

# EBP – eine Anleitung zum Therapieerfolg?

## Kritische Auseinandersetzung anhand eines Fallbeispiels

SAL-Bulletin Nr. 148  
Juni 2013

### Lohnt sich Logopädie?

Logopädie als eine Form von befristeter Unterstützung von Menschen mit Förderbedarf im Bereich Kommunikation, ist zwar gesellschaftlich breit akzeptiert, muss sich vor Kostenträgern aber hinsichtlich ihres Nutzens legitimieren. An dieser Legitimation muss die Logopädie als eigenes Fach selber interessiert sein, da es um Qualität und Professionalisierung geht. Verantwortliche des Gesundheits- und Bildungssystems haben hingegen die Aufgabe, Massnahmen im Hinblick auf Qualität und auf Ressourcen zu betrachten (vgl. Bürki et al. 2011, S.30).

Geldgeber möchten grösstmögliche Sicherheit, dass sich der finanzielle Einsatz lohnt. Vor allem im Gesundheitsbereich sind Tendenzen sichtbar, dass Ansätze für Kostengutsprachen outcome-basiert sind, anstatt sich am erbrachten Leistungsumfang zu orientieren. Sprich: finanziert wird, was Wirksamkeit verspricht oder das Etikett «wirksam» ist erforderlich, um anerkannt zu sein.

Transparenz, Nachvollziehbarkeit, Überprüfbarkeit und Wirkungsnachweise sind heute gefordert. Das heisst für die Logopädie entweder, Vorgaben von aussen erhalten und erfüllen, oder sich in die Diskussion einbringen und Bedingungen sowie Wahrscheinlichkeiten für Erfolge vorlegen.

Evidence Based Practice (EBP) ist ein Ansatz, der zur Qualität therapeutischer Angebote beiträgt und gleichzeitig zur Rechtfertigung von Investitionen dient. In diesem Sinne ist EBP ein geeignetes Instrument, ja vielleicht sogar eine Anleitung zum wirksamen Arbeiten.

Bekanntlich wird das evidenzbasierte Vorgehen in der Praxis durch drei Komponenten bestimmt: externe Evidenz (empirische Belege) und interne Evidenz betreffend des Erfahrungswissen der Fachperson und betreffend den Möglichkeiten und Anliegen der Betroffenen (vgl. Beushausen 2011).

Lic. phil Susanne  
Kempe Preti

HfH, Hochschule  
für Heilpädagogik  
Zürich

Referat gehalten an  
der SAL-Tagung  
vom 30.11.2012

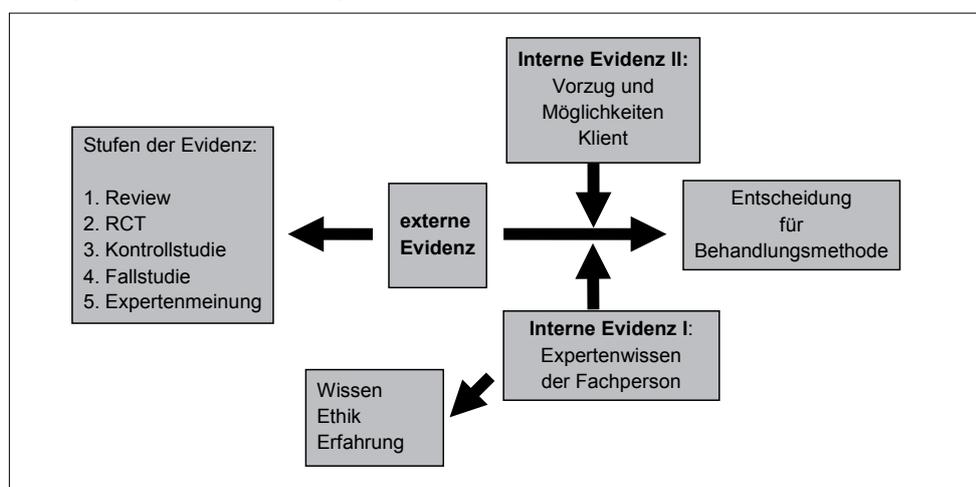


Abbildung 1: Komponenten evidenzbasierten Handelns

In der Regel ist der Fokus auf die externe Evidenz gerichtet, die als zentrale Komponente für den Wirksamkeitsnachweis gesehen wird.

Dieser Beitrag will die starke und fast ausschliessliche Konzentration auf externe Evidenz innerhalb des Ansatzes zur Diskussion stellen, den grossen Stellenwert der internen Evidenz hervorheben und Hinweise für die Umsetzung in der Praxis geben.

Mit Hilfe eines Fallbeispiels wird dieser gedankliche Prozess anschaulich und praxisbezogen dargelegt.

### **Wirksam handeln in der Praxis: ein Fallbeispiel zu EBP**

*Claudia ist eine junge Logopädin. Sie hat vor kurzem ihre Ausbildung abgeschlossen und nun ihre erste Stelle an einem logopädischen Dienst angetreten. Dort betreut sie Kinder vom Kindergarten bis zur sechsten Klasse. Einer ihrer allerersten «Fälle» fordert sie besonders heraus. Der kleine David, 5 Jahre, hat eine schwere Sprach-erwerbsstörung, die sich als äusserst komplex erweist. Mehrere Sprachebenen sind betroffen, die Verständlichkeit der Aussprache ist stark eingeschränkt und Auswirkungen auf die weitere kognitive Entwicklung und das schulische Lernen sind zu befürchten. David kann sich im Kindergarten mit den anderen Kindern nur unzureichend sprachlich verständigen, was oft zu Missverständnissen und Reibereien führt. David ist das jüngste von 3 Kindern, in der Familie wird portugiesisch gesprochen.*

#### **Externe Evidenz**

*Natürlich sucht Claudia bezüglich externer Evidenz nach Hinweisen zum Vorgehen, so wie sie es auch von der Hochschule her kennt. Sie ist im Bilde über den wissenschaftlichen Stand der Therapieforschung und kennt therapeutische Ansätze und Verfahren für verschiedene Störungsbereiche. Die Schwierigkeit besteht jedoch weniger darin, zu entscheiden, was zu tun wäre, als vielmehr, wie es zu tun wäre. Schliesslich entscheidet sich Claudia bei der Sprachrezeption und der Phonologie anzusetzen. Sie formuliert die sprachlichen Ziele und beginnt mit der phonologischen Therapie. Bereits nach kurzer Zeit zeigt sich jedoch, dass David sich nur bedingt auf die Therapie einlässt. Er ist nicht motiviert, möchte lieber frei spielen, Übungen zur Lautdifferenzierung und Merkfähigkeit führt er nur unwillig durch. Claudia befürchtet, die angestrebten Ziele nicht zu erreichen. Obwohl sie versucht, ein evidenzbasiertes, erfolgsversprechendes Angebot zu gestalten, kommt sie hier nicht weiter. Sie kann der externen nur wenig interne Evidenz gegenüberstellen.*

### **Interne Evidenz I**

*Bereits in der Ausbildung hat Claudia den kollegialen Austausch in Form von Fallbesprechungen kennen und schätzen gelernt. Sie beschliesst ihr Problem in eine Intervisionsgruppe einzubringen. In dieser Gruppe begegnet sie Kolleginnen, die gemeinsam Fälle diskutieren und sich über aktuelle Fachliteratur informieren. Die Logopädinnen und Logopäden tauschen ihre jeweiligen Erfahrungen aus, erweitern ihr individuelles Fachwissen und halten es somit konsensfähig. Eine berufserfahrene Kollegin bestärkt Claudia darin, verschiedene Zugänge auszuprobieren und weist auf die Relevanz methodenunabhängiger Faktoren in der Therapie hin. Eine andere Kollegin empfiehlt ihr, sich auf «Clinical Reasoning», also ein systematisiertes Vorgehen bei der therapeutischen Entscheidungsfindung zu stützen, und dann den Therapieverlauf anhand von einheitlichen Dokumentationsbögen zu beschreiben.*

### **Interne Evidenz II**

*Claudia führt die Behandlung weiter, setzt aber andere Schwerpunkte und orientiert sich vermehrt an den Gegebenheiten des Kontextes. Die Eltern wünschen, dass ihr Sohn sich auch ausserhalb der Familie sprachlich verständigen kann, er solle Deutsch lernen für die Schule. Zu Hause wurde von ihm bis anhin wenig gefordert und von den älteren Geschwistern wird er als Kleinkind wahrgenommen und behandelt. David hat neben seinen Schwächen in der Sprachverarbeitung aber auch grosse Ressourcen: er ist sehr bewegungsfreudig, gesellig und liebt Musik. Claudia passt ihre Zielsetzungen diesen Gegebenheiten an: anstelle der Orientierung an der aktuellen Symptomatik, stellt sie den Sprachgebrauch im Alltag in den Vordergrund. Zentrale Ziele sind: Förderung der Eigenverantwortung, Arbeit an der Sprachproduktion im Rahmen sprachlicher Alltagsroutinen und Übungen mit Bewegung, Rhythmik und Prosodie.*

### **Wirksamkeit im Alltag**

*An ihrer ersten kooperativen Besprechung in der Schule kann sie ihr Vorgehen transparent aufzeigen. Infolge intensiviert sich die Zusammenarbeit mit der Kindergärtnerin, welche die Therapieziele mit unterstützt.*

*Nach einigen Monaten zeigen sich aus Sicht aller Beteiligten deutliche Verbesserungen.*

*Jeden Morgen begrüsst David nun seine Kindergärtnerin stolz mit «Güzi Fau Mule» (Grüezi Frau Müller) und will gleich mit seinem neuen Freund spielen. Auseinandersetzungen mit anderen Kindern sind seltener geworden.*

### Kritische Auseinandersetzung mit der Komponente, externe Evidenz'

Die individuell festzulegenden Ziele für David sind nicht kompatibel mit der Suche nach externer Evidenz, die sich vorrangig an der Symptomatik und somit am Defizit orientiert.

Wie lässt sich das erklären?

- **Evidenzhierarchie:** Ein randomisiert-kontrollierter Gruppenvergleich ist in der Hierarchie oben und wird als relativ wirksamkeitssicher bewertet. Eine fundierte, praxiserprobte Expertenmeinung wird hingegen als bedingt wirksamkeitssicher angesehen. Dieses Denken ist das Ergebnis einer Orientierung an einem positivistischen Wissenschaftsverständnis, das quantitative Studien präferiert und qualitative Forschungsansätze abstuft. Möglicherweise trifft diese Hierarchie der Evidenz auf die logopädische Praxis nur bedingt zu. Individuelle komplexe Entwicklungsverläufe und multifaktoriell verursachte, unterschiedlich ausgeprägte Störungen sind Realität im therapeutischen Alltag. Hier sind bereits die Vorgaben einer homogenen Versuchsgruppe kaum realisierbar. Mitunter mag das ein Grund sein, für eine oft beklagte schmale empirische Basis in der Sprachtherapie.
- **Verfügbarkeit von RCT-Studien:** Die Anzahl verfügbarer Studien mit RCT-Design ist überblickbar. Die grosse Heterogenität des Klientels und die Breite des Faches, aber auch Fragen der Finanzierung einschlägiger Forschung, und zumindest im deutschsprachigen Raum, nur halbherzig umgesetzte Akademisierung des Faches stehen dem Anspruch auf wissenschaftliche «Beweise» als Arbeitsgrundlage entgegen. Ein aufschlussreicher Überblick über, im Sinne der Evidenzhierarchie, relevante Studien findet sich bei Hartmann (2012b).
- **ICF-Orientierung:** Evidenzhierarchie und ICF-Orientierung stehen in einem Spannungsverhältnis. Behinderung äussert sich als individuelle Einschränkung autonom und selbstbestimmt zu handeln, am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen und sich einbezogen zu fühlen. Individuelle Wirksamkeit bedeutet vor dem Hintergrund der ICF deshalb «wirksam (Sprach-) handeln im eigenen konkreten Alltag». Die Ziele in der Therapie sind prinzipiell lebens- und alltagsweltorientiert, während Forschungsansätze und daraus resultierende Diagnose-, Therapiekonzepte mehrheitlich Lösungen im funktionell-symptomatischen Bereich liefern. Es stellt sich die Frage, um welchen Rahmen es bei Wirksamkeitsnachweisen geht und wie Effekte auf den ICF-Ebenen Funktion, Aktivität und Partizipation überhaupt festgestellt werden können (vgl. Bürki et al. 2011, S.30).

- **Wirksamkeit im Einzelfall:** gute externe Evidenz ist noch kein Garant für Wirksamkeit im Einzelfall. Verallgemeinerbare Ergebnisse breit angelegter Studien sind lediglich Wahrscheinlichkeitseinschätzungen. Sie geben uns Auskunft darüber, wie die Chancen für Therapieerfolg statistisch gesehen stehen, keine Sicherheit! Wenn Praktikerinnen sich aber unter dem Eindruck vermeintlicher Sicherheit blind auf externe Evidenzen verlassen, wird das Gegenteil von dem erreicht, was die Grundidee von EBP ist, nämlich der *«gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz»* (vgl. Sackett et al. 1997). Kontrollierte, randomisierte Studien sind keine Garantie für Wirksamkeit.
- **Konkrete Umsetzung:** Wenn entsprechende Studien gefunden werden, ist die adäquate Umsetzung im Alltag sehr anspruchsvoll. Das Vorgehen ist äusserst zeitaufwändig. Für die meisten Praktikerinnen ist schlicht der Zugriff auf entsprechende Forschungsdaten ein Problem. Und selbst wenn Daten verfügbar sind, müssen diese auf den Einzelfall hin angepasst werden, was umso schwieriger ausfällt je höher in der Evidenzhierarchie eine Studie steht (vgl. Hartmann 2012a, S. 62). Therapie zielführend planen und individuell umsetzen, ist eine wesentliche Komponente im gesamten evidenzbasierten Prozess. Externe Evidenz bildet lediglich die *«Basisstation»* für interne Evidenz (vgl. Bürki; Steiner 2012, S.186).

### Interne Evidenz oder vom Umgang mit Komplexität und Individualität

Unser Fallbeispiel zum evidenzbasierten Handeln zeigt, empirisch oder theoretisch basiertes Wissen ist nur eine Form von professionellem Wissen. Deshalb ist es notwendig die zweite Komponente hervorzuheben: interne Evidenz.

Als Erstes sei das Expertenwissen der Fachperson zu nennen.

«Die Anwendung theoretischen Wissens auf den Einzelfall ist dabei systematisch mit Unsicherheiten verbunden und erfordert autonome therapeutische Entscheidungen» (Hansen 2009, S. 87).

Das zugrundeliegende *«know how»* für solche Entscheidungen kann gerade bei einer Berufseinsteigerin aber noch nicht vorausgesetzt werden. Expertenwissen geht über reines Faktenwissen hinaus: es generiert sich aus gemachten Erfahrungen im Beruf, es ist Wissen über Zusammenhänge aber auch Können in Bezug auf die Umsetzung. Es enthält sowohl Komponenten der Kognition und Metakognition, als auch erfahrungsspezifisches Wissen und Strategien.

	Experten	Novizen
<b>Kognition</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Setzen systematische Denkprozesse ein</li> <li>• Denken vernetzt, flexibel, kritisch</li> <li>• Arbeiten effektiver, schneller</li> <li>• Erfassen Situationen intuitiv, bewerten und klassifizieren Informationen frühzeitig</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Denken linear, regelorientiert</li> <li>• Arbeiten zeitaufwändig</li> <li>• Setzen Schritt-für-Schritt-Strategie beim Problemlösen ein</li> </ul>
<b>Wissen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verfügen über strukturierte Wissensnetze</li> <li>• Benutzen Krankheitskripte: reichhaltige klinische Muster abrufbar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verfügen über wenig strukturierte Wissensnetze</li> <li>• Kaum gespeicherte Beispiel für Mustererkennung abrufbar</li> </ul>
<b>Metakognition</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflection on Action</li> <li>• Setzen ausgeprägte Reflexionsstrategien ein</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Benötigen externe Supervision</li> <li>• Reflexionsfähigkeit noch wenig entwickelt</li> </ul>
<b>Strategien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erprobte Strategien werden eingesetzt</li> <li>• Mustererkennung wird bei einfachen Fällen eingesetzt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hypothesengeleitete Strategien (hypothetisch-deduktiv) werden eingesetzt</li> <li>• Vorgegebene Leitlinien werden schrittweise abgearbeitet</li> </ul>

Abbildung 2: Unterschiede Experten-Novizen (aus Klemme & Siegmann 2006, S.45)

Wie kommen Fachpersonen zu solch einem Expertenwissen? Und wie wird daraus Handlungskompetenz? In der Regel wird diese mit zunehmender Berufserfahrung nach und nach erworben. Ein wesentliches Erwerbselement stellt die Fähigkeit zur Selbstreflexion dar: Reflexion ist ein existenzieller Aspekt in der Entwicklung von Erfahrungswissen und Expertise. Die Logopädin in unserem Beispiel hat sehr gut erkannt, dass ihr aktuell verfügbares Wissen nicht ausreicht, um eine adäquate Therapieentscheidung zu treffen. Sie holt sich Hilfe bei erfahrenen Kolleginnen. Wenn Fachwissen mittels Intervision oder Supervision ausgetauscht und kritisch reflektiert wird, wenn unter Fachleuten Konsens gesucht wird, können wir auch von «kumulierter interner Evidenz» sprechen (vgl. Bürki; Steiner 2012, S. 187). Dies zeigt, dass bei der Etablierung von evidenzbasiertem Handeln die Therapeutin als selbstreflexive und autonom-professionelle Person ernst genommen werden muss.

Interne Evidenz umfasst neben dem Expertenwissen auch Gegebenheiten auf Seiten des Klienten. Der Erfolg einer sprachtherapeutischen Massnahme hängt nicht allein von der Logopädin oder ihren methodischen Möglichkeiten ab und kann daher auch nicht durch sie allein garantiert werden.

«Die Qualität der Dienstleistung ist von der Mitwirkung des Konsumenten abhängig, das heisst, der Konsument ist in gewisser Weise auch Koproduzent» (Braun 1999, S.135).

Sprachtherapie kann demnach nur so «gut» sein, wie die Möglichkeiten des Klienten und seines Umfelds sind, das sprachtherapeutische Angebot aufzugreifen und positiv für sich umzusetzen. Klientenfaktoren spielen für die Planung, Umset-

zung und Evaluation von sprachtherapeutischen Interventionen eine ganz zentrale Rolle.

Entsprechend ist die Berücksichtigung von Ressourcen oder hemmenden Faktoren auf Seiten des Klienten und seines Umfeldes unumgänglich.

Wichtige Kontextfaktoren in unserem Beispiel sind:

- Musikalität und Freude an Bewegung, wenig Übernahme von Eigenverantwortung, familiäre Situation (Geschwisterreihenfolge), Mehrsprachigkeit, grosse kommunikative Probleme mit Gleichaltrigen im Kindergarten, engagierte Lehrperson, Unterstützung der Novizin durch ältere Expertinnen.

Die Berücksichtigung all dieser Faktoren macht die Planung zu einem komplexen Unterfangen, zumal sich die Faktoren gegenseitig beeinflussen, sich im Prozess einer Therapie auch ändern und ihrerseits wieder zu einer neuen Ausgangslage für die weitere Therapie führen. Wir haben es mit einem Ereigniszirkel zu tun.

Eine zusätzliche Anforderung beim Umgang mit Komplexität ist der Umgang mit unvollständigen oder falschen Informationen (vgl. Dörner 2004, S. 66).

Die beschriebene Komplexität führt zu hoher Individualität. Für Interventionen in solch individuellen, komplexen Netzwerken gibt es keine allgemein gültige Anleitung. Therapie wird als offener dynamischer Prozess verstanden: es bleibt offen, ob trotz evidenzbasiertem Vorgehen nicht doch Nebenwirkungen auftreten oder ob die erzielte Wirkung anderen Einflussfaktoren anstatt der umgesetzten Methode zuzuschreiben ist.

Angemessen ist demnach von einem Prozess auszugehen, der gleichzeitig zielgerichtet und offen ist, und in dessen Konzeption unerwartete Ereignisse mit dazugehören (vgl. Hansen 2009, S. 51, Bürki et al. 2013).

Wie können wir dennoch gewissenhaft sprachtherapeutisches Handeln planen und begründen?

«Wenn 'Therapie' nur individuell und dialogisch planbar ist, muss auch Therapieerfolg in einem individuellen und dialogischen Prozess 'gemessen' und überprüft werden» (vgl. Bürki et al 2011, S. 31).

Die individuelle Zielvereinbarung zu Beginn einer Therapie dient als kontextbezogener Massstab für Therapieerfolg. Der Massstab ist also sinnvollerweise nicht der Vergleich mit «sprachlichen Normen» sondern das individuell angestrebte und vereinbarte Ziel. Als Therapeutinnen sind wir letztlich dem Klienten in seinem Umfeld verpflichtet und keiner überindividuellen Sprachnorm. Wirksamkeit aus Sicht des Klienten heisst aber «wirksam in meinem konkreten Alltag» (vgl. Bürki et al. 2010, S. 32).

Deshalb beginnt jegliche Intervention bei der gemeinsamen Zieldefinition. Im Zentrum steht der gemeinsame Planungsprozess mit Betroffenen, Angehörigen

und der Institution, bei dem es darum geht, persönliche, lebensrelevante Ziele und mögliche umsetzbare Wege dahin festzulegen. Das Ziel wird nicht im funktionalen Bereich, sondern in der konkreten Lebenswelt angesiedelt. Der Prozess ist bestimmt durch ein Rückwärts- statt Vorwärtsplanen gemäss der Frage: «Welche Aktion hat das gewünschte Ziel als Ergebnis» (Dörner 2004, S.238)? Dieses Vorgehen lässt sich gut mit dem bio-psycho-sozialen Modell des ICF vereinbaren.

Um mit solchen individuellen komplexen Konstellationen umgehen zu können, sind weniger vermeintliche wissenschaftliche Sicherheiten gefordert, als therapeutische «Tugenden» wie kommunikative Handlungsfähigkeit, Flexibilität und Reflexionsfähigkeit. Bei erfahrenen Berufsleuten erfolgen die Entscheidungs- und Reflexionsprozesse in konkreten Situationen auch intuitiv und nur teilweise bewusst. Eine systematische bewusste Herangehensweise liefert Clinical Reasoning (CR), eine Strukturierungs- und Beschreibungshilfe bei therapeutischen Fragestellungen, die verschiedene Perspektiven miteinbezieht.

CR umfasst die Denkprozesse während einer Therapie und dient der Informationsgewinnung, Entscheidungsfindung, Analyse und Klassifikation von Bedingungen sowie der Interpretation und Deutung von Situationen und Sachverhalten. Das Vorgehen lässt sich beschreiben als eine Mischung von Denken (als eher automatisierter Prozess), Fühlen und Reflexion (als bewusster Prozess).

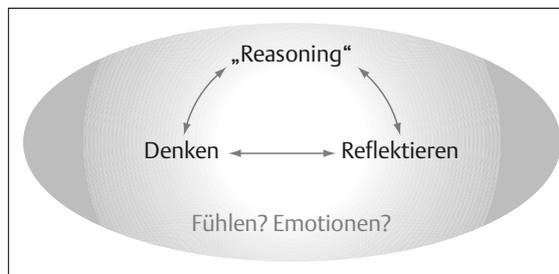


Abbildung 3: CR (aus Hüter-Becker; Dölken 2005)

Folgende Arten des «Reasoning» werden häufig beschrieben und können auf unser Fallbeispiel angewandt werden:

**Procedurales oder Scientific Reasoning** ist logisch-sachliches Denken. Es geht um die Anwendung und Reflexion von Fachwissen und klinischer Erfahrung unter Berücksichtigung von externer Evidenz.

*Claudia orientiert sich an Studien, sie kennt diagnostische und therapeutische Ansätze sowie Verfahren für Phonologie und begründet ihre Entscheidung.*

**Interaktives Reasoning** meint durch Gefühle, Wahrnehmung und Beobachtung geleitetes Denken. Die Interaktion zwischen Therapeutin, Klient und Angehörigen wird analysiert und wenn nötig modifiziert, um die Entwicklungsfähigkeit des

Klienten und die Arbeitsbeziehung zu fördern.

*Sie bemerkt, dass sich David vom Therapieinhalt nicht angesprochen fühlt und geht dem nach.*

**Konditionales oder prognostisches Reasoning** ist durch das Vorstellungsvermögen und die Interpretation des Therapeuten geleitetes Denken, wobei es stark um Erklärungen, Zusammenhänge aber auch um realistische Szenarien für die Zukunft geht. Dadurch wird die Therapie fortwährend an die Bedürfnisse des Klienten angepasst.

*Claudia sucht nach einer Erklärung dafür, überlegt sich, welche Ziele in der Situation angemessener wären und schlägt einen neuen Weg ein.*

**Narratives Reasoning** bedeutet Denken in und durch Geschichten, Es geht darum, die individuelle Bedeutung einer Störung oder Behinderung für einen Klienten zu erfassen und Zugang zu seiner persönlichen Geschichte zu erhalten.

*Sie bringt mehr über die familiäre Situation in Erfahrung, lässt die Eltern erzählen und fragt nach ihren Bedürfnissen.*

**Pragmatisches Reasoning** ist sachliches Denken und die Fähigkeit, nach pragmatischen Gesichtspunkten zu handeln. Begleitumstände und Einflussfaktoren aus dem Kontext werden in therapeutische Entscheidungsprozesse einbezogen. Häufig geht es um einen Abgleich zwischen Realität und idealer Vorgehensweise.

*Sie verzichtet vorläufig auf eine systematische Aussprachetherapie zugunsten der Unterstützung des Sprachgebrauchs im konkreten Alltag und der Motivation.*

**Ethisches Reasoning** meint durch Einstellungen, Haltung und Werte bestimmtes Denken, das sich aus der Verantwortung gegenüber anderen (Patient, Institution ...) herleitet. Übergeordnete Werte wie Menschenbilder oder therapeutische Ansätze aber auch konkrete Erwartungshaltung spielen dabei eine Rolle (vgl. Rathey-Pötzke 2011; Klemme & Siegmann 2006).

*Claudia holt sich Hilfe, um ihrem Auftrag gerecht zu werden. Bei der Wahl des Ansatzes spielt implizit auch ihr Menschenbild eine Rolle.*

Der Prozess des Clinical Reasoning zeigt eindrücklich auf, mit welcher komplexen Sachverhalten bei der therapeutischen Entscheidungsfindung unter dem Aspekt der internen Evidenz umgegangen werden muss.

### Erweiterter Kriterienkatalog für Wirksamkeit

Welche Kriterien für Wirksamkeit sind angemessen, wenn dieser gesamte Prozess des Arbeitsgeschehens Berücksichtigung erfährt?

Auch beim Nachweis von Wirksamkeit geht es zunächst darum, Rahmenbedingungen zu klären (vgl. Bürki et al. 2011, S.30):

Auf welcher Ebene soll Wirksamkeit überhaupt nachgewiesen werden? Wie können Effekte auf den Ebenen Funktion, Aktivität und v.a. Partizipation erhoben werden und wie sind sie in Bezug zum jeweiligen Interventionsziel einzuordnen?

Ist die Zieldimension Abwendung von Gefährdungen (Prävention), Verbesserung, Aufrechterhaltung oder Verzögerung (Therapie)?

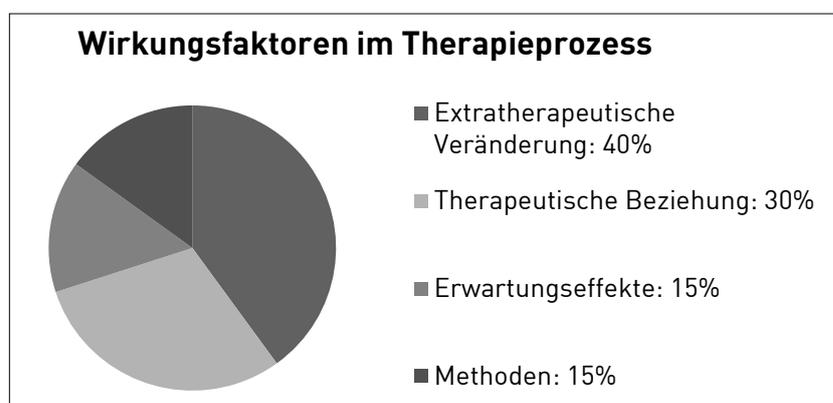
«Insofern ist die Frage nach 'der' Wirksamkeit in 'der' Therapie als zu stark vereinfachend unzulässig» (Bürki ebd.).

Evaluationen, welche sich auf messbare Teilleistungen oder auf ein bestimmtes methodisches Vorgehen beschränken, erfassen nur einen kleinen Teil dessen, was den therapeutischen Prozess ausmacht. Eine praxisorientierte Evaluationsforschung braucht ein umfassendes Verständnis von Sprachtherapie, welches sich nicht auf Verbesserung von Funktionen beschränkt und individuelle Faktoren auf Seiten des Klienten und Umfeldbedingungen jeglicher Art als Störfaktoren ausklammert, sondern diese als dem therapeutischen Prozess inhärente bedeutsame Faktoren versteht und mit einbezieht.

Evaluationsforschung in der Sprachtherapie könnte sich vermehrt auf Prozesse, die allen Therapien gemeinsam sind und ihre Effektivität in Bezug auf gemeinsam mit dem Klienten und seinem Umfeld definierte therapeutische Zielsetzungen konzentrieren.

So weisen Therapien, die eine besonders gute Wirkung erzielen, eine Reihe gemeinsamer Merkmale auf wie Ressourcenaktivierung, Problembewältigung, eine tragfähige therapeutische Beziehung, Klärung der Ziele und der Motivation (vgl. Peterander 2008; Eicher 2009).

Weitere von spezifischen Methoden unabhängige Wirkfaktoren sind: Klientinnenfaktoren, Beziehungsfaktoren, Extratherapeutische Veränderungen und Erwartungseffekte (Placebo-Effekt) (Bürki et al. 2010, S.33; vgl. Hubble et al. 2001).



**Abbildung 4:** Wirkfaktoren in der Therapie am Beispiel der Psychotherapie (vgl. Hubble et al. 2001)

Diese in der Psychotherapie erhobenen Wirkfaktoren sind in Bezug auf die Logopädie durchaus reflexionswürdig. Insbesondere die Therapeutische Beziehung als gewichtiger Faktor dürfte vermehrt ernsthaft thematisiert werden.

So stellt Hansen (2009) in ihrer interessanten Studie zur Therapiearbeit in der Logopädie fest, dass interaktiv-dialogische Arbeitsanteile in der Logopädie einen grossen Stellenwert haben. Befragte Klientinnen, Angehörige und Logopädinnen schätzen den Stellenwert der geleisteten Kontakt- und Kooperationsarbeit für den Verlauf und das Ergebnis logopädischer Therapieprozesse, neben der gemeinsamen Ausrichtung der Therapie hinsichtlich Aufgaben und Zielen, als sehr hoch ein. Sie folgert, dass Sozialkomponenten, neben Inhaltskomponenten, bei der Diskussion um Qualität von therapeutischer Arbeit berücksichtigt werden müssen (Hansen 2009, S. 380 ff).

Folgende Thesen zum evidenzbasierten Vorgehen sollen gegenüber einer einengenden Ausrichtung auf externe Evidenz eine umfassendere Alternative bieten, um Wirksamkeit gegenstandsangemessen zu verstehen.

Sechs Thesen zum evidenzbasierten Vorgehen (vgl. Bürki et al. 2013):

- Externe und *interne* Beweisbasis zugrunde legen
- Auf ein *individuelles, kontextbezogenes* Ziel hinarbeiten
- Das eigene Können in den *Dienst des Klienten* stellen
- *Methodenadäquatheit* in der Evaluation beachten
- *Methodenunabhängige Faktoren* eruieren und bewusst einsetzen
- Therapieprozess als *Ereigniszirkel* anerkennen

Führt diese Sichtweise tatsächlich ins Nirwana der Beliebigkeit wie Motsch befürchtet? (Motsch 2012, S. 278) Wir leben in einer Zeit, in welcher, der Aufklärung zum Trotz, alternative Heilpraktiken und sogar esoterische Weltanschauungen auch auf Hochschulebene salonfähig geworden sind (vgl. Weber 2012).

Wie steht es mit der Legitimation der Logopädie vor diesem Hintergrund?

Es geht mitnichten darum, quantitative Forschungsansätze in der Logopädie in Frage zu stellen. Kriterien für Qualität müssen aber der Komplexität logopädischer Arbeitsprozesse gerecht werden. Je nach Problemstellung ist ein quantitativ-empirischer Zugang angemessen ja sogar zwingend (z.B. zur Validierung von Testverfahren). Wenn es um den Nachweis von Wirksamkeit therapeutischer Prozesse geht, stellen Bürki et al. (2013) jedoch zur Diskussion, dass ihre Thesen einen umfassenderen und praxisbezogeneren Ansatz bieten als eine streng naturwissenschaftlich-empirische Denkweise. Das ist erstrebenswert, weil wissenschaftliche Überlegungen letztlich der Praxis dienen.

«Wer Sprachtherapie leitet, übernimmt Verantwortung für einen individuellen, dialogischen Prozess» (Bürki et al. 2013). Dieser sollte für Dritte jederzeit transparent nachvollziehbar und damit reflektierbar sein. Eine hohe Prozessqualität wird durch

transparentes, begründetes, nachvollziehbares und klientenzentriertes Vorgehen erreicht. In der Praxis wie in der Forschung ist letztlich die Nachvollziehbarkeit das relevante Kriterium. Evidenzbasierte Praxis ist dann in erster Linie als transparenter Entscheidungsprozess zu verstehen, der offen legt, aufgrund welcher externen und internen Evidenzen therapeutische Entscheidungen getroffen werden (vgl. Bürki et al. 2010, S.34).

EBP ist keine Anleitung für Therapieerfolg, aber vielleicht Wegweiser für einen zielorientierten, begründeten, nachvollziehbaren und gut dokumentierten Weg.

### Literatur

- Beushausen, U.; Grötzbach, H. (2011). Evidenzbasierte Sprachtherapie. Grundlagen und Praxis. München: Urban&Fischer.
- Bürki, M.; Kempe Preti, S.; Kohler, J.; Steiner, J. (2010). Zur Diskussion um die Wirksamkeit in der Sprachtherapie. Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik Jg. 16, 4/10, 29-35.
- Bürki, M.; Kempe Preti, S.; Kohler, J.; Steiner, J. (2011). Logopädie und Wirksamkeit. Bestandesaufnahme und Perspektive – ein Diskussionsbeitrag. Forum Logopädie (2), 28-33.
- Bürki, M.; Kempe Preti, S.; Kohler, J.; Steiner, J. (2013). Wirksamkeitsstudien für die logopädische Praxis und für die Gesellschaft. mitSprache (in Vorbereitung).
- Bürki, M.; Steiner, J. (2012). Die vermessen(d)e Sprachtherapie: Anmerkungen zu einem adäquaten Rahmen für Wirksamkeit. VHN 839, 185-190.
- Braun, H. (1999). Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung in sozialen Diensten. In: Peterander, F. & Speck, O. (Hrsg.) (2000). Qualitätsmanagement in sozialen Einrichtungen. München: Reinhardt.
- Eicher, I. (2009). Sprachtherapie planen, durchführen, evaluieren. München: Reinhardt Verlag.
- Hansen, H. (2009). Therapiearbeit. Eine qualitative Untersuchung der Arbeitstypen und Arbeitsmuster ambulanter logopädischer Therapieprozesse. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Hartmann, E. (2012a). Wenn professionelle Expertise zu kurz greift: Auftakt zum Themenstrang «Evidenzbasierte Logopädie/Sprachheilpädagogik». VHN (1), 60-63.
- Hartmann, E. (2012b). Wirksamkeit von Kindersprachtherapie. VHN (3), 191-209.
- Hubble, M.A., Duncan, B.L. & Miller, S.D. (Hrsg.) (2001). So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen. Dortmund: verlag modernes lernen.
- Hüter-Becker; Dölken (2005). Untersuchen in der Physiotherapie. Stuttgart: Thieme Verlag
- Klemme, B.; Siegmann, G. (2006). Clinical Reasoning. Therapeutische Denkprozesse lernen. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Motsch, H.-J. (2012). Evidenzbasierte Praxis – Ende der Methodenfreiheit? VHN (4), 277-281.
- Peterander, F. (2008): Von der Qualitätsentwicklung zum evidenzbasierten Handeln in der Frühförderung? Frühförderung interdisziplinär 27, (3), 107-114.
- Rathey-Pötzke, B. (2011). Entscheidungen im Therapieprozess – wie machen wir das eigentlich? Ein Blick auf Clinical Reasoning. Forum Logopädie 5 (25), 20-26.
- Sackett, D.L., Straus, S.E., Richardson, W.S., Rosenberg, W., Haynes, R.B. (1997). Evidence-based medicine. How to practice and teach EBM. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Weber, B. (2012). Aufklärung adieu. Artikel im Tages Anzeiger vom 29.06.2012.