur Elastizitätsförderung von Muskeln, finden sich komplexe Therapieverfahren für Patienten mit einer eingeschränkten oder aufgehobenen Wahrnehmung und/oder Motorik. Diese komplexen Verfahren (z.B. Bobath, F.O.T.T.) zeichnen sich dadurch aus, dass sie den Therapeuten keine festgelegten Handlungsanweisungen, z.B. Übungen für die Therapie erteilen, sondern einen Rahmen bieten, in dem der Therapeut situativ- und tonusangepasste Therapiemaßnahmen wäh-

■ Tab. 2a: Teilnehmerdaten nach Berufsgruppe und akademischem Grad

	Experten (n=21)	Grundkurs (n=27)	Angelernt (n=18)
<b>Berufsgruppe</b>			
Ergotherapie	52 %	41 %	17 %
Logopädie	28 %	52 %	78 %
Physiotherapie	10 %	0 %	0 %
Krankenpflege	10 %	0 %	0 %
Arzt	0 %	7 %	5 %
<b>Abschluss</b>			
Staatl. Prüfung	76 %	70 %	83 %
Diplom	19 %	22 %	11 %
Bachelor	5 %	8 %	6 %

■ Tab. 2b: Teilnehmerdaten zu den Arbeitsplätzen der Therapeuten, deren Fachabteilungen und dem Schweregrad der Patienten (Mehrfachnennungen möglich).

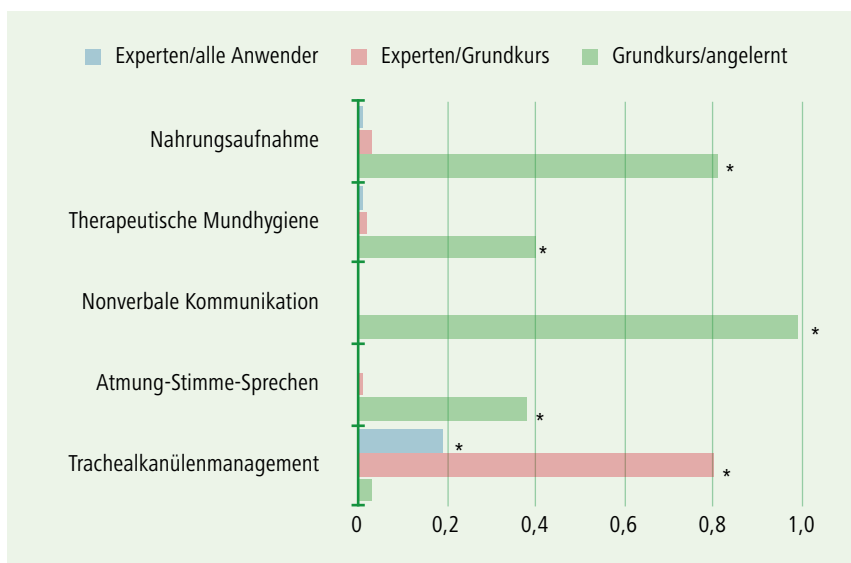
	Experten (n=21)	Grundkurs (n=25)	Angelernt (n=18)
<b>Institutionen</b>			
Klinik	90 %	88 %	65 %
Ambulante Zentren	48 %	20 %	22 %
Praxis	29 %	20 %	26 %
<b>Fachrichtung behandelte Patienten</b>			
Neurologie	100 %	100 %	74 %
Geriatrie	29 %	48 %	30 %
HNO	14 %	12 %	17 %
Pädiatrie	24 %	20 %	22 %
<b>Rehabilitationsphase</b>			
Phase A	38 %	36 %	22 %
Phase B	90 %	96 %	65 %
Phase C	62 %	80 %	56 %
Phase D	57 %	24 %	39 %

len kann. Grundlage für die Maßnahmen des Therapeuten stellen seine Ausbildung und der Wissensstand dar, optional erweitert durch regelmäßige Fortbildungsmaßnahmen und ggf. validiert durch Supervisionen. Damit sind diese Therapieverfahren in ihrem Ausbildungs- und Handlungssystem vergleichbar mit Therapieverfahren wie der Psychotherapie. Auch diese Disziplin leidet darunter, dass es aufgrund der sogenannten „Therapeutenvariablen“ erhebliche Probleme gibt, Nachweise über die Wirksamkeit der zugrunde liegenden Therapiemethoden zu erbringen (Huppert et al. 2001).

In der vorliegenden Befragung wurde eine Fragebogenstudie zur Prüfung des Verständnisses, Wissensstandes und Umsetzung eines Therapiekonzepts im klinischen Alltag durchgeführt, um die komplexe Grundstruktur der Methode in einem überschaubaren Zeitraum angemessen untersuchen zu können.

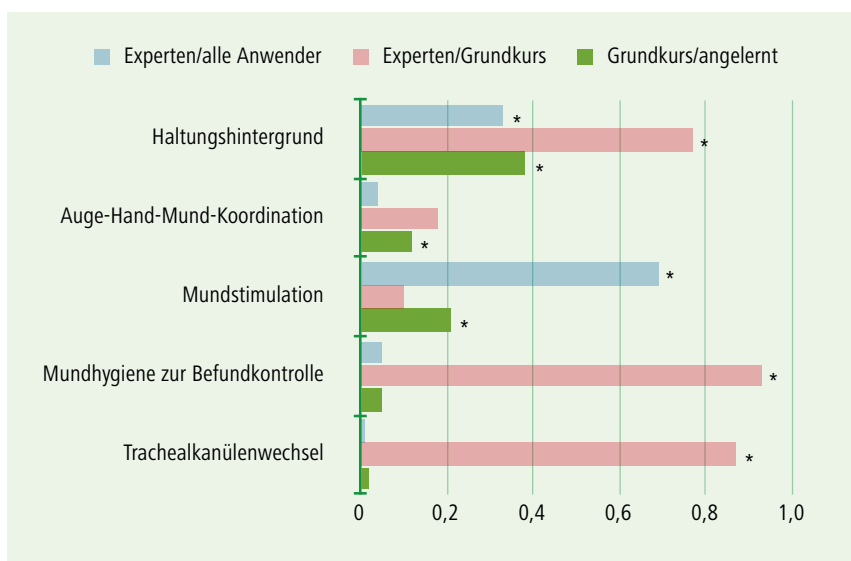
In vergleichbaren Studien zu diesem Thema wurden ebenfalls Fragebogenstudien durchgeführt (Cabana et al. 1999, Pennington et al. 2005, Okada et al. 2007, Tyson & Selley 2007). Aus diesem methodischen Ansatz ergeben sich allerdings Probleme. In der vorliegenden Studie kann der fehlende Un-

**Abb. 1: Stellenwert, den die Studienteilnehmer dem Teilbereich in der täglichen Therapie zuweisen**



\*) statistisch signifikante Ergebnisse

**Abb. 2: Stellenwert, den die Studienteilnehmer den einzelnen Maßnahmen während einer Therapie zuweisen**



\*) statistisch signifikante Ergebnisse

terschied im Wissen zwischen den Gruppen auch auf die große Anzahl an geschlossenen Fragen zurückzuführen sein. Um eine genauere Differenzierung der Antwortmöglichkeiten in einem solchen Therapieverfahren zu erreichen, müssten im Idealfall Interviews geführt werden und die Unterschiede im Umgang mit der Methode durch situationsabhängige Entscheidungen real im Patientenkontakt geprüft werden.

Die in dieser Untersuchung beispielhaft untersuchte Therapie des Facio-Oralen Traktes findet Anwendung in der Akutphase und Rehabilitation neurologischer Patienten aller Schweregrade mit Problemen in den Bereichen Nahrungsaufnahme, Mundhygiene, nonverbale Kommunikation und Atmung-Stimme-Sprechen. Sie basiert auf dem Bobath-Konzept. F.O.T.T. geht davon aus, dass zentrale Störungen der Wahrnehmung, der Sensibilität, der Haltungs- und Bewegungskontrolle und der Muskelspannung nicht nur die Gefähigkeit und das Hantieren mit Gegenständen negativ beeinflussen können, sondern alle funktionellen Vorgänge und Aktivitäten des Menschen. Dazu gehören auch die Funktionen des facio-oralen Trakts, u.a. das Schlucken von Speichel, die Nahrungsaufnahme, die Atmung, die Mimik, die Stimmgebung und das Sprechen (Seidl et al. 2007).

Die Ausbildung zum F.O.T.T.-Therapeuten erfolgt ähnlich der zum Bobath-Therapeuten in einem Kurssystem. In der vorliegenden Studie wurden Therapeuten mit einem fünftägigen F.O.T.T.-Grundkurs sowie Therapeuten ohne einen Grundkurs mit Experten verglichen. Als Experten wurden Therapeuten bezeichnet, die in einer speziellen F.O.T.T.-Interessengemeinschaft (S.I.G.) zusammengeschlossen sind, in der sich die Gruppe regelmäßig austauscht und weiterbildet, oder eine mehrjährige Zusatzausbildung als Instruktor bei der Begründerin des Konzepts, Kay Coombes, durchlaufen haben. Die Notwendigkeit Therapie zu standardisieren hat dazu geführt, dass inzwischen Konsensverfahren für komplexe Therapieverfahren, sowohl für das Bobath- als auch für das F.O.T.T.-Konzept, durchgeführt wurden (Nusser-Müller-Busch 2008, Raine 2006). Die Effizienz solcher Ausbildungsstrukturen und von Konsensverfahren wurde bisher wenig untersucht. In einer Studie von Cabana et al. (1999) wurde der Einfluss von Leitlinien auf das therapeutische Verhalten getestet. Es zeigt sich, dass von den Therapeuten selbst erstellte Leitlinien ihr individuelles Verhalten nur wenig änderte. Weitere Studien legen nahe, dass sich therapeutisches Verhalten nicht ändert, wenn sich das Wissen und der wis-

senschaftliche Hintergrund der Therapeuten ändern. So hatte ein sechsmonatiges Training in wissenschaftlichem Arbeiten keinen Einfluss auf das therapeutische Verhalten der Beteiligten (Pennington et al. 2005). Ebenso wenig konnten in einer anderen Studie Änderungen in der Bobath-Therapie durch Änderung der Wissensbasis bestätigt werden (Tyson & Selley 2007).

Diese Ergebnisse zeigen, dass es schwierig ist, eine Gruppe von Therapeuten so auszubilden, dass sie in vergleichbaren Situationen vergleichbar handeln. Die eigene Studie bestätigt die vorliegenden Untersuchungen, auch hier zeigen sich signifikante Unterschiede im praktischen Handeln zwischen Experten und angelernten Anwendern. Es ist anhand der vorliegenden Untersuchungen sogar zu bezweifeln, dass durch eine Intensivierung der Ausbildung tatsächlich eine tiefgreifende Änderung im Handeln der Therapeuten zu erreichen ist (Cabana et al. 1999).

Die in der vorliegenden Studie untersuchten Therapeutengruppen unterschieden sich nicht hinsichtlich ihrer allgemeinen Ausbildung, der institutionellen Rahmenbedingungen und der behandelten Patientengruppen sowie des Schweregrades der behandelten Patienten. Es zeigte sich eine Konkordanz zwischen den Ansichten von Experten und den beiden Anwendergruppen in den Indikationen und Kontraindikationen zur Behandlung. Fragen, die die Umsetzung der Therapiemethoden im Alltag prüften, zeigten jedoch Unterschiede in der Umsetzung der Verfahren. Es kann somit nicht von einer vergleichbaren Behandlung zwischen den untersuchten Gruppen ausgegangen werden.

Wenn sich schon erhebliche Unterschiede zwischen befragten Therapeuten in dem Verständnis einer vergleichsweise einfachen kompensatorischen Haltungsänderung bei Schluckstörungen, „chin down“, (Okada et al. 2007) ergeben, dann scheint es nahe liegend, dass sich die Unterschiede bei komplexen Therapieverfahren wie der Bobath-Therapie oder der F.O.T.T. potenzieren. In der vorliegenden Studie wurden nur das Wissen und der Stellenwert verschiedener therapeutischer Maßnahmen geprüft, bereits hier zeigten sich erhebliche Unterschiede. Dabei bleiben die vielfältigen Handlungsunterschiede in den einzelnen therapeutischen Maßnahmen noch unberücksichtigt, die die Unterschiede noch weiter vergrößern würden.

## Fazit

Das positive Ergebnis einer Therapiestudie bedeutet nicht automatisch, dass die Behandlung von Patienten im Sinne der evidenzbasierten Medizin in Zukunft optimiert wird, wenn in der Studie nur Experten therapieren. Die Therapieergebnisse von angelernten Anwendern werden sich davon unterscheiden. Andererseits gilt auch, dass ein falsch negatives Ergebnis für die Therapiemethode droht, wenn in einer Studie keine Experten für die Therapie eingesetzt werden. So gab es erhebliche Kritik an den Ergebnissen einer Studie zur Bobath-Therapie (Langhammer & Stanghelle 2000), da nach Ansicht von Vertretern der Bobath-Therapie die beteiligten Therapeuten nicht über den notwendigen Ausbildungsstand verfügten (Panturin 2001).

Diese genannten Gesichtspunkte sollten Eingang in die Diskussion über die Ergebnisse von Therapiestudien finden. Es ist zu prüfen, ob in Therapiestudien mit komplexen Methoden (z.B. Bobath-Therapie, F.O.T.T.) eine gemischte Therapeutengruppe aus Experten und Anwendern herangezogen werden muss, um den Einfluss der Therapeutenvariablen zu minimieren und Fehler dieser Art zu vermeiden.

## LITERATUR

- Cabana, M.D., Rand, C.S., Powe, N.R., Wu, A.W., Wilson, M.H., Abboud, P.H. & Rubin, H.R. (1999). Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA The Journal of the American Medical Association* 282 (15), 1458-1465
- Huppert, J.D., Bufka, L.F., Barlow, D.H., Gorman, J.M., Shear, M.K. & Woods, S.W. (2001). Therapist variables, and cognitive-behavioral therapy outcome in a multicenter trial for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 69 (5), 747-755
- Langhammer, B. & Stanghelle, J.H. (2000). Bobath or motor relearning programme? A comparison of two different approaches of physiotherapy in stroke rehabilitation: a randomized controlled study. *Clinical Rehabilitation* 14 (4), 361-369
- Nusser-Müller-Busch, R. (2008). Die Entwicklung von Konsensempfehlungen zur Facio-Oralen Trakt Therapie (F.O.T.T.). *Neurologie & Rehabilitation* 5 (14), 275-281
- Okada, S., Eiichi, S., Palmer, J.B., Matsuo, K., Yokoyama, M., Shigeta, R & Baba, M. (2007). What is the chin-down posture? A questionnaire survey of speech language pathologists in Japan and the United States. *Dysphagia* 22, 204-209.

<http://www.springerlink.com/content/gp242q4053762737/fulltext.pdf> (26.05.2011)

Panturin, E. (2001). The Bobath concept. *Clinical Rehabilitation* 15 (1), 111-113

Pennington, L., Roddam, H., Burton, C., Russell, I., Godfrey, C. & Russell, D. (2005). Promoting research use in speech and language therapy: a cluster randomized controlled trial to compare the clinical effectiveness and costs of two training strategies. *Clinical Rehabilitation* 19 (4), 387-397

Raine, S. (2006). Defining the Bobath concept using the Delphi technique. *Physiotherapy Research International* 11, 4-13

Seidl, R.O., Nusser-Müller-Busch, R. & Hollweg, W., Westhofen, M. & Ernst, A. (2007). Pilot study of a neurophysiological dysphagia therapy for neurological patients. *Clinical Rehabilitation* 21 (8), 686-697

Tyson, S.F. & Selley, A.B. (2007). The effect of perceived adherence to the Bobath concept on physiotherapists' choice of intervention used to treat postural control after stroke. *Disability and Rehabilitation* 29, 395-401

Wade, D.T. (2003). Outcome measures for clinical rehabilitation trials: impairment, function, quality of life, or value? *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation* 82 (10, Suppl.) 26-31

**DOI dieses Beitrags ([www.doi.org](http://www.doi.org))**  
10.2443/skv-s-2011-53020110402

#### **Autoren**

Katharina Tzschöckel, BSc  
Fetscherstraße 72  
01307 Dresden  
info@logopaedische-praxis-dresden.de

Ricki Nusser-Müller-Busch, MSc  
Unfallkrankenhaus Berlin  
Abteilung für physikalische Therapie  
und Rehabilitation, Warener Straße 7  
12683 Berlin  
ricki.mueller-busch@ukb.de

PD Dr. Rainer O. Seidl  
Klinik für Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten  
Unfallkrankenhaus Berlin  
Warener Straße 7  
12683 Berlin  
roseidl@ukb.de  
www.schlucksprechstunde.de

#### **SUMMARY. The therapist variable at complex rehabilitative treatment – empirical questionnaire study**

Performing complex rehabilitative treatment procedures in a standardised manner presents difficulties. In order to assess the effect of the level of training of therapists on study results, we investigated the understanding of facial oral tract therapy, a complex rehabilitative procedure. Empirical questionnaire study with experts, users who had attended a formal training course and informally trained users. We tested the level of knowledge of the treatment method and implementation of the treatment concept in day-to-day practice. 66 questionnaires were returned for analysis. Statistically significant differences were found in knowledge of the practical administration of the treatment methods. Experts and formally and informally trained users showed only limited consistency in their implementation of the complex treatment procedure.

**KEYWORDS:** Treatment – study – education – Facial-Oral Tract Therapy (F.O.T.T.) – therapist variable