

Sebastian Brenner (2013)

## Entscheidungszentrierte, evidenzbasierte Praxis

### – ein alternatives EBP-Modell

#### Decision-centered, evidence-based practice – an alternative EBP model

Schlüsselwörter: Klinische Entscheidung, evidenzbasierte Praxis, Umsetzung, Modell

Keywords: clinical reasoning, evidence-based practice, implementation, model

#### Zusammenfassung

Evidenzbasierte Praxis stellt eine Dimension professionellen Handelns dar. Sie beinhaltet die Berücksichtigung verschiedener Einflüsse im Rahmen einer wissenschaftlich reflektierten, klinischen Entscheidung als Grundlage einer durchzuführenden Intervention. Einfluss nehmen individuelle Ziele, Wünsche und Erwartungen von Patienten/innen, vorliegende Ergebnisse systematischer Forschung (Evidenz) sowie die Expertise von Therapeuten/innen. Darüber hinaus setzt die Berücksichtigung dieser Einflüsse passende Rahmenbedingungen seitens der jeweiligen Institution (Klinik, Praxis, ...) sowie der Gesellschaft voraus. Aus diesen Anforderungen entstand ein Modell entscheidungszentrierter evidenzbasierter Praxis. Zehn von zwölf der Experten/innen, die im Rahmen einer Studie EBP-relevante Teilkompetenzen identifizierten, stimmten der, dem Modell der entscheidungszentrierten evidenzbasierten Praxis zugrunde liegenden EBP-Definition zu. Diese Definition – wie auch das Modell – legt ein größeres Gewicht auf die klinische, wissenschaftlich reflektierte Entscheidung handelnder Therapeuten/innen, als dies in EBP-Definitionen der recherchierten Literatur der Fall ist.

#### Summary

Evidence-based practise (EBP) constitutes a dimension of professional action. It considers various influences within the framework of a scientifically reflected clinical decision that forms a basis for any intervention. These influences may be the patients' individual aims, wishes and expectations, available results of systematic research (evidence) and experts' reports by therapists. These influences can be taken into consideration if the conditions of the medical or therapeutic institution, and society in general, are favourable. A model of decision-centered evidence-based practise was derived from these requirements. Ten out of 12 experts, who identified EBP-relevant part-competences within the framework of a study agreed to the definition of EBP that formed the basis for the model of decision-centered evidence-based practise. This definition - as well as the model - puts greater emphasis on the clinical, scientifically reflected decision of active therapists than other defintions of EBP in the literature studied by the author.

# 1 EINLEITUNG

Betrachten wir die Landschaft der Gesundheitsfachberufe, finden wir an vielen Stellen die Diskussion um Professionalisierung und Akademisierung, stets verbunden mit dem Ziel, den betreffenden Beruf aufzuwerten und das berufliche Handeln stärker an wissenschaftlichen Erkenntnissen - Evidenzen - auszurichten. Mit der Befähigung zur Recherche und Auswertung wissenschaftlicher Studien scheint es jedoch nicht getan, denn evidenzbasiertes Arbeiten erfordert einen Rahmen professioneller Entscheidungsfindung und benötigt organisatorische Rahmenbedingungen, in denen es stattfinden kann.

Im Falle des Berufsfeldes Logopädie/Sprachtherapie spaltet diese Diskussion die ohnehin schon zersplitterte Landschaft der unterschiedlich ausgebildeten Therapeuten/innen. Akademische Vertreter des Faches betonen die Wichtigkeit einer akademischen Qualifikation, insbesondere in Bezug auf wissenschaftlich fundierte Arbeit, sprich: evidenzbasierte Arbeit. Die große Gruppe der nicht akademisch ausgebildeten Logopäden/innen sieht darin z.T. einen Angriff auf die Qualität ihrer Ausbildung und ihrer täglichen Arbeit und verteidigt sich mit dem Hinweis auf die Praxisferne forschender Kollegen/innen. Zudem verweisen sie auf die fehlenden Ressourcen zur evidenzbasierten Arbeit (fehlender Zugang zu Datenbanken, fehlende Zeit, ...) und betonen den Wert ihrer Berufserfahrung sowie der absolvierten Fort- und Weiterbildungen. Die akademische Szene hält gleichwohl die Forderung nach Evidenzbasierung aufrecht und benennt sie als neuen Standard therapeutischer Arbeit. Jedoch wird diese Forderung durch die Erfahrung geschwächt, dass auch die Absolventen akademischer Ausbildungsgänge in ihrem späteren Berufsalltag nicht durchweg oder gar kaum evidenzbasiert arbeiten, obwohl entsprechende Fähigkeiten im Rahmen des Studiums vermittelt wurden.

Grund genug, bestehende Modelle evidenzbasierter Praxis genauer zu betrachten und zu hinterfragen, welchen Stellenwert diese in der praktischen Anwendung besitzen.

## 2 EVIDENZBASIERTE PRAXIS ALS KONSTRUKT

Das Schlagwort „Evidenzbasierung“ hat sich insbesondere in der Medizin bzw. im weiter gefassten Kontext der Gesundheitsberufe stark etabliert – wenn auch nicht unumstritten. Als Grund hierfür kann vermutet werden, dass gerade im Gebiet der Heilkunde der objektive Nachweis der Wirksamkeit jedweder Intervention notwendig ist, um das Vertrauensverhältnis zwischen Patienten/innen und Ärzt/innen bzw. Therapeuten/innen zu stabilisieren und sensible oder gar invasive Interventionen zu ermöglichen. So war es der Arzt Sir Archibald Lemman Cochrane, der bereits 1972 Standards für die Durchführung von Wirksamkeitsstudien sowie Wirksamkeitsnachweise für möglichst jede Therapiemethode forderte und dies an die Einrichtung einer öffentlich zugänglichen Datenbank und einen raschen Transfer in die klinische Praxis knüpfte (vgl. Cochrane 1972).

Aufbauend auf diese Forderungen entwickelte sich folgende Definition Evidenzbasierter Medizin (EBM):

*„Evidenzbasierte Medizin ist der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der Versorgung individueller Patienten (...) durch die Integration individuellen klinischen Expertenwissens mit der bestauffindbaren externen Evidenz aus systematischer Forschung“* (vgl. Sackett und Rosenberg 1996, zitiert nach Beushausen 2005, S. 6)

Liegt auch der Ursprung des evidenzbasierten Arbeitens in der Medizin, haben inzwischen auch andere Fachdisziplinen die zugrunde liegende Logik unter dem Stichwort „Evidenzbasierte Praxis“ (EBP) übernommen. So finden sich nach Aussage von Beushausen und Grötzbach (vgl. 2011, S. 4) entsprechende Bestrebungen in anderen Gesundheitsberufen als der Medizin (Psychotherapie, Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie) sowie in Berufen wie der Pädagogik oder der Sozialarbeit. Innerhalb der Logopädie hat sich das Konstrukt der EBP weiterentwickelt bis hin zu einer gleichwertigen Gewichtung der klinischen Expertise der Therapeuten/innen, den Anforderungen und Erwartungen von Patienten/innen sowie der Einbeziehung wissenschaftlicher Wirksamkeitsnachweise. Formuliert wurde dies von Dollaghan 2007 unter dem Begriff „E<sub>3</sub>BP“, dargestellt in Abbildung 1:

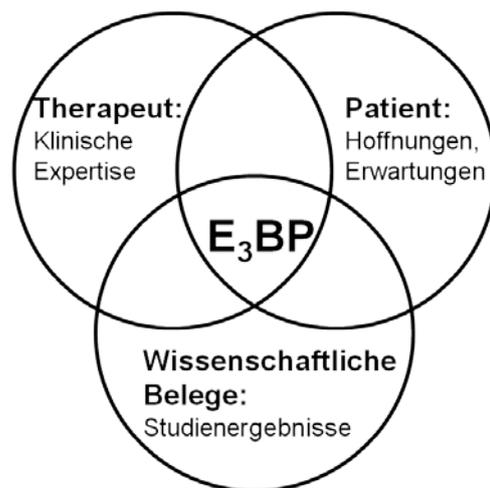


Abbildung 1: Das Modell E3BP nach Dollaghan 2007, zitiert in Beushausen und Grötzbach 2011

Demnach entsteht echte EBP erst dann, wenn alle drei Kriterien zusammenfließen. Die reine Reduktion evidenzbasierten Arbeitens auf die Berücksichtigung von Forschungsergebnissen reicht nicht aus. Daraus ergibt sich, dass EBP nicht allein auf Kompetenzen wissenschaftlichen Arbeitens beruhen kann. Über diesen Aspekt hinaus ergeben sich besondere Anforderungen hinsichtlich der Einbeziehung patientenorientierter Aspekte sowie der Nutzung der eigenen klinischen Expertise, was eine stetige Reflexion derselben notwendig macht.

Zentral ist hierbei die klinische Entscheidung, die auf der Grundlage der vorliegenden Befunde hinsichtlich der Behandlung eines Patienten getroffen wird. Isaacs und Fitzgerald (vgl. 1999, S. 1618)

führen augenzwinkernd eine Reihe von gängigen Grundlagen der klinischen Entscheidung bzw. der klinischen Praxis auf, welche die Notwendigkeit der EBP deutlich macht:

- Eminenzbasierte Praxis (Berufung auf die Aussage eines prominenten Experten)
- Vehemenzbasierte Praxis (Berufung auf die am lautesten vorgetragene Ansicht)
- Eloquenzbasierte Praxis (Glaube an besonders überzeugend vorgetragene Argumente)
- Providenzbasierte Praxis (Gottvertrauen)
- Diffidenzbasierte Praxis (auf Unwissen basierendes Unterlassen)
- Nervositätsbasierte Praxis (klinischer Übereifer aufgrund fehlender Kenntnis wirksamer Intervention)
- Konfidenzbasierte Praxis (klinisches Selbstbewusstsein aufgrund der Überzeugung eigener Unfehlbarkeit)

Diese leicht polemische Liste zeigt, welchen Stellenwert die klinische Entscheidung bzw. so genanntes clinical reasoning (vgl. Higgs et al. 2008, S. 4; gemeint ist die Denkweise und der Prozess begründeter, klinischer Entscheidungsfindung) im Rahmen der EBP hat: ohne kompetente Therapeuten/innen, die sie zu nutzen, zu verstehen, zu interpretieren vermögen, sind Ergebnisse systematischer Forschung nutzlos. Fraglich ist daher, ob die Gleichgewichtung aus dem Modell E<sub>3</sub>BP (s.o.) unter diesem Aspekt durchgehalten werden kann. Dewe (vgl. 2005, S. 15) beschreibt Ergebnisse aus einer Untersuchung mit Fachkräften aus dem Weiterbildungsbereich und stellt fest, dass diese aufgrund der größeren Praxisnähe bevorzugt das Erfahrungswissen wertgeschätzter Kollegen/innen nutzen und erst in zweiter Instanz auf Ergebnisse empirischer Forschung zurückgreifen. Dewe (vgl. ebd.) befürchtet gar einen Verlust der „sozialen Angemessenheit in der Praxis“ durch die EBP, da diese dazu neige, die Praxis auf das Problem „wissenschaftlich auflösbarer Ungewissheit“ zu reduzieren. Dewe (vgl. ebd.) verweist in diesem Zusammenhang kritisch auf das „scientific bureaucratic model“, welches unter Anderen in Abbildung 2 wiedergegeben ist:

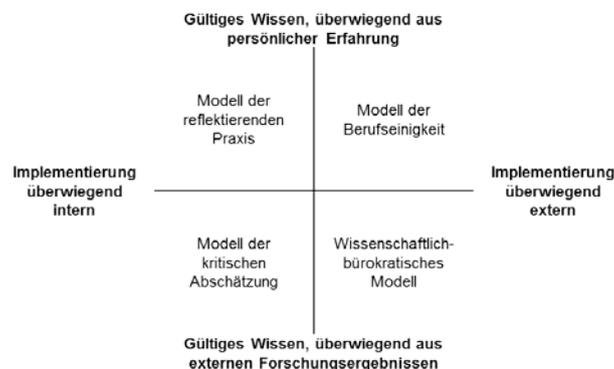


Abbildung 2: Dewe (vgl. 2005, S. 15) "Verlust des reflexiven, professionellen Wissensmodells zu Gunsten des "scientific bureaucratic models" einer evidenzbasierten Praxis" (vom Autor ins Deutsche übersetzt)

Tatsächlich muss also diskutiert werden, ob das Modell E<sub>3</sub>BP (s.o.) nicht aus dem Gleichgewicht gebracht werden muss zugunsten einer stärkeren Gewichtung der klinischen Expertise der agierenden Therapeuten/innen. Betrachtet man vor diesem Hintergrund jene Disziplinen, die bereits längere Erfahrungen mit der EBP vorweisen können, wird offenbar, dass genau darum kritische Diskussionen geführt werden. So veröffentlichte beispielsweise Tschuschke 2005 einen kritischen Artikel aus Sicht der Psychotherapie, in dem er das Paradigma der EBP geradezu als unpassend für diese Disziplin beschreibt. Tschuschke bezieht sich dabei auf die Individualität von Patienten/innen und unterstützt die Ansicht, dass man nicht bei gleich lautender Diagnose auf eine identische Behandlungsnotwendigkeit schließen könne (vgl. Tschuschke 2005, S. 107) und distanziert sich damit von leitliniengestützter Behandlung. Er nimmt für seine Disziplin in Anspruch, „dass evidenzbasiertes Forschungswissen stets lediglich einen Bruchteil psychotherapeutischen Handelns beeinflussen wird“ (vgl. ebd., S. 108). Tschuschke begründet dies mit einem wesentlichen Merkmal, in welchem sich die Psychotherapie von der Medizin unterscheidet: der „optimierten menschlichen, kommunikativen Beziehung zwischen Patient und Therapeut“ (vgl. ebd., S. 108), welche im Bereich der Medizin nicht im Vordergrund stehe. Ich denke, auch ein Großteil der Logopäden/innen würde dieses Merkmal für ihre Fachdisziplin in Anspruch nehmen. Tschuschke (vgl. 2005, S. 108) spricht sich klar für das starke Gewicht der klinischen Expertise aus, indem er „Expertise, Erfahrung, Intuition, Einfühlung, Wissen“ als Grundlage für gute Psychotherapie benennt. Evidenz subsummiert er an dieser Stelle unter den Aspekt „Wissen“, ordnet es somit – im wörtlichen Sinne – unter.

Auch aus der Medizin, der Wiege der EBP, kommen inzwischen kritische Stimmen, was die Fokussierung auf externe Evidenz angeht. Prof. Dr. med. Dr. phil. H. Raspe (vgl. 2005) betont seine Sichtweise auf die Medizin als praktisches Handeln (in Abgrenzung zur Medizin als theoretische Wissenschaft). Auch er beschreibt, dass im klinischen Alltag „die eigene Erfahrung, die Meinung anderer und das Verhalten von Eminenzen“ oftmals ausschlaggebend sind für klinische Entscheidungen (vgl. ebd., S. 14). Raspe stellt klar, dass zur Bewertung externer Evidenz und zur Beseitigung berechtigten Misstrauens gegenüber Forschungsergebnissen „klinische Kenntnisse und Erfahrungen ebenso wichtig [sind] wie klinisch-epidemiologische“ (vgl. ebd.) – ein klares Statement zugunsten der klinischen Expertise der Behandler/innen und der Unterordnung der externen Evidenz als dessen Werkzeug. Unter dem Stichwort „Grenzen der EBM“ beschreibt Raspe darüber hinaus, dass sich EBM in erster Linie zur Lösung von Standardsituationen eignet und weist auf das Problem der „Blindheit“ der EBM gegenüber zwischenmenschlichen Beziehungen hin (vgl. Raspe 2005, S. 18). Er hält es in diesem Zusammenhang für „gut möglich, dass Ärzte zugleich Evidenz-basiert und menschlich inakzeptabel sowie klinisch kontraproduktiv vorgehen“. Eine große Schwäche der EBM sieht Raspe in der Überbewertung der randomisiert-kontrollierten Studien (RCT). Zwar räumt er die hohe interne Validität der RCT ein, kritisiert jedoch die mangelnde Übertragbarkeit in die klinische Praxis aufgrund der dort vorhandenen Kontextbedingungen, die sich vom Studiensetting stark unterscheiden. Er stellt den Ergebnissen von RCT schwächere Evidenzen ergänzend zur Seite, bis hin zu „Kasuistiken, Anekdoten und Geschichten“ (vgl. Raspe 2005, S. 22). Zur Gewichtung der klinischen Expertise im Gegensatz zur externen Evidenz zitiert Raspe Haynes et al. (2002): „Evidence does not make decisions, people do“ (vgl. Raspe 2005, S. 27) – wieder ein klares Statement

zugunsten einer hohen Relevanz der klinischen Expertise. Zu der sich daraus ergebenden Frage der hierfür erforderlichen Kompetenzen zitiert er die Vorstellungen des damaligen Vorsitzenden der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, Paul Martini, aus dem Jahre 1948: dieser fordert die „bewusste Ausbildung logischer und erkenntnistheoretischer Fähigkeiten“, damit die Leser wissenschaftlicher Arbeiten „die Maßstäbe der Kritik besitzen und anlegen, die sie befähigen, Unbewiesenes von Bewiesenem und Hypothetisches und Mögliches von Wahrscheinlichem und Regelhaftem zu unterscheiden.“ (vgl. Martini 1948, zitiert nach Raspe 2005, S. 30). Weiterführend fordert Raspe eine skeptische Grundhaltung und weist darauf hin, dass EBM „nicht innovativ sondern eher konservativ“ sei und keinen Fortschritt schaffe sondern ihn sichere (vgl. ebd., S. 43). Er bezeichnet abschließend die EBM als einen „belastbaren aber begrenzten Beitrag zu einer rationalen Entscheidungsfindung in der klinischen Praxis und im Gesundheitswesen.“ (vgl. ebd., S. 57).

Die von Raspe geforderte skeptische Grundhaltung wird umso vehementer von Lof (vgl. 2011, S. 190) unter dem Begriff „scepticism“ gefordert. Lof sieht hierin regelrecht eine Methode, die eine Offenheit gegenüber neuen Ideen sowie einen schonungslos prüfenden Blick beinhaltet und so kritisch-hinterfragend auf Behauptungen im klinischen Kontext zugeht. Lof greift die Dreigliederung aus dem Modell E<sub>3</sub>BP (s.o.) auf und schlägt eine besondere Sichtweise auf klinische Expertise bzw. klinische Erfahrung vor: Lof kehrt den Begriff der EBP um zum Begriff der „PBE“ – der „praxisbasierten Evidenz“ (vgl. Lof 2011, S. 193). Er meint hiermit die Nutzung von Evidenzen aus der klinischen Praxis, also die Einbeziehung von Daten aus der Praxis in die EBP-Wissensbasis. Zwar macht er in diesem Zusammenhang die Auflage, dass diese Daten aus der Praxis unter qualifizierten Bedingungen erhoben werden müssen, jedoch sieht er den großen Gewinn der PBE darin, auf diese Weise Evidenzen schaffen zu können, die wiederum in der Praxis nutzbar sind (vgl. ebd., S. 193). Ähnlich wie Raspe (s.o.) kritisiert auch Lof die Übermacht kontrollierter Studien, erhoben unter Laborbedingungen, denn: „these ideal situations make it difficult to apply the findings to settings in the real world.“ (vgl. Lof 2011, S. 193). Er fordert an dieser Stelle, mehr Daten unter realen klinischen Bedingungen zu erheben, um die Ergebnisse übertragbar zu machen. Gleichwohl benennt Lof die Notwendigkeit einer wissenschaftlichen Reflexion des klinischen Entscheidens und Handelns durch Praktiker/innen, was ihn zum Begriff der „Science-Based Practice“ (SBP) führt (vgl. Lof 2011, S. 194). Gemeint sind hier wissenschaftliches Denken, ein Wissen um wissenschaftliche Methoden und Prozeduren sowie die Einbeziehung aktueller Theorien und Modelle in klinische Entscheidungen. Dies impliziert aus meiner Sicht erneut ein großes Gewicht auf dem Aspekt der klinischen Expertise der Therapeuten/innen, die im Zuge eines solchen Vorgehens externe Evidenz als Werkzeug ihrer klinischen Entscheidungsprozesse nutzen.

## 2.1 UMSETZUNG DER EBP IM KLINISCHEN ALLTAG

Dass wissenschaftlich arbeitende Therapeuten/innen EBP fordern, ist nicht weiter verwunderlich. Allzu oft mag allerdings der Vorwurf im Raume stehen, das Konstrukt der EBP sei im klinischen Alltag überhaupt nicht umsetzbar. In der Tat erwecken dokumentierte Beispiele aus der Praxis den Eindruck, EBP erfordere einen deutlichen Mehraufwand gegenüber Abläufen ohne EBP-Anspruch. Die Therapie-Dienste des Universitätsspitals Basel boten mit dem Ziel der Implementierung evidenzbasierter Therapie (EBT) ihren Mitarbeiter/innen einen EBT-Grundkurs an und führten anschließend Journal-Clubs ein (vgl. Witte 2009). Inhalte des Grundkurses waren Hintergrundwissen zur EBT sowie Hilfen zur Literaturrecherche und kritischen Beurteilung von Studien. Darüber hinaus wurden Grundlagen zur Methodologie und Statistik gelehrt (vgl. Witte 2009, S. 24). Die Mitarbeiter/innen der Therapie-Dienste hatten diese Inhalte also scheinbar im Rahmen ihrer Berufsausbildung nicht ausreichend gelernt. Die Journal-Clubs fanden zunächst monatlich, später alle zwei Monate statt und wurden von den Teilnehmer/innen anhand vorgegebener Schemata vorbereitet. Während des Treffens flossen die „unterschiedliche[n] Fachkompetenzen, Erfahrungen und Begabungen“ der Teilnehmer/innen ein (vgl. Witte 2009, S. 25), die Teilnehmer/innen waren also aufgefordert, sich aktiv daran zu beteiligen. Darüber hinaus wurde noch ein EBT-Expertenteam innerhalb der Mitarbeiterschaft gegründet, im Rahmen dessen beteiligte Mitarbeiter/innen 8,4 Stunden Arbeitszeit pro Monat aufwenden durften (vgl. ebd.). Dieser Zeitaufwand entspricht in etwa der Leistung von elf Behandlungen á 45 Minuten. Ausgehend von einer Vergütung von 30 € pro Behandlungseinheit entsteht dem Arbeitgeber auf diese Weise ein Einnahmeausfall in Höhe von 330,- € pro Monat und Mitarbeiter/in. Hinzu kam einmal jährlich eine Fortbildung für das EBT-Expertenteam. Es bedarf also einerseits zeitlicher und finanzieller Ressourcen zur Umsetzung der EBP, andererseits nennt Witte (vgl. 2009, S. 26) zudem „Interesse an EBM/EBT, die Akzeptanz von EBM/EBT, eine ausreichende Schulung“ und „Online-Zugang zu aktueller Fachliteratur/Datenbanken/CATs“ als erforderliche Grundlage der EBP. Gerade Aspekte wie Interesse und Akzeptanz verlassen den Boden messbarer Qualifikation und erfordern weiter gefasste Kompetenzen. Interesse und Akzeptanz einmal voraus gesetzt, bedeutet diese lobenswerte Art der Umsetzung von EBP im klinischen Alltag sowohl für die Institution (i.d.R. der Arbeitgeber) als auch für einzelne Mitarbeiter/innen einen Mehraufwand in zeitlicher und dadurch auch finanzieller Hinsicht. Fraglich bleibt, ob hierzu Mitarbeiter/innen bzw. Institutionen flächendeckend bereit bzw. in der Lage sind, denn der Kostendruck innerhalb des Gesundheitswesens ist beinahe täglich Thema in der Tagespresse.

Gestützt wird diese Schlussfolgerung durch eine Studie von Togher, Yiannoukas, Lincoln, Power, Munro, McCabe, Ghosh, Worrall, Ward, Ferguson, Harrison und Douglas (vgl. 2011), die Barrieren bei der Implementierung von EBP in die klinische Praxis feststellen (vgl. ebd., S. 459): Togher et al. zitieren Studien, die als größte Barriere die fehlende Zeit, welche EBP erfordert, aber auch den Zugang zu entsprechenden Ressourcen, Schwierigkeiten beim Verstehen gefundener Forschungsergebnisse und deren Einordnung in den Kontext der eigenen Fragestellung benennen. Darüber hinaus fehlen entsprechende Inhalte in der Ausbildung der betreffenden Mitarbeiter/innen und es bestehen negative Erfahrungen beim Umgang mit Forschung. Laut Togher et al. erfordert die Implementierung der EBP in den klinischen Alltag sog. Change-Prozesse auf vier verschiedenen

Ebenen (vgl. ebd., S. 466): Auf der Ebene individueller Therapeuten/innen, auf der Ebene des Teams, in welchem dieser arbeitet, auf der Ebene der Institution, in welcher das Team arbeitet sowie auf der gesellschaftlichen Ebene, in welcher diese Institution angesiedelt ist. Die Implementierung der EBP in den individuellen klinischen Alltag kann also aus Sicht einzelner Therapeuten/innen an mehreren, darüber liegenden Ebenen scheitern und ist daher nicht ohne weiteres umsetzbar.

Dies bestätigt sich in einem Beitrag von Ollenschläger, Gerlach, Kirchner und Weingart (vgl. 2003). Dort findet sich die Feststellung, dass eine flächendeckende Implementierung der EBP in den klinischen Alltag nicht zu verwirklichen ist (vgl. ebd., S. 816). Begründet wird dies an benannter Stelle mit folgenden Worten: „Zeitmangel und die Unkenntnis effizienter Techniken zur Identifizierung und Bewertung der Evidenz sind die wesentlichen Barrieren gegenüber der Anwendung von EBM-Strategien im Praxisalltag“.

Alle drei Beispiele verweisen auf Schwierigkeiten der Umsetzung der Evidenzbasierung in den klinischen Alltag. Alle drei Beispiele begründen dies mit der erforderlichen Grundhaltung zur EBP, einer hinreichenden Ausbildung sowie den erforderlichen Ressourcen in zeitlicher und materieller Hinsicht, insbesondere in Bezug auf den Zugang zu Evidenzen.

### 3 ENTSCHEIDUNGSZENTRIERTE EVIDENZBASIERTE PRAXIS

Es manifestiert sich also ein Modell der entscheidungszentrierten EBP (EZ-EBP; siehe Abbildung 3), welches die klinische, wissenschaftlich reflektierte Entscheidung in Bezug auf den individuellen Fall in den Mittelpunkt rückt. Diese Entscheidung stützt sich auf die diskutierten Aspekte der vorhandenen Rahmenbedingungen, Ziele, Hoffnungen und Erwartungen der Patienten/innen, die Expertise der Therapeuten/innen als Entscheidungsträger, externe Evidenz sowie die fortlaufende Evaluation der Konsequenzen getroffener Entscheidungen. Zugleich können diese Aspekte sich gegenseitig im Prozess der Entscheidungsfindung begünstigen oder hemmen, z.B. wenn die Rahmenbedingungen für eine ausführliche Evidenz-Recherche nicht gegeben sind und dieser Aspekt daher geschwächt wird.

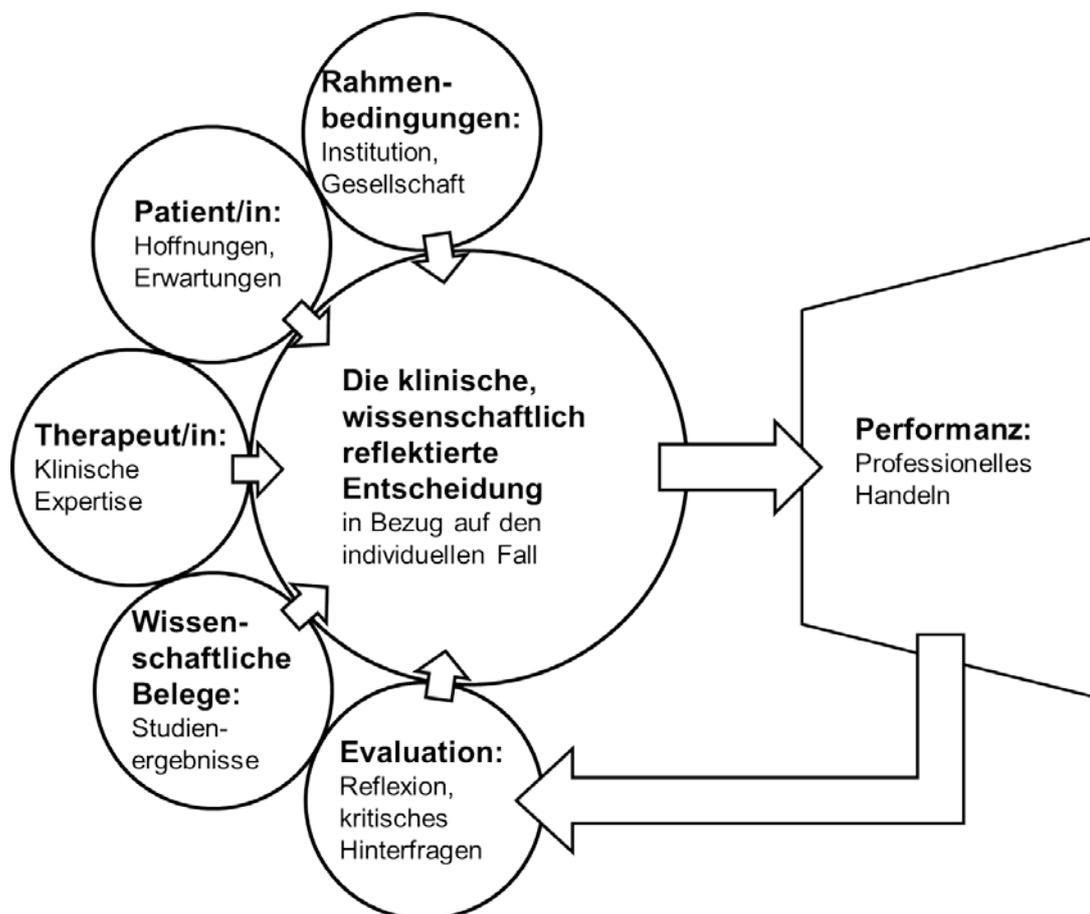


Abbildung 3: Modell einer entscheidungszentrierten EBP (EZ-EBP); Quelle: eigene Darstellung

Dieses Modell der EZ-EBP war Teil einer eigenen Studie im Jahre 2012, die sich mit der Ermittlung von Teilkompetenzen evidenzbasierten Arbeitens befasste. Als Methode wurde eine Befragung von Experten/innen gewählt. Diese bewerteten die Relevanz der Teilkompetenzen eines Kompetenzatlas bezogen auf EBP im Fachgebiet Logopädie/Sprachtherapie. Da die EBP von verschiedenen Autoren/innen sehr unterschiedlich mit Inhalt gefüllt wird, musste für eine Ableitung von

Teilkompetenzen eine Definition festgelegt werden, auf der diese Ableitung beruhen konnte. Alle beteiligten Personen sollten sich an dieser Definition orientieren. Bezug nehmend auf das Modell der EZ-EBP wurde folgende EBP-Definition dargeboten, die als Grundlage der Identifikation von Teilkompetenzen diene:

*Der Begriff „Evidenzbasierte Praxis (EBP)“ beschreibt die Qualität einer Intervention, die auf einer Haltung der kritisch-hinterfragenden Reflexion der/des behandelnden Therapeutin/Therapeuten beruht.*

*Diese Haltung veranlasst die Therapeutin/den Therapeuten, ihre/seine klinischen Entscheidungen einerseits an den individuellen Anforderungen der Patientin/des Patienten auszurichten, andererseits externe Evidenz (Ergebnisse systematischer Forschung) heranzuziehen, auszuwerten und vor dem Hintergrund ihrer/seiner fachlichen Expertise nach eigenem Ermessen in ihre/seine Entscheidungen einfließen zu lassen.*

*Darüber hinaus bewertet die Therapeutin/der Therapeut im Rahmen evidenzbasierter Praxis die Konsequenzen ihrer/seiner Entscheidungen und Handlungen kritisch reflektierend und durchläuft erneut den Prozess der klinischen Entscheidungsfindung in o.g. Weise.*

Diese, aus dem Modell EZ-EBP abgeleitete Definition legt eine höhere Gewichtung auf das Ermessen und die Expertise der Therapeuten/innen und gewichtet im Verhältnis dazu die Anforderungen der Patienten/innen sowie die externe Evidenz geringer. In diesem Punkt weicht diese Definition also von dem Modell E<sub>3</sub>BP ab, da sich aus den o.g. Ausführungen ein höherer Stellenwert der Therapeuten/innen als handelnde Personen ergibt, welche die Anforderungen von Patienten/innen sowie externe Evidenz bewerten und in ihre Entscheidungen einfließen lassen müssen. Externe Evidenz ist somit lediglich ein Werkzeug von Therapeuten/innen im Rahmen des Prozesses klinischer Entscheidungsfindung.

Um ein repräsentatives Ergebnis der Studie zu erhalten, sollten die zu befragenden Experten/innen einen entsprechenden Wissens- und Erfahrungshintergrund im Fachgebiet Logopädie/Sprachtherapie mitbringen. Sie sollten mit dem Konstrukt „EBP“ vertraut sein und sich an der vorgegebenen Definition orientieren können. Zudem sollten sie über einschlägige Praxiserfahrung verfügen, um auch die Rahmenbedingungen und die Abläufe der Praxis im Blick zu haben. Gleichwohl sollte sich die Gruppe der Experten/innen heterogen zusammensetzen, so dass Experten/innen mit unterschiedlicher Berufsbiographie vertreten sind und somit verschiedene Blickwinkel einfließen. Anfang August 2012 wurden 15 in diesem Sinne geeignete Personen mit der Bitte um Teilnahme an der Befragung kontaktiert. Darunter befanden sich acht Personen, die als Lehrende (Professoren/innen oder Privatdozenten/innen) an (Fach-) Hochschulen in Deutschland oder im deutschsprachigen Ausland im Fachgebiet Logopädie/Sprachtherapie/Sprachheilpädagogik tätig sind und zugleich auf Praxiserfahrung in diesem Fachgebiet zurückblicken können. Vier Personen betreiben eine oder mehrere logopädische/sprachtherapeutische Praxen, zwei Personen sind in der logopädischen/sprachtherapeutischen Abteilung unterschiedlicher Kliniken angestellt. Vier der kontaktierten Personen bekleiden ein hochrangiges Funktionärsamt in einem der beiden

Berufsverbände im Fachgebiet Logopädie/Sprachtherapie (Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. oder Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten e.V.), mindestens drei weitere Personen sind auf mittlerer Funktionärs Ebene in einem der beiden Verbände tätig. Mehrere der angefragten Personen arbeiten als Lehrende an Fachschulen für Logopädie (z.B. auf Honorarbasis), eine Person ist an einer Fachschule als fachliche Leitung hauptamtlich tätig. 14 der 15 Personen haben einen akademischen Abschluss im Fachgebiet Logopädie/Sprachtherapie bzw. in einer, für dieses Fachgebiet höchst relevanten Bezugsdisziplin (z.B. Linguistik, Psychologie, Heilpädagogik, ...). Zehn Personen führen die gesetzlich geschützte Berufsbezeichnung „Logopäde/in“. Mindestens drei Personen haben bereits Publikationen zum Thema „EBP“ veröffentlicht.

Am Beginn der Befragung wurde die beschriebene Definition des Begriffes „EBP“ dargeboten und mit der Frage versehen, ob die Person dieser Definition folgen kann. Wurde diese Frage mit „Nein“ beantwortet, wurde die Person zur Texteingabe einer eigenen, für besser befundenen EBP-Definition aufgefordert.

Von den 15 angeschriebenen Experten/innen begannen zwölf Experten/innen mit der Bearbeitung der Befragung. Zehn dieser zwölf Experten/innen schloss sich meiner Definition der entscheidungszentrierten EBP an, obwohl diese hinsichtlich der Gewichtung der therapeutischen Entscheidung von dem Modell E<sub>3</sub>BP (Dollaghan 2007, zitiert in Beushausen und Grötzbach 2011) deutlich abweicht. Da davon ausgegangen werden kann, dass den befragten Experten/innen das Modell E<sub>3</sub>BP überwiegend bekannt, vermutlich sogar vertraut sein dürfte, bekräftigt dieses Votum meinen Vorschlag, eine davon abweichende Gewichtung zu diskutieren.

Zwei Experten machten von der Möglichkeit Gebrauch, eine abweichende EBP-Definition zu formulieren. Die Eingaben der Experten/innen lauteten wörtlich:

*Experte/in 1: „Die "Anforderungen des Patienten" als Ausdruck seiner individuellen Wünsche und Bedürfnisse finde ich sprachlich nicht genau. Die Ziele d. Pat. haben für mich einen expliziten Stellenwert, der in Ihrer Def. in der vorliegenden Versprachlichung nicht deutlich wird. Ich würde diesen Anteil auch nicht geringer gewichten wollen, als die Expertise und die externe Evidenz.“*

*Experte/in 2: „Mir fehlt an dieser EBP-Definition der ICF-orientierte Teilhabe Aspekt des Patienten, d.h. der Experte der Sprachstörung ist nach meinem Verständnis in erster Linie der Patient. Er muss, gemeinsam mit dem Sprachtherapeuten, die Therapieziele definieren und entsprechende "Zielvereinbarungen" schließen. D.H. der Entscheidungspolarität "interne - externe Evidenz" würde ich gerne diese dritte Entscheidungsdimension "Patientenwunsch" hinzufügen.“*

Keine dieser Anmerkungen bezieht sich auf den, im Modell EZ-EBP betonten Stellenwert und die stärkere Gewichtung der klinisch-therapeutischen Entscheidung sondern auf die Einbeziehung der Belange von Patienten/innen. Experte/in 1 wünscht sich eine Präzisierung der Formulierung „Anforderungen des Patienten“ und meint hier jene Einflüsse, welche die Festlegung von Zielen der

Intervention leiten. Er/sie warnt in diesem Zusammenhang vor der Missachtung der individuellen Wünsche und Bedürfnisse im Rahmen der Festlegung von Interventionszielen und verweist damit implizit auf das Konzept der „partizipativen Zielvereinbarung“, wie sie z.B. von Beushausen und Grötzbach (vgl. 2011, S. 59) beschrieben und veranschaulicht wird.

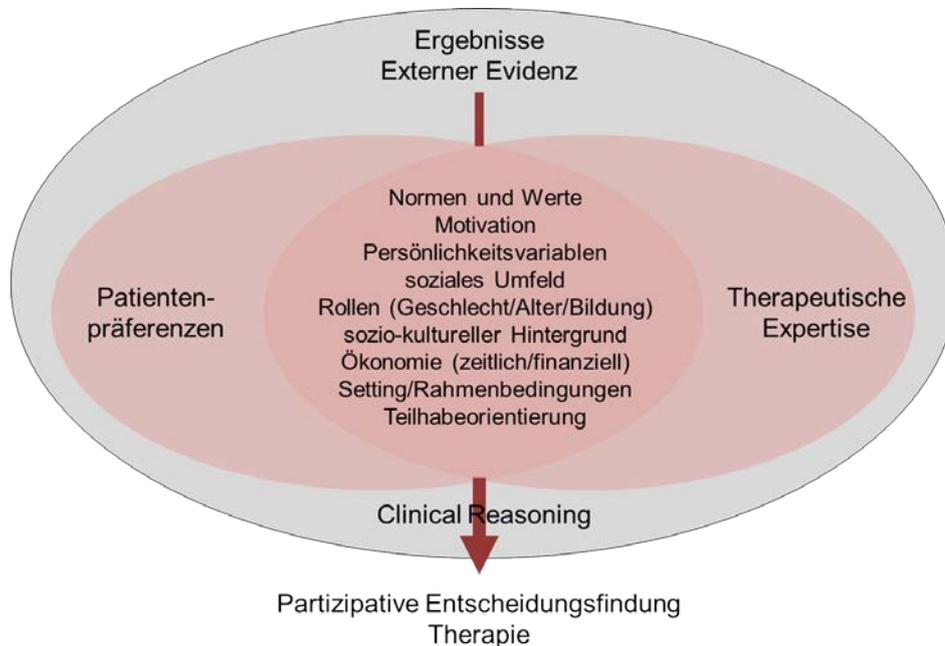


Abbildung 4: Modell der Entscheidungsfindung bei E3BP; Quelle: Beushausen und Grötzbach 2011, S. 58

In dem, bei Beushausen und Grötzbach (vgl. 2011, S. 58) dargestellten Modell (siehe Abbildung 4) steht allerdings die partizipative Entscheidungsfindung (=Zielvereinbarung) in der zeitlichen Abfolge erst nach dem Clinical Reasoning, so dass in der von mir vorgeschlagenen EBP-Definition lediglich die Anforderungen von Patienten/innen hinsichtlich der Art und Weise, wie Therapeuten/innen diese in ihre Entscheidung einbeziehen, konkretisiert werden muss.

Die zweite Anmerkung zur EBP-Definition bezieht sich ebenfalls auf den Stellenwert von Patienten/innen, hier anhand der Argumentation eines ICF-orientierten Teilhabe-Aspektes. Die ICF als Abkürzung für „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (vgl. Schuntermann 2009, S. 12) betrachtet Beeinträchtigungen der Gesundheit unter dem Aspekt der funktionalen Gesundheit (vgl. ebd., S. 19), insbesondere unter dem Kriterium der Teilhabe einer Person an „allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind“ sowie der Möglichkeit, „sich in diesen Lebensbereichen in der Weise und dem Umfang entfalten [...] [zu können] wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird“. So mag es z.B. aus logopädischer Sicht aufgrund eines vorliegenden Befundes indiziert sein, mit Patienten/innen nach Schlaganfall das ggf. beeinträchtigte Lesen und Schreiben zu trainieren. Äußert der/die betreffende Patient/in jedoch, ohnehin sehr selten zu schreiben, dafür aber sehr gerne wieder Zeitung lesen zu wollen, fällt die Schwerpunktsetzung der Interventionsinhalte sowie die daraus folgenden Übungen u.U. gänzlich anders aus.

Demnach – und so konkretisiert auch Experte/in 2 – geht es auch hier darum, nicht allein aus therapeutischer Sicht mit Blick auf Symptome und vorliegende Evidenzen die Inhalte der Intervention zu bestimmen, sondern Patienten/innen und ihre individuellen Teilhabeanforderungen zu berücksichtigen und konkrete Lebensbereiche mit der Intervention zu adressieren. Experte/in 2 fordert, dies als Aspekt gegenüber interner und externer Evidenz deutlich zu machen und nähert sich damit implizit wieder dem Modell E<sub>3</sub>BP (vgl. Dollaghan 2007, zitiert in Beushausen und Grötzbach 2011) an.

Beide Experten/innen-Meinungen berücksichtigend kann angenommen werden, mit einer Überarbeitung der dargebotenen EBP-Definition diesen Anforderungen gerecht zu werden. Ausgehend von der zuvor formulierten Definition folgt nun der Entwurf einer überarbeiteten EBP-Definition, welche die Berücksichtigung von alltagsrelevanten Teilhabe-Zielen von Patienten/innen stärker betont. Die, gegenüber der o.g. genannten Definition vorgenommenen Änderungen sind farblich hervorgehoben. Diese Definition mag gleichsam das Schlusswort dieses Beitrages sein:

*Der Begriff „Evidenzbasierte Praxis (EBP)“ beschreibt die Qualität einer Intervention, die auf einer Haltung der kritisch-hinterfragenden **und an den Zielen der Patientin/des Patienten orientierten** Reflexion der/des behandelnden Therapeutin/Therapeuten beruht.*

*Diese Haltung veranlasst die Therapeutin/den Therapeuten, ihre/seine klinischen Entscheidungen einerseits an den **individuellen Anforderungen individuellen, alltagsrelevanten, teilhabeorientierten Zielen** der Patientin/des Patienten auszurichten, andererseits externe Evidenz (Ergebnisse systematischer Forschung) heranzuziehen, auszuwerten und vor dem Hintergrund ihrer/seiner fachlichen Expertise nach eigenem Ermessen in ihre/seine Entscheidungen einfließen zu lassen.*

*Darüber hinaus bewertet die Therapeutin/der Therapeut im Rahmen evidenzbasierter Praxis die Konsequenzen ihrer/seiner Entscheidungen und Handlungen kritisch reflektierend und durchläuft erneut den Prozess der klinischen Entscheidungsfindung in o.g. Weise.*

## LITERATUR

Beushausen, U. (2005) Evidenz-basierte Praxis in der Logopädie – Mythos und Realität. Forum Logopädie 19(2), S. 6-11

Beushausen, U., Grötzbach, H. (2011) Evidenzbasierte Sprachtherapie. Grundlagen und Praxis. München: Urban und Fischer

Cochrane, A. (1972) Effectiveness and efficiency. Random reflections on Health services. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust

Dewe, B. (2005) Der Professionalitätsanspruch der Weiterbildung im Spannungsfeld zwischen Managerialismus, evidenzbasierter Praxis und Teilnehmerverpflichtung. REPORT (28) 4/2005, S. 9-18

Higgs, J., Jones, M., Loftus, S., Christensen, N. (2008) Clinical Reasoning in the Health Professions. New York: Butterworth Heinemann

Isaacs, D., Fitzgerald, D. (1999) Seven alternatives to evidence based medicine. British Medical Journal 319 (12/1999), S. 1618

Lof, G. (2011) Science-based practice and the speech-language pathologist. International Journal of Speech-Language Pathology 2011, 13(3), S. 189-196

Ollenschläger, G., Gerlach, F., Kirchner, H., Weingart, O. (2003) Über die Umsetzung „evidenzbasierter Medizin“ in den Alltag einer Allgemeinpraxis. Internistische Praxis 43, S. 811-822

Raspe, H. (2005) Konzept und Methoden der Evidenz-basierten Medizin: Besonderheiten, Stärken, Grenzen, Schwächen und Kritik. Zugriff am 02.07.2012 von [http://www.ebm-netzwerk.de/site/was-ist-ebm/images/konzepte\\_ebm\\_raspe.pdf](http://www.ebm-netzwerk.de/site/was-ist-ebm/images/konzepte_ebm_raspe.pdf)

Schuntermann, M. (2009) Einführung in die ICF. Heidelberg: ecomed Medizin

Togher, L., Yiannoukas, C., Lincoln, M., Power, E., Munro, N., McCabe, P., Ghosh, P., Worrall, L., Ward, E., Ferguson, A., Harrison, E., Douglas, J. (2011) Evidence-based practice in speech-language pathology curricula: A scoping study. International Journal of Speech-Language Pathology 2011, 13(6), S. 459-468

Tschuschke, V. (2005) Die Psychotherapie in Zeiten evidenzbasierter Medizin. Psychotherapeutenjournal 2/2005, S. 106-115

Witte, U. (2009) Systematische Implementierung evidenzbasierter Therapie. Ein Beispiel aus den Therapie-Diensten des Universitätsspitals Basel. Forum Logopädie 5(23), S. 22-27

## AUTOR:

Sebastian Brenner, M.A. Edu. Med.

Logopäde (B.A.) und Lehrlogopäde (dbl)

Wissenschaftlicher Mitarbeiter und Lehrbeauftragter im Studienbereich Logopädie der Hochschule für Gesundheit, Bochum

[info@sebastianbrenner.de](mailto:info@sebastianbrenner.de)

Kurzbiografie:

Sebastian Brenner absolvierte seine Ausbildung zum Logopäden 1997 bis 2000 an der Westfälischen Wilhelms-Universität zu Münster. Nach zweieinhalb Jahren als Angestellter einer logopädischen Praxis leitete er sieben Jahre lang die logopädische Abteilung eines interdisziplinären Gesundheitszentrums. Berufsbegleitend absolvierte er 2005 bis 2007 ein Bachelor-Studium Logopädie an der Hochschule Fresenius in Idstein. Seit 2010 arbeitet Sebastian Brenner als wissenschaftlicher Mitarbeiter und Lehrbeauftragter im Studienbereich Logopädie der Hochschule für Gesundheit in Bochum. Sein berufsbegleitendes Master-Studium an der Universität Duisburg-Essen im Fachgebiet Educational Media (Bildung und Medien) schloss er Ende 2012 mit Auszeichnung ab.