

Logopädie und Wirksamkeit

Bestandsaufnahme und Perspektive – ein Diskussionsbeitrag

Monica Bürki, Susanne Kempe, Jürgen Kohler, Jürgen Steiner

ZUSAMMENFASSUNG. Wer eine Therapie leitet, übernimmt Verantwortung für einen nachvollziehbaren, begründeten, transparenten, dialogischen und reflektierten Prozess in Richtung eines individuell relevanten, lebensbedeutsamen Zieles. Alle hier genannten Adjektive sind Merkmale einer pädagogisch-therapeutischen Qualität. Methodenunabhängige Variablen wie Klientenfaktoren, Auftragsklärung und Zielvereinbarung sind hier relevante Größen und werfen ein neues Licht auf die Frage nach einer adäquaten Evaluationsforschung für die Logopädie. Für die Wirksamkeitsforschung in der Logopädie geht es um ein Überdenken des bisher direkt aus der evidenzbasierten Medizin übernommenen naturwissenschaftlichen Paradigmas und eine Wende hin zu Ökologie, Kooperation und Kontext. Diese gibt unserem Fach die Möglichkeit, einzelne Methoden nicht in einer Wirksamkeitskonkurrenz zu sehen, sondern nach übergeordneten, verbindenden und integrativen Faktoren zu suchen.

Schlüsselwörter: Qualität – Evidenz – Evaluation – ICF-Modell – Auftragsklärung – Zielvereinbarung – ökologisch – klienten-zentriert

Einführung in das Thema

Die Logopädie ist europäisch weitgehend akademisiert. In Skandinavien und Großbritannien zum Beispiel findet die Ausbildung auf Master-Niveau statt. Logopädie kann daher vom Anspruch her nicht nur praktische Umsetzung von Theorie (Praxeologie) sein, sondern versteht sich als ein eigenständiges Gebiet der Lehre und Forschung mit entsprechendem wissenschaftlichem Anspruch und Auftrag. Ihr Selbstverständnis ist das einer Handlungs- oder Integrationswissenschaft. Sie operiert mit Bezugswissenschaften (unter anderem Pädagogik, Sprachwissenschaft, Medizin, Psychologie), die je länderspezifisch unterschiedlich gewichtet werden. In der Regel tendiert die Logopädie zum Selbstverständnis einer „Angewandten Sprachwissenschaft“ („Angewandte pädagogische Psychologie“ oder „Angewandte Sozialmedizin“ sind aber auch realistische Optionen). Klar ist: Die Logopädie hat eigene Forschungsfragen, die sie mit konsensfähigen Methoden gegenstandsadäquat selbstinitiiert bearbeitet; sie überlässt Forschung nicht ihren Bezugswissenschaften.

Ein praktisch orientiertes Forschungsverständnis, das auf dem Niveau der Fachhochschulen angesiedelt ist, definiert wesentliche Ausschnitte von Forschung wie folgt:

- Forschung hat ein einfach zu benennendes Thema, eine zu klärende Frage und eine Erwartung.
 - Forschung beantwortet gesellschaftlich relevante Fragen.
 - Forschung wird initiiert durch einen Auftraggeber mit einem Motiv.
 - Forschung knüpft an Vorarbeiten an.
 - Forschung vernetzt sich interinstitutionell und international.
 - Forschung führt für Betroffene/Entscheidungsträger zu relevanten Ergebnissen.
- An der Interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik (www.hfh.ch) in Zürich kommt der Handlungswissenschaft Logopädie entgegen, dass hier Forschung grundsätzlich als „Forschung und Entwicklung“ verstanden wird. Vorrangige Aufgaben der Logopädie sind für uns
- Integration von Wissen aus den Bezugswissenschaften
 - Konzepte – Modelle – Fälle
 - Evaluationen und Wirksamkeitsnachweise.
- Von Wirksamkeitsnachweisen wird gemeinhin erwartet, dass sie durch den Vergleich von Vorgehensweisen, Methoden oder Konstellationen Prognosen über die Wahrscheinlichkeit von Erfolgen bzw. Verbesserungen erstellen. Möglicherweise jedoch trifft die Hierarchie der Evidenz mit der randomisiert-

Monica Bürki Garavaldi, dipl.

Logopädin, hat 1997 ihre Ausbildung an der Universität Fribourg/CH abgeschlossen. Sie arbeitete in logopädischen Ambulatorien, Sprachheilkindergärten, Frühberatungs- und Therapiestellen sowie freier Praxis und als Publizistin.

Seit 2008 ist sie wissenschaftliche Mitarbeiterin im Fachbereich Logopädie an der Hochschule für Heilpädagogik (HfH) in Zürich und führt eine logopädische Praxis.



Susanne Kempe Preti, lic. phil.,

dipl. Logopädin, erwarb ihr Diplom 1992 am Heilpädagogischen Institut Fribourg. Später folgte ein Studium der Heil- oder Sonderpädagogik an der Universität Fribourg/CH. Seit 2005 ist sie Dozentin im Studiengang Logopädie an der Hochschule für Heilpädagogik (HfH) in Zürich mit den Schwerpunkten Sprachstörungen bei Kindern, Schriftspracherwerb sowie Logopädie und schulische Integration.



Jürgen Kohler, Diplom-Psychologe, absolvierte 1988 das Logopädie-Examen in Heidelberg. Neben berufspraktischer Tätigkeit studierte er 1989 bis 1996 Psychologie. Ab 1992 war er Lehrlogopäde an der Schule für Logopädie in Reichenau, seit 1996 Schulleiter. Seit 2002 ist er Dozent an der Hochschule für Heilpädagogik (HfH) in Zürich mit den Schwerpunkten Redeflussstörungen, Forschungsmethoden und Ethik in der Heilpädagogik.



Prof. Dr. habil. Jürgen Steiner,

promovierte 1989 über Aphasie an der Universität Köln. 2001 folgte die Habilitation zum Thema Sprach- und Kommunikationsstörungen im Alter an der Universität Dortmund. Seit 2005 ist er Leiter des Studiengangs Logopädie an der Hochschule für Heilpädagogik (HfH) in Zürich mit den Arbeitsschwerpunkten Prävention, Diagnostik bei Aphasie und Sprachabbau bei beginnender Demenz.



kontrollierten Gruppenstudie (RCT) als „Gold-siegel“ (Evidenzstufe Ia) auf die Logopädie nicht zu, denn sie behandelt individuelle komplexe Entwicklungsverläufe (z.B. bei Kindern) und teilweise chronisch-progrediente Erkrankungen (z.B. bei Erwachsenen). Hier sind bereits die Vorgaben einer hinreichend großen, homogenen Versuchsgruppe kaum realisierbar.

Das Thema Evaluationsforschung ist auch insofern brisant, weil es mit grundsätzlichen Fragen verknüpft ist: der Frage nach dem Wissenschafts- und Forschungsverständnis und der Definition und Legitimation der Profession. Wenn tatsächlich der Behauptung zugestimmt werden kann, dass die Übernahme des medizinisch-naturwissenschaftlichen Paradigmas ein Missverständnis ist, muss das Fach sich entsprechend (um-)orientieren (Braun 2000, Buchholz 2007a, 2007b, Giel 2000, 2006, Kriz 2008, Lüders 2006, Schulz 2009, Peterander & Speck 2000, Speck 2001, Weinert 2002, Wesseler 2010, Caspar 2009).

Begrifflichkeiten im Themenkreis Wirksamkeit

Es gibt viele Begrifflichkeiten zum Themenkreis Wirksamkeit in der logopädischen Praxis: Erfolgskontrolle, Lernerfolgskontrolle, Qualitätskontrolle, Qualitätssicherung, Wirkungsforschung, Effizienzforschung, Kontrollforschung, Bewährungsuntersuchung, Begleitforschung, Evaluation, evidenzbasierte Praxis etc. Im Folgenden sollen die aktuell diskutierten Begriffe „Evidenz“ und „Evaluation“ kurz erläutert und ihr gemeinsamer Bedeutungskern dargestellt werden.

Evidenz könnte man mit „Beweiskraft“ übersetzen. Eine evidenzbasierte Praxis soll also auf solchen handlungsleitenden Modellen für Therapie, Beratung, Diagnostik etc. beruhen, die ihre Wirksamkeit bewiesen haben. Dabei kommt der Begriff „evidenzbasiert“ ursprünglich aus der Tradition der Medizin und wird nach naturwissenschaftlichen Vorstellungen definiert. Diese beruhen darauf, Prozesse in kontrollierbaren Einzelbetrachtungen aufzuspalten. Besonders beweiskräftige Studien sind danach Experimente, bei denen menschliches (Sprach-)Verhalten in viele kontrollierbare und quantitativ erfassbare Elemente zerlegt wird. Die qualitative Einzelfallstudie mit ihrem eher ganzheitlich-beschreibenden Ansatz werden in der Folge als weniger beweiskräftig betrachtet, wie auch Beushausen (2005) hervorhebt.

Evaluation heißt zunächst nichts anderes als Bewertung. Im Rahmen der (Heil-)Pädagogik meint der Begriff die Bewertung bzw. Beurteilung von Unterrichtsprogrammen,

Lehrplänen, Therapiemodellen, Diagnostikinstrumenten etc.

Mit dem Begriff Evaluation wird im Gegensatz zur evidenzbasierten Praxis keine Forschungsmethode bevorzugt, sondern es geht viel allgemeiner und offener um eine wissenschaftlich-systematische Beschreibung und Bewertung unter gegenstandsangemessenen Kriterien (Wottawa & Thierau 1998). Beide Begriffe haben einen starken Bezug zum Handlungswissen.

- Es geht um die Praxis des pädagogisch-therapeutischen Handelns und weniger um theoretische Modelle und Erklärungswissen.
- Es geht um Handlungsalternativen. Welcher pädagogisch-therapeutische Ansatz ist der bessere?
- Es geht um Optimierung der tagtäglichen Entscheidung im pädagogisch-therapeutischen Handeln.

Der Evaluationsbegriff hat hierfür eine eigene Differenzierung: Bei der „formativen“ Evaluation liegt die Gewichtung auf dem Prozess der pädagogisch-therapeutischen Handlung. Schon während der Evaluation wird die Optimierung des Handelns angestrebt. Dieses Vorgehen hat große Ähnlichkeit mit dem für die pädagogisch-therapeutische Praxis und Ausbildung bekannten Prozess der kollegialen oder supervisorischen Praxisreflexion.

Bei der evidenzbasierten Praxis kennt man außerdem die Unterscheidung zwischen „externer“ und „interner“ Evidenz. Die Pädagogin bzw. die Therapeutin entscheidet auf Grundlage der individuellen und fallspezifischen Umstände (interne Evidenz), ob die beweiskräftigen Studien (externe Evidenz) tatsächlich für ihr praktisches Problem relevant sind. Dieser Prozess ähnelt der traditionellen Fortbildung von (Heil-)Pädagoginnen bzw. Therapeutinnen, indem diese bei der kritischen Lektüre von Fachartikeln oder Fachbüchern deren Relevanz für ihre eigene Praxis beurteilen müssen. Die Differenzierung in formative Evaluation und interne Evidenz zeigt auch, dass sowohl im Zuge von Evaluationsstudien oder -prozessen als auch bei der Etablierung von evidenzbasiertem Handeln die Heilpädagogin oder Therapeutin als (selbst-)reflexive und autonom-professionelle Person im Vordergrund stehen kann.

Ansprüche an eine zeitgemäße Logopädie

Logopädie ist eine Form von befristeter Hilfe, die gesetzlich verankert ist und sich hinsichtlich ihres Nutzens vor Kostenträgern legitimiert. An dieser Legitimation muss sie nicht nur als „Auflage von außen“, sondern

als eigene Programmatik interessiert sein, da es um Qualität und Professionalisierung geht. Drei Punkte führen zum Anspruch des Wirkungsnachweises:

► *Erstens.* Die Verankerung von Logopädie im Gesundheitssystem ist in vielen Ländern Europas gesetzlich festgeschrieben. Das Recht auf Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe wird betont und eine den Wünschen des Leistungsberechtigten entsprechende Hilfe bei Bedrohung derselben gewährt. In der Schweiz finden sich solche Festschreibungen z.B. in der Bundesverfassung und den kantonalen Sonderschulgesetzen oder dem Krankenversicherungsgesetz. Von hier ausgehend legitimiert sich die Logopädie durch den Anspruch der Menschen in modernen Sozialversicherungs- und Bildungssystemen.

► *Zweitens.* Verantwortliche des Gesundheitssystems – auch des Bildungssystems – haben die Aufgabe, Maßnahmen im Hinblick auf Ressourcen zu betrachten. Entscheidungen für Maßnahmen fallen im System Risiken – Kosten – Nutzen – Alternativen. Die Frage ist dann: Welches Risiko kann mit welchem finanziellen Einsatz mit welchem Grad an Sicherheit des Effekts eingesetzt werden und welche Alternativen gibt es? Das heißt für die Logopädie ganz konkret, dass sie ihre Zuständigkeit proklamiert, Bedingungen und Wahrscheinlichkeiten für Erfolge vorgibt und dass sie damit eine sinnvolle Wahl unter Alternativen ist.

► *Drittens.* Seit langem ist das Selbstverständnis der Logopädie geprägt durch die Maximen „theoriegeleitet“ oder „modellgeleitet“. Qualität und Professionalisierung heißt, Plausibilitäten des Handelns durch Theorien und Modelle herzustellen. Und aus praxeologischer Sicht: Die Logopädin muss wissen, bei welcher Problemkonstellation sie was warum mit welchen Erwartungen tut. Gemeint ist hier der Umgang mit Standards, wobei gleich zu betonen ist: Standards sollten dabei Spielraum für Innovationen lassen.

Alle genannten Punkte führen zum Anspruch des Wirkungsnachweises:

- Patienten, Angehörige, Eltern wünschen eine erfolgversprechende Maßnahme,
- Kostenträger wünschen sich Legitimationen für den Einsatz ihrer Ressourcen und
- das Fach und die Praktiker wünschen sich Standards und Leitlinien.

In der Schweiz fordern sowohl die EDK (Eidgenössische Erziehungsdirektorenkonferenz) als auch die SDK (Konferenz der Sanitätsdirektoren im Gesundheitswesen) die flächendeckende Umsetzung der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit,

Behinderung und Gesundheit, WHO 2001). Diagnose, Therapie und Evaluation in der zeitgemäßen Logopädie orientieren sich am Modell der ICF. Entsprechend müssen sich auch Wirksamkeitsnachweise am Denkraum ICF ausrichten. In ihrem Sinne ist Sprachtherapie wirksam, wenn

- eine Verbesserung von Körperstrukturen und -funktionen erreicht werden konnte, die die Sprachlichkeit stützen und/oder
- eine Verbesserung von Sprachaktivitäten und dem Aspekt von Teilhabe an und durch die Sprache beobachtbar, testbar oder Ergebnis einer Befragung ist.

Dabei geht es in der Zieldimension um folgende Besonderheiten:

- In der Prävention geht es darum, dass wir die Wirksamkeit als Abwendung von Gefährdungen betrachten.
- Wirksamkeit in der Behandlung definiert sich als Aufrechterhaltung, Verzögerung oder Verbesserung.

Professionelles Handeln heißt zunächst einzuschätzen, um welchen Rahmen es bei Wirksamkeitsnachweisen geht:

- Inwiefern können Effekte auf den Ebenen Struktur, Funktion, Aktivität und Partizipation festgestellt werden?
- Welche Methodenkombination in der Auswahl *beobachten – befragen – testen* wird dem Kontext gerecht?
- Ist die Zieldimension Abwendung von Gefährdungen, Verbesserung, Aufrechterhaltung oder Verzögerung?

Insofern ist die Frage nach „der“ Wirksamkeit in „der“ Therapie als zu stark vereinfachend unzulässig. Forschung und auch Wirksamkeitsforschung brauchen ein adäquates Vorgehen; eine Methodenkombination ist gefragt (Steiner 2001).

Auswirkungen eines eingeschränkten Kriterienkataloges für das Merkmal „wirksam“

Wenn man davon ausgeht, dass die für die Logopädie relevanten Kriterien der Wirksamkeitsmessung – wie oben angedeutet – eher qualitativ beschreibbar und weniger quantifizierbar messbar sind, stellt sich natürlich die Frage, was eine Hierarchie von Evidenzgüte bei allen Beteiligten bewirkt, die quantifizierbare und experimentelle Settings als wertvoller gegenüber einzelfallorientierten qualitativen Studien erachtet. Im negativen Falle ist mit einer Abwertung von logopädischen Leistungen zu rechnen, die sich in einer Art „Minderwertigkeitsgefühl“ des Berufsstandes und in der Reduzierung der ökonomischen Mittel durch Kostenträger ausdrückt. Im günstigeren Falle entsteht

eine konstruktive Diskussion zwischen den Beteiligten um eine gegenstandsangemessene Definition von Wirksamkeitskriterien (Tschuschke 2005). Diese Kriterien sollten sowohl dem berechtigten Wunsch nach Objektivität und Verallgemeinerung auf der einen Seite und Individualisierung und ganzheitlichem Verstehen auf der anderen Seite kompromissartig Rechnung tragen. Das Missverständnis, von dem wir in der Einführung gesprochen haben, beruht darauf, dass aus der Sicht der Menschen im Zentrum des Geschehens das Erleben von „wirksam“ das Ergebnis von Ziel- und Selbstreflexion ist (Speck 2001). Eine Ziel- und Selbstreflexion ist aber weder gruppenweise zu erfassen noch einer quantitativen Erfassung zugänglich. Therapeutische Fähigkeit ist bedingt durch das Zusammenspiel von Kennen (Wissen) – Können (Einordnung von Kontexten) – Sein (Selbstreflexion und Anleitung zur Reflexion). Eine kluge Logopädieausbildung sorgt für die Vernetzung dieser drei Grundsäulen therapeutischer Kompetenz. Demnach ist ein wirksames Vorgehen in einem individualisierten Prozess in sehr divergierenden Kontexten nicht mit einem Ausbildungstraining zu absolvieren, das (evidente) Methoden Step-by-Step lehrt. Therapeutin sein heißt, in Kontexten zu denken und auf der Grundlage von Begründungen von Fall zu Fall so oder eben anders zu entscheiden, zu handeln und dies transparent zu machen (Buchholz 2007b und Neuweg 2004). Wenn Ausbildung, praktisches Handeln so gestaltet sind, ist die Definition von „wirksam“ hieran auszurichten.

Zum Beispiel Aphasiotherapie: Was ist der Stand der Wirksamkeitsforschung und was braucht die Praxis?

In der Aphasieforschung ist die Ermittlung von Wirksamkeit ein wichtiger Teilbereich. Die Überschau von Grötzbach (2008) und der neueste Beitrag von Wallesch (2009) geben eine gelungene Zusammenfassung des „State of the Art“. Wir wissen aus der Wirksamkeitsforschung, dass

- Aphasiotherapie dann wirksam ist, wenn eine hohe Anzahl von Therapieeinheiten (ca. 2 pro Tag, 10 pro Woche) für ein bestimmtes Zeitfenster (2-3 Monate) angeboten wird und die Inhalte repetitiv, persönlich relevant und mit einer langsamen Steigerung der Anforderung versehen sind. Intensiven Phasen können Pausen folgen, da die Effekte bestehen bleiben. Auch Patienten mit einer chronischen Aphasie können sich verbessern.

Wir wissen aus der Wirksamkeitsforschung nicht,

- welche Methode wirksam ist und inwiefern die Wirksamkeitsnachweise nur funktionale oder auch kontextsensitive Aspekte betreffen.

Dieser Wissensstand ist in Leitlinien festgehalten (Wehmeyer & Grötzbach 2006). Leitlinien (www.dgn.org) sagen Entscheidungsträgern, welche empfehlenswerte Praxis aus aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen abzuleiten ist. Sie haben aber keinerlei rechtsverbindlichen Status. Wie sind die seit Jahren bekannten Leitlinien in der Praxis umgesetzt?

Hinsichtlich der Institutionalisierung der Leitlinien ist gelungen, dass

- die Praktikerinnen im stationären Setting sich um eine „massed practice“ bemühen und diese bei ihrem Abschlussbericht einer Weiterführung im ambulanten Setting empfehlen.

Hinsichtlich der Institutionalisierung der Leitlinien ist es nicht gelungen, dass

- die Praktikerinnen im ambulanten Setting von den Verordnern in Richtung „massed practice“ unterstützt werden. Teils wird nicht nur nicht die richtige Anzahl verordnet, sondern die Verordnung bleibt gänzlich aus (Küpper-Nybelen et al. 2006). Das heißt: Nach einer kurzen, wirksamen Phase in einem Spital oder einer Rehabilitationseinrichtung findet kein sinnvoller Anschluss statt.

Insgesamt ist das Ergebnis langjähriger und intensiver Bemühungen um Wirksamkeit und die Implementierung von Leitlinien im Themenkreis Aphasie nicht befriedigend. Es ist daher zu fragen, ob zur Vorgehensweise andere Optionen zur Verfügung stehen. Denkbar wäre z.B. die Betonung der individuellen Wirksamkeit und eine damit verbundene Vorsicht bei der Übersetzung in Leitlinien. Das heißt:

- Wirksamkeit ist nicht allgemeingültig definierbar, aber individuell realisierbar. Die empirische Methode ist weder konstitutiv für die Therapieplanung noch konstitutiv für die Überprüfung des Therapieerfolges.
- Standards führen dann zu Einschränkungen, wenn sie sich über Einschluss (Merkmal „wirksamkeitsüberprüft“) und Ausschluss (Merkmal „Wirksamkeit fraglich“) definieren. Innovationen entstehen grundsätzlich aus dem zunächst Ungewöhnlichen und Unerwarteten.

Vor dem Hintergrund der ICF sollte auch in der Aphasiotherapie der Begriff der „Wirksamkeit“ im Hinblick auf den Kontext, genauer im Hinblick auf Verbesserungen der Rahmenbedingungen für die Konstruktion des Systems definiert werden und Verfahren der Prüfung sollten entsprechend ausgerichtet sein.

Geeignete Parameter für das Merkmal „Wirksamkeit“: Überprüfbare Ziele im Zentrum

Ein erster Schritt zu einem eigenen Denkrahmen bezüglich „Wirksamkeit“ ist die Loslösung vom medizinisch-naturwissenschaftlichen Paradigma (Schulz 2009, Caspar 2009). Wenn „Therapie“ nur individuell und dialogisch planbar ist, gilt dies auch für den Therapieerfolg. Methodisch spricht dies für Einzelfalldarstellungen bzw. für Schlussfolgerungen aus kumulierten Einzelfällen. Das dialogische Prinzip hat seine Wurzeln in Bubers Philosophie der Ich-Du-Beziehung und wurde von Doubrava und Staemmler 1999 für die gestalttherapeutische Praxis neu aufgearbeitet.

Individuelle Wirksamkeit bedeutet vor dem Hintergrund der ICF „wirksam in meinem konkreten Alltag“. Die Erreichung eines verhandelten Zieles, das hierauf abzielt, ist wichtiger als der Vergleich mit einer „Norm“ oder einer „Referenzgruppe“. Auf die Kontext- und Alltagsorientierung haben bereits für die Aphasiotherapie Wepman (1947) und für die Therapie von Spracherwerbsstörungen Grohnfeldt (2002) hingewiesen, neuere Ansätze hierzu finden sich bei Grötzbach und Iven 2009 sowie Brunner und Steiner 2009.

Unter dem Fokus des Alltags bewegen wir uns planend und evaluierend von der Effektivität weg und hin zur Sinnhaftigkeit mit entsprechenden Konsequenzen für das Forschungsdesign. Die entscheidende Frage, was wirkt, müsste in kooperative und integrative Begriffe gefasst werden, damit die Wirksamkeitsforschung in der Logopädie nicht in dieselbe Falle gerät, der die Psychotherapie-Forschung zumindest im deutschen Sprachraum bereits gefährlich nahe gekommen ist: Im Paradigma einer quantitativen Wirkungsforschung angelegt, öffnet sie einer Art „Patchwork-Therapie“ aus einzelnen laborwirksamen Interventionstechniken Tür und Tor und lässt jene Ansätze außer Acht, die nach ganz anderen Prinzipien ihre Wirksamkeit entfalten (Kriz 2008).

Was uns wirklich weiterbringen könnte in der Logopädie ist eine Form von Evaluation, der es nicht darum geht, ein bestimmtes „kontrolliertes Vorgehen“ zu beweisen, sondern die wesentlichen Elemente eines komplexen Interaktionssystems klarer verständlich werden zu lassen. Jede Therapie besteht aus einem System interagierender Variablen, nicht aus einer linearen Kette von Ursachen und Wirkungen. Die Evaluation sollte deshalb versuchen, wesentliche Elemente der Therapie in ihren Beziehungen zueinander abzubilden.

Bei einer solchen Form von Evaluation ginge es darum, zu fragen:

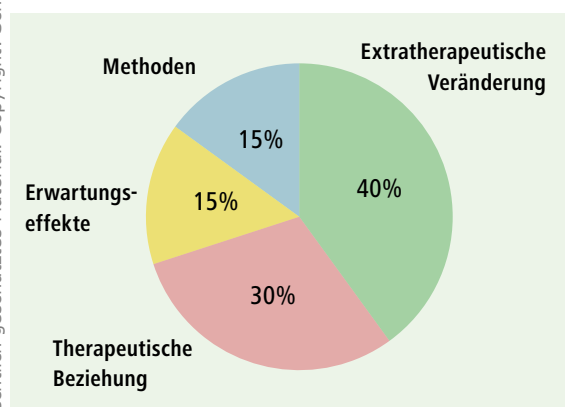
- Was versuchen wir zu tun?
- Warum tun wir es?
- Wie tun wir dies?
- Warum glauben wir, dass dies die beste Art ist? (Und glauben wir das wirklich?)
- Wie stellen wir fest, ob die angestrebten Ergebnisse tatsächlich erreicht werden?
- Wie können wir noch besser werden?

(Wesseler 2010).

Eine solche phänomenologische Herangehensweise öffnet den Blick für das tatsächlich zu evaluierende Geschehen. Wenn Phänomene unabhängig von Theorien und Methoden existieren, so bedeutet dies auch, dass eine Therapiemethode allein noch keinen Erfolg ausmachen kann. Es sollte daher eine Methodenvielfalt und Möglichkeiten von deren Evaluation angestrebt werden. Grundsätzlich geht es aus phänomenologischer Sicht darum, sprachlich-kommunikative Phänomene und ihre Entwicklung zu evaluieren – nicht Methoden und ihre Anwendung (Buchholz 2010). Dieser Ansatz für Therapie und Evaluation würde bedeuten, dass die therapeutische Arbeit dem spezifisch vorliegenden Phänomen gerecht werden kann.

Evaluationsforschung in der Sprachtherapie in diesem kooperativen, integrativen Sinn müsste sich vermehrt auf Prozesse konzentrieren, die allen Therapien gemeinsam sind. So weisen Therapien, die eine besonders gute Wirkung erzielen, nachweislich eine Reihe gemeinsamer Merkmale auf wie gezielte Ressourcenaktivierung, Problembewältigung, eine tragfähige therapeutische Beziehung, eine genaue Klärung der Ziele und der Motivation (Eicher 2009, Peterander 2008, Hubble et al. 2001). Konkrete methodische Ansätze spielen eine nebengeordnete Rolle (Abb. 1). Diese gilt es bei der Evaluation unbedingt zu berücksichtigen.

■ **Abb. 1: Wirkfaktoren in der Therapie am Beispiel der Psychotherapie (nach Hubble et al. 2001, 49)**



Der forschende Praktiker und die praxisverpflichtete Forscherin

Aus Sicht der praktisch handelnden Logopädin gilt als Wirksamkeitsfrage für den Einzelfall: Was muss sich für wen in welchem Zeitfenster wie verändern, damit wir eine Intervention als erfolgreich einschätzen? Kommunikation ist ein überaus komplexes Phänomen und die Planung und Durchführung einer Kommunikationstherapie ein nicht minder komplexes Unterfangen. Um der Komplexität in Planung und Erfolgseinschätzung der vielschichtigen individuellen Sprachlichkeit nur annähernd gerecht zu werden, braucht es mehr als die Evaluation einzelner Parameter auf sprachstruktureller bzw. pragmatischer Ebene. Planung, Durchführung, Reflexion und Bilanz sind dabei Teil eines partizipativen Prozesses (Duchan & Black 2001, Grötzbach & Iven 2009, Beushausen 2009).

Als Therapeutinnen sind wir letztlich dem Klienten gegenüber verpflichtet und keiner Sprachnorm. Ein klientenzentrierter Ansatz ist folgerichtig einem sprachzentrierten vorzuziehen und lässt sich gut in das ICF-Modell einbinden. Ein solcher Ansatz, der „Personal Futures Planning“, wird von Duchan und Black (2001) aus der Schwerstbehindertenpädagogik übernommen und in der Sprachtherapie mit Kindern umgesetzt. Im Zentrum steht der gemeinsame Planungsprozess mit Betroffenen, Angehörigen und Therapeuten, bei dem es darum geht, persönliche, lebensrelevante Ziele und mögliche Wege dahin festzulegen. Jeder Teilnehmer dieses Systems übernimmt für einen bestimmten Bereich die Verantwortung, die Sprachtherapeutin agiert in der Rolle der Beraterin und Moderatorin. Integration und jegliches interprofessionelles Handeln beginnt bei der gemeinsamen Zieldefinition, die Methodenfrage kann nachrangig behandelt werden.

Evaluationen, die sich auf messbare Teilleistungen oder auf ein methodisches Standardvorgehen beschränken, erfassen nur einen kleinen Teil dessen, was den therapeutischen Prozess ausmacht. Die forschende Praxis braucht ein umfassendes Verständnis von Logopädie, das sich nicht auf die 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 einbezieht.

Wie können wir dennoch annähernd verantwortbar logopädisches Handeln begründen? Ergebnisqualität hängt mit Prozessqualität zusammen, die maßgebend ist. Eine hohe Prozessqualität wird durch transparentes,

nachvollziehbares und klientenzentriertes Vorgehen erreicht (Giel 1999). In der Praxis wie in der Forschung ist die Nachvollziehbarkeit das relevante Kriterium. Evidenzbasierte Praxis ist dann in erster Linie als transparenter Entscheidungsprozess zu verstehen, der offenlegt, aufgrund welcher externen und internen Evidenzen Behandlungsentscheidungen getroffen werden. Es gibt einen gangbaren Weg zwischen reiner Intuition und naiver Wissenschaftsgläubigkeit, den viele (Heil-)pädagoginnen und Therapeutinnen schon gehen: den zielorientierten, nachvollziehbaren und gut dokumentierten Prozess.

Ausblick

Die Frage, was Wirksamkeit überhaupt ist und mit welchem Vorgehen wir diese nachweisen können, ist entscheidend für den künftigen Professionalisierungsprozess. Wir empfehlen dringend eine Abkehr von Linearität, evidenzbasierten Herleitungen und Legitimierungen und eine Hinwendung zu Ökologie, Kooperation und Kontext in einem rekursiven Prozess von Wissenschaft und Praxis (Huschke-Rhein 2003).

Ökologisch bedeutet, dass sich das Merkmal „wirksam“ im Lebenskontext der Direkt- und Mitbetroffenen definiert, also eine lebensbedeutsame Wirksamkeit. Kooperativ bedeutet, dass einzelne Methoden nicht in Wirksamkeitskonkurrenz antreten, sondern dass wir stattdessen nach übergeordneten Faktoren suchen, die die unterschiedlichen therapeutischen Ansätze verbinden. Kontextbezogen bedeutet, dass die therapeutische Planung von der Konstruktion und die Erfolgseinschätzung von der Rekonstruktion lebt, denn durchgestylte methodische Schritte mit zugeordneten Zeitvorgaben erzeugen eine „illusionäre Welt der Didaktik“ (Reich 2008, 24).

LITERATUR

- Beushausen, U. (2005). Evidenz-basierte Praxis. Mythos und Realität. *Forum Logopädie* 2 (19), 6-11
- Beushausen, U. (2009). Evidenzbasierte Praxis in der Lehre. Vorgehensweise und Beispiele zur praktischen Umsetzung im Unterricht. *Forum Logopädie* 5 (23), 28-33
- Braun, H. (2000). Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung in sozialen Diensten. In: Peterander, F. & Speck, O. (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in sozialen Einrichtungen* (31-43) München: Reinhardt
- Brunner, C. & Steiner, J. (2009). Dialogisch orientierte Verfahren in der Aphasiediagnostik – ein Überblick. *SAL-Bulletin* Nr.134, 17-32

- Buchholz, M. (2007a). Der Fall von RCT– Kritik einer Hierarchie. *Psycho-News-Letter* Nr. 55
- Buchholz, M. (2007b). Das Können des Unbegrifflichen. *Psycho-News-Letter* Nr. 59
- Buchholz, M. (2010). Rehabilitierung des Szenischen. *Psycho-News-Letter* Nr. 79
- Caspar, F. (2009). Was genau ist „good for people“? Ein differenzierter Diskussionsbeitrag zur aktuellen Psychotherapieforschung. *Psychoscope* 30 (8-9), 8-11
- Doubrava, E. & Staemmler, F. (1999). *Heilende Beziehung. Dialogische Gestalttherapie*. Köln: Hammer
- Duchan, J. & Black, M. (2001). Progressing toward life goals: a person-centered approach to evaluating therapy. *Topics in Language Disorders* 21 (4), 37-49
- Eicher, I. (2009). *Sprachtherapie planen, durchführen, evaluieren*. München: Reinhardt
- Giel, B. (1999). Qualitätsmanagement und Sprachtherapie. *Die Sprachheilarbeit* 1 (44), 29-38
- Giel, B. (2000). Evaluation von Sprachtherapie: Standardisierung statt Individualisierung? In: Homburg, G., Iven, C. & Maihack, V. (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in der Sprachtherapie. Kontrollmechanismus oder Kompetenzzugewinn?* Tagungsbericht zum Wissenschaftlichen Symposium des dbs e.V. am 21. Januar 2000 in Bremen (41-56). Köln: Prolog
- Giel, B. (2006). Evaluation von Sprachtherapie: Zwischen Anspruch und Wirklichkeit. In: Maihack, V. & Postler, J. & Voigt-Zimmermann, S. (Hrsg.), *Aphasietherapie zeigt Wirkung. Diagnostik, Therapie und Evaluation*. Tagungsbericht zum 7. Wissenschaftlichen Symposium des dbs am 20./21. Januar 2006 in Potsdam, Podiumsdiskussion (39-60). Köln: Prolog
- Grötzbach, H. (2008). *Evidenzbasierte Aphasietherapie: Welche Faktoren sind gesichert?* Unveröffentlichter Vortrag anlässlich der Tagung „Impulse08“ in Zürich
- Grötzbach, H. & Iven, C. (2009). Umsetzung der ICF in den klinischen Alltag. In: Grötzbach, H. & Iven, C. (Hrsg.), *ICF in der Sprachtherapie* (9-22). Idstein: Schulz-Kirchner
- Grohnfeldt, M. (Hrsg.). (2002). *Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Bd. 3. Diagnostik, Prävention und Evaluation*. Stuttgart: Kohlhammer
- Hubble, M.A., Duncan, B.L. & Miller, S.D. (Hrsg.) (2001). *So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen*. Dortmund: Modernes Lernen
- Huschke-Rhein, R. (2003). *Einführung in die systemische und konstruktivistische Pädagogik. Beratung – Systemanalyse – Selbstorganisation*. Weinheim: Beltz
- Kriz, J. (2008). Vermessene Wissenschaftlichkeit. *Psychotherapiejournal* 2 (7), 117-119
- Küpper-Nybelen, J., Ihle, P., Deetjen, W. & Schubert, I. (2006). Empfehlung rehabilitativer Maßnahmen im Rahmen der Pflegebegutachtung und Umsetzung in der ambulanten Versorgung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 39, 100-108
- Lüders, C. (2006). Qualitative Evaluationsforschung – was heisst hier Forschung? In: Flick, U. (Hrsg.), *Qualitative Evaluationsforschung. Konzepte – Methoden – Umsetzungen* (33-62). Reinbek: Rowohlt
- Neuweg, G.H. (2004). *Könnerschaft und implizites Wissen* (3. Aufl.). Münster: Waxmann
- Peterander, F. (2008). Von der Qualitätsentwicklung zum evidenzbasierten Handeln in der Frühförderung? *Frühförderung interdisziplinär* 3 (27), 107-114
- Peterander, F. & Speck, O. (Hrsg.) (2000). *Qualitätsmanagement in sozialen Einrichtungen*. München: Reinhardt
- Reich, K. (2008). *Konstruktivistische Didaktik. Lehr- und Studienbuch mit Methodenpool*. Weinheim: Beltz
- Schulz, K. (2009). Ist Logopädie eine Praxis? Ein Diskussionsbeitrag aus philosophischer Perspektive zur Entwicklung eines autonomen Selbstverständnisses der Logopädie. *Forum Logopädie* 6 (23), 34-38
- Speck, O. (2001). Verbessert die Evaluation von Unterricht das Lernen? *Zeitschrift für Heilpädagogik* 8 (52), 310-316
- Steiner, J. (2001). Logopädisch-sprachheilpädagogische Forschung konkret: Der Fragebogen als Instrument einer qualitativen Forschung im Themenkreis „Menschen mit sprachlich-kommunikativen Beeinträchtigungen“. *Logos interdisziplinär* 3 (9), 4-11
- Tschuschke, V. (2005). Die Psychotherapie in Zeiten evidenzbasierter Medizin. *Psychotherapiejournal* 2 (4), 106.
- Wallesch, C.W. (2009) Evidenzbasierte Verfahren in der Sprachtherapie. *Neurologie & Rehabilitation* 4 (15), 252-254
- Wehmeyer, M. & Grötzbach, H. (2006). *Aphasie – Wege aus dem Sprachschonungel* (3. Aufl.). Berlin: Springer
- Weinert, F.E. (2002). Perspektiven der Schulleistungsmessung – mehrperspektivisch betrachtet. In: Weinert, F.E. (Hrsg.), *Leistungsmessungen in Schulen* (353-365). Weinheim: Beltz
- Wepman, J.M. (1947). The organisation of therapy for aphasia. The inpatient treatment center. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 12, 405-409
- Wesseler, M. (2010). Evaluation und Evaluationsforschung. In: Tippelt, R. (Hrsg.), *Handbuch Erwachsenenbildung, Weiterbildung*, 4. neu überarb. Aufl. (1031-1048). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften
- Wottawa, H. & Thierau, H. (1998). *Lehrbuch Evaluation* (2. Aufl.). Bern: Huber

Eine modifizierte Version dieses Artikels ist erschienen in: *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik* Jg. 16, 4/10, 29-35 und in *Logopaedica* XIII, 2010, S. 5-13.

SUMMARY. Assignment and legitimization of speech therapy. Interim conclusions focusing on the "effectiveness" feature

Whoever leads therapy takes responsibility for ensuring that the process is understandable, supported, transparent, dialogic and reflective, while at the same time being individually relevant and focused on important objectives of one's life. All these attributes are the features of a pedagogically-therapeutic quality. The present article clarifies the importance of factors that are not dependent on any particular method. It deals with factors relating to the client, but also provides clarification of tasks and the targeted consensus. Simultaneously, we question the possibilities of adequate, evaluatory research for the needs of speech therapy. With reference to the efficiency of speech therapy we recommend a critical review of the scientific paradigm that relates speech therapy almost directly to medical sciences built on the evidencebased approach. Our approach focuses an inclination to environment, cooperation and context. This paradigm shift will help to regard individual methods not as competing for their effectiveness but instead it will allow us to identify overriding factors which can interconnect different therapeutic approaches. (Translated by Miriam Reyner)

KEYWORDS: quality – evidence – evaluation – ICF-model – targeted consensus – environment – orientation on client

DOI dieses Beitrags (www.doi.org)
10.2443/skv-s-2011-53020110205

Korrespondenzanschrift

Hochschule für Heilpädagogik, HfH
Studiengang Logopaedie
Schaffhauserstrasse 239
CH-8050 Zürich
therapeutischeberufe@hfh.ch
www.hfh.ch
www.logopaedieundpraevention-hfh.ch
www.demenzsprache-hfh.ch