

Evidenzbasierte Praxis in der Lehre

Vorgehensweise und Beispiele zur praktischen Umsetzung im Unterricht

Ulla Beushausen

ZUSAMMENFASSUNG. Evidenzbasierte Praxis (EBP) ist eine Wissensmanagementmethode, um Patienten möglichst optimal zu versorgen, und stellt die Selbstverpflichtung einer Berufsgruppe auf hohe professionelle Standards dar. Dabei basiert der therapeutische Entscheidungsprozess der Evidenzbasierten Praxis auf drei Grundpfeilern: (1) dem Wissen und der Erfahrung des Therapeuten, (2) der externen Evidenz als Wissen aus Studien und anderen Forschungen und (3) den individuellen Erfahrungen und Präferenzen des Patienten. Während der Erfahrungsschatz des Therapeuten in der Ausbildung von Sprachtherapeuten bereits traditionell in der Lehre verankert ist, stellt sich für die Grundpfeiler 2 und 3 die Frage nach der praktischen Umsetzung im Lehr- und Ausbildungsprozess. Im Folgenden wird deshalb auf die Anwendung von Evidenzbasierter Praxis in Unterricht und Lehre eingegangen: Der Einbezug externer Evidenz wird in einem fünf-Schritte-Programm verdeutlicht und die partizipative Entscheidungsfindung mit den Klienten mittels Zielsetzungsstrategien (SMART-Regeln, Zielerreichungsskalen) erläutert.

Schlüsselwörter: Evidenzbasierte Praxis – Evidenzbasierte Medizin – Logopädie – Sprachtherapie – Lehre – SMART – Patientenbedürfnisse – GAS

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



es innerhalb der EBP eine Tugend und keine „Sünde“ ist, Wissenslücken zu entdecken und durch systematische auf konkrete klinische Fragen zugeschnittene Recherchen zu schließen. EBP reagiert damit auf den immer schnelleren Wissenszuwachs mit einer problemorientierten Selbstlernstrategie und führt zu einer verantwortlichen Entscheidungspolitik und zu einer bescheideneren Grundhaltung in den Gesundheitsprofessionen.

Wie kann EBP in der Lehre umgesetzt werden?

Während der Erfahrungsschatz des Therapeuten in der Ausbildung von Sprachtherapeuten bereits traditionell in der Lehre verankert und offensichtlich erfolgreich ist, stellt sich für Grundpfeiler 2 und 3 (Abb. 1) die Frage nach der praktischen Umsetzung im Lehr- und Ausbildungsprozess.

Allgemeine Voraussetzungen für EBP in der Lehre

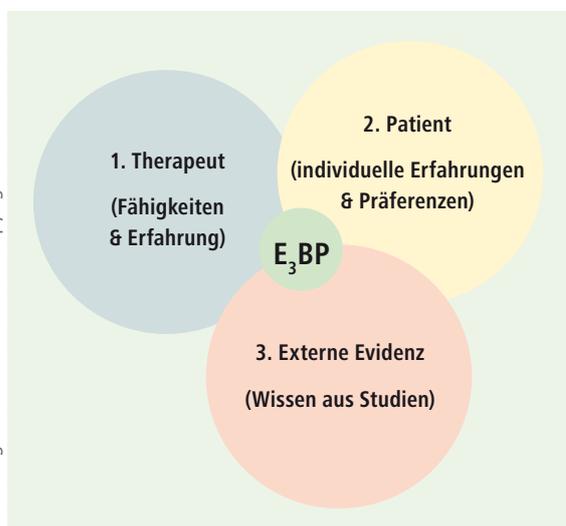
► **Internetzugang.** Zugang zu den Online-Datenbanken sollte in den Ausbildungsstätten mittlerweile als gegeben vorausgesetzt werden können. Für das Erlernen einer systematischen Recherche eignet sich ein PC-Pool mit Lehrenden-PC und Beamer, so dass die einzelnen Suchschritte und -strategien in den Datenbanken von den Lernenden mitverfolgt werden können. Entsprechende Online-Tutorials, E-Learning und Blended Learning können zusätzlich eingesetzt werden, um Suchergebnisse zu sammeln und die eigen-

Einleitung

Der Begriff Evidenzbasierte Medizin (EBM) entstand unter Führung des Teams um David Sackett aus Kanada (Sackett et al., 1999). Als geistiger Vater ist jedoch auch der britische Epidemiologe Archie Cochrane zu nennen, dessen Klassiker von 1971 heute noch aktuell und lesenswert ist (Cochrane, 1972).

Prinzipien der Evidenzbasierten Medizin (EBM) sind auf die therapeutischen Gesundheitsberufe wie die Logopädie, aber auch die Pädagogik, Sozialarbeit etc. übertragbar, weswegen hier im Allgemeinen auch von Evidenzbasierter Praxis (EBP) gesprochen wird. EBP hat zum Ziel, den Grundgedanken in der Praxis zu verankern, dass jede Entscheidung über Diagnose oder Therapie auf der besten vorhandenen externen Evidenz und auf der individuellen klinischen Expertise des Kliniklers – jeweils abgestimmt auf die individuellen Bedürfnisse des Patienten – erfolgen sollte (Abb. 1). EBP hat zum Ziel, wissenschaftliche Forschung und berufliche Praxis neu miteinander zu verknüpfen. Tatsächlich zielt das Konzept der EBP darauf ab, das Gefühl des Überzeugtseins „was ich in der Berufspraxis anbiete, ist das Richtige“ mit logischen, d.h. hier wissenschaftlichen Argumenten zu verknüpfen. Dollaghan (2007) prägte den Begriff „E₃BP“, um die Wichtigkeit und die Notwendigkeit zur Integration aller drei Bereiche in klinischen Entscheidungen hervorzuheben (Abb. 1). EBP ist sowohl eine ethische Grundhaltung, die darauf abzielt, jedem Patienten die individuell optimale therapeutische Versorgung zu ermöglichen, als auch eine Lernstrategie, weil

■ **Abb. 1: Modell E₃BP (Dollaghan, 2007)**



ständige Weiterarbeit und den Austausch der Studierenden zu fördern.

► **Englischkenntnisse.** Relevante Forschungsliteratur wird zu 95 % in englischer Sprache veröffentlicht. Englischkenntnisse sind zudem obligatorisch für Studierende der Logopädie. Unterstützend können Wörterbücher englischer berufsspezifischer Fachtermini herangezogen werden.

► **Kenntnisse in Statistik/wissenschaftlichem Arbeiten.** Die Studierenden sollten Grundkenntnisse zu Studiendesigns und deren Gütekriterien, statistischen Kennwerten und Berechnungsverfahren besitzen oder diese im Rahmen des EBP-Moduls parallel erwerben.

Externe Evidenz suchen und bewerten

Der Einbezug externer Evidenz aus Studien und Forschung sollte den Lernenden in einem Fünf-Schritte-Programm verdeutlicht werden:

- 1 Klinisch beantwortbare Fragen stellen
- 2 Die Evidenz dazu finden (Suchbegriffe formulieren, Literaturrecherche)
- 3 Die vorhandene Evidenz kritisch bewerten
- 4 Prüfen, ob die Evidenz auf den jeweiligen Patienten anwendbar ist, und ggf. in die therapeutische Entscheidungsfindung integrieren
- 5 Evaluation des Erfolges bzw. der eigenen Vorgehensweise

Was sind relevante Fragen?

Eine relevante Frage soll das Patientenproblem widerspiegeln, zum anderen sollen sich daraus klare Suchstrategien ergeben, die zu entsprechend präzisen Antworten führen. Es lohnt sich, die eigentliche Frage möglichst genau zu formulieren, da zu vielen klinischen Fragestellungen sehr viel Literatur vorhanden ist und daher die Suche nach dem besten verfügbaren Wissen sonst sehr mühsam sein kann (siehe Beispiel unten im Kasten). Eine relevante Frage sollte deshalb folgende Elemente enthalten:

BEISPIEL. Ordnen Sie den folgenden Fragen die PICO-Strategie zu:

- Führt Inputspezifizierung bei Kindern mit verzögertem expressivem Wortschatz zu signifikant größerem Wortschatzanstieg im Vergleich zu Kindern, bei denen keine Therapie erfolgt?
- Welches ist die effektivste Behandlungsmethode für stotternde Kinder?

Lösung:

- Führt Inputspezifizierung (I Intervention) bei Kindern mit verzögertem expressivem Wortschatz (P Patienten) zu signifikant größerem Wortschatzanstieg (O Outcome) im Vergleich zu Kindern, bei denen keine Therapie erfolgt? (C Comparison/Vergleich)?
- Welches ist die effektivste Behandlungsmethode für stotternde Kinder (P Patienten)?

■ **Abb. 2: Quellen für Studien**



- P das Problem des Patienten/der Patientin
 - I die Intervention (kann nicht nur eine Behandlung, sondern auch Ursachen und prognostische Faktoren umfassen, sowie Diagnostikverfahren)
 - C die Vergleichsbehandlung (Placebo oder Standard- oder Alternativtherapie)
 - O Zielgröße, Endpunkt („Outcome“: z.B. Mortalität, Lebensqualität, Effektivität)
- Die zweite Frage des Beispiels (siehe Kasten) ist damit keine ausreichend spezifizierte Suchfrage.

Quellen für externe Evidenz

Für die Suche nach der besten verfügbaren externen Evidenz werden heute in vielen Fällen medizinische Datenbanken benutzt – wie MEDLINE/PUBMED, EMBASE oder die COCHRANE LIBRARY (Abb. 2). Die wohl bekannteste medizinische Datenbank ist MEDLINE bzw. PUBMED, die von der National Library of Medicine in den USA unterhalten

wird. Sie enthält Referenzen und Abstracts von Millionen von medizinischen Artikeln und ist frei zugänglich. MEDLINE enthält jedoch nur einen Teil der medizinischen Literatur. Eine weitere wichtige Datenbank ist EMBASE, die im Vergleich zu MEDLINE mehr die im europäischen Raum publizierte Literatur mit Schwerpunkt Medikamente und Pharmakologie repräsentiert. CINAHL ist eine Datenbank für Pflege- und Gesundheitsberufe. PSYCLIT listet Studien aus der Psychologie sowie psychologische und klinische Testverfahren. SPEECHBITE ist eine in Australien entstandene spezielle Zusammenstellung sprachtherapeutischer Studien.

Bewertung der Rechercheergebnisse

Die bei der Literaturrecherche gefundene Evidenz muss kritisch überprüft werden. Hinterfragt werden die Methodik und die Aussagekraft der Untersuchungen, die zu den jeweiligen Erkenntnissen geführt haben. Besonderes Augenmerk richtet sich dabei auf die Validität, Reliabilität und Relevanz der Untersuchung. Bei der kritischen Beurteilung sollte man sich also folgende Fragen stellen:

- Ist die Information *valide*?
- Ist die Information *wichtig*?
- Ist die Information für meinen Patienten/ meine Patientin *anwendbar*?

Vor allem bei der Übertragbarkeit von Einzelstudien auf Therapieentscheidungen im klinischen Alltag und auf individuelle Patienten ist die kritische Reflexion einer Studie angezeigt.

Ein Prüfschema für die Güte von Forschungsergebnissen ist die Critical Appraisal of Treatment Evidence (CATE, *Dollaghan, 2007*, Tab. 1, siehe nächste Seite), in der beispielsweise die Größe und Zusammensetzung einer Stichprobe betrachtet, Effektgrößen der Ergebnisse und deren Generalisierbarkeit auf andere Patienten hinterfragt werden und der Einfluss von Störvariablen diskutiert wird.

BEISPIEL. Rechercheaufgabe

Studierende sollen aus einer für sie und ihre Patienten relevanten Frage eine Frage nach dem PICO-Prinzip formulieren, daraus geeignete Suchwörter ableiten und diese in einschlägigen Datenbanken recherchieren. Die gefundene Literatur wird gemeinsam gesichtet, nach Relevanz geordnet und ausgewählte Veröffentlichungen werden mittels CATE gemeinsam analysiert. Aus dem Ergebnis wird die Übertragbarkeit auf das eigene therapeutische Vorgehen diskutiert und therapiegeeignete Evaluationsmöglichkeiten werden abgeleitet.

■ **Tab. 1: Prüfschema für die Güte von Forschungsergebnissen in Anlehnung an CATE (Dollagan, 2007)**

Relevanz der Forschungsfragen

Glaubwürdigkeit

- Wie wurden die Teilnehmer ausgewählt und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?
- Wie viele Teilnehmer fielen während der Studie aus (Drop-outs)?
- Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?
- Wurden die Untersuchungsgruppen gleich behandelt – abgesehen von der Intervention?
- Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?
- War die Größe der Stichprobe ausreichend, um einen Effekt nachweisen zu können?
- Stehen die Ergebnisse im Einklang mit früheren Forschungsergebnissen?

Aussagekraft

- Wie groß war der Behandlungseffekt?
- Wie wird das Behandlungsergebnis erklärt?

Anwendbarkeit

- Besteht Übertragbarkeit der Ergebnisse auf aktuelle Patienten?
- Wurden alle wichtigen Bereiche einbezogen?
- Wurde eine Kosten-Nutzen-Analyse durchgeführt?

Das Maß für die Evidenz einer Studie kann sich einmal auf die Reichweite, d.h. die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die Summe aller Patienten beziehen, oder durch den Rang beschrieben werden, den eine Studie in einer so genannten Evidenzhierarchie erreicht. Solche Evidenzhierarchien wurden von verschiedenen Autoren aufgestellt (Reilly et al., 2004; Beushausen, 2005).

Therapeutische Entscheidungsfindung

Nun muss überprüft werden, ob die gefundene wissenschaftliche Evidenz auf den jeweiligen Patienten anwendbar ist. Die Frage ist hier, ob die Ergebnisse aus einer Studie unter Bedingungen entstanden sind, die mit der gegebenen klinischen Situation vergleichbar sind. Dabei spielen auch weitere Faktoren eine Rolle wie z.B. die Art der Therapie oder die Bereitschaft der Patienten, eine bestimmte Therapie regelmäßig zu befolgen. Das Ergebnis sollte dann in der Therapie umgesetzt werden.

Evaluation

Die zu lehrenden Inhalte in Bezug auf die Ergebnisevaluation einer therapeutischen Entscheidung ergeben sich aus § 135a Sozialgesetzbuch V (SGB, 2008), aber auch aus dem Selbstverständnis heraus, die Qualität, hier vor allem Effektivität und Effizienz der eigenen Therapie zu belegen. Dokumentationsstrategien und der Einsatz von geeigneten Messmitteln wie z.B. standardisierte Tests sollten den Studierenden deshalb bekannt sein.

Validität aus Patientenpräferenzen

EBP umfasst aber nicht nur den Einbezug externer Evidenz, sondern auch die Berücksichtigung der individuellen Erfahrungen und Präferenzen des Patienten. Diese lassen sich am besten im Rahmen partizipativer Entscheidungsfindung im Fokus der Therapiezielsetzung umsetzen.

Der Nutzen einer gemeinsamen Zielformulierung mit dem Klienten liegt in der daraus resultierenden Klarheit für alle Beteiligten. Gemeinsame Zieldefinitionen ermöglichen eine Steigerung der Effektivität, indem erst mittels Zielzerlegung eine Evaluation der Therapie ermöglicht wird, und sie verbessern insgesamt die Prognosegüte der Therapie.

Allgemeine Kriterien der Zielformulierung

Folgende allgemeine Kriterien einer erfolgreichen Zielsetzung lassen sich aus der psychotherapeutischen Literatur zur Verhaltensänderung ableiten. Aus den einzelnen Zielen lässt sich ein *Handlungsplan* erstellen:

- Benennung eines erwünschten Zustands in der Zukunft (kurz- und mittelfristig): z.B. Veränderung eines Verhaltens, Abwendung einer Verschlechterung oder Stabilisierung eines bereits erworbenen Verhaltens
- positive Formulierung des Ziels
- Benennung des Adressaten, bei dem das Zielverhalten gezeigt werden soll
- konkrete Benennung der Verhaltensänderung und ihres Zwecks
- Benennung des Zeitpunktes, zu dem das Zielverhalten gezeigt werden soll
- Benennung des aktiv Handelnden, z.B. „Der Klient möchte ...“
- Benennung von Teilhabezielen im Gegensatz zu bloßen Funktions- oder Strukturzielen

Zielformulierungshilfe SMART-Regel

Bewährt hat sich als Zielformulierungshilfe die SMART-Regel. SMART ist ein Akronym für Specific-Measurable-Achievable-Relevant-Timely und dient im Management/Projektmanagement als Kriterium zur eindeutigen Definition und Überprüfung von Zielen (Armstrong, 2006). Ziele sollen dabei genau, messbar, erreichbar, bedeutsam und zeitlich definiert sein. Tabelle 3 zeigt die Anwendung der Formel bei einem Patienten mit Aphasie für den Bereich Agraphie.

Zielfindung und Zielevaluation mit GAS – Goal Attainment Scaling

Das Goal Attainment Scaling (GAS) ist ein Verfahren, das in den 1970er Jahren erstmals vorgestellt wurde (Kiresuk et al., 1994). Es erlebte in den USA eine rasche Verbreitung und wird seit Ende der 90er Jahren auch auf die deutsche Sprachtherapie übertragen. Mit Hilfe des GAS lassen sich Therapieziele operationalisieren, die individuell zwischen Therapeuten und Patienten vereinbart werden. Die Ziele werden auf einer fünffach gestuften Skala zwischen -2 und +2 eingeord-

■ **Tab. 3: SMART-Regel für einen Aphasiker mit Agraphie (aus Grötzbach, 2009)**

Regel	Bedeutung	Erläuterung	Anwendung
S pecific	genau	Welche Leistung soll verbessert werden? Ist das Ziel für alle Beteiligten verständlich formuliert?	Das Schreiben nach Diktat soll verbessert werden.
M easurable	messbar	In welchem Ausmaß soll sich die Leistung verbessern?	Von einer Liste mit je 40 Wörtern (Nomen, Verben, Adverbien, freie grammatische Morpheme) sollen 80 % korrekt geschrieben werden.
A chievable	erreichbar	Ist das Ziel während des Behandlungsabschnitts erreichbar?	Bei einem Aufenthalt von vier Wochen erscheint das Ziel 80 % korrekt realistisch.
R elevant	bedeutsam	Stimmt das formulierte Ziel mit den Wünschen des Patienten überein? Ist es wichtig für ihn?	Das Ziel geht auf den ausdrücklichen Wunsch des Klienten zurück.
T imed	zeitlich bestimmt	In welchem Zeitraum soll das Ziel erreicht werden?	Das Ziel soll innerhalb von vier Wochen erreicht werden.

net, wobei bereits der mittlere Wert 0 eine Verbesserung darstellt. Wichtig ist, dass der Nutzen des Verfahrens sehr stark von einer treffsicheren Operationalisierung abhängt, wobei beachtet werden muss, dass die Therapieziele nicht zu leicht und nicht zu schwer, nicht zu unrealistisch und nicht zu vage formuliert werden.

Bei der Verwendung in der Therapie stellt das GAS eine therapeutische Intervention dar. Bei der Verwendung des GAS als Instrument der Evaluation müssen darüber hinaus zusätzliche Anforderungen beachtet werden, wie die, dass die Auswertenden nicht identisch mit den behandelnden Therapeuten sein sollten. Oder es müssen allgemeine Zielsetzungen für Patienten festgelegt werden, die die individuellen Therapieprozesse vergleichbar machen. Tabelle 4 zeigt das Beispiel einer GAS, in Tabelle 5 wird ein Teilhabeziel für einen 19-jährigen Klienten mit Dysarthrophonie beschrieben.

Teilhabeorientierung

Für die Therapieplanung bietet die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) mit ihrer Orientierung an der Partizipation (Teilhabe)

■ **Tab. 4: Beispiel einer Goal Attainment Scale (GAS)**

Skala	Ziel 1	Ziel 2	Ziel 3
2 Höchster Entwicklungsstand (Ziel zu 100 % erreicht)			
1 Höher als erwartet (Ziel zu 75 % erreicht)			
0 Erwarteter Entwicklungsstand (Ziel zu 50 % erreicht)			
-1 Geringer als erwartet (Ziel zu 25 % erreicht)			
-2 Niedrigster Entwicklungsstand (Ausgangszustand)			

■ **Tab. 5: Dysarthriker (aus Marek, 2009)**

Skala	Ziel: Selbstständiges Einkaufen von Obst und Gemüse
2 Höchster Entwicklungsstand	Vollkommen verständliche Äußerung: Ziel selbstständig (ohne Nachfragen) erreicht
1 Höher als erwartet	Ziel erreicht, es ist maximal 1 Nachfrage vom Verkäufer notwendig
0 Erwarteter Entwicklungsstand	Ziel erreicht, es sind maximal 2 Nachfragen seitens des Verkäufers notwendig
-1 Geringer als erwartet	Ziel erreicht, es sind aber mehr als 2 Nachfragen des Verkäufers notwendig, Therapeut bleibt im Hintergrund
-2 Niedrigster Entwicklungsstand	Ziel erreicht mit Hilfe des Therapeuten

im Alltag die Möglichkeit, Therapieziele auf verschiedenen Ebenen zu formulieren und Ziele bzw. Schwerpunkte auch und vor allem bei den Folgeerscheinungen einer Störung zu setzen. In Tabelle 6 beschreibt *Grötzbach* (2009) individuelle Teilhabeziele eines Patienten mit Aphasie auf den einzelnen Ebenen der ICF.

Teilhabeorientierung im interdisziplinären Team

Die ICF ermöglicht es Logopädinnen und Sprachtherapeutinnen aber auch, die Rolle, die sie im Gesundheitswesen und bei einem konkreten Patienten einnehmen, den anderen Berufsgruppen zu verdeutlichen. Bei der

Planung der therapeutischen Versorgung im interdisziplinären Team erleichtert die ICF die Abstimmung der Inhalte. Tabelle 7 zeigt eine Dokumentationsvorlage, in der die Sichtweise des Klienten auf seine Störung, seine Teilhabe in sozialen Interaktionen und seine persönlichen Ressourcen einbezogen werden. Weiterhin wird zwischen Therapiezielen und Therapiemaßnahme unterschieden.

Wie partizipativ eine Zielvereinbarung mit dem Klienten im Einzelnen ausfallen kann, variiert jedoch in Abhängigkeit von Variablen wie dem Grad der Veränderungsmotivation und der Ausprägung oder dem Vorhandensein eines Störungsbewusstseins, sowie dem Wunsch, aktiv in die Therapie miteinbezogen

■ **Tab. 6: Aphasiker in der ICF (*Grötzbach, 2009*)**

ICF-Komponente	Angaben
Teilhabe (Partizipation)	<ul style="list-style-type: none"> ● Er möchte seinen Beruf wieder ausüben können. ● Er möchte wieder Kontakt zu seinem jüngeren Sohn finden. ● Er möchte seinen sportlichen Aktivitäten wieder nachgehen können. ● Er möchte wieder Auto fahren können. ● Er möchte wieder in Haus und Garten arbeiten können.
Aktivitätsstörungen	<ul style="list-style-type: none"> ● Gehen ist nur mit Hilfsmitteln möglich und beschränkt auf ca. 20 Meter. ● Treppensteigen ist nicht möglich. ● Greifen oder Festhalten mit der rechten Hand ist nicht möglich. ● Heben des rechten Arms ist nicht möglich. ● Aufgrund der Sprachstörungen sind Unterhaltungen beeinträchtigt. ● Beim Schreiben treten viele Fehler auf.
Positive Kontextfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> ● Er lebt finanziell abgesichert (keine finanziellen Belastungen). ● Er bekommt Unterstützung durch die Ehefrau und den älteren Sohn. ● Er ist sozial eingebunden in einem großen Bekanntenkreis. ● Er hat eine ungekündigte Stellung in einem großen Betrieb. ● Er pflegt ein gutes Verhältnis zum Vorgesetzten.
Negative Kontextfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> ● Der Kontakt zum jüngeren Sohn ist abgerissen. ● Schlafraum und Bad befinden sich in der ersten Etage (Treppe mit insgesamt 16 Stufen). ● Es gibt keine Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr. ● Im Heimatort sind keine Arztpraxen oder Einkaufsmöglichkeiten vorhanden.

■ **Tab. 7: Zielfindung im interdisziplinären Team (*Beushausen, 2009*)**

Ebenen ICF	Problem	Ziele (Z) Maßnahmen (M)
Ebene I Beeinträchtigung der Körperfunktionen/-Strukturen	Klient: Team:	Z: M:
Ebene II <i>Aktivität/Teilhabe</i> Durchführung einer Handlung oder Aufgabe, Eingebundensein in Lebenssituationen	Klient: Team:	Z: M:
Ebene III <i>Kontextfaktoren</i> Umwelt- und personbezogene Faktoren		Z: M:

zu werden (Dehn-Hindenberg, 2008). Hier kann es notwendig sein, die Zielvereinbarungsinstrumente individuell abzuwandeln. Die vorgestellten Zielfindungstools ermöglichen insgesamt ein evidenzbasiertes therapeutisches Vorgehen (Beushausen, 2009, 2005) mit dem Klienten und sind Studierenden der Sprachtherapie anhand von Fallbeispielen und mit realen Klienten gut vermittelbar.

LITERATUR

- Armstrong, M. (2006). *A handbook of human resource management practice*. London: Kogan Page
- Beushausen, U. (2005). Evidenz-basierte Praxis in der Logopädie – Mythos und Realität. *Forum Logopädie* 3 (19), 2-7
- Beushausen, U. (2009). *Entscheidungsfindung in der Sprachtherapie*. München: Elsevier
- Cochrane, A.L. (1972). *Effectiveness & efficiency. Random reflections on health services*. The Rock Carling Fellowship 1971. The Royal Society of Medicine Press
- Dehn-Hindenberg, A. (2008). *Patientenbedürfnisse in der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie*. Idstein: Schulz-Kirchner
- Dollaghan, Chr. (2007). *The handbook for evidenced-based practice in communication disorders*. Baltimore: Paul H. Books
- Grötzbach, H. (2009). Entscheidungsfindung bei Aphasie. In: Beushausen, U. (Hrsg.), *Entscheidungsfindung in der Sprachtherapie* (233-246). München: Elsevier
- Kiresuk, T.J., Smith, A. & Cardillo, J.E. (1994). *Goal attainment scaling: applications, theory, and measurement*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum
- Marek, A. (2009). Therapeutische Intervention bei Dysarthrophonie. In: Beushausen, U. (Hrsg.), *Entscheidungsfindung in der Sprachtherapie* (283-297). München: Elsevier
- Reilly, S., Douglas, J. & Oates, J. (2004). *Evidence based practice in speech pathology*. London: Whurr
- Sackett, D.L., Richardson, W.S., Rosenberg, W., Haynes, B.W. (1999). *Evidenzbasierte Medizin. EBM-Umsetzung und Vermittlung*. Deutsche Ausgabe: Kunz, R. & Fritsche, L., Bern: Zuckschwerdt
- SGB-Sozialgesetzbuch V (2008) - Öffentliches Gesundheitswesen. Hamburg: DTV-Beck

Autorin

Prof. Dr. Ulla Beushausen
 Bachelor- und Masterstudiengang für Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie, Bereich Logopädie
 HAWK Hochschule für Angewandte Wissenschaft und Kunst, Fachhochschule Hildesheim/Holzminde/n Göttingen
 Goschentor 1
 31134 Hildesheim
 beushausen@hawk-hhg.de

SUMMARY. Evidenced based practice in higher education

Evidenced based practice is a method of knowledge management, to provide high-quality services. It is a negotiated agreement to professional standards in SLT. The goal of EBP is the integration of: (1) clinical expertise, (2) best current evidence, and (3) client values reflecting the interests, values, needs, and choices of the individual client. The body of knowledge in SLT (1) is well situated in common educational programs, but the principles 2 and 3 needs to be defined in their implementation in the therapeutic process. Therefore the article deals with the implementation of EBP in higher education. Finding current evidence is defined as a five step process and the decision making process with clients is exemplified by the use of SMART goals and goal attainment scales.

KEY WORDS: Evidenced based practice – evidenced based medicine – SLT– higher education – SMART – GAS – patient preferences