

Wenn es keine Evidenz gibt ...

Szenarien der evidenzbasierten Praxis im logopädischen Berufsalltag

Tim Borgelt

ZUSAMMENFASSUNG. Die Implementierung der evidenzbasierten Praxis (EBP) in den logopädischen Berufsalltag hat in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen. In der internationalen Literatur haben sich im Laufe der Zeit unterschiedliche Sichtweisen der EBP manifestiert. Die umfangreichste stammt von Dollaghan, die die klinische Expertise des Therapeuten, Patientenpräferenzen und externe wissenschaftliche Evidenzen als gleichberechtigte Komponenten der EBP darstellt. Bei dem Versuch die EBP umzusetzen, treten gelegentlich Szenarien auf, bei denen diese Sichtweise an ihre Grenzen stößt. Es wird ein Modell vorgestellt, das eine Gewichtung der EBP-Komponenten ermöglicht und damit eine Hilfestellung bietet, bei der täglichen Arbeit flexibel auf unterschiedliche Szenarien im Sinne der EBP zu reagieren. Das beschriebene Modell wird reflektiert und diskutiert.

Schlüsselwörter: Evidenzbasierte Praxis – klinische Expertise – wissenschaftliche Evidenz – Patientenpräferenzen – Gewichtungsmodell – Implementierung – Szenarien

Einleitung

Die evidenzbasierte Praxis ist in den vergangenen zehn bis fünfzehn Jahren zunehmend in den Fokus der Logopädie gerückt (SVR 2007). Eine erfolgreiche Implementierung aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse in den logopädischen Berufsalltag entwickelt sich immer mehr zu einem maßgeblichen Qualitätsmerkmal für logopädische Praxen, Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen.

Gründe hierfür finden sich in der zunehmenden Akademisierung der Gesundheitsfachberufe (Borgelt & Kronenberger 2013), aber auch in gesetzlichen Vorgaben (Hart 2000, Welte 2000), in dem demografischen Wandel der Bevölkerung (Springer & Zückner 2006), in der steigenden Zahl an Veröffentlichungen zur evidenzbasierten Praxis und in gezielten Forderungen durch Ärzte und Kostenträger, die evidenzbasierte Praxis umzusetzen (Supp 2007).

Bei genauerer Betrachtung internationaler Literatur fällt auf, dass sich im Laufe der Zeit unterschiedliche Sichtweisen manifestiert haben, was unter evidenzbasierter Praxis zu verstehen ist. Die verschiedenartigen Darstellungen führen bei der täglichen Arbeit am/mit dem Patienten oftmals zu einer Verunsicherung, ob aktuelle Therapien im Sinne der Prinzipien evidenzbasierter Praxis durchgeführt werden. Diese Unsicherheit wird dadurch begünstigt, dass sich der Therapeut

gelegentlich mit Szenarien konfrontiert sieht, die eine genaue Betrachtung wissenschaftlicher Arbeiten zur evidenzbasierten Praxis und aktueller Gegebenheiten im Therapieprozess fordern. Solche Situationen können sein:

- Es gibt zu einem bestimmten Störungsbild oder zu einer gezielten Fragestellung keine externe wissenschaftliche Evidenz.
- Die Möglichkeiten einer wissenschaftlich fundierten Therapie lassen sich nicht mit den Wünschen und Bedürfnissen des Patienten in Einklang bringen.
- Der Patient ist mit der Durchführung einer bestimmten wissenschaftlich fundierten Therapie nicht einverstanden. Er kann sich nicht mit dieser Therapie identifizieren.
- Der Therapeut kann sich, unter Berücksichtigung seiner professionellen Erfahrung, die Durchführung einer speziellen wissenschaftlich fundierten Therapie nicht vorstellen.

Um der beschriebenen Unsicherheit entgegenzuwirken scheint es unausweichlich, die evidenzbasierte Praxis mit ihren drei Komponenten umfassend zu definieren. Nur so kann der Therapeut diesen Szenarien in seinem Therapiealltag begegnen und im Sinne einer evidenzbasierten Praxis handeln.

Tim Borgelt, Logopäde (M.Sc.), schloss im Jahr 2007 erfolgreich seine Ausbildung in Recklinghausen ab. 2011 erwarb er berufsbeleitend den Bachelor of Science im Studiengang angewandte Therapiewissenschaften an der Hochschule Fresenius in Idstein.



Das anschließende Masterstudium der Therapiewissenschaften an derselben Hochschule schloss er 2013 ab. In seiner Masterarbeit befasste sich Tim Borgelt mit der Integration der evidenzbasierten Praxis in den logopädischen Berufsalltag. Aktuell übt der Autor seinen Beruf in einer sprachtherapeutischen Praxis aus.

Die evidenzbasierte Praxis

Die evidenzbasierte Praxis hat sich aus der evidenzbasierten Medizin entwickelt. Sie blickt inzwischen auf eine lange Geschichte zurück, die sich bis auf das 3. Jahrhundert vor Christus nachvollziehen lässt (Claridge & Fabian 2005). Die moderne evidenzbasierte Medizin, wie wir sie heute kennen, wurde im Jahr 1972 durch den britischen Epidemiologen Cochrane geprägt. Er erkannte, dass in jedem Jahr eine Vielzahl an Studien veröffentlicht werden, die eine direkte Relevanz für den medizinischen und therapeutischen Berufsalltag haben, und stellte fest, dass diese nicht an einem zentralen Ort gelagert und Berufspraktikern zeitnah zur Verfügung gestellt werden. Das führte seinem Verständnis nach dazu, dass aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse erst wesentlich verspätet Berücksichtigung in der täglichen Berufspraxis fanden.

Vor diesem Hintergrund forderte Cochrane (1972), Studien in systematischen Reviews (Übersichtsarbeiten) zusammenzufassen und jedem Berufspraktiker in Datenbanken zur Verfügung zu stellen. Obwohl er heute oftmals als Urvater der evidenzbasierten Medizin bezeichnet wird, gibt es von ihm keine offizielle Definition, was unter dem Begriff der evidenzbasierten Medizin konkret zu verstehen ist.

In den 1990er Jahren legte die Forschergruppe um den Mediziner *Sackett* durch zahlreiche Veröffentlichungen wichtige Meilensteine für die Implementierung der evidenzbasierten Medizin. Die von ihm erarbeitete PICO-Strategie (*Sackett* 1999) stellt bis heute ein weit verbreitetes Vorgehen zur Umsetzung einer wissenschaftlichen Literaturrecherche dar, das sich sowohl in der Medizin als auch in den Therapiewissenschaften bewährt und etabliert hat. 1996 stellten *Sackett* und *Rosenberg* die bis heute ausführlichste Definition der evidenzbasierten Praxis vor:

„Die evidenzbasierte Medizin ist der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der Versorgung individueller Patienten (...) durch die Integration individuellen klinischen Expertenwissens mit der bestauffindbaren externen Evidenz aus systematischer Forschung“ (*Sackett & Rosenberg* 1996; zit. n. *Beushausen* 2005, 6)

Neben der Definition von *Sackett* und *Rosenberg* (1996) finden sich in der Literatur zahlreiche andere Definitionen. Dabei fällt auf, dass diese oftmals an dessen Sichtweise angelehnt sind (z.B. *Borgetto & Siegel* 2009). Darüber hinaus gibt es jedoch Erklärungen und Erkenntnisse, die nicht alle Aspekte der evidenzbasierten Praxis berücksichtigen. So wird in *Justice* (2008) eine Definition diskutiert, die die evidenzbasierte Praxis darauf beschränkt, bei der täglichen Arbeit ausschließlich wissenschaftlich fundierte Behandlungsmethoden anzuwenden. Diese Anschauung deutet zwar einen wichtigen Aspekt der evidenzbasierten Praxis an, lässt jedoch die klinische Expertise des Therapeuten und die Wünsche des Patienten unberücksichtigt, was sich in der Praxis als problematisch und wenig zielführend erweisen kann.

Eine weitere limitierte Darstellung stammt von *Rosenberg* und *Donald* (1995). Hier wird der Stellenwert der externen wissenschaftlichen Evidenz und der klinischen Expertise, nicht jedoch der des Patienten genannt. Die Autoren beschreiben die evidenzbasierte Medizin als einen systematischen Ansatz, veröffentlichte Studien für die klinische Entscheidung zu analysieren. Auch diese Sichtweise kann dazu führen, dass das therapeutische Vorgehen den Zielen des Patienten nicht gerecht wird.

Vor diesem Hintergrund scheint es empfehlenswert, die Begriffsbestimmung von *Sackett* et al. (1996) als Arbeitsdefinition zu nutzen und als Grundlage zu verwenden, um die evidenzbasierte Praxis in den logopädischen Berufsalltag zu implementieren.

Die drei Komponenten der evidenzbasierten Praxis nach *Dollaghan* (2007)

*Sackett*s Definition sagt aus, dass sich die evidenzbasierte Praxis aus drei Komponenten zusammensetzt:

- Aus der externen wissenschaftlichen Evidenz aus systematischer Forschung,
- der klinischen Expertise des Therapeuten
- und den Präferenzen des Patienten.

Die US-amerikanische Sprachtherapeutin *Dollaghan* hat diese drei Komponenten im Jahr 2007 in ihren E_3BP -Modell grafisch dargestellt (Abb. 1). Die tiefgestellte Drei sagt aus, dass alle Komponenten gleichberechtigt bei der Umsetzung der evidenzbasierten Praxis zu berücksichtigen sind. Dabei legt sie die Betonung deutlich auf die Gleichberechtigung bei der praktischen Umsetzung. Die einzelnen Komponenten werden nachfolgend dargestellt und deren Gleichberechtigung im Prozess der evidenzbasierten Praxis diskutiert.

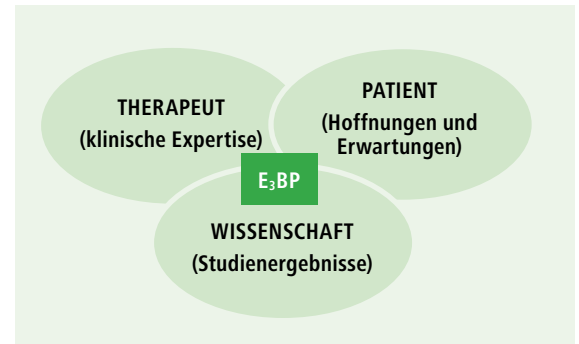
Die externe wissenschaftliche Evidenz

Der Stellenwert der externen wissenschaftlichen Evidenz wird in der Literatur weitestgehend einheitlich formuliert. Externe wissenschaftliche Evidenz geht aus wissenschaftlicher Literatur hervor. Dabei handelt es sich in der Regel um Studien und Fachartikel, die in renommierten Fachzeitschriften veröffentlicht, in Onlinedatenbanken gesammelt und zum Download bereitgestellt werden (*Kuchenbecker* et al. 2000).

Um einen Eindruck von dem aktuellen Stand der Forschung zu gewinnen, entsteht die Notwendigkeit einer wissenschaftlichen Literaturrecherche. Diese folgt einem festgelegten, systematisch strukturierten Ablauf (Abb. 2). Das Anliegen des Therapeuten bildet den Ausgangspunkt einer jeden Recherche. So kann bei der täglichen Therapiearbeit ein Problem auftreten, das es mithilfe einer Literaturrecherche zu lösen gilt. Ebenso kann eine Recherche genutzt werden, um offene Fragen im Therapieprozess zu beantworten oder einen Eindruck zu gewinnen, welche Therapieverfahren als besonders wirkungsvoll und somit als lohnenswert für die praktische Umsetzung gelten.

Die eigentliche wissenschaftliche Literaturrecherche beginnt mit der Formulierung einer Fragestellung, die sich zur Eingabe in eine der zahlreichen Online-Datenbanken eignet (*Schlosser & O'Neil-Pirozzi*). Aus dieser Fragestellung werden in einem weiteren Schritt Stich- und/oder Schlagwörter extrahiert und mithilfe von booleschen Operatoren nach einem bestimmten Schema (z.B. mit der PICO-

■ Abb. 1: Das E_3BP -Modell (*Dollaghan* 2007)



Strategie) in eine Online-Datenbank eingegeben (*Jones & Smyth* 2004). Nach Betätigung des Suchbuttons erscheint eine Liste mit Studien, in denen die eingegebenen Stich- und/oder Schlagwörter integriert sind. Durch Klicken auf den Titel einer der angezeigten Studien erscheint eine kurze Zusammenfassung (Abstract), aus der hervorgeht, was genau in dieser Studie untersucht wurde.

Nun sortiert der Therapeut Studien, die nicht zu seiner Fragestellung passen, anhand der Titel sowie der Abstracts aus und öffnet schließlich die Volltexte der ausgewählten, zur Beantwortung der Fragestellung interessanten Abhandlungen. Mit den Volltexten kann die Aussagekraft der Studie (Evidenz) schließlich mithilfe verschiedener Checklisten (beispielsweise mit der PEDRO-Skala oder dem CONSORT-Statement) beurteilt werden. Abschließend setzt der Therapeut das generierte Wissen aus der Literaturrecherche in die Praxis um und evaluiert schließlich sein Vorgehen.

■ Abb. 2: Schritte einer wissenschaftlichen Literaturrecherche (modifiziert nach *Sackett* 1999)

1. Anliegen des Therapeuten
2. Formulierung einer beantwortbaren Fragestellung, Extrahierung von Stich- und/oder Schlagwörtern
3. Auswahl einer geeigneten Online-Datenbank, Eingabe der Suchbegriffe in das Suchfenster
4. Aussortieren unpassender Studien anhand von Titeln und Abstracts
5. Öffnen der Volltexte der verbliebenen, für die Fragestellung relevanten Studien
6. Begutachtung der Aussagekraft (Evidenz) der gefundenen Studien
7. Integration der Rechercheergebnisse in die therapeutische Praxis
8. Evaluation des therapeutischen Vorgehens

Bei einer solchen systematischen Literaturrecherche hat der Therapeut die Möglichkeit, sich sämtliche Studien anzeigen zu lassen oder durch das Setzen sogenannter Limits gezielt nach besonders aussagekräftigen Studien (wie randomisierte und kontrollierte Studien) oder systematischen Reviews zu suchen. Neben Studien und Übersichtsarbeiten bieten evidenzbasierte Leitlinien, wie sie z.B. von der Arbeitsgesellschaft der Wissenschaftlichen und Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) publiziert werden, einen umfangreichen Überblick über das therapeutische Vorgehen auf der Grundlage aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse.

Detaillierte Anleitungen zur Durchführung einer Literaturrecherche finden sich beispielsweise in Kleibel und Mayer (2011) oder Borgelt et al. (2013).

Die klinische Expertise des Therapeuten

Im Gegensatz zu der externen wissenschaftlichen Evidenz kann die klinische Expertise des Therapeuten als interne Evidenz bezeichnet werden. Jeder Therapeut betritt den Therapieprozess mit differenzierten Erfahrungen und Fähigkeiten (Abb. 3), die sich während seiner Ausbildung, im Laufe seiner Berufsausübung und durch Fort- und Weiterbildungen entwickelt haben (Beushausen & Grötzbach 2011). Sie unterliegen einer hierarchischen Entwicklung (Dreyfus & Dreyfus 1986):

Nach Abschluss der logopädischen Ausbildung bzw. des logopädischen Studiums befindet sich der Therapeut in dem Status eines Anfängers, der sich im Laufe seiner Berufsausübung schrittweise über die Stufe des fortgeschrittenen Anfängers, des kompetenten Therapeuten und des erfahrenen Therapeuten zu einem Experten entwickelt (Brenner 1994, Jacobs 2003). Die Ausprägung der dargestellten Fähigkeiten wird davon beeinflusst, in welcher Entwicklungsphase sich der Therapeut befindet.

Im Prozess der evidenzbasierten Praxis ist es die Aufgabe des Therapeuten, eine Brücke zwischen den Wünschen und Bedürfnissen des Patienten und der externen wissenschaftlichen Evidenz zu schlagen. Hierbei helfen ihm zum einen die aufgeführten Fähigkeiten, zum anderen wirken komplexe Denk- und Entscheidungsprozesse (Clinical Reasoning) bei der Koordination der Komponenten mit (vgl. Beushausen 2009, Klemme & Siegmann 2006, Feiler 2003). Diese Prozesse laufen teilweise bewusst, aber auch unbewusst ab (Jones & Rivett 2006). Das individuelle Wissen des Therapeuten spielt bei dieser Koordination eine entscheidende Rolle. Wie auch die aufgeführten Fähigkeiten unterliegt das Wissen einer fortschreitenden

Entwicklung. Es wird zwischen Fachwissen, handwerklichem Wissen, persönlichem und stillem Wissen unterschieden (Beushausen 2009). Besonders Experten verfügen über ein ausgeprägtes stilles Wissen.

Die Präferenzen des Patienten

Obwohl die Berücksichtigung individueller Patientenpräferenzen augenscheinlich einen sehr hohen Stellenwert bei der Therapieplanung einnimmt, wird sie in der Literatur häufig vergessen oder nicht angemessen reflektiert (Borgetto & Siegel 2009). Insgesamt lässt sich feststellen, dass über die Rolle des Patienten und seiner Präferenzen im Prozess der evidenzbasierten Praxis nur wenig bekannt ist (Rycroft-Malone et al. 2004).

Was Patientenpräferenzen sind, wird in der Literatur unterschiedlich beschrieben. In dem Konzept der E₃BP werden sie als Wünsche und Bedürfnisse des Patienten im Therapieprozess definiert (Dollaghan 2007). Beushausen et al. (2011) ergänzten diese Definition und beschreiben Patientenpräferenzen als Vorstellungen und Erwartungen, mit denen Betroffene (Patienten) eine (logopädische) Therapie beginnen. Mit dieser Ergänzung betonen die Autoren, dass Patientenpräferenzen sich während Therapieprozesses dynamisch verändern können.

In Deutschland werden logopädische Therapien von einem Arzt verordnet. Bevor der Patient den Therapeuten zum ersten Mal trifft, haben bei dem Arzt bereits aufklärende Gespräche, Untersuchungen und ggf. auch schon Behandlungen stattgefunden. Daraufhin wurden Entscheidungen über das weitere Vorgehen getroffen, beispielsweise auch darüber, ob eine logopädische Therapie in Anspruch zu nehmen sei (Borgetto & Siegel 2009).

Vor dem ersten Gespräch mit dem Therapeuten hat der Patient Erwartungen, Wünsche und Bedürfnisse entwickelt, die sich direkt auf den bevorstehenden Therapieprozess beziehen. Bestenfalls hat er eine klare Vorstellung davon, inwieweit ihn sein individuelles Gesundheitsproblem (z.B. seine Artikulations- oder Redeflussstörung) im täglichen Leben belastet und welche Ziele er in der Therapie erreichen möchte. All das gilt es in Gesprächen im Verlauf der Behandlung zu erfragen und zu klären.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) stellt in ihrem biopsychosozialen Modell der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) dar, dass jedes individuelle Gesundheitsproblem im Zusammenhang mit Körperfunktionen und Körperstrukturen steht und sich auf

■ Abb. 3: Fähigkeiten des professionellen Therapeuten im Überblick (Beushausen 2009)

Fähigkeit	Beschreibung
Interpersonelle Fähigkeiten	Interpersonelle Fähigkeiten sind für die Beziehung zwischen dem Therapeuten und dem Patienten entscheidend. Individuelle Charaktereigenschaften und die innere Grundhaltung des Therapeuten prägen diese Fähigkeiten. Zu ihnen gehören unter anderem Techniken der Gesprächsführung, Einfühlungsvermögen, Durchsetzungsfähigkeit und Flexibilität.
Professionelle Fähigkeiten	Hier werden sämtliche Fähigkeiten zusammengefasst, die die Professionalität eines Therapeuten kennzeichnen. Die innere Grundhaltung, die Berücksichtigung von Diagnostik-, Therapie- und Dokumentationsstandards, Studien und Leitlinien sowie die konsequente Weiterentwicklung des therapeutischen Fachwissens durch Fort- und Weiterbildungen sind kennzeichnend für die professionellen Fähigkeiten des Therapeuten.
Problemlösende Fähigkeiten	Im Prozess der evidenzbasierten Praxis geht es unter anderem darum, Probleme zu lösen und therapeutische Fragestellungen zu beantworten. Sämtliche Strategien und Fähigkeiten, die zur Beantwortung dieser Fragen und zur Lösung von Schwierigkeiten beitragen, werden unter den problemlösenden Fähigkeiten zusammengefasst. Hierzu gehört ein gutes Zeitmanagement, Entscheidungsvermögen und die Berücksichtigung ethischer Grundprinzipien während des Therapieprozesses.
Technische Fähigkeiten	Umfassen sämtliche Fähigkeiten die zur direkten Umsetzung einer evidenzbasierten Behandlung notwendig sind. Hierzu gehört beispielsweise das Wissen, wie bestimmte Diagnostikverfahren und Therapiemethoden praktisch angewendet werden oder wie die Prinzipien der ICF in die Behandlung zu integrieren sind.
Integration von Wissen	Integration von Wissen meint die konsequente Verknüpfung von Theorie und Praxis, um eine Behandlung auf hohem fachlichem Niveau garantieren zu können.

die Partizipation und die Aktivität einer Person auswirken kann (Abb. 4). Kontextfaktoren, die sich in Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren einteilen lassen, können das Gesundheitsproblem positiv und negativ beeinflussen (DIMDI 2005, Grötzbach & Iven 2009). Die individuellen Patientenpräferenzen werden davon beeinflusst, inwieweit das Gesundheitsproblem auf die einzelnen Komponenten des Modells wirkt.

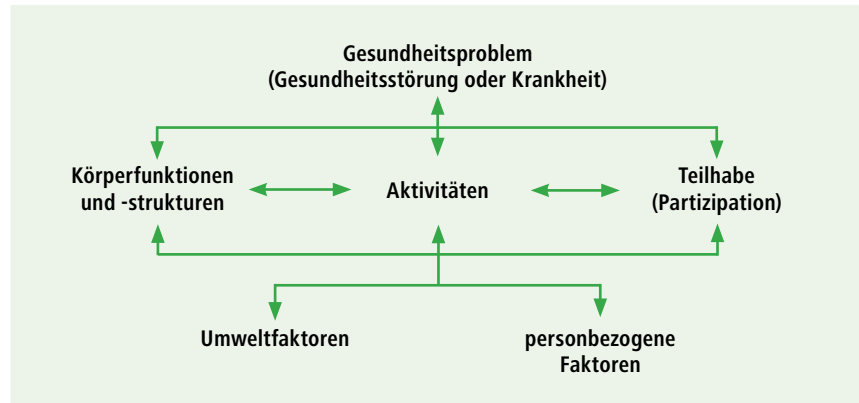
Grötzbach (2012) betont den Stellenwert der Narration in der Therapie, wenn es darum geht, die Wünsche, Erwartungen und Ziele zu erfragen. Narration kann, bezogen auf den therapeutischen Kontext, mit Patientenerzählung übersetzt werden. Zwar sind Patientenerzählungen oft ungeordnet und teils sogar chaotisch, sie beinhalten jedoch Ziele, Erwartungen und Wünsche an die Behandlung. Sie können durch ausgewählte offene Fragen des Therapeuten unterstützt und strukturiert werden (ebd.).

Um eine alltagsorientierte Therapie im Sinne der ICF anbieten zu können, ist die Patientenerzählung unerlässlich; denn daran wird deutlich, welche Einschränkungen im biopsychosozialen Modell den Patienten am meisten belasten und deshalb in der Therapie einen hohen Stellenwert bekommen müssen. Die Narration ist die Grundlage für eine partizipative Zielvereinbarung (Beushausen & Grötzbach 2011).

Jedem Patienten bleibt es während der Therapie überlassen, sich eigenständig mit dem aktuellen Stand der Forschung vertraut zu machen. Diese Möglichkeit bieten evidenzbasierte Patienteninformationen, die den aktuellen Stand der Forschung in einer für Laien transparenten Sprache darstellen. Der Patient bekommt einen Überblick über medizinische und therapeutische Verfahren, die für sein individuelles Gesundheitsproblem infrage kommen. Evidenzbasierte Patienteninformationen beeinflussen die Wünsche, Bedürfnisse und Ziele des Patienten bezüglich seiner medizinischen und/oder therapeutischen Behandlung (Mühlhauser & Steckelberg 2009).

Im Internet stehen für unterschiedliche Krankheiten und Störungsbilder evidenzbasierte Patienteninformationen zum Download bereit. Inwieweit diese genutzt werden, hat mit der Persönlichkeit des Patienten zu tun. Unabhängig davon, ob sich der Patient selbst erkundigt, ist es die Aufgabe des Therapeuten, ihn über die tatsächliche Evidenz einer Behandlung aufzuklären (Sänger et al. 2000).

■ **Abb. 4: Das biopsychosoziale Modell der WHO (DIMDI 2005)**



Die Gewichtung der EBP-Komponenten

Dollaghan (2007) betont, dass die drei beschriebenen Komponenten als gleichberechtigt in der evidenzbasierten Praxis zu betrachten sind. Beim Lesen der Literatur drängt sich jedoch der Eindruck auf, dass diese sehr wohl einer Gewichtung unterliegen. Diese wird in aktuellen Darstellungen der evidenzbasierten Praxis oftmals vernachlässigt, was zu einer Verunsicherung führt, wenn eine der eingangs dargestellten Szenarien im Berufsalltag auftritt. Im Folgenden soll die Gewichtung der Komponenten verdeutlicht werden. Dabei wird aufgezeigt, wie auf die beschriebenen Situationen im Sinne einer evidenzbasierten Praxis reagiert werden kann:

In dem Prozess der evidenzbasierten Praxis spielt der Therapeut eine übergeordnete Rolle. Er zeichnet sich durch komplexe Fähigkeiten aus, mit denen er Vorgänge koordiniert, strukturiert und steuert. Er vermittelt zwischen der externen Evidenz, den Wünschen und Bedürfnissen des Patienten und lässt seine eigene interne Evidenz in Form von Fach- und Erfahrungswissen, das auch wissenschaftlich fundierte Elemente enthalten kann, einfließen.

Bezüglich der Gewichtung sowohl der externen wissenschaftlichen Evidenz als auch der Wünsche, Bedürfnisse und Ziele des Patienten kann gesagt werden, dass die Patientenpräferenzen entscheidend für den Therapieerfolg sind und in jedem Fall höher als die externe Evidenz anzusiedeln sind. Optimalerweise stimmen die Wünsche und Bedürfnisse des Patienten mit den Möglichkeiten der externen Evidenz überein. Allerdings verliert diese ihre Wirkung, wenn sie nicht mit den Wünschen und Bedürfnissen des Patienten in Einklang zu bringen ist und der Patient auch durch eine gezielte Beratung nicht von den Vorteilen einer wissenschaftlich fundierten Therapie zu überzeugen ist (Beushausen & Grötzbach

2011). Es liegt an dem Therapeuten, dies individuell zu erkennen und zu beurteilen.

Zu vielen logopädischen Fragestellungen liegen bislang keine externen Evidenzen vor. Durch diese Tatsache klinkt sich die externe wissenschaftliche Evidenz jedoch nicht aus dem Prozess der evidenzbasierten Praxis aus. Im Idealfall weiß der Therapeut um diese Lücke und gewichtet demnach seine klinische Expertise stärker. Vielleicht hat er in einer früheren Situation ein ähnliches Problem gelöst oder hat eine Therapie, die bislang nicht in einer größeren Studie evaluiert wurde, selbstständig in einem Prätest-Posttest-Design überprüft und weiß so, dass es sinnvoll sein kann, diese Behandlung erneut anzuwenden. Auch in diesem Fall kann von einem empirisch begründeten Vorgehen, im Sinne der evidenzbasierten Praxis gesprochen werden.

Die Aufgabe des Therapeuten ist weiterhin, herauszufinden, ob die Wünsche und Bedürfnisse des Patienten oder die externe Evidenz stärker zu werten sind oder die Gewichtung optimalerweise in beiden Fällen die Gleiche ist. Um von einer evidenzbasierten Praxis sprechen zu dürfen, ist es ausschlaggebend, dass die drei Komponenten in den Therapieprozess eingebettet sind. Welchen Stellenwert diese schließlich bekommen, ist von dem Therapeuten von Fall zu Fall neu zu entscheiden. So kann es passieren, dass auf die Berücksichtigung der externen Evidenz zugunsten der Patientenpräferenzen komplett verzichtet werden muss. Auch in diesem Fall findet die Therapie, sofern sich der Therapeut über die Studienlage informiert hat und den Patienten umfassend über fundierte Therapiemöglichkeiten aufgeklärt hat, im Sinne einer evidenzbasierten Praxis statt.

Jeder Therapeut sollte stets darauf bedacht sein, Studien zu lesen, um sich so über den aktuellen Stand der Forschung zu informieren. Weisen Studien darauf hin, dass eine bestimmte Therapie nicht wirksam ist, soll-

te diese von dem Therapeuten folglich nicht mehr angewendet werden, auch wenn die entsprechende Methode bis dato einen großen Stellenwert in der täglichen Praxis eingenommen hat (Lauer 2014).

Therapieverfahren, deren Effektivität und Effizienz in einer umfangreichen Studie eindeutig belegt wurden, sind, unter Berücksichtigung der anderen Komponenten der evidenzbasierten Praxis, grundsätzlich zu bevorzugen. Fachbücher, ein konsequenter Austausch mit anderen Therapeuten sowie Fort- und Weiterbildungen können bei der Umsetzung aktueller Ansätze helfen. Alte Gewohnheiten loszulassen, wird von Berufspraktikern der Logopädie oftmals als schwierig, aber in jedem Fall als lohnenswert beschrieben (Borgelt 2013).

Der Patient hat jederzeit die Gelegenheit, sich über die externe Evidenz zu informieren. Diese Möglichkeit bieten evidenzbasierte Patienteninformationen. Inwieweit diese in Anspruch genommen werden, hängt von der individuellen Persönlichkeit des Patienten ab (Sänger et al. 2000).

Das Gewichtungsmodell der evidenzbasierten Praxis

Abbildung 5 ist ein Versuch, die beschriebene Gewichtung grafisch darzustellen und Verbindungen zwischen den Komponenten der evidenzbasierten Praxis aufzuzeigen. Die gestrichelten Kreise um den Therapeuten, den Patienten und die Wissenschaft sollen ausdrücken, dass die Gewichtung mehr oder weniger variabel ist. Der Therapeut handelt ständig koordinierend zwischen der Wissenschaft, seiner internen Evidenz und dem Patienten und gewichtet individuell. Diese Vernetzung ist im Prozess der evidenzbasierten Praxis obligatorisch. Fakultativ kann sich der

Patient durch evidenzbasierte Patienteninformationen über die externe Evidenz kundig machen. Dieser fakultative Zusammenhang zwischen dem Patienten und der Wissenschaft wird durch die gestrichelte Linie dargestellt.

Diskussion

Der Begriff der evidenzbasierten Praxis wird zurzeit in den Gesundheitsfachberufen vielschichtig diskutiert. Bei dem Versuch der praktischen Umsetzung stellen sich Berufspraktiker immer wieder die Frage, ob aktuelle Therapien evidenzbasiert umgesetzt werden. Die eingangs beschriebenen Szenarien verhindern oftmals eine klare Beantwortung dieser Frage. Mit dem Gewichtungsmodell der evidenzbasierten Praxis liegt erstmals eine literaturbasierte Hilfestellung vor, um zu beurteilen, ob die evidenzbasierte Praxis adäquat umgesetzt wird. Anhand des Modells kann der Berufspraktiker Unsicherheiten und unterschiedlichen Szenarien selbstbewusst begegnen.

Das Modell wurde hauptsächlich von der Philosophie *Dollaghans* (2007) abgeleitet. Ein deutlicher Kritikpunkt an deren Modell war die dargestellte Gleichberechtigung der einzelnen Komponenten, die sich sowohl in der Praxis als auch in der Literatur als schwierig herausstellt. Durch das vorgestellte Gewichtungsmodell erhält der Berufspraktiker ein hohes Maß an Flexibilität und Sicherheit im Therapieprozess. Das darf jedoch nicht bedeuten, dass einzelne Komponenten bei der Therapieplanung bewusst ihre Bedeutung verlieren. Der Therapeut sollte stets darauf bedacht sein, alle Komponenten miteinander zu verknüpfen, um so die vereinbarten Patientenziele zu erreichen. Verfolgt der Therapeut diese Grundidee, handelt er stets im Sinne der evidenzbasierten Praxis.

Schwierig bleiben weiterhin die unterschiedlichen internationalen Darstellungen der evidenzbasierten Praxis. Die Tatsache, dass der Begriff der evidenzbasierten Praxis verschiedentlich mit dem Vorhandensein quantitativer Studien gleichgesetzt wird, fördert die Verunsicherung von Berufspraktikern. Hier wird deutlich, dass noch viel Aufklärungsarbeit zu leisten ist, bis die evidenzbasierte Praxis in der Logopädie zu einem selbstverständlichen Arbeitsinstrument wird.

Die dargestellten Szenarien stellen Beispiele für die Anwendung des Gewichtungsmodells dar, wie sie oftmals von Berufspraktikern beschrieben werden. Inwieweit das Modell auf weitere individuelle Gegebenheiten anwendbar ist, gilt es in der Berufspraxis zu reflektieren und auszuwerten.

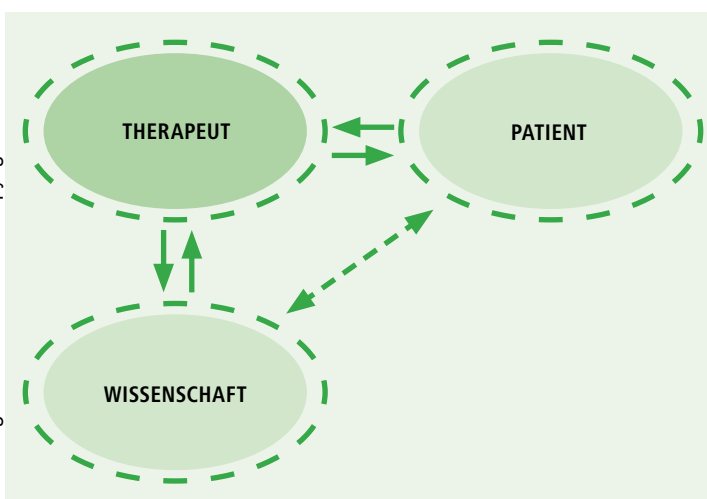
Ausblick

Abschließend stellt sich die Frage, wie sich die evidenzbasierte Praxis in den nächsten Jahren entwickeln und welchen Stellenwert sie künftig in der Logopädie einnehmen wird. *Beushausen* (2013) hat in ihrer Zukunftsvision der Logopädie im Jahr 2020 verdeutlicht, dass die evidenzbasierten Praxis weiterhin an Bedeutung gewinnen wird: Es ist damit zu rechnen, dass es in Zukunft zu allen logopädischen Störungsbildern interdisziplinäre Leitlinien geben wird. Weiter geht sie davon aus, dass die Evaluation logopädischer Leistungen in externe Diagnostikzentren ausgelagert wird, in denen ihre Wirksamkeit durch Masterabsolventen begutachtet wird.

Die Zahl an Forschungsergebnissen, die eine direkte Relevanz für die logopädische Arbeit haben, wird weiter zunehmen. Mittelfristig wird es für nahezu alle Therapiemethoden Studien geben, aus denen die Effektivität und Effizienz hervorgehen. Das werden sich die Krankenkassen zunutze machen, schwarze Listen mit Therapieverfahren zu erstellen, deren Wirksamkeit nicht bestätigt werden konnte oder die als wenig effizient gelten. Die Anwendung solcher Behandlungsmethoden wird folglich nicht mehr vergütet.

Durch *Beushausens* Vision wird deutlich, dass sich die evidenzbasierte Praxis langsam zu einem festen Bestandteil der Logopädie entwickeln und der Druck, diese in die tägliche Arbeit zu implementieren, enorm steigen wird. Aus diesem Grund ist es notwendig, Hilfestellungen zu erarbeiten, die evidenzbasierte Praxis möglichst barrierefrei in den logopädischen Berufsalltag zu integrieren. Das beschriebene Gewichtungsmodell bietet eine erste Hilfestellung, unterschiedlichen Fragestellungen und Schwierigkeiten adäquat im Sinne einer evidenzbasierten Praxis zu begegnen. Inwieweit das Modell tatsächlich zu einer vereinfachten Implementierung führt, ist in Forschungsprojekten qualitativer und quantitativer Art zu prüfen.

■ Abb. 5: Das Gewichtungsmodell der evidenzbasierten Praxis



LITERATUR

- Beushausen, U. (2005). Evidenz-basierte Praxis in der Logopädie – Mythos oder Realität. *Forum Logopädie* 19 (2), 6-11
- Beushausen, U. (2009). *Therapeutische Entscheidungsfindung in der Sprachtherapie*. München: Urban & Fischer
- Beushausen, U. (2013). Ein Blick in das Jahr 2020. Prognosen und Visionen von einer akademisierten Logopädie. *Forum Logopädie* 27 (1), 29
- Beushausen, U. & Grötzbach, H. (2011). *Evidenzbasierte Sprachtherapie. Grundlagen und Praxis*. München: Urban & Fischer
- Borgelt, T. (2013). *Die Implementierung der evidenzbasierten Praxis aus der subjektiven Perspektive akademischer Sprachtherapeuten und akademisierter Logopäden – Eine qualitative Studie*. Unveröffentlichte Masterarbeit. Idstein: Hochschule Fresenius
- Borgelt, T. & Kronenberger, I. (2013). Literaturrecherche – Nein Danke? Eine Anleitung zur effektiven und effizienten Literaturrecherche im sprachtherapeutischen Berufsalltag. *Forum Logopädie* 27 (3), 26-31
- Borgetto, B. & Siegel, A. (2009). *Gesellschaftliche Rahmenbedingungen der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie*. Bern: Huber
- Brenner, P. (1994). *Stufen der Pflegekompetenz. From Novice to Expert*. Bern: Huber
- Claridge, J. & Fabian, T. (2005). History and development of evidence-based medicine. *World Journal of Surgery* 29, 547-553
- Cochrane, A. (1972). *Effectiveness and efficiency. Random reflections on health services*. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust
- DIMDI (2005). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. www.dimdi.de/static/de/klassif/ictf/index.htm (08.03.2013)
- Dollaghan, C. (2007). *The handbook for evidence-based practice in communication disorders*. London: Brookes
- Dreyfus, H. & Dreyfus, S. (1986). *Mind over machine. The power of human intuition. An expertise in the era of the computer*. Oxford: Wiley-Blackwell
- Feiler, M. (2003). *Klinisches Reasoning in der Ergotherapie*. Heidelberg: Springer
- Grötzbach, H. (2012). Wiederherstellung der Gesundheit oder Teilhabe? *Forum Logopädie* 26 (5), 18-23
- Grötzbach, H. & Iven, C. (2009). *ICF in der Sprachtherapie. Umsetzung und Anwendung in der logopädischen Praxis*. Idstein: Schulz-Kirchner
- Hart, D. (2000). Evidenzbasierte Medizin und Recht: Haftungsrecht. In: Kunz, R., Ollenschläger, G., Raspe, H., Jonitz, G. & Donner-Banzhoff (Hrsg.), *Lehrbuch Evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis* (393-400). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag
- Jacobs, R. (2003). *Structured on-the-job-training: unleashing employee expertise in the workplace*. San Francisco: Berrett-Koehler
- Jones, L. & Smyth, R. (2004). How to perform a literature search. *Current Paediatrics* 14, 482-488
- Jones, M. & Rivett, D. (2006). *Clinical Reasoning in der manuellen Therapie*. München: Urban & Fischer
- Justice, L. (2008). Evidence-based terminology. *American Journal of Speech-Language Pathology* 17, 324
- Kleibel, V. & Mayer, H. (2011). *Literaturrecherche für Gesundheitsberufe*. Wien: Facultas
- Klemme, B. & Siegmann, G. (2006). *Clinical Reasoning. Therapeutische Denkprozesse lernen*. Stuttgart: Thieme
- Kuchenbecker, J., Schmitz, K. & Dick, H. (2000). Literaturrecherche Online. *Der Ophthalmologe* 12 (97), 885-892
- Lauer, N. (2014). Evidenzbasierte Betrachtung auditiver Verarbeitungsstörungen. Ein Überblick über AVS und die aktuelle Evidenzlage. *Forum Logopädie* 28 (1), 6-12
- Mühlhauser, I. & Steckelberg, A. (2009). Wünsche der Betroffenen. *Deutsches Ärzteblatt* 106, 51-52
- Rosenberg, W. & Donald, A. (1995). Evidence based medicine: an approach to clinical problem-solving. *BMJ* 310, 1122-1126
- Rycroft-Malone, J., Seers, K., Titchen, A., Harvey, G., Kitson, A. & McCormack, B. (2004). What counts as evidence in evidence-based practice? *Nursing and Health Care Management and Policy* 47 (1), 81-90
- Sackett, D. (1999). Was ist Evidenzbasierte Medizin? In Perleth, M. & Antes, G. (Hrsg.), *Evidenz-basierte Medizin* (9-12). München: Medien & Medizin
- Sackett, D. & Rosenberg, W. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 312, 2-71
- Sänger, A., Quadder, B. & Brunsmann, F. (2000). Welche Evidenz will der Patient? In: Kunz, R., Ollenschläger, G., Raspe, H., Jonitz, G. & Donner-Banzhoff (Hrsg.), *Lehrbuch Evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis* (15-29). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag
- Schlösser, R. & O'Neil-Pirozzi, T. (2006). Problem formulation in evidence-based practice and systematic reviews. *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders* 33, 5-10
- Springer, L. & Zückner, H. (2006). *Empfehlende Ausbildungsrichtlinie für die staatlich anerkannten Logopädieschulen in NRW. Im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein Westfalens*. www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/pflege/pflege_und_gesundheitsgesund/ausbildungsrichtliausb/ausbildungsrichtlinien-logopaedie-nrw.pdf (22.10.2014)
- Supp, G. (2007). Jeder kann's! Wissenschaft im therapeutischen Alltag – Evidence Based Practice. *Zeitschrift für Physiotherapeuten* 8 (59), 805-807
- SVR (2007). *Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung*. www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2007/Kurzfassung_2002.pdf (24.03.2013)
- Welte, F. (2000). Evidenzbasierte Medizin und Recht: Sozialrecht. In: Kunz, R., Ollenschläger, G., Raspe, H., Jonitz, G. & Donner-Banzhoff (Hrsg.), *Lehrbuch Evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis* (401-409). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag

SUMMARY. When there is no evidence available ... Evidence-based practice scenarios in day-to-day speech therapy care

The integration of evidence-based practice (EBP) into day-to-day speech therapy care has continued to gain in importance over the last years. In the international literature, different views of EBP have evolved with time. The most comprehensive perspective was presented by Dollaghan (2007), assigning equal importance to the therapist's clinical expertise, patient preferences and external scientific evidence as elements of EBP. When it is attempted to introduce EBP into clinical practice, scenarios can sometimes occur where the limitations of this view become apparent. Here a model is presented which allows to assign different weights to the various elements of EBP, helping to enable a flexible EBP-based response to various scenarios when providing day-to-day care. This model is described, reflected upon and discussed.

KEY WORDS: Evidence-based practice – clinical expertise – scientific evidence – patient preferences – weighting model – implementation – scenarios

DOI dieses Beitrags (www.doi.org)

10.2443/skv-s-2015-53020150104

Autor

Tim Borgelt
Nikolaus-Kopernikus-Weg 32b
45701 Herten
borgelt.tim@stud.hs-fresenius.de