

Der Artikel definiert die Begriffe evidenz-basierte Praxis (EbP), evidenz-basierte Medizin (EbM) und evidenz-basierte Logopädie/Sprachtherapie und stellt ihre historische Entwicklung dar. Die Suche nach validen Forschungsergebnissen (externe Evidenz) wird in einem fünfschrittigen Vorgehen erläutert, sowie die Begriffe Leitlinien, Randomisierte kontrollierte Studien (RCT´S) und systematische Reviews eingeführt. Schliesslich wird der Nutzen eines evidenz-basierten Vorgehens in der Logopädie/Sprachtherapie umrissen und auf den Entwicklungsbedarf in der Erfassung der internen und sozialen Evidenz sowie deren Gewichtung im individuellen Fall verwiesen.

Prof. Dr. Ulla
Beushausen

HAWK Hochschule
Hildesheim/Holz-
minden/Göttingen.

Referat gehalten
an der SAL-Tagung
vom 30.11.2012

Schlüsselwörter:

Logopädie, Sprachtherapie, evidenz-basierte Praxis/Medizin, Forschung, externe Evidenz, Leitlinien, RCT, systematische Reviews

Was bedeutet evidenz-basierte Praxis (EbP)?

Der Begriff der evidenz-basierten Praxis (EbP) wurde aus der evidenz-basierten Medizin (EbM) abgeleitet. In den 1990er Jahren entwickelte sich die EbM als Methode der Praktiker zur Nutzbarmachung der Ergebnisse klinischer Forschung für eine bessere Versorgung der Patienten. «EbM zu praktizieren bedeutet, die individuelle klinische Erfahrung mit den besten externen Nachweisen aus der systematischen Forschung zu integrieren», stellte Sackett (1999: 2) fest. Der Begriff der evidenz-basierten Praxis (EbP) steht zum Einen für den Prozess der praktischen Umsetzung von EbM, zum Anderen etablierte sich der Begriff als Äquivalent zur EbM im Kontext der therapeutischen Gesundheitsberufe, wie der Logopädie/Sprachtherapie, aber auch der Psychologie und angrenzenden Bereichen.

In der Weiterentwicklung von EbM und EbP in den letzten Jahren wurden die **interne Evidenz (Expertise)** und die **externe Evidenz (Forschungsergebnisse)** als Grundlage therapeutischer Entscheidungen um die Dimension der **sozialen Evidenz**, also der Präferenzen des Patienten, ergänzt (siehe Abbildung 1), denn Erfahrungen, Bedürfnisse und Wünsche der Betroffenen, ihre Motivation und ihr aktiver Einbezug in die Therapie wurden zunehmend als bedeutsam für den Therapieerfolg eingeschätzt (Centre Of Evidenced-Based Medicine 2012).

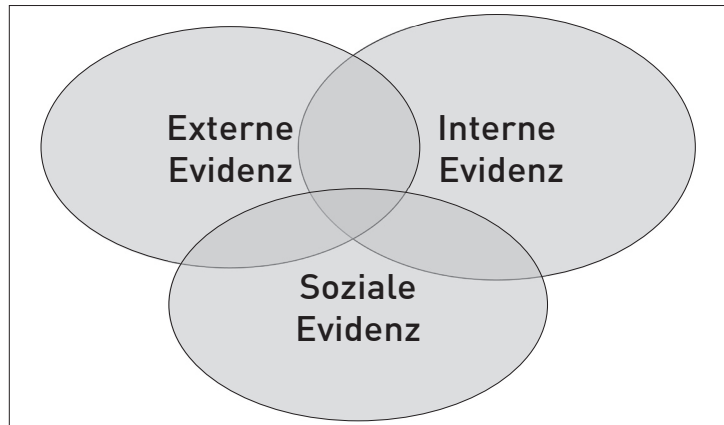


Abbildung 1 EbP in drei Bereichen

Der Begriff evidenz-basierte Logopädie/Sprachtherapie meint nun, dass eine Entscheidung über Diagnose oder Therapie im sprachtherapeutischen Kontext auf der besten vorhandenen externen Evidenz und auf der individuellen Expertise der TherapeutIn - jeweils abgestimmt auf die individuellen Bedürfnisse des sprachbeeinträchtigten Menschen - beruhen sollte (Abb. 2; vgl. auch Beushausen, 2012).

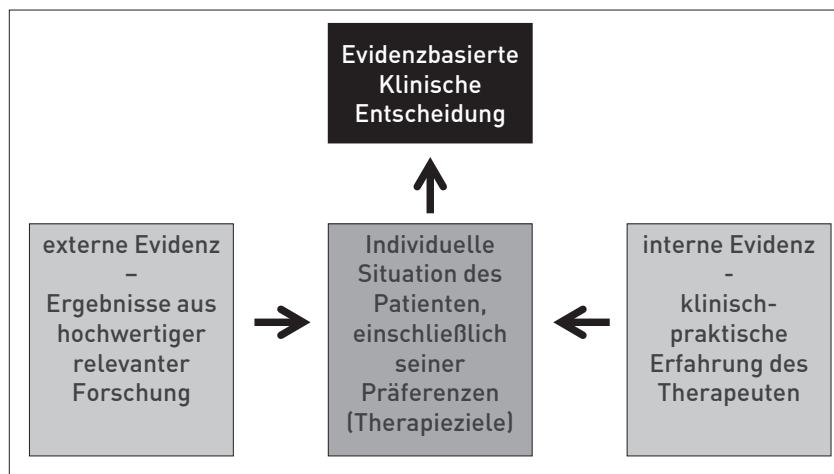


Abbildung 2 Evidenz-basierte Logopädie/Sprachtherapie

Geschichte der EbM/EbP

Was ist jedoch an dem Gedanken neu, die Wirksamkeit therapeutischen Vorgehens auf der Grundlage von Studien zu beurteilen? Erste Hinweise auf ein evidenz-basiertes Vorgehen finden sich bereits im 3. Jahrhundert vor Christus, z.B. bei Buddha, der medizinischen Praktikern ans Herz legte, nichts nur deshalb zu glauben, nur weil es so überliefert, Tradition oder schlicht wünschenswert wäre, und der in seinen Schriften Mediziner dazu ermunterte, sich von ihrer eigenen Pra-

xiserfahrung leiten zu lassen und nur solche Interventionen auszuwählen, die sie in ihrer therapeutischen Praxis als wirksam erfahren haben (zit. nach Dood, 2007). Ein frühes, ethisch sicher angreifbares Experiment führte Frederick II (1194-1250) zur Erforschung von Verdauungsprozessen durch, indem er zwei Ritter mit identischen Speisen versorgte, den einen darauf zur Jagd, den anderen aber zur Nachtruhe schickte. Am nächsten Tag untersuchte er den Mageninhalt der vorher getöteten Ritter, um festzustellen, dass Schlaf eine verdauungsförderndere Bedingung darstellt als körperliche Aktivität. Und Johan van Helmont (1580-1644), ein flämischer Naturforscher und Alchimist, soll nach Doll (1998: 1218) zu den Medizinern seiner Zeit gesagt haben «...Lasst uns 200 oder 500 arme Menschen mit Fieber und anderen Krankheiten in zwei Gruppen aufteilen, und dann per Los mir oder Euch zuteilen. Die eine Hälfte behandelt Ihr, die andere ich. Lasst uns sehen, wie viele Beerdigungen Ihr haben werdet und wie viele ich haben werde. Der Preis des Wettbewerbs aber sei 300 Florint, von beiden Seiten vorher zu hinterlegen.¹» Die Ergebnisse solcher frühen Experimente im Kontrollgruppendesign wurden jedoch nur zögerlich in die Praxis umgesetzt. So fand zwar der Schiffsarzt James Lind 1747 in einem Experiment zur Behandlung des Skorbut an Bord der HMS Salisbury mit 12 Matrosen als Studienteilnehmern – sechs davon erhielten eine Behandlung in Form von mehrmaligem Genuss von Zitrusfrüchten, sechs erhielten keine Früchte – dass Südfrüchte die Inzidenzrate von Skorbut zu reduzieren vermochten – denn die sechs behandelten Matrosen genasen – aber es dauerte noch weitere 50 Jahre, bis die Mitnahme von Zitrusfrüchten Standard bei der Britischen Marine wurde (vgl. Dood, 2007).

1972 veröffentlichte der Epidemiologe Sir Archibald Leman Cochrane (1908-1988) einen kritischen Bericht zum Stand der Medizin mit dem Titel «Effectiveness & Efficiency», der nach wie vor aktuell in Medizin und anderen Gesundheitsberufen ist. Dieser Bericht gilt häufig als Geburtsstunde der EbM. Zwar handelt es sich dabei nicht um den frühesten Beleg, aber sicher um die bis dato umfangreichste Analyse. Cochrane konstatierte darin, dass wissenschaftliche Erkenntnisse über die Wirksamkeit von Therapien aus klinischer Forschung zu langsam in die Praxis gelangten, es zu wenig valide Forschungsergebnisse gäbe und in der Medizin veraltete, überholte Therapien zum Einsatz kämen, während nachweislich wirksame Therapien zu wenig angewendet würden. Dies kostete Geld, Gesundheit und Leben, resümierte Cochrane damals. Er forderte deshalb systematische, regelmässig aktualisierte Übersichtsarbeiten (sogenannte «systematische reviews») von randomisierten kontrollierten Studien (RCT's²) anzufertigen. RCT's gelten in der klinischen

1 Übersetzung durch die Autorin

2 RCT (Randomized Controlled Trial): Studie, in der es eine (zumeist unbehandelte) Kontrollgruppe und eine Interventionsgruppe gibt. Die Studienteilnehmer werden den beiden Bedingungen nach dem Zufallsprinzip (also randomisiert) zugeteilt. Die Ergebnisse der Patientengruppe mit Therapie können nun den Ergebnissen der nicht behandelten Probanden statistisch gegenübergestellt werden.

Forschung als «Goldstandard», also die Stufe der höchsten erreichbaren Evidenz - des Beweises der Wirksamkeit - z.B. einer Therapiemethode (ebda, 1972). Solche Reviews sollten Forschungsergebnisse zusammenführen, um sie den Praktikern zum Wohle der Patienten im Überblick verfügbar zu machen. Diese Methodik des Zusammenführens und Hinterfragens von Ergebnissen verschiedener Studien zu bestimmten Forschungsfragen hat sich in der **Cochrane-Collaboration** manifestiert, die als weltweit arbeitender Kooperationsverbund systematisch Reviews vorbereitet, aktualisiert und deren Ergebnisse in einer Datenbank verbreitet (Beushausen & Grötzbach, 2011).

Der Gedanke zur EbM war damals revolutionär in der traditionellen Medizin, denn Interventionen basierten bis dato – so die Sicht der EbP/EbM-Vertreter - lediglich auf subjektiven Erfahrungen, Traditionen einzelner medizinischer Schulen und Autoritätenglauben und nicht auf dem Ergebnis valider Forschung.

Tabelle 1 zeigt Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen der Traditionellen Medizin und EbM/EbP. Die Gruppe um Chochrane waren Querdenker und ihr Ansatz zur evidenzbasierten Medizin/Praxis war auch deshalb richtungsweisend, weil die Suche nach Evidenz nicht mehr länger nur Medizinern vorbehalten blieb: EbN/EbP richtet sich sowohl an Patienten als auch an Therapeuten.

Tabelle 1 EbM/EbP und traditionelle Medizin im Vergleich (Scherfer, 2006)

Basis und Begründungen von Interventionen	
EbM/EbP	«traditionelle Medizin»
Erfahrung	Erfahrung
Situation und Präferenzen des Patienten (bio-psycho-sozialer Ansatz/ z.B. in der International Classification of Functioning (ICF, DIMDI, 2005)	Traditionen und Schulen
Ergebnisse klinischer Forschung	Autoritäten
	Übertragung von Ergebnissen aus nicht-klinischer Forschung
	Theorien
	Konsens unter «Experten»
	Plausibilitätsannahmen und Modelle

Was bedeutet «Evidenz»?

Das englische Wort Evidence (engl.) bedeutet Beweis, Beleg, Beweisstück, Beweismaterial, Beleg, Indiz, Zeugnis, Ergebnis der Beweisaufnahme. Während

im Deutschen etwas evident ist, das augenscheinlich und unmittelbar als richtig einleuchtet - auch ohne wissenschaftlicher Beweis - wurde mit dem Konzept der evidenzbasierten Praxis auch die englische Bedeutung des Wortes im Sinne von «(wissenschaftlicher) Beleg» importiert.

Die Suche nach Evidenz kann sich in der Logopädie/Sprachtherapie auf die Wirksamkeit logopädischer Interventionen, auf die Gültigkeit und Verlässlichkeit diagnostischer Tests, auf Prognosen, auf Erfahrungen von Patienten, auf Kosten-Effizienz-Betrachtungen von Therapien beziehen.

Wie entsteht «Evidenz»?

Evidenz entsteht durch klinische Forschung an Patientengruppen mit Kontrollen hinsichtlich klinischer und für den Patienten relevanter Outcomes (Parameter). Evidenz entsteht **nicht** (oder nur in sehr geringem Masse) durch reine «Labor»-forschung, durch neurophysiologische oder biomechanische Modelle, durch blosse Theorien, durch Konsens von Experten und durch Tradierung von Autoritäten (Sackett et al, 1999, Scherfer, 2006).

Wie «geht» evidenz-basierte Sprachtherapie?

1. Die Suche nach externer Evidenz

EbP ist ein methodisches Vorgehen in fünf Schritten (vgl. Abb. 3). Voraussetzung ist die Existenz eines **klinischen Problems**, aus dem sich eine relevante Fragestellung ableiten lässt. Eine relevante Frage soll zum einen das Patientenproblem widerspiegeln, zum anderen sollen sich daraus klare Suchstrategien ergeben, die zu entsprechend präzisen Antworten führen. Die eigentliche Frage sollte möglichst genau formuliert sein.

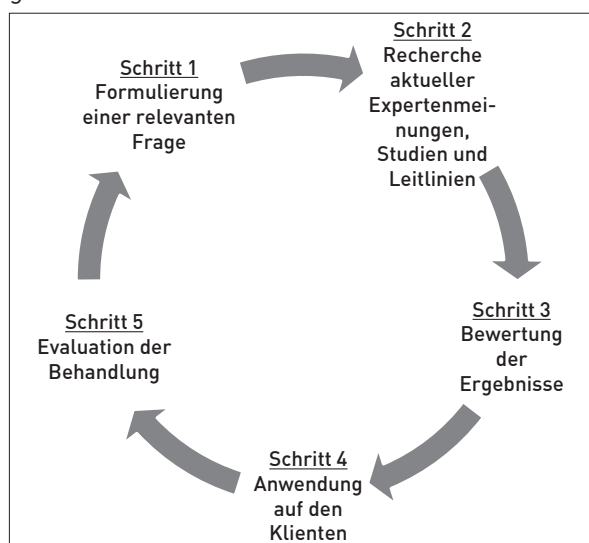


Abbildung 3 In fünf Schritten zur externen Evidenz

Abbildung 3 zeigt fünf Schritte der Suche nach Evidenz. Eine relevante Frage sollte folgende vier Elemente enthalten:

Angaben zur (1) Patientengruppe/zur gesundheitlichen Störung, (2) zur fraglichen Behandlung, (3) zur Vergleichsbehandlung und (4) zum angestrebten Therapieergebnis (vgl. Beushausen 2009a, 2005).

Anschliessend wird in geeigneten Datenbanken und mittels Suchmaschinen recherchiert (siehe Tabelle 2) und die gefundene Evidenz kritisch analysiert (Literaturrecherche und Auswertung).

Schliesslich sollte geprüft werden, ob die gefundene Evidenz auf den konkreten Patienten anwendbar ist. Am Schluss steht die Evaluation des Erfolges bzw. der eigenen Vorgehensweise anhand von messbar formulierten und evaluierten Therapiezielen.

Tabelle 2 Auswahl von Suchmaschinen und Datenbanken zur Suche externer Evidenz

Akronym	Bedeutung	Ulrs
PubMed	Public/Publisher MEDLINE	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
Medpilot	Suchmaschine Medizinischer Literatur	http://www.medpilot.de
Medline	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online	http://www.medline.de
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature	http://www.cinahl.com/
EMBASE	Excerpta Medica Database	http://www.embase.com/
COCHRANE Datenbanken insb. DARE	The Database of Abstracts of Reviews of Effects	http://www.cochrane.de
speechBITE	Speech Patology Database for Best Interventions and Treatment Efficacy	http://www.speechbite.com
PsycLIT	Psychological Literature	http://www.psycinfo.apa.org
ERIC	Education Resources Information Center	http://www.eric.ed.gov/
Champbell Libery	Champbell Collaboration Libery of systematic review	http://www.campbellcollaboration.org/library.php
ASHA N-CEP Systematic reviews	American Speech and Hearing Association (ASHA)/ National Center for Evidence-Based Practice in Communication Disorders (N-CEP)	http://www.asha.org/members/ebp/EBSRs/

Evidenzbasierte Leitlinien. Eine Sonderform der komprimierten Aufbereitung der Funde externer Evidenz stellen die sogenannten Leitlinien dar. Evidenzbasierte Leitlinien sind «benutzerfreundliche Leitlinien für klinisches Handeln, die die beste Evidenz mit anderen Erkenntnissen kombinieren, die für die Entscheidungsfindung hinsichtlich eines bestimmten Gesundheitsproblems erforderlich sind» (Sackett et al. 1999: 89). Leitlinien bilden den Therapie-Management-Prozess in Bezug auf definierte Gesundheitsstörungen und Klientengruppen ab und bieten orientierende Informationen für klinische Entscheidungen. Es gibt Leitlinien unterschiedlicher Qualität. Leitlinien auf der **Entwicklungsstufe S1** sind in einer repräsentativ zusammengesetzten Expertengruppe der entsprechenden Fachgesellschaft(en) erarbeitet und im informellen Konsens verabschiedet worden. Leitlinien der **Entwicklungsstufe S2** werden aus formal (evidence level) bewerteten Aussagen der wissenschaftlichen Literatur entwickelt oder in einem der bewährten formalen Konsensusverfahren mit repräsentativer Beteiligung aller betroffenen Fachgebiete beraten und verabschiedet. Leitlinien auf der **Entwicklungsstufe S3** zeigen alle Elemente systematischer Entwicklung: eine Logikanalyse, ein formales (und repräsentatives) Konsensusverfahren, eine «Outcome»-Analyse, eine Kosten-Nutzen-Analyse, etc. (AWMF).

2. Die Suche nach interner Evidenz

Das Konzept der EbP sieht ausdrücklich vor, dass die Ergebnisse externer Evidenz mit der internen Evidenz, d. h. der klinischen Expertise der Therapeutinnen und Therapeuten abgeglichen werden müssen. Dies betrifft insbesondere die Anwendbarkeit der Forschungsergebnisse im Falle eines konkreten Klienten. Auch hier ist von einem mehrschrittigen Vorgehen auszugehen, indem das logopädische Erfahrungswissen kritisch analysiert und reflektiert werden muss.

3. Die Suche nach sozialer Evidenz

Die Patientenpräferenzen im Sinne individueller Bedürfnisse und Wünsche stellt den dritten therapeutischen Entscheidungsbereich dar. Hier gilt es, die Ergebnisse der Suche nach externer und interner Evidenz mit den Zielen des Klienten in Einklang zu bringen. Zielsetzungsstrategien wie das Goal Attainment Scaling, die SMART-Regeln oder der Einsatz von visuellen Analogskalen dienen der Bestimmung (evaluierbarer) Therapieziele und deren Überprüfung in der partizipativen Entscheidungsfindung (Näheres zur Anwendung in Beushausen & Grötzbach, 2011).

Über die Integration oder gar die Gewichtung der Ergebnisse der Suche nach externer, interner und sozialer Evidenz im konkreten Fall gibt es noch kein einheitliches Meinungsbild. Die Aufgabe einer evidenz-basierten Sprachtherapie liegt hier in den nächsten Jahren in der Entwicklung von «Handlungspfaden»

zur therapeutischen Entscheidungsfindung (Clinical Reasoning, vgl. Beushausen, 2009b).

Was nützt eine Evidenz-basierte Logopädie/Sprachtherapie?

EbP als Beitrag zur Qualitätssicherung. Die Leistungserbringer im Gesundheitswesen, aber auch im Bildungssystem sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden. Hieraus generiert sich der Druck der Kostenträger, nur noch diejenige Leistung zu erstatten, die wirksam, bzw. evidenzbasiert ist.

EbP als Wissensmanagement. Evidenz-basierte Praxis ist eine Methode, sich problemorientiert – also ausgehend von einer konkreten klinischen Fragestellung – zielgerichtet und methodisch über den Stand der Forschung zu informieren, den Stand der Forschung kritisch zu bewerten und Forschungsergebnisse reflektiert in die Praxis einfließen zu lassen. Ohne die Methoden der EbP ist es kaum noch möglich, die ständig steigende Zahl an Veröffentlichungen und die abnehmende Halbwertszeit des therapeutischen Wissens im Blick zu behalten (Scherfer, 2006).

EbP als professionelles Selbstverständnis. Die Suche nach Verbesserung bzw. der besten Möglichkeit, Menschen mit gesundheitlichen Störungen effektiv zu unterstützen, ist Teil einer professionellen Logopädie/Sprachtherapie. EbP ist die Bereitschaft, aus dem Makel «Etwas-nicht-zu-wissen» eine Stärke zu machen (Scherfer, 2006: 7). Die Haltung zu EbP ist somit auch eine berufsethische Positionierung. Zudem ist sie eine Verpflichtung, denn Patienten haben ein Anrecht, dass eine Berufsgruppe ständig nach Verbesserung strebt, bzw. nach dem Besten sucht. In Zeiten einer steigenden Informationsflut bei gleichzeitig abnehmender Halbwertszeit des Wissens wird derjenige, der in der Lage ist, zu identifizieren, was er nicht weiss und der in der Lage ist, durch gezielte Recherchen das vorhandene Wissen zu finden, zu bewerten und in die Praxis zu integrieren, seine Patienten besser versorgen.

EbP als professionelle Weiterentwicklung. EbP hinterfragt Traditionen, Lehrmeinungen und Autoritäten und orientiert sich an klinisch bzw. für den Patienten relevanten, messbaren Ergebnissen. EbP kann zur Folge haben, dass sich tradierte Therapiemethoden als unwirksam erweisen. EbP kann ein Instrument sein, das Gesundheitssystem und die Logopädie/Sprachtherapie weiter zu entwickeln.

Was ist EbP nicht?

EbP bedeutet nicht die Aufhebung der individuellen klinischen Entscheidung, die Aufhebung der Entscheidungskompetenz des Klinikers oder eine Behandlung nach Schema-F. EbP bedeutet auch nicht, dass Praktiker sich ständig mit Forschung und Studienergebnissen beschäftigen und Statistikseminare und Englischkurse besuchen müssen. Und auch die Entwicklung von Leitlinien führt nicht zur Aufhebung der Entscheidungskompetenz des einzelnen Therapeuten (Beushausen, 2005; Scherfer, 2006).

Fähigkeiten von EbP´lern

Wer evidenzbasiert handeln will, muss sich die hierfür erforderlichen Qualifikationen aneignen. Dies wären die Fähigkeiten, eine klinisch relevante Fragestellungen zu formulieren, gezielt Datenbankrecherchen durchzuführen, Forschungsergebnisse kritisch zu lesen und auf Validität und klinische Aussagekraft zu prüfen, die Resultate in die Behandlungen zu integrieren, standardisiert Behandlungsergebnisse auszuwerten und zu dokumentieren, sowie das eigene therapeutische Handeln zu reflektieren und weiter zu entwickeln. Empathie, kommunikative Fertigkeiten und eine klientenzentrierte Denk- und Handlungsweise ergänzen das Fähigkeitsspektrum.

Damit Praktiker eine evidenz-basierte Therapie auch im Alltag umsetzen können, müssen Zugangsbarrieren zu EbP, wie Zeit-, Zugriffs- oder Sprachbarrieren abgebaut werden. Das nötige Fachwissen über Forschung, Evaluation und Evidenzhierarchien muss Pflichtmodul in den Fachcurricula der Studien- und Ausbildungsgänge werden, denn Therapeutinnen und Therapeuten sollten darin unterstützt werden, evidenzbasiert zu arbeiten.

Zusammenfassung: Was ist EbP?

- Eine Wissensmanagement-Methode und eine life-long-learning Strategie (Scherfer, 2006)
- Eine Methode (und Techniken) zur Ermittlung relevanter Forschung für einzelne Fälle
- Eine Methode zur kritischen Bewertung von Forschungsergebnissen
- Ausdruck eines professionellen Ethos

Literaturverzeichnis

- AWMF: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. www.awmf.org 16.12.12.
- Beushausen, U. (2012): Logik der evidenzbasierten Praxis in der Sprachtherapie. Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete (VHN), 1, 99-111.
- Beushausen, U. (2009a): Evidenzbasierte Praxis in der Lehre. In: Forum Logopädie, 23, 28-33.
- Beushausen, U. (2009b): Therapeutische Entscheidungsfindung in der Sprachtherapie. München: Elsevier.
- Beushausen, U. (2005): Evidenz-basierte Praxis in der Logopädie - Mythos und Realität. In: Forum Logopädie, 3, 2-7.
- Beushausen, U.; Grötzbach, H. (2011): Evidenz-basierte Sprachtherapie. Grundlagen und Praxis. München: Elsevier.
- Centre Of Evidence-Based Medicine Toronto 2012 <http://ktclearinghouse.ca/ceb/intro/whatisebm>. 16.12.12.
- Cochrane, A. (1972): Effectiveness and efficiency. Random reflections on Health services. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust.
- DIMDI (Hrsg.) (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Neu-Isenburg: Medizinische Medien Informations GmbH.
- Dood, B. (2007): Evidence-Based Practice and Speech Language Pathology: Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats. Folia Phoniatri Logop 2007; 59:118-129.
- Doll, R. (1998): Controlled trials: the 1948 watershed, BMJ. 31: 1217-1220.
- Sackett, D. (1999): Was ist Evidenz-basierte Medizin? In: Perleth, M.; Antes, G. (Hrsg.): Evidenz-basierte Medizin, MMV Medien & Medizin Verlag München 9-12.
- Sackett, D.; Richardson, W. S.; Rosenberg, W.; Haynes, B. W. (1999): Evidenzbasierte Medizin. EBM-Umsetzung und Vermittlung. Deutsche Ausgabe in: Kunz, R.; Fritsche, L. (Hrsg.). Bern: Zuckerschwerdt.
- Scherfer, E. (2006): Forschung verstehen, Pflaum-Verlag München.