

Die Befähigung zur Evidenzbasierung
als Dimension professionellen Handelns:

Identifikation und Nachweis spezifischer Kompetenzen evidenzbasierten Arbeitens

Schriftliche Masterarbeit zur Erlangung des Grades MASTER OF ARTS
im Rahmen des weiterbildenden Studienprogrammes
Educational Media/Bildung und Medien
an der Universität Duisburg-Essen

von

Sebastian Brenner

1. Gutachter: Prof. Dr. M. Kerres
2. Gutachterin: Dr. N. Ojstersek

Essen, 26.10.2012

INHALT

Abkürzungsverzeichnis	3
Anmerkung zur gendergerechten Formulierung	3
1 Einleitung und Fragestellung	4
2 Theorie	7
2.1 Professionalisierung	7
2.1.1 Profession und Professionalisierung	7
2.1.2 Professionelles Handeln.....	10
2.1.3 Verwissenschaftlichung beruflichen Handelns.....	11
2.1.4 Schlussfolgerung.....	13
2.2 Evidenzbasierung	14
2.2.1 Evidenzbasierte Praxis als Konstrukt	14
2.2.2 Umsetzung der EBP im klinischen Alltag.....	19
2.2.3 Schlussfolgerung.....	22
2.3 Kompetenz	23
2.3.1 Der Kompetenzbegriff	23
2.3.2 Ausdiff. der Kompetenzklassen in Teilkompetenzen	33
2.3.3 Schlussfolgerung.....	35
2.4 Synopse und Zusammenfassung	36
2.4.1 Clinical Reasoning	38
2.4.2 Entscheidungszentrierte evidenzbasierte Praxis	40
3 Empirie	42
3.1 Fragestellungen.....	42
3.2 Methode	43
3.2.1 Vorbereitung	43
3.2.2 Durchführung der Expertenbefragung	55
3.2.3 Auswertung.....	55
3.3 Ergebnisse	59

3.3.1	Beschreibung der Ergebnisse zur 1. Fragestellung	59
3.3.2	Beschreibung der Ergebnisse zur 2. Fragestellung	63
3.3.3	Zusammenfassung der Ergebnisse	64
3.4	Diskussion	65
3.4.1	Kritische Betrachtung der Methode	65
3.4.2	Revision der EBP-Definition	68
3.4.3	Reliabilität der Befragungsergebnisse	71
3.4.4	EBP-relevante Teilkompetenzen: Die Top-13.....	72
3.4.5	Die übrigen Teilkompetenzen.....	75
3.4.6	EBP-Kompetenzen messen	76
4	Schluss.....	79
5	Zusammenfassung	87
6	Anhang	89
6.1	Literaturverzeichnis	89
6.2	Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	93
6.2.1	Tabellen	93
6.2.2	Abbildungen	93
6.3	CD-ROM mit dem Instruktionsvideo der Expertenbefragung.....	95
6.4	PowerPoint-Präsentation des Instruktionsvideos	96
6.5	Online-Befragung (Screen-Shots).....	100
6.6	Email-Anschreiben an Experten/innen.....	102
6.7	Anonymisierte Rohdaten nach Abschluss der Befragung	103
6.8	Median und Spannweite pro Teilkompetenz	104
6.9	Interraterreliabilität insgesamt.....	106
6.10	Interraterreliabilität ausgewählter Teilkompetenzen.....	106
6.11	Statistiken zum Umgang [...] mit der Befragung.....	107
7	Erklärungen	111

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

DQR	Deutscher Qualifikationsrahmen
EBM	Evidenzbasierte Medizin
EBP	Evidenzbasierte Praxis
EBT	Evidenzbasierte Therapie
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
α	Krippendorff's Alpha
PBE	Praxisbasierte Evidenz
SBP	Science-Based Practice

ANMERKUNG ZUR GENDERGERECHTEN FORMULIERUNG

Ein geschlechtergerechter sprachlicher Ausdruck, welcher Frauen und Männer gleichwertig berücksichtigt, ist inzwischen Standard beim Verfassen wissenschaftlicher Texte. Entsprechend verwende ich in der vorliegenden Arbeit stets die Paarform bei der Benennung von Personen oder Gruppen.

Da die ausführliche Variante der Paarform (z.B. „die Patientin/der Patient“ oder „die Expertin/der Experte“) die Lesbarkeit des Textes erschweren kann, verwende ich eine Kurzform sowie überwiegend die Mehrzahl (z.B. „Patienten/innen“ oder „Experten/innen“).

In wörtlichen Zitaten verändere ich eine dort abweichende Genderform zugunsten der Originaltreue nicht. Diese ist dann den jeweiligen Autoren/innen zuzurechnen.

1 EINLEITUNG UND FRAGESTELLUNG

Betrachten wir die Landschaft beruflicher Bildung, 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. Beispiele sind die aktuellen Entwicklungen in pädagogischen Berufen (Akademisierung von Erziehern, evidenzbasiertes Arbeiten in der (Schul-) Pädagogik) sowie den Gesundheitsberufen (Akademisierung der Pflege, der Therapieberufe, etc.).

Der Mehrwert einer akademischen Ausbildung in diesen Berufen wird oftmals an der „neuen“ Kernkompetenz des evidenzbasierten Vorgehens fest gemacht, verbunden mit der Definition des wissenschaftlich reflektierenden Praktikers. Jedoch bleibt unklar, was genau diese Kompetenz ausmacht. Mit der Befähigung zur Recherche und Auswertung wissenschaftlicher Studien scheint es nicht getan, denn evidenzbasiertes Arbeiten erfordert einen Rahmen professioneller Entscheidungsfindung und benötigt organisatorische Rahmenbedingungen, in denen es stattfinden kann.

Im Falle meiner eigenen Berufsgruppe – Logopäden/innen bzw. Sprachtherapeuten/innen – 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.

Es ergeben sich also einige Fragestellungen, die mit Hilfe der vorliegenden Arbeit beantwortet werden sollen:

- Was genau beinhaltet Professionalisierung?
- Was bedeutet Evidenzbasierung und welche Anforderungen stellt sie?
- Was sind Kompetenzen?
- Lassen sich die Themen Professionalisierung, Evidenzbasierung und Kompetenz in einen Zusammenhang stellen?
- Gibt es spezifische Kompetenzen evidenzbasierter Praxis?
- Wenn ja: Um welche Kompetenzen handelt es sich?
- Wie sind diese Kompetenzen feststellbar?
- Lässt die Beantwortung dieser Fragen einen Ausblick auf mögliche Ansätze zur Entwicklung dieser Kompetenzen zu?

Um sich den Antworten auf diese Fragen zu nähern, bedarf es zunächst einer theoretischen Auseinandersetzung mit den Begriffen Professionalisierung, Evidenzbasierung und dem Kompetenzbegriff. Die Synthese dieser Theoriefelder mag Erkenntnisse ergeben, die eine anschließende Auswahl spezifischer Kompetenzen evidenzbasierter Praxis ermöglichen. Diesem Vorhaben nähere ich mich in dieser Arbeit mit einer empirischen Studie, deren Vorbereitung und Durchführung ich im Anschluss an die theoretischen Grundlagen genauer beschreibe. Hierfür greife ich einige der eben aufgezählten Fragestellungen heraus und formuliere sie als konkrete Forschungsfrage. Auf der sich anschließenden (statistischen) Auswertung basiert dann die Darstellung der Studienergebnisse sowie deren Interpretation und Diskussion, um abschließend auf die o.g. Fragen zurückkommen zu können und einen Ausblick zu wagen, in welcher Weise das Ergebnis meiner Arbeit praktischen Nutzen für (angehende) Logopäden/innen bzw. Sprachtherapeuten/innen haben kann.

Viele meiner Ausführungen beziehen sich konkret auf das Fachgebiet Logopädie/Sprachtherapie, da dies meine berufliche Heimat darstellt und ich hier über eine hinreichende Expertise verfüge, um theoretische Auseinandersetzungen an Beispielen zu verdeutlichen. Dennoch liegt mein Augenmerk stets darauf, dass meine Ausführungen, Schlussfolgerungen und Ergebnisse auf andere Fachgebiete und Disziplinen übertragbar sind, da der Anspruch evidenzbasierter Praxis in vielen Disziplinen zu finden ist und vermutlich gleichen Anforderungen unterliegt. Dieser

Aspekt der Übertragbarkeit meiner Ergebnisse wird insbesondere im Schlussteil der Arbeit explizit thematisiert.

Innerhalb meines Fachgebietes stellt der Entstehungszeitraum dieser Arbeit eine spannende Phase dar, da mir mehrere Kollegen/innen bekannt sind, die sich im gleichen Zeitraum sehr ähnlichen Fragestellungen widmen, deren Ergebnisse mir jedoch noch nicht zur Verfügung stehen. Es wird interessant sein zu sehen, zu welchen übereinstimmenden oder unterschiedlichen Herangehensweisen gewählt wurden, zu welchen Ergebnissen die jeweiligen Autoren/innen gekommen sind und welche weiteren Arbeiten sich hieraus erschließen lassen.

2 THEORIE

Um sich an die Identifikation von Kompetenzen evidenzbasierten Arbeitens als Dimension professionellen Handelns anzunähern, ist zunächst eine Auseinandersetzung mit den zentralen Begriffen dieses Vorhabens vonnöten. Rückwärts beginnend erfolgt zunächst eine Betrachtung professionellen Handelns, eingebettet in den Kontext der Professionalisierung. Dies führt fließend zum Begriff der Evidenzbasierung, die den inhaltlichen Kern des Vorhabens darstellt. Daran schließt sich die Betrachtung des Themenkomplexes „Kompetenz“ an, um in der Summe dieser theoretischen Überlegungen zu einem operationalisierbaren Ergebnis hinsichtlich der Durchführung einer entsprechenden empirischen Erhebung zu gelangen. Diese wird im Anschluss an die Theorie dargestellt.

2.1 PROFESSIONALISIERUNG

2.1.1 PROFESSION UND PROFESSIONALISIERUNG

Nicht selten stößt man im Kontext der Berufssoziologie auf eine synonyme Verwendung der Begriffe *Beruf* und *Profession* (vgl. Dewe 2006, S. 23). Dabei betrachten die jeweils zugehörigen Theorien unterschiedliche Gegenstände: Laut Dewe (vgl. ebd.) befassen sich Berufstheorien in Hinblick auf die tatsächliche Berufsausübung eher mit Qualifikationen und sozialen Rahmenbedingungen. Professionstheorien hingegen widmen sich der „Aufhellung der spezifischen Handlungsgrammatik unmittelbar personenbezogener Dienstleistungen“ (vgl. ebd.). Was unterscheidet Berufe von Professionen? Berufe sind zunächst durch folgende Merkmale gekennzeichnet (vgl. Heidenreich 1999, S. 37f): Die ausübenden Personen haben privilegierten Zugang zu bestimmten Tätigkeitsfeldern, sie verfügen über spezielle Qualifikationen, sie durchlaufen eine Berufsausbildung, sie pflegen ein definiertes Berufsprestige und verfügen über die Aussicht auf beruflichen Aufstieg. Im Zuge der Professionalisierung wird „die Berufsausbildung und die Weiterentwicklung der professionellen Wissensbasis systematisiert und institutionalisiert“, so dass die Angehörigen dieses Berufes – nun einer Profession – bestimmte Tätigkeitsfelder allein für sich in Anspruch nehmen können (vgl. Heidenreich 1999, S. 38). Beispiele hierfür sind vor allem akademische Berufe, wie z.B. Ärzte/innen, Juristen/innen, Theologen/innen, Ingenieure/innen, etc.. Für Feldmann (vgl. 2002, S. 4) ergeben sich hieraus folgende Elemente des Professionsbegriffes: Eine erfolgreiche Standesorganisation, welche die Interessen

der Professionellen festlegt und durchsetzt, Anerkennung der Interessen der Klienten/innen, was eine Identifikation des jeweils eigenen Klientel voraussetzt und eigene Wissensbereiche, auf deren Grundlage professionelles Handeln erfolgt. Feldmann (vgl. ebd., S. 5) stellt eine Liste mit Forderungen hinsichtlich der Anwendung des Wissens im Rahmen der Aufgabenerfüllung auf, welche sich quasi als „Checkliste“ für Professionen eignet:

1. Differenzierter Abruf und Anwendung des Wissens auf einzelne Fälle bzw. Klienten,
2. Anwendung außerhalb von Routinen,
3. Erneuerung des Wissens anhand von wissenschaftlichen Erkenntnissen,
4. Erfolgs- und Zielorientierung des Wissens bei Nachvollziehbarkeit von Erfolgen durch Laien,
5. Systembezogene Anwendung des Wissens (z.B. innerhalb des Gesundheitssystems).

Feldmann (vgl. 2002, S. 8) bezieht sich auf den Theorieansatz von Macdonald von 1995 und stellt diesen modifiziert in Form einer Grafik dar (vgl. Abbildung 1). Diese Grafik beschreibt die Zusammenhänge einer Profession mit ökonomischen Aspekten in Relation zur Öffentlichkeit bzw. Gesellschaft. Hinsichtlich der Ökonomie entsteht ein so genanntes legalisiertes Dienstleistungsmonopol, also das alleinige Recht, die betreffende Tätigkeit auszuüben (z.B.: die Ausübung der Heilkunde ist in weiten Teilen den Ärzten/innen vorbehalten). Zugleich entsteht ein, durch den Staat und die Gesellschaft gefördertes Wissensmonopol, welches der Profession in der öffentlichen Wahrnehmung ein hohes Prestige verschafft. Sowohl das Monopol der Ausübung der Tätigkeit als auch das entstandene Wissensmonopol festigt, untermauert durch das hohe Prestige, das Vertrauen der Klienten/innen in die Profession. Dieses Vertrauen wird gestützt durch kulturelle Aspekte, Werte und Normen, für die diese Profession steht. Diese befruchten gleichzeitig ebenfalls das hohe Prestige. All dies mündet in die soziale Schließung der Profession bei gleichzeitiger Institutionalisierung, sprich: Um der Profession anzugehören, muss ein entsprechend vorgezeichneter Ausbildungsweg gegangen werden, es müssen Prüfungen abgelegt werden und ggf. muss eine berufspraktische Erfahrungszeit (z.B. Referendariat) durchlaufen werden.

Nittel (2002, S. 254) stützt diese Anschauung, wenn er als Merkmale einer Profession unter Anderem ebenfalls einen i.d.R. akademischen Status, eine definierte Stellung in der Gesamtgesellschaft, ein gesellschaftliches Mandat, einen besonderen Bezug zur eigenen Zielgruppe (Klienten/innen), oder eine Orientierung

an einer wissenschaftlichen Leitdisziplin benennt. Nittel (vgl. ebd.) trennt den Professionsbegriff klar von dem Begriff der Professionalisierung, den er eher als Prozess der „Verberuflichung“ definiert, welcher nicht automatisch zur Konstitution einer Profession führt.

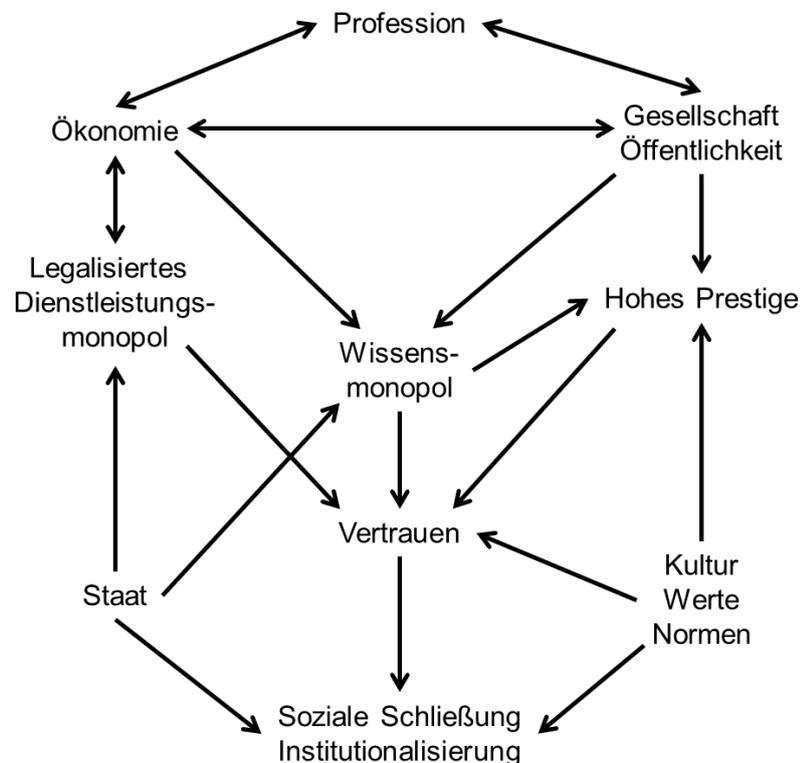


ABBILDUNG 1: DER THEORIEANSATZ VON MACDONALD ZUR BESCHREIBUNG DES PROFESSIONSBEGRIFFS, MODIFIZIERT NACH FELDMANN 2002, S. 8

Als Ergebnis des Prozesses der Professionalisierung verfügt also ein Beruf bzw. eine Profession über systematische Wissensbestände, die im Rahmen der Ausübung der Berufstätigkeit zur Verfügung stehen. Diese reichen laut Heidenreich (vgl. 1999, S. 47) jedoch nicht aus, um in „dynamischen, unbestimmten Situationen unter Zeitdruck erfolgreich zu handeln“. Die Professionalisierung an sich verschafft also einem Berufsstand noch nicht das Recht, Kompetenzen irgendeiner Art für sich in Anspruch zu nehmen. Diese professionstheoretische Sicht legt daher in aktuelleren Zusammenhängen weniger Wert auf den Professionsstatus als solchen, sondern orientiert sich an der Betrachtung professionellen Handelns – unabhängig davon, ob die betreffende Berufsgruppe einer Profession angehört oder nicht (vgl. Reißler 2008, S. 31).

2.1.2 PROFESSIONELLES HANDELN

Betrachtet man die Aspekte professionellen Handelns, tritt nach Reißler (vgl. 2008, S. 31) insbesondere die Reflexivität beruflichen Handelns in den Vordergrund. Durch diese Reflexivität wird in verschiedenen berufspraktischen Situationen praktisches Handeln transparent und ist dadurch verfügbar (vgl. ebd.) – der berufstätige Mensch weiß, was er tut. Bezogen auf therapeutische Berufe im Allgemeinen und auf die Logopädie im Besonderen unterstelle ich, dass Patienten/innen stets von Behandler/innen genau das erwarten: Sie sollten stets genau wissen, was sie im Rahmen der Intervention tun. Dies erfordert nicht nur die Reflexion des Handelns als solche, sondern zudem die Bezugnahme zu Theorien und Modellen, die eine Bewertung des Handelns hinsichtlich seiner Richtigkeit im konkreten Kontext ermöglichen. Professionelles Handeln im Fachgebiet Logopädie erfordert also zugleich entsprechende Kompetenzen der handelnden Person als auch geeignete Rahmenbedingungen (z.B. Zugang zu passenden Wissensbeständen).

Reißler (vgl. 2008, S. 35) fasst resümierend zusammen, dass unter professionellem Handeln die Bereiche „Wissen, Können, (Selbst-)Reflexivität und berufliche Biografie“ summiert sind. Sie beschreibt an dieser Stelle professionelles Handeln als Anwendung generalisierten Wissens auf den Einzelfall, nachdem das darin liegende Problem identifiziert wurde. Die Merkmale des Professionsstatus treten hierbei ebenso in den Hintergrund (vgl. ebd.) wie das Vorliegen eines akademischen Abschlusses (vgl. ebd., S. 59).

Konkret bezogen auf das Berufsfeld Logopädie/Sprachtherapie kann festgehalten werden, dass demnach Logopäden/innen bzw. Sprachtherapeuten/innen überwiegend professionell handeln müssen: Sie sind ständig gefordert, das logopädisch relevante „Problem“ (besser: die – meist medizinische – Indikation) von Patienten/innen zu identifizieren und ihr Fachwissen auf einzelne Patienten/innen anzuwenden, um dieser Indikation zu begegnen. Derzeit ist innerhalb des Fachgebietes Logopädie in der Diskussion, ob die bisherigen und insbesondere die zukünftig zu erwartenden Anforderungen der Versorgungslandschaft im Gesundheitswesen hierfür einen akademischen Abschluss erfordern, verbunden mit dem Mehrwert der *wissenschaftlichen* Reflexion therapeutischen Handelns.

2.1.3 VERWISSENSCHAFTLICHUNG BERUFLICHEN HANDELNS

Unter dem Stichwort der Akademisierung vollziehen und vollzogen immer wieder ganze Disziplinen eine Verwissenschaftlichung ihres Fachgebietes. Auch Moers und Schaeffer (1993) benennen am Beispiel der Pflege die Verwissenschaftlichung in einem Atemzug mit der Akademisierung des Berufes. Nach Moers und Schaeffer (vgl. ebd., S. 135) ist es gar das Ziel der Akademisierung des Berufes, diesen zu verwissenschaftlichen. Gemeint ist hier (vgl. ebd. S. 136) die Wissensgenerierung und Theoriebildung innerhalb des Fachgebietes voran zu treiben und so das Niveau des Berufsstandes und der Tätigkeit anzuheben. Interessant ist, dass die Autoren mit den Worten „dass die Pflege bei allen Verwissenschaftlichungen auch eine praktische Tätigkeit darstellt“ (vgl. ebd., S. 137) scheinbar einen Widerspruch zwischen einer Verwissenschaftlichung und gleichzeitiger Praxisnähe entdecken. Bedeutet also Verwissenschaftlichung gleichzeitig eine Entfernung von der Praxis? Wenn Moers und Schaeffer später (vgl. ebd., S. 150) von der „Produktion neuer pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse“ und der „Erweiterung wissenschaftlichen Wissens“ sprechen, liegt die Hoffnung nahe, dass diese Erkenntnisse bzw. dieses Wissen letztlich der pflegerischen Praxis zugutekommen werden und kein Selbstzweck sind. Für Praktiker/innen in Berufen wie der Pflege mag sich allerdings nicht auf Anhieb erschließen, welchen Mehrwert die Verwissenschaftlichung ihres Berufes haben mag. Dies kann mit dem beruflichen Selbstverständnis zusammenhängen, welches Siegmüller und Pahn (vgl. 2009, S. 35) ihren Ausführungen zur Akademisierung der Logopädie zugrunde legen. Sie weisen auf die Notwendigkeit eines akademischen Selbstverständnisses hin, um die Logopädie zu akademisieren.

Auch Siegmüller und Pahn (vgl. ebd.) bringen Akademisierung und Verwissenschaftlichung in Verbindung, indem Sie die Akademisierung als Prozess der „Entwicklung einer eigenen Wissenschaftsdisziplin“ (vgl. ebd., S. 35) sehen und erwarten, dass hiervon wiederum die Praxis profitiert. Sie gehen sogar so weit, die kontinuierliche Weiterentwicklung des Fachgebietes an die Bedingung einer eigenen Wissenschaft und damit an die Akademisierung zu knüpfen. Zentral ist hier die Ansicht von Siegmüller und Pahn (vgl. ebd., S. 36), dass die Logopädie mit Hilfe der Akademisierung aus einer „rein ausführenden“ Rolle in einen neuen Status erhoben werden kann:

„Die Logopädie übernimmt nun, da sie nicht mehr nur ausführend ist, eigene Verantwortung für Gelingen und Misslingen von Heilungsversuchen. Sie definiert den Beginn und das Ende von Therapie eigenständiger als

bisher und damit auch die Frage, welche Ziele und Qualitätskriterien mit einer Therapie verbunden sind“.

Dies zeigt deutlich, welchem Zweck die Verwissenschaftlichung in der Praxis dienen soll: Sie bietet eine neue Grundlage berufspraktischen Handelns. Mehr noch: Sie erschließt neue Handlungsfelder, Entscheidungsspielräume und Zuständigkeiten und bürdet den betreffenden Akteuren damit auch mehr Verantwortung auf. Insbesondere die Verantwortung eines Nachweises der Wirksamkeit des eigenen Handelns wird in der Praxis zunehmend spürbar, wie auch Siegmüller und Pahn (vgl. ebd., S. 38) beschreiben.

Um dieser wachsenden Verantwortung gerecht zu werden, scheint kein Weg an einer Verwissenschaftlichung des Fachgebietes Logopädie/Sprachtherapie vorbei zu gehen, denn wo sonst sind die Mittel zu finden, die Wirksamkeit von Diagnostik und Intervention zu beweisen als in der Wissenschaft. Hieran wird deutlich, dass diese Anforderung sich konkret an die Ebene der Praxis richtet: Behandelnde Logopäden/innen werden von Patienten/innen, Ärzten/innen und/oder Kostenträgern gefragt, ob ihre Intervention wirkt. Diese Anfrage zu beantworten, erfordert die Einbeziehung des individuellen Profils der betreffenden Patienten/innen sowie Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen. Diese müssen durch Praktiker/innen m. E. nicht unbedingt selbst generiert werden, jedoch müssen diese in der Lage sein, die publizierten Ergebnisse aus der disziplinären Forschung zu rezipieren, zu bewerten und in Relation zu ihrer Arbeit zu setzen. Genau mit diesem Ziel finden derzeit in der Bundesrepublik Deutschland Modellversuche statt (vgl. Bundesgesetzblatt 2009), die den Mehrwert einer akademischen Ausbildung von Logopäden/innen beweisen sollen und so zur grundständigen Akademisierung des Berufes – sprich: zur Änderung des geltenden Berufsgesetzes – beitragen wollen. Neben der Erwartung einer besseren Vergütung sowie einer größeren Handlungsautonomie besteht vor allem die Annahme, dass die zukünftig zu erwartenden Herausforderungen des Versorgungsmarktes eine wissenschaftliche Fundierung therapeutischen Handelns erfordern (vgl. Bilda und Brenner 2011). Mag für die beiden erstgenannten Erwartungen der formale Status der Berufsgruppe von Belang sein, so geht es doch bei der zuletzt genannten Annahme um die Frage nach der inhaltlichen Ausgestaltung beruflicher Aufgaben und damit letztlich um die Kompetenz der betreffenden Akteure.

2.1.4 SCHLUSSFOLGERUNG

Es bedarf nicht des offiziellen Siegels „Profession“, um professionell zu handeln. Gleichwohl stellt professionelles Handeln hohe Anforderungen an die betreffende Disziplin, da sowohl das handelnde Individuum als auch das Umfeld, in welches dieses eingebettet ist, bestimmte Anforderungen erfüllen muss. Konkret finden sich Hinweise darauf, dass professionelles Handeln den Rückgriff auf eine Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse erfordert. Um diese zu schaffen und in der Praxis nutzen zu können, ist die Verwissenschaftlichung des beruflichen Handelns notwendig. Diese schafft nicht nur den notwendigen Status, welcher professionelles Handeln ermöglicht, sondern bringt entsprechende Verantwortung für das eigene Handeln mit sich und damit die Erfordernis, fachlichen Rückhalt zu schaffen und Grundlagen für den fachlichen Diskurs bereit zu stellen. Die beteiligten Akteure innerhalb des Berufsfeldes müssen in der Lage sein, sich an diesem fachlichen Diskurs zu beteiligen, entweder an der Schaffung jener wissenschaftlichen Grundlage mit zu wirken oder diese Grundlage in ihrer praktischen Arbeit mit Patienten/innen zu berücksichtigen. Dies erfordert definierte Kompetenzen, die bereits in den, von Feldmann (vgl. 2002) formulierten Anforderungen sichtbar werden (siehe 2.1.1).

Für diese Art und Weise professionellen Handelns befindet sich im Fachgebiet Logopädie/Sprachtherapie aktuell ein Begriff in der Diskussion, der die soeben beschriebenen Aspekte zusammenfasst:

Die evidenzbasierte Praxis (EBP).

2.2 EVIDENZBASIERUNG

2.2.1 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)

Interessant ist, dass der Begriff „Evidenz“ im Deutschen eine andere Semantik besitzt, als der englische Begriff „evidence“ (vgl. Beushausen und Grötzbach 2011, S. 3): Der deutsche Begriff bezeichnet „das dem Augenschein nach Unbezweifelbare“, wohingegen der englische Begriff das „auf Beweisen Beruhende“ meint. Mit EBM ist die Semantik des englischen Begriffes verknüpft, also der Beleg von Wirksamkeit durch Ergebnisse systematischer, empirischer Forschung.

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 „E₃BP“, dargestellt in Abbildung 2:

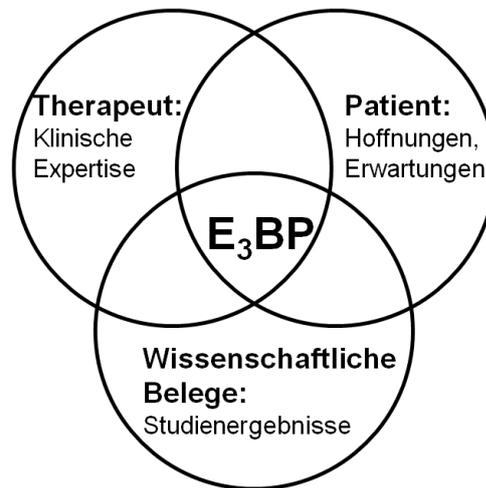


ABBILDUNG 2: DAS MODELL E3BP NACH DOLLAGHAN 2007, ZITIERT IN BEUSHAUSEN UND GRÖTZBACH 2011

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 E₃BP (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 3 wiedergegeben ist:

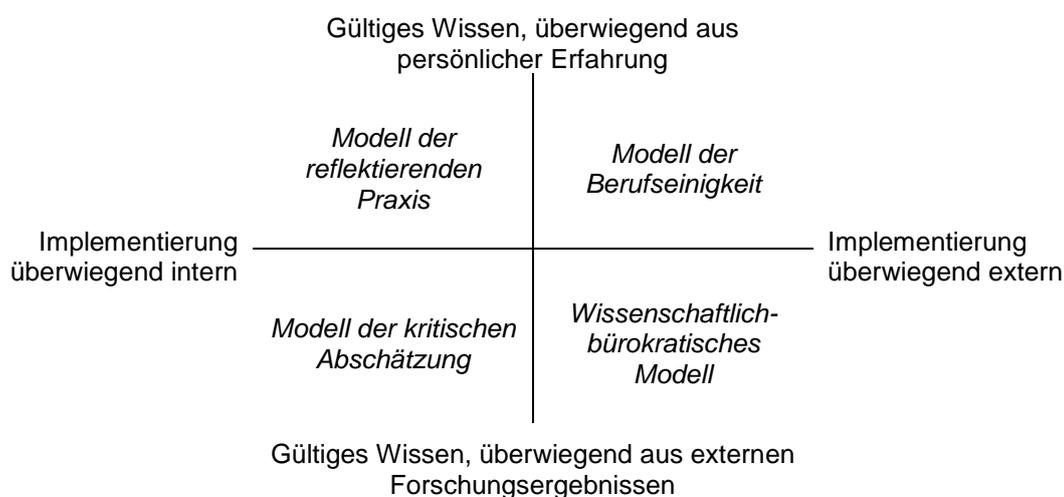


ABBILDUNG 3: DEWE (VGL. 2005, S. 15) "VERLUST DES REFLEXIVEN, PROFESSIONELLEN WISSENSMODELLS ZU GUNSTEN DES "SCIENTIFIC BUREAUCRATIC MODELS" EINER EVIDENZBASIERTEN PRAXIS" (VON MIR INS DEUTSCHE ÜBERSETZT)

Tatsächlich muss also diskutiert werden, ob das Modell E₃BP (s.o.) nicht aus dem Gleichgewicht gebracht werden muss zugunsten einer stärkeren Gewichtung der klinischen Expertise der agierenden Therapeuten/innen, was wiederum deren Kompetenzen in den Mittelpunkt rückt. 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 Evidenzbasiert 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 Regelmäßigem 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 E₃BP (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.

2.2.2 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 (als üblicher Mittelwert in der Logopädie) 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“. Ollenschläger et al. stellen drei Forderungen auf, die für die Umsetzung von Strategien der EBM im klinischen Alltag notwendig sind (vgl. ebd., S. 820):

1. Erwerb von Basiskompetenzen zu Strategien und Methoden der EBM
2. Verfügbarkeit entsprechend benötigter Informationen am klinischen Arbeitsplatz (= Ressourcen)
3. Ein systematisches Qualitätsmanagement unter Berücksichtigung von EBM-Informationen

Alle drei Beispiele – bei denen ich es zunächst belassen möchte – 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.

2.2.3 SCHLUSSFOLGERUNG

Bereits Sackett und Rosenberg (siehe 2.2.1) beschreiben den Stellenwert externer Evidenz als Stütze klinischer Entscheidungsfindung vor dem Hintergrund individuellen Expertenwissens. Zwar gewichtet Dollaghan (vgl. 2007) die klinische Expertise, die Patientenforderungen sowie wissenschaftliche Belege gleichmäßig (Modell E₃BP), jedoch lässt sich dieses Gleichgewicht kritisch diskutieren. Allerdings ergibt sich bereits hieraus die Anforderung an Kompetenzen wissenschaftlichen Arbeitens sowie der Selbstreflexion eigener klinischer Expertise, die von Lof (vgl. 2011) ja sogar bis hin zur wissenschaftlichen Reflexion gefordert wird. Letztere erhält aus meiner Sicht besonderes Gewicht, da Ausführungen wie jene von Isaacs und Fitzgerald (vgl. 1999) deutlich machen, wie wichtig der handelnde Mensch und seine Wahl einer Grundlage für seine klinische Entscheidung im Rahmen der EBP tatsächlich sind. Die zu starke Gewichtung externer Evidenz mag sogar die Gefahr beinhalten, insbesondere die Anforderungen therapeutischer Berufe zu ignorieren, auf einige wenige Aspekte zu reduzieren und damit einige Fragen aus der Praxis unbeantwortet zu lassen. In diese Richtung argumentieren Dewe (vgl. 2005), Tschuschke (vgl. 2005) sowie Raspe (vgl. 2005). Spannend daran ist, dass gerade jene Berufe, in denen EBP bereits länger Verbreitung findet, inzwischen ein eher kritisches Fazit ziehen und einige Entwicklungen der EBP revidieren.

Wenn also die klinische Expertise bzw. die klinische Erfahrung der Therapeuten/innen eine solche Schlüsselrolle in der EBP einnimmt muss gefragt werden, welche Kompetenzen diese Personen in sich vereinen müssen, die diese Expertise ausmachen. Eine bereits recht alte Antwort darauf gibt Raspe, wenn er Martini zitiert. Es geht demnach um logische und erkenntnistheoretische Fähigkeiten, um Maßstäbe der Kritik und die Klassifikation von Evidenzen. Hilfreich hierfür ist laut Raspe und auch laut Lof (vgl. 2011) eine skeptische Grundhaltung.

Lof konfrontiert uns mit dem Begriff der "PBE" und knüpft daran die Forderung, mehr Evidenzdaten in der realen Praxis zu erheben – eine Forderung, die die entsprechende Befähigung zur qualifizierten Datenerhebung auf Seiten der klinischen Praktiker/innen impliziert. Dass dies ein hohes Ziel ist, zeigen die Beispiele der Umsetzung der EBP in den klinischen Alltag. Hier lassen sich erforderliche Rahmenbedingungen ableiten sowie weitere Kompetenzaspekte im Sinne von geeigneten Werten und Normen entdecken.

2.3 KOMPETENZ

„Kompetenz“ ist geradezu ein Modebegriff und in zahlreichen Kontexten inflationär im Gebrauch. Orthey (vgl. 2002, S. 8) spricht von einer „auffälligen Breite mehr oder weniger sinnhaft hinterlegter Bedeutungen“ und kritisiert sowohl Quantität als auch Qualität des Gebrauchs des Kompetenzbegriffes. Gemeint sind also scheinbar sehr unterschiedliche Dinge, so dass sich die Semantik des Begriffes mit jener von Begriffen wie Wissen, Qualifikation, Fähigkeit, Fertigkeit, Berufsabschluss, Zuständigkeit etc. überschneidet und hierdurch verklärt (vgl. Heyse, Erpenbeck und Ortmann 2010, S. 72). Laut Hensge, Lorig und Schreiber (vgl. 2009) lassen sich unterschiedliche Arten von Kompetenzdefinitionen differenzieren, jeweils mit verschiedener Reichweite. Darunter befinden sich einerseits Definitionen, die Kompetenz eher als allgemeine Fähigkeiten im Sinne einer Bedingung spezifischen Verhaltens interpretieren, andererseits wird auf anforderungsspezifische Definitionen verwiesen und drittens auf Definitionen, die weit über den Zusammenhang mit konkreten Kontexten hinaus gehen (vgl. Hensge et al. 2009, S. 5). Für die Arbeit mit dem Kompetenzbegriff ist daher eine Klärung vonnöten, die eine Grundlage für das Kompetenzverständnis in dieser Arbeit schafft.

2.3.1 DER KOMPETENZBEGRIFF

In der Literatur finden sich tatsächlich sehr unterschiedliche Definitionen des Kompetenzbegriffes. Dem Deutschen Qualifikationsrahmen (DQR; vgl. BMBF 2011, S. 4) liegt beispielsweise eine Definition zugrunde, die Kompetenz beschreibt als „Fähigkeit und Bereitschaft des Einzelnen, Kenntnisse und Fertigkeiten sowie persönliche, soziale und methodische Fähigkeiten zu nutzen und sich durchdacht sowie individuell und sozial verantwortlich zu verhalten“. Ergänzt wird diese Beschreibung mit der Eingrenzung von Kompetenz als „umfassende Handlungskompetenz“ (vgl. ebd.). Orthey (vgl. 2002, S. 9) beschreibt eine eher alltagssprachliche Definition von Kompetenz als Summe von Fähigkeiten, „die ein besseres, hochwertigeres, angemesseneres Handeln zur Erreichung von Zielen“ bedingen und diese Fähigkeiten zugleich weiterentwickeln helfen. Erpenbeck beschreibt Kompetenzen sehr viel genauer als „Fähigkeiten einer Person zum selbstorganisierten, kreativen Handeln in für sie bisher neuen Situationen“ (vgl. Heyse et al. 2010, S. 15). Dabei legt er großen Wert darauf zu betonen, dass es gerade die Aspekte der offenen Problemsituation und des selbstorganisierten Handelns innerhalb dieser sind, welche die Kompetenz von der banalen Handlungsfähigkeit unterscheiden (vgl. ebd., S. 16). Kompetenz ist demnach als *spezifische* Handlungsfähigkeit definiert, bezieht sich also auf die Ausführung einer

Handlung, auf Performanz. Diese Definition besitzt m.E. eine große Nähe zu den Anforderungen des Fachgebietes Logopädie/Sprachtherapie, da hier jeder (neue) Behandlungsfall eine offene Problemsituation darstellt, die selbstorganisiert und kreativ bewältigt werden muss. Mit dieser Definition wird aber auch rasch deutlich, dass übliche Ergebnisse von sog. Lernerfolgskontrollen oder Leistungsstand-Erhebungen im Bildungsbereich (Klausuren, mündliche Prüfungen, Hausarbeiten, etc.) keine Auskunft über erworbene Kompetenz in diesem Sinne erbringen, sondern Aspekte wie Wissen oder Fertigkeiten abbilden. Für die Erfassung tatsächlicher Kompetenz muss also die Performanz in Augenschein genommen werden und nach schlüssigen Kriterien untersucht werden.

Erpenbeck beschreibt mit der, in Abbildung 4 wiedergegebenen Darstellung Kompetenzen als Teil des menschlichen Potenzials, zu welchem er in Abgrenzung zur Kompetenz auch Talente und Persönlichkeitseigenschaften zählt. Letztere sind jedoch mit größerer Distanz zur Performanz beschrieben, was die Nähe des Kompetenzbegriffs zur Performanz unterstreicht.

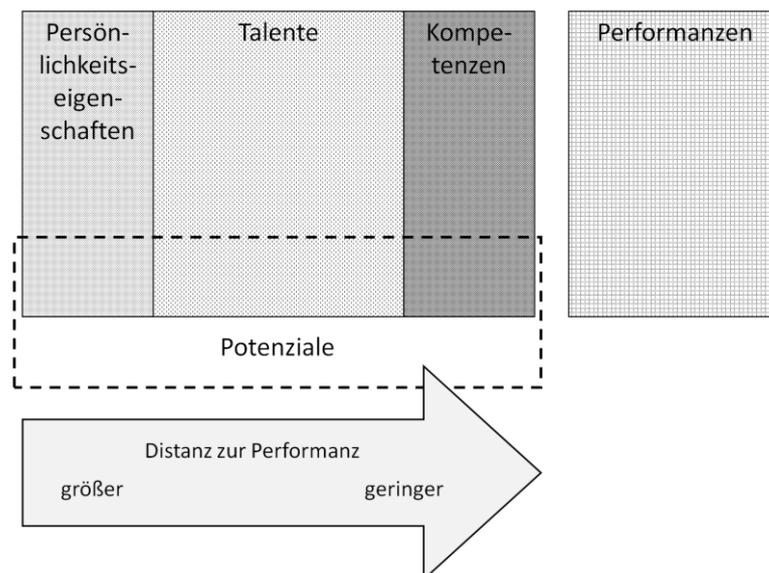


ABBILDUNG 4: ZUSAMMENHANG ZWISCHEN PERSÖNLICHKEITSEIGENSCHAFTEN, TALENTEN, KOMPETENZEN (VGL. HEYSE ET AL. 2010, S. 19)

Diese Darstellung lässt es schwierig erscheinen, Kompetenz im Rahmen der gezielten Untersuchung der Performanz von den anderen Teilen des Potenzials zu trennen. Welcher Teil der Performanz geht nun auf Talent zurück, welcher auf Persönlichkeitseigenschaften, welcher auf Kompetenz? Die Komplexität der Aufgabe, Kompetenz zu messen und zu bewerten, wird deutlich.

Zugleich differenzieren Erpenbeck und Rosenstiel (vgl. 2007, S. XII) zwischen Fertigkeiten, Wissen, Qualifikationen und Kompetenzen und grenzen diese einerseits voneinander ab, beschreiben aber zugleich, dass „es keine Kompetenzen ohne Fertigkeiten, Wissen und Qualifikationen gibt.“, veranschaulicht in Abbildung 5. Demnach führen Wissen und Fertigkeiten einer Person zu Qualifikationen, die für sich genommen jedoch noch keine Kompetenzen darstellen. Erst der Kontext von Regeln, Werten und Normen bietet einen Rahmen, in dem sich aus Qualifikationen Kompetenzen entwickeln. Zu der Komplexität des Kompetenzbegriffes in seiner umgebenden Struktur kommt nun die Komplexität in seiner Binnenstruktur hinzu. Als Untersucher/in der Kompetenz eines Menschen mag man dem Trug anheimfallen, Kompetenz zu messen, während man tatsächlich lediglich das Wissen eines Menschen misst oder dessen Fertigkeit in einer Aufgabe.

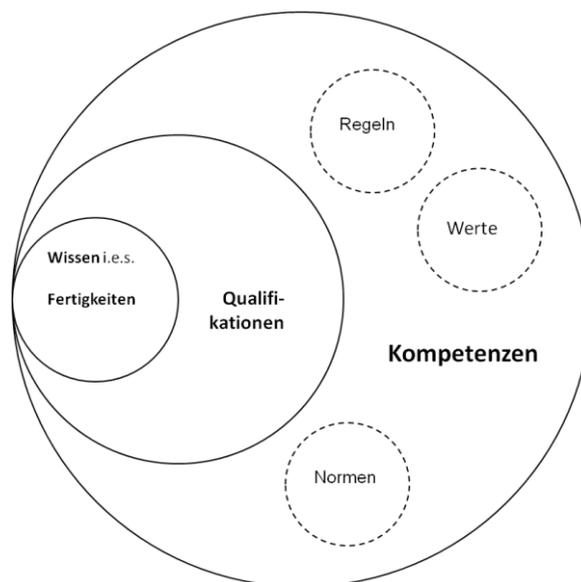


ABBILDUNG 5: SKIZZE ZUM ZUSAMMENHANG VON WISSEN, FERTIGKEITEN, QUALIFIKATIONEN UND KOMPETENZEN (VGL. ERPENBECK UND ROSENSTIEL 2007, S. XII)

Ich komme also zu dem Schluss, dass Kompetenzen nicht nur aus messbaren (Wissen) oder beobachtbaren (Fertigkeiten) Teilen zusammengesetzt sind, sondern auch schwer objektivierbare Aspekte (Werte, Normen, Regeln) hinzukommen und in ihrer Summe eine Kompetenz ausprägen. Zugleich sind Kompetenzen von Talenten und Persönlichkeitseigenschaften abzugrenzen.

Dieses Kompetenzverständnis geht nach Heyse et al. (vgl. 2010, S. 64f) auf moderne Kompetenzauffassungen von Chomsky, McClelland, Mertens sowie Arnold

und Siebert zurück. Kern des daraus resultierenden Kompetenzmodells nach Heyse et al. (vgl. ebd., S. 66) ist der oben bereits erwähnte Begriff der Selbstorganisation: Kompetenzen werden als „Selbstorganisationsdispositionen“ verstanden. In diesem Aspekt wird auch die Abgrenzung zu dem benachbarten Begriff der Qualifikation deutlich, die häufig das Ziel von Bildungsaktivitäten ist (i.S. einer Qualifikation, die zur Ausübung einer bestimmten Tätigkeit berechtigt).

Heyse et al. (vgl. 2010, S. 70) zeigen die Abgrenzung von Qualifikationen und Kompetenzen in einer direkten Gegenüberstellung auf:

Qualifikation...	Kompetenz...
... ist immer auf die Erfüllung vorgegebener Zwecke gerichtet, also fremdorganisiert	... beinhaltet Selbstorganisationsfähigkeit
... beschränkt sich auf die Erfüllung konkreter Nachfragen bzw. Anforderungen, ist also objektbezogen	... ist subjektbezogen
... ist auf unmittelbare tätigkeitsbezogene Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten verengt	... bezieht sich auf die ganze Person, verfolgt also einen ganzheitlichen Anspruch
... ist auf die Elemente individueller Fähigkeiten bezogen, die rechtsförmig zertifiziert werden können	... -lernen öffnet das sachverhaltszentrierte Lernen gegenüber den Notwendigkeiten einer Wertevermittlung; Kompetenz umfasst die Vielfalt der prinzipiell unbegrenzten individuellen Handlungsdispositionen
... rückt mit seiner Orientierung auf verwertbare Fähigkeiten und Fertigkeiten vom klassischen Bildungsideal (Humboldts „Proportionierlicher Ausbildung aller Kräfte) ab	... nähert sich dem klassischen Bildungsideal auf eine neue, zeitgemäße Weise

TABELLE 1: VERGLEICH VON QUALIFIKATION UND KOMPETENZ; QUELLE: HEYSE ET AL. 2010, S. 70

Orthey (vgl. 2002) grenzt ebenfalls sehr deutlich Qualifikation von Kompetenz ab, indem er darauf verweist, dass innerhalb des Qualifikationsbegriffes der Zweck von Fähigkeiten extern bestimmt wird und aufgrund dieser Zweckorientiertheit und der Eigenschaft einer Systemrationalität von Qualifikationen eine Vorbestimmung des Sinns einer Qualifikation vorliegt – im Gegensatz zur

Kompetenz, die sich ohne Vorbestimmung entwickelt und dann zum Tragen kommt, wenn eine entsprechende Problemsituation sie erfordert.

Diese Differenziertheit des Kompetenzbegriffes lässt vermuten, dass Kompetenz in sich weiter zu gliedern ist. Grundsätzlich lassen sich Kompetenzen in vier Kompetenzklassen einteilen (wörtlich zitiert nach Erpenbeck und Rosenstiel 2007, S. XXIV):

- **Personale Kompetenzen (P):** *Als die Disposition einer Person, reflexiv selbstorganisiert zu handeln, d.h. sich selbst einzuschätzen, produktive Einstellungen, Werthaltungen, Motive und Selbstbilder zu entwickeln, eigene Begabungen, Motivationen, Leistungsvorsätze zu entfalten und sich im Rahmen der Arbeit und außerhalb kreativ zu entwickeln und zu lernen.*
- **Aktivitäts- und umsetzungsorientierte Kompetenzen (A):** *Als die Disposition einer Person, aktiv und gesamtheitlich selbstorganisiert zu handeln und dieses Handeln auf die Umsetzung von Absichten, Vorhaben und Plänen zu richten – entweder für sich selbst oder auch für andere und mit anderen, im Team, im Unternehmen, in der Organisation. Diese Dispositionen erfassen damit das Vermögen, die eigenen Emotionen, Motivationen, Fähigkeiten und Erfahrungen und alle anderen Kompetenzen – personale, fachlich-methodische und sozial-kommunikative – in die eigenen Willensantriebe zu integrieren und Handlungen erfolgreich zu realisieren.*
- **Fachlich-methodische Kompetenzen (F):** *Als die Dispositionen einer Person, bei der Lösung von sachlich-gegenständlichen Problemen geistig und physisch selbstorganisiert zu handeln, d.h. mit fachlichen und instrumentellen Kenntnissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten kreativ Probleme zu lösen, Wissen sinnorientiert einzuordnen und zu bewerten; das schließt Dispositionen ein, Tätigkeiten, Aufgaben und Lösungen methodisch selbstorganisiert zu gestalten, sowie die Methoden selbst kreativ weiterzuentwickeln.*

- **Sozial-kommunikative Kompetenzen (S):** Als die Dispositionen, kommunikativ und kooperativ selbstorganisiert zu handeln, d.h. sich mit anderen kreativ auseinander- und zusammensetzen, sich gruppen- und beziehungsorientiert zu verhalten, und neue Pläne, Aufgaben und Ziele zu entwickeln.

Hierbei handelt es sich zunächst um recht allgemeine Beschreibungen, die nur schwer auf konkrete Tätigkeitsfelder bzw. handelnde Personen übertragbar sind. Ohnehin ist die genaue Zuschreibung spezifischer Kompetenzen schwierig, da das Risiko besteht, stattdessen Qualifikationen oder Berufsaufgaben und eben *nicht* Kompetenzen zu beschreiben. Diese enge Verbindung von Qualifikationen und Kompetenzen wird besonders am Deutschen Qualifikationsrahmen (DQR) deutlich. Hier wird in der Einführung beschrieben, dass man Kompetenzen beschreibe, denen sich Qualifikationen zuordnen lassen (vgl. BMBF 2011, S. 4). Die beschriebenen Kompetenzen seien zur Erlangung einer bestimmten Qualifikation bzw. Bildungsabschlusses notwendig (vgl. ebd.).

Der DQR gliedert Kompetenzen einerseits in Fachkompetenzen (inkl. der Bereiche Wissen und Fertigkeiten) und andererseits in personale Kompetenzen (inkl. der Bereiche Sozialkompetenz und Selbstständigkeit) (vgl. ebd., S. 5). Wir finden hier also eine ähnliche Struktur wie jene der Kompetenzklassen von Erpenbeck und Rosenstiel 2007 (s.o.). Der, von Erpenbeck und Heyse in den Vordergrund gestellte Aspekt der Selbstorganisationsdispositionen (vgl. Heyse et al. 2010, S. 66) ist somit am ehesten im Bereich der personalen Kompetenzen unter dem Aspekt der Selbstständigkeit zu finden. Die genaue Beschreibung der einzelnen Kompetenzen innerhalb des DQR inkl. Zuordnung zu der entsprechenden Niveaustufe ist in Abbildung 6 wiedergegeben (siehe folgende Seite).

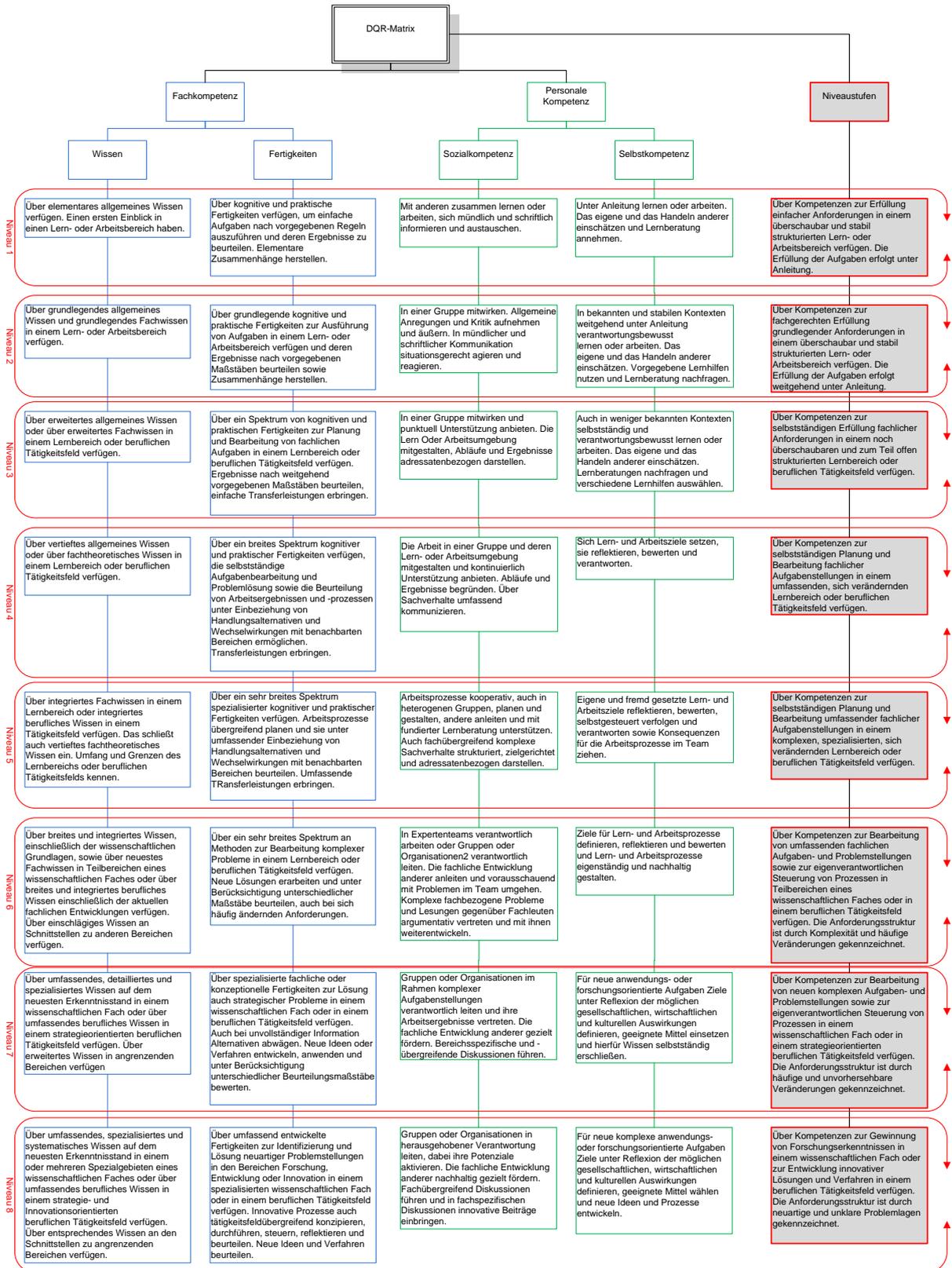


ABBILDUNG 6: DQR-MATRIX, QUELLE: EIGENE DARSTELLUNG (2010), BASIEREND AUF DEM DISKUSSIONSVORSCHLAG EINES DEUTSCHEN QUALIFIKATIONSRAHMENS FÜR LEBENSLANGES LERNEN, ERARBEITET VOM „ARBEITSKREIS DEUTSCHER QUALIFIKATIONSRAHMEN“ IM FEBRUAR 2009

Setzt man den DQR in Relation zum Kompetenzverständnis von Erpenbeck und Heyse (vgl. Heyse et al. 2010) fällt auf, dass frühestens auf Niveaustufe 3 von Selbstständigkeit die Rede ist, und dies nur in einem sehr vorsichtigen Rahmen. Echte Selbstorganisationsdispositionen werden m. E. erst ab Niveaustufe 5 erkennbar, wo von Selbstständigkeit im Zusammenhang mit Komplexität die Rede ist.

Ein weiterer Versuch, Kompetenzen konkreter für das Fachgebiet Logopädie darzustellen, wurde in den Niederlanden unternommen (vgl. SRO 2005). Hier entwickelte eine Projektgruppe unter Beteiligung von Mitarbeitern niederländischer Lehranstalten für Logopädie ein „Kompetenzprofil für LogopädiestudentInnen“ (vgl. KOMPASS, SRO 2005), welches eine Ableitung von Kompetenzen basierend auf dem Arbeits- und Ausbildungskontext im Fachgebiet vornimmt. Dabei werden zunächst drei Kompetenzbereiche eingeteilt (vgl. SRO 2005, S. 6f):

- I. Prävention, Therapie, Training und Beratung: Arbeiten mit und für Klienten
- II. Institution: Arbeiten in und ausgehend von einer Institution
- III. Beruf: Förderung der Professionalisierung

Unterhalb dieser Kompetenzbereiche finden sich dann Kompetenzen (z.B. zu I.: Präventionsangebote konzipieren/durchführen, Therapien durchführen, trainieren und beraten, ...), für die dann wiederum jeweils Teilkompetenzen formuliert wurden. Die Art und Weise, wie hier Kompetenzbereiche und Kompetenzen benannt sind, erwecken eher den Eindruck einer Beschreibung von Berufsaufgaben. In der Tat weicht auch die vorangestellte Kompetenzdefinition von der Erpenbecks (s.o.) ab. Im Kompetenzprofil KOMPASS heißt es: „Eine (Berufs)kompetenz kann als Kombination von Wissen, Fähigkeiten, Einstellung und Persönlichkeitsstrukturen beschrieben werden, die erforderlich sind, um die Erwartungen, die im speziellen logopädischen Kontext [...] gestellt werden, erfüllen zu können“ (vgl. SRO 2005, S. 6). Von dem besonderen Merkmal einer herausfordernden Problemsituation außerhalb von Routinen sowie der erforderlichen Selbstorganisation ist hier nicht die Rede. So verwundert es auch nicht, dass bei der anschließend folgenden Einteilung der Teilkompetenzen in Anforderungsniveaus (siehe Tabelle 2) die Stufen eins bis drei (von fünf) von Standardprozessen sprechen und erst ab Stufe vier die Unterschiedlichkeit einer Situation als Merkmal hinzukommt.

Niveau	Komplexität	Verantwortlichkeit	Transfer
1	Standard-(Teil)prozesse	Eigenes Handeln ist erkennbar und wird reflektiert	Kontextgebunden: Wiederholung in ähnlichen Situationen
2	Standard-Prozesse	Erweitert eigenes Handeln und reflektiert auch in Bezug auf die Folgen des eigenen Handelns für andere	Kontextgebunden: Wiederholung in ähnlichen Situationen
3	Standard-Prozesse	Bewertet eigenes Handeln, übernimmt Verantwortung dafür und reflektiert mit anderen deren Handlungswissen	Kontextgebunden: Wiederholung in einer relativ begrenzten Anzahl von spezifischen Situationen
4	+ Kombination von Standard-Prozessen	+ korrigiert eigenes Handeln	+ Anwendung in berufsspezifischen unterschiedlichen Situationen
5	+ neue Prozesse	+ stimmt eigenes Handeln auf das Handeln anderer ab	+ Anwendung in sehr unterschiedlichen berufsübergreifenden Situationen

TABELLE 2: SCHEMA DER ANFORDERUNGSNIVEAUS FÜR TEILKOMPETENZEN; QUELLE: SRO 2005, S. 8

Da sich das Profil KOMPASS an Studierende im Fachgebiet Logopädie richtet, können die Niveaustufen eins bis drei als Entwicklungsschritte betrachtet werden, die Studierende während der Ausbildung zurücklegen. Demnach wäre Stufe fünf jenes Niveau, mit welchem Absolventen einer Ausbildung ihre Berufstätigkeit beginnen. Ein Blick in die Beschreibungen der Niveaustufen der einzelnen Teilkompetenzen erweckt allerdings erneut den Eindruck, dass hier anstelle von Kompetenzen eher Berufsaufgaben beschrieben werden. Ein Beispiel (vgl. SRO 2005, S. 12): Kompetenzbereich I (s.o.), Kompetenz 2a (Therapien durchführen), Teilkompetenz 1 („...führt logopädische Anamnesen und Untersuchungen durch und stellt eine Diagnose konform des MLH (Methodisch logopädisches Handeln)“), Anforderungsniveau 5 (also höchste Stufe):

„Ich führe eine komplette logopädische Anamnese und Untersuchung durch und diskutiere die Ergebnisse in einem interdisziplinären Diagnosteteam, das ausgehend von der Fragestellung der Klientin abschließend eine gemeinsame Empfehlung ausspricht.“

Vor dem Hintergrund meiner Berufserfahrung entdeckte ich gemäß der Kompetenzdefinition von Erpenbeck (s.o.) hier keine Situation außerhalb einer Routine. Es wird lediglich ein Routine-Ablauf beschrieben, wie ihn

Therapeuten/innen in ihrem beruflichen Alltag ständig durchlaufen. Als Merkmal für Kompetenz ist diese Beschreibung nicht ausreichend.

Dieses Beispiel eines fachspezifischen Kompetenzprofils führt nochmals die oben bereits beschriebene Gefahr vor Augen, anstelle von Kompetenzen Qualifikationen oder Berufsaufgaben zu beschreiben oder zu benennen. Um aber herauszufinden, welche Kompetenzen zur evidenzbasierten Arbeit befähigen, sind solche Beschreibungen wie jene des DQR oder des KOMPASS nicht hinreichend. Vielmehr muss es um fachübergreifende Merkmale der Berufsausübung gehen, die in ihrer Summe eine besondere Qualität des Umgangs mit der Anforderung „Evidenzbasierung“ ausmachen (vgl. 2.2). Hierfür ist eine Einteilung in Kompetenzklassen (siehe oben) zu grob, da Kompetenzklassen ganze Bündel von Merkmalen einschließen. Eine Beschreibung von Teilkompetenzen erscheint also notwendig, was uns wieder zum Kompetenzmodell von Erpenbeck und Heyse zurückführt.

2.3.2 AUSDIFFERENZIERUNG DER KOMPETENZKLASSEN IN TEILKOMPETENZEN

Basierend auf den unter 2.3.1 zitierten Kompetenzklassen haben Erpenbeck und Heyse im Rahmen ihres Kompetenzmodells eine Ausdifferenzierung in 64 individuelle Teilkompetenzen vorgenommen und diese in einem Kompetenzatlas zusammengefasst (vgl. Erpenbeck 2012, S. 94f; siehe Abbildung 7). Ziel dieser differenzierten Darstellung war die Vermeidung zufälliger Auswahl und Zuordnung von Teilkompetenzen, wie sie laut Heyse et al. (vgl. 2010, S. 93) in der Praxis häufig beobachtet wurde. Die 64 Teilkompetenzen stellen eine Selektion aus einer Menge von ursprünglich 120 Teilkompetenzen dar, die aus vorhandenen Beurteilungssystemen bzw. Anforderungsbeschreibungen diverser Unternehmen bzw. vorhandener Literatur zusammengetragen wurden (vgl. ebd., S. 94).

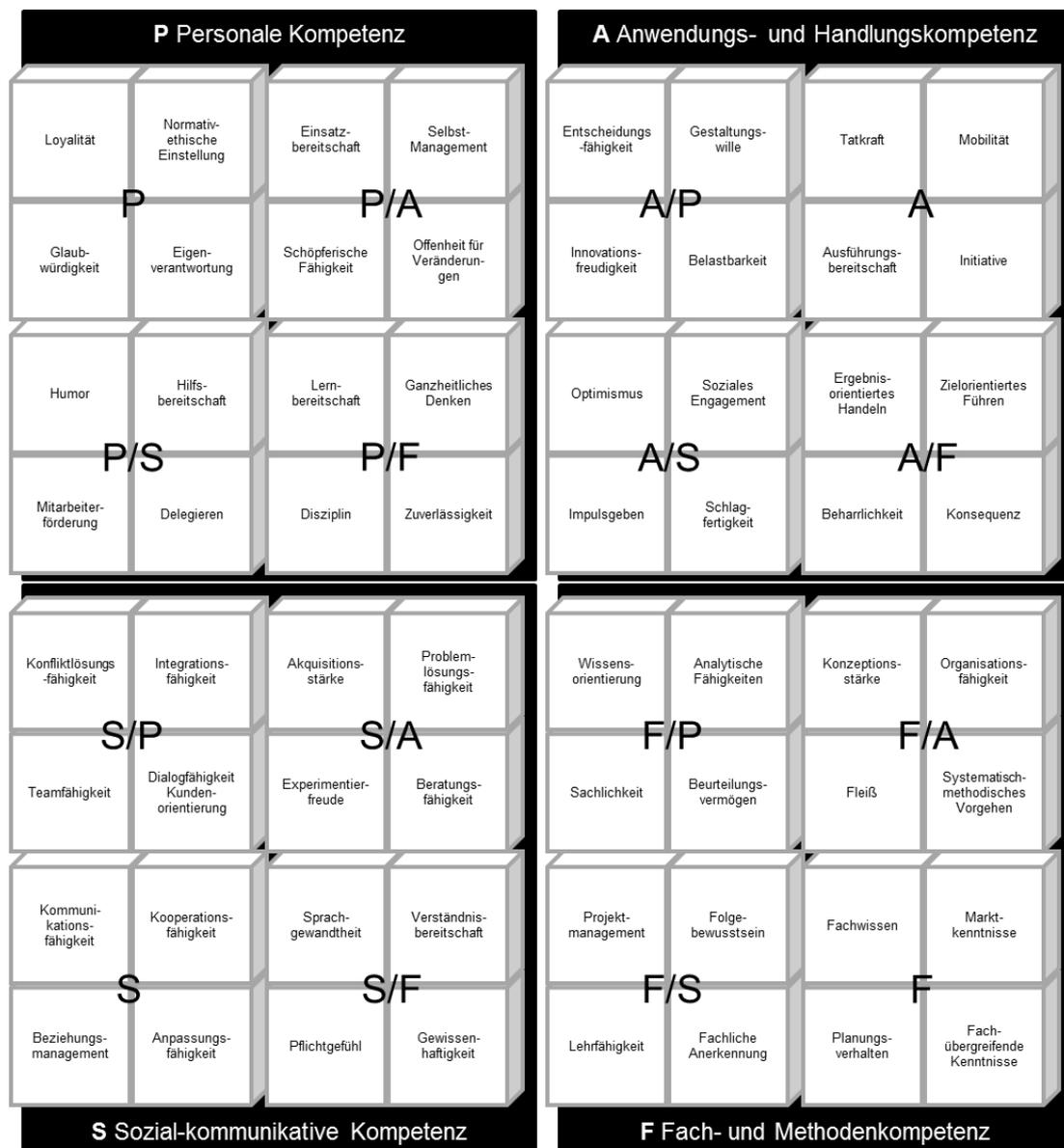


ABBILDUNG 7: DER KOMPETENZATLAS; QUELLE: HEYSE, ERPENBECK 2004, S. XXI, ZITIERT IN ERPENBECK 2012, S. 95

Interessant an dieser Darstellung ist die Überschneidung an den Grenzen der Kompetenzklassen, wodurch 64 Kompetenzgruppen entstehen. Jede Teilkompetenz ist damit einer Kompetenzklasse zugeordnet und besitzt einen Akzent der benachbarten Kompetenzklasse. So ist z.B. die Teilkompetenz „Wissensorientierung“ der Kompetenzklasse „Fach- und Methodenkompetenz“ zugeordnet und besitzt zugleich den Akzent „Personale Kompetenz“. Diese erstmals vorgenommene logische Zuordnung von Teilkompetenzen zu Kompetenzklassen (vgl. Heyse et al. 2010, S. 93) basiert auf ausführlichen empirischen Untersuchungen mit sehr unterschiedlichen Akteuren, die aufgefordert waren, Teilkompetenzen den Kompetenzklassen zuzuordnen (z.B. Sozialwissenschaftler, Studenten, Führungskräfte, etc.; ebd.). Die oben bereits beschriebene Selektion der hier abgebildeten 64 Teilkompetenzen erfolgte anhand des eindeutigen Bezuges zu einer oder zwei Grundkompetenzen (vgl. ebd., S. 94).

Diese Ausdifferenzierung erlaubt eine genauere Beschreibung der einzelnen Teilkompetenzen, so dass sich diese auf verschiedene Fachgebiete und Tätigkeitsfelder anwenden lassen. Genau dies wird in dem zugehörigen Kompetenz-Mess-/Entwicklungsverfahren KODE® bzw. KODE®X (vgl. Heyse et al. 2010) unternommen: Die jeweilige Anwendung des Kompetenzatlas auf verschiedene Berufsgruppen und deren spezielles Profil. Zu diesem Zwecke werden auf der Grundlage des Kompetenzatlas sog. Soll-Kompetenzanforderungen definiert. Heyse et al. (vgl. 2010, S. 74) beschreiben dies am Beispiel der Physiotherapie, wo z.B. Teilkompetenzen wie Glaubwürdigkeit, Dialogfähigkeit/Kundenorientierung, Disziplin, Eigenverantwortung, Zuverlässigkeit und Impulsgeben die höchste Wichtigkeit erreichen. Ebenso wie im DQR (siehe Abbildung 6) handelt es sich bei den Teilkompetenzen des Kompetenzatlas um fachübergreifend anwendbare Kompetenzbegriffe, die vielseitig ausgelegt werden können.

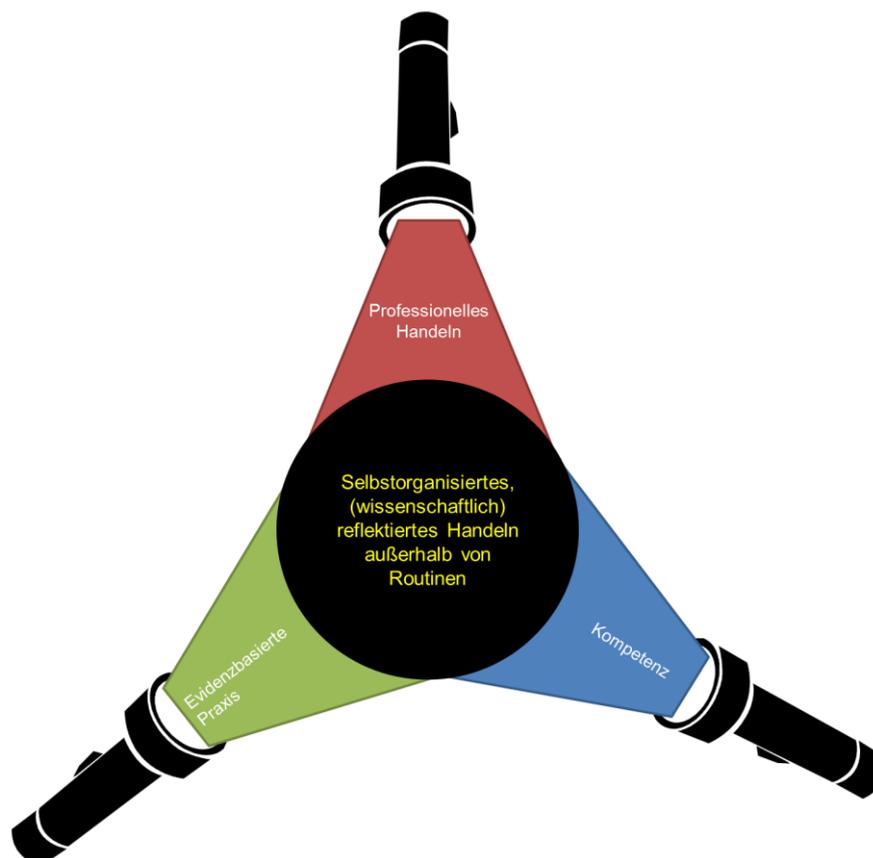
2.3.3 SCHLUSSFOLGERUNG

Insgesamt betrachtet bietet es sich für die Fragestellung dieser Arbeit an, dem Kompetenzbegriff von Erpenbeck (vgl. Heyse et al. 2010, S. 15) zu folgen und auch das Kompetenzmodell sowie den Kompetenzatlas nach Erpenbeck und Heyse (vgl. ebd., S. 66) zugrunde zu legen. Dies begründet sich darin, dass die wesentlichen Merkmale dieses Kompetenzverständnisses – nämlich: Selbstorganisation, Kreativität, neue Situation außerhalb von Routinen – deckungsgleich sind mit den Merkmalen der EBP, die hier mit erforderlichen Kompetenzen in Zusammenhang gebracht werden soll. Die beschriebene Nähe zur Performanz sowie die klare Abgrenzung zu benachbarten Begriffen wie *Qualifikation* oder *Berufsaufgabe* machen den Kompetenzbegriff handhabbarer und helfen, missverständliche Unschärfen des Begriffes zu vermeiden. Die Tatsache, dass die Teilkompetenzen des Kompetenzatlases überfachlicher Natur sind, ermöglicht, die Ergebnisse dieser Arbeit auch auf andere Fachgebiete anzuwenden, sowohl in unmittelbarer Nachbarschaft (z.B. andere Gesundheitsberufe wie Ergotherapie, Physiotherapie, etc.) als auch im weiteren beruflichen Umfeld (Pädagogik, Sozialarbeit, Psychologie, etc.). Alternative Verfahren wie z.B. der DQR oder das KOMPASS erfüllen diese Kriterien nur teilweise bzw. folgen einem anderen Kompetenzverständnis, welches weniger kompatibel mit dem hier gespannten Themenrahmen ist. Daher kommen diese Verfahren hier nicht zum Einsatz.

Der Kompetenzatlas von Erpenbeck und Heyse (vgl. Heyse et al. 2010, S. 95) ist ein aufwendig entwickeltes und „empirisch mehrfach abgesicherte[s]“ (vgl. ebd., S. 97) Verfahren und bietet so eine hinreichend valide Grundlage für die Bestimmung von EBP-relevanten Kompetenzen.

2.4 SYNOPSE UND ZUSAMMENFASSUNG

Die drei großen Themenstränge „professionelles Handeln“, „evidenzbasierte Praxis“ und „Kompetenz“ haben einen gemeinsamen Nenner: Das selbstorganisierte, (wissenschaftlich) reflektierte Handeln außerhalb von Routinen (veranschaulicht in Abbildung 8). Unter dem Aspekt des professionellen Handelns wurde dies von Feldmann (vgl. 2002) sowie von Reißler (vgl. 2008) benannt und auf die Anwendung von Wissen auf einzelne Fälle bezogen, verbunden mit der Erwartung, den Bedarf des Patienten erkannt zu haben und zu wissen, mit welchen Maßnahmen man darauf reagieren muss – sprich: Sich der Wirksamkeit der ausgewählten Maßnahmen sicher zu sein. Diese Sicherheit erwächst aus der Verwissenschaftlichung der Berufspraxis, also der wissenschaftlichen Fundierung praktischen Handelns. Die damit verbundenen Herausforderungen wurden anhand der Ausführungen von Moers und Schaeffer (vgl. 1993) sowie Siegmüller und Pahn (vgl. 2009) betrachtet. Diese Erkenntnis der Notwendigkeit einer wissenschaftlichen Fundierung zugunsten professionellen Handelns führte uns direkt zum Begriff der evidenzbasierten Praxis, der genau dies intendiert.



**ABBILDUNG 8: GEMEINSAMER NENNER VON PROFESSIONALISIERUNG, EBP UND KOMPETENZ;
QUELLE: EIGENE DARSTELLUNG**

Kritisch zu hinterfragen ist allerdings der Stellenwert, den Ergebnisse aus systematischer Forschung – sprich: externe Evidenz – im Zusammenhang mit den Anforderungen der Patienten/innen und der klinischen Expertise der Therapeuten/innen einnehmen. Die klinische Entscheidung, die durch Therapeuten/innen getroffen wird, erhält in diesem Kontext eine bündelnde Eigenschaft: Externe Evidenz, Patientenanforderung sowie klinische Expertise fließen hier zusammen, so dass die Person des Entscheidungsträgers eine dominante Rolle einnimmt. Autoren wie Dewe (vgl. 2005), Tschuschke (vgl. 2005) oder Raspe (vgl. 2005) warnen gar vor einer Überschätzung externer Evidenz und schreiben ihr lediglich die Tauglichkeit als Grundlage von Routineabläufen zu. Hinzu kommt die Hürde der Umsetzung der EBP im klinischen Alltag, die von Witte (vgl. 2009) und Togher et al. (vgl. 2011) als immens beschrieben wird.

Wenn also im Rahmen einer – wenn man so will – *entscheidungsorientierten EBP* Therapeuten/innen als professionell handelnde Personen im Mittelpunkt stehen, stellt sich die Frage nach den hierfür notwendigen Kompetenzen, welche diese Personen besitzen sollten. Der Kompetenzauffassung von Erpenbeck und Heyse (vgl. 2010) folgend, beinhaltet Kompetenz eine besondere Form des professionellen Handelns, welches durch ein hohes Maß an Selbstorganisation und Kreativität insbesondere die Bewältigung offener Problemsituationen ermöglicht – sprich: Situationen, die außerhalb von Routinen liegen. Demnach passt diese Auffassung von Kompetenz außerordentlich gut zu den zuvor diskutierten Anforderungen professionellen Handelns und evidenzbasierter Praxis. Passend zu dieser Kompetenzauffassung stehen ein Kompetenzmodell und ein darauf basierender Kompetenzatlas zur Verfügung (vgl. Erpenbeck 2012). Dieser lässt sich im Rahmen des Versuches heranziehen, die dort angeordneten Teilkompetenzen auf das Fachgebiet Logopädie/Sprachtherapie anzuwenden und anhand dessen die Anforderungen evidenzbasierter Praxis abzubilden.

Auf diese Weise wird es möglich, spezifische Kompetenzen evidenzbasierten Arbeitens als Dimension professionellen Handelns zu beschreiben und damit eine Grundlage für die darauf aufbauende Frage nach den Bedingungen des Erwerbs dieser Kompetenzen zu schaffen.

2.4.1 CLINICAL REASONING

Da ich zu dem Schluss komme, die handlungsleitende Entscheidung der Therapeuten/innen in den Mittelpunkt der EBP zu stellen, scheint mir eine ausführlichere Auseinandersetzung mit dem Begriff des Clinical Reasoning (unter 2.2.1 bereits kurz erwähnt) erforderlich, um die theoretische Grundlage der folgenden Untersuchung abzurunden. Klemme und Siegmann (vgl. 2006) beschreiben Clinical Reasoning als „zentrales Element des klinischen Handelns“ (vgl. ebd., S. 9) und stellen damit ebenfalls einen engen Zusammenhang zur Performanz her, auch wenn es hauptsächlich um die Betrachtung der zugrundeliegenden Denkprozesse geht. Auch bei Klemme und Siegmann (vgl. ebd.) tauchen die Begriffe der Gewissenhaftigkeit und der Reflexion auf, was eine enge Verwandtschaft des Clinical Reasoning zu den bereits diskutierten Begriffen des professionellen Handelns, der EBP und der Kompetenz aufzeigt. Als zentrales Ziel aus Sicht behandelnder Therapeuten/innen beschreiben Klemme und Siegmann (vgl. ebd.), „Zusammenhänge und Hintergründe des klinischen Problems gemeinsam mit dem Patienten/Klienten zu erkennen und zu verstehen, um daraufhin die für den Behandlungserfolg günstigste und zielführendste Maßnahme (best action, wise action) zu bestimmen“ – eine Formulierung, die sehr an das Modell E3BP (siehe Abbildung 2) erinnert, hier jedoch aus dem Blickwinkel der Denk- und Entscheidungsprozesse entspringt. Ähnlich definieren Higgs et al. (vgl. 2008, S. 4f) den Begriff des Clinical Reasoning und benennen in diesem Zusammenhang folgende Dimensionen des Clinical Reasoning (vgl. ebd., S. 5):

- Wissen („Knowledge“), hier näher beschrieben als fachspezifische Wissensbasis, die wissenschaftlich fundiert sei und zugleich auf klinischer Erfahrung beruhe („propositional knowledge“ und „non-propositional knowledge“)
- Erkenntnis bzw. reflektierendes Hinterfragen („Cognition or reflective inquiry“), hier näher beschrieben als Fähigkeiten der Analyse, Synthese und kritischen Bewertung gesammelter Daten
- Metakognition („Metacognition“), hier näher beschrieben als reflektierende Bewusstwerdung und Verknüpfung von Wissen und Erkenntnis, welche in die Lage versetzt, die eigenen Entscheidungen und deren Konsequenzen in Beziehung zu unerwarteten Entwicklungen oder Fehlern zu setzen und daraus Schlüsse für das weitere Vorgehen zu ziehen

Auch Klemme und Siegmann nennen unter der Überschrift „Grundelemente des Clinical Reasoning“ (vgl. Klemme und Siegmann 2006, S. 10 und S. 15) ähnliche Begriffe und definieren diese vergleichbar. Im weiteren Verlauf beschreiben sie anhand verschiedener Autoren unterschiedliche Formen des Clinical Reasoning und stellen diese abschließend anhand ihrer wesentlichen Inhalte gegenüber. Da diese Gegenüberstellung vor dem Hintergrund zu identifizierender Kompetenzen interessant sein kann, gebe ich sie hier einmal originalgetreu wieder, unter Verzicht auf einige untergeordnete Aspekte:

Problemlösungsprozess	Diagnostisches Reasoning	Konditionales Reasoning	Ethisches Reasoning	Pragmatisches Reasoning	Interaktives Reasoning	Narratives Reasoning
Problem- erfassung	„Pre- assessment- image“ „Cue acquisition“	Erfassung von Aspekten, aus denen man Schlüsse für die Zukunft ziehen kann [...]	Problem- erfassung bzgl. der Normen und Werte	Erfassung von Rahmenbe- dingungen der Institution [...]	Beobachtung des Verhaltens des Patienten/ Klienten	Erfassung der Relevanz der Krankheit für den Patienten/ Klienten durch das Denken in und durch Geschichten
Spezifizierung und Differen- zierung des Problems	„Hypothesis generation“ [...]	Strukturierung der Gedanken Entwicklung verschiedener Visionen für den Patienten	Strukturierung, Gewichtung der Gedanken Entwicklung von Ideen zum Umgang mit dem ethischen Problem	Überlegungen, welche Möglichkeiten unter den gegebenen Rahmenbe- dingungen bestehen	Strukturierung der Gedanken hinsichtlich der Beziehungs- ebene Entwicklung verschiedener Strategien zum Verhalten	Identifizierung und Strukturierung der Gedanken zur Bedeutung der Krankheit Entwicklung von Deutungs- mustern
	„Cue interpretation“ [...] „Hypothesis evaluation“ [...]	Weiteres Einholen von Informationen aus der Vergangenheit und Gegenwart Abwägen mit Patient/Klient	Weiteres Einholen von Informationen über Normen und Werte Abwägen mit Patient/Klient	Weiteres Überprüfen der eingeschätzten Rahmen- bedingungen	Weitere Interpretation und Auseinander- setzung auf der Beziehungs- ebene	Überprüfen der Deutungsmuster durch das Hinzufügen von Informationen durch weitere Geschichten
Ziel	Entscheidung für eine favorisierte Hypothese					
Plan	Zielformulierung					
Durchführung	Planung von Maßnahmen					
Evaluation	Durchführung von Maßnahmen					
	Evaluation von Maßnahmen					

TABELLE 3: WESENTLICHE INHALTE DER CLINICAL-REASONING-FORMEN; QUELLE: KLEMMER UND SIEGMANN 2006, S. 40

Diese Übersicht zeigt die Vielschichtigkeit des Clinical Reasoning, denn in der Praxis wird nie nur eine dieser Formen zum Tragen kommen, sondern stets eine Kombination mehrerer Reasoning-Formen. Einfluss auf die Entscheidung der Therapeuten/innen nehmen hier sowohl die eigene Expertise als auch die Anforderungen von Patienten/innen sowie die Rahmenbedingungen, in denen die Behandlung stattfindet. Hier benannte Prozesse wie „Erfassen von Aspekten und Problemen“, „Schlüsse ziehen“, „Entwicklung von Visionen/Ideen“, „Abwägen“, „Überlegen“, „Überprüfen“, „Beobachtung“, „Strukturierung“, „Entwicklung“ etc. zeigen deutlich, wie wichtig die handelnde Person als Entscheidungsträger im

Rahmen professionellen, evidenzbasierten Handelns tatsächlich ist. Am unteren Ende wird anschaulich, worin dieser komplexe Entscheidungsprozess mündet: In die Formulierung von Behandlungszielen, die Ableitung geeigneter Maßnahmen und deren Durchführung sowie deren anschließende Evaluation – sprich: In Performanz. Die Anforderungen von Patienten/innen sowie die vorliegenden Ergebnisse systematischer Forschung (externe Evidenz) dienen als Leitplanken dieser Performanz, ihr Antrieb jedoch beruht auf dem Entscheidungsprozess behandelnder Therapeuten/innen und ihre Qualität hängt folglich von der Kompetenz ab, mit welcher diese Therapeuten/innen ausgestattet sind.

2.4.2 ENTSCHEIDUNGSZENTRIERTE EVIDENZBASIERTE PRAXIS

Es manifestiert sich also als Fazit meiner theoretischen Auseinandersetzung ein von mir formuliertes Modell der entscheidungszentrierten EBP (siehe Abbildung 9), 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.

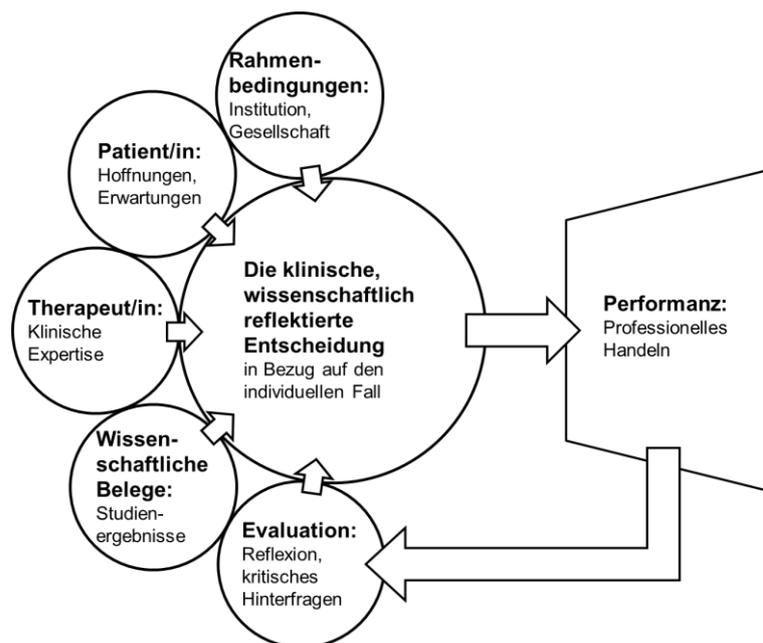


ABBILDUNG 9: MODELL EINER ENTSCHEIDUNGSZENTRIERTEN EBP; QUELLE: EIGENE DARSTELLUNG

Dieses Modell lässt sich m. E. auch auf andere Disziplinen übertragen, tauscht man zentrale Begriffe entsprechend aus. So lassen sich Therapeuten/innen beispielsweise durch Pädagogen/innen ersetzen, entsprechend Patienten/innen durch Schüler/innen, die klinische Entscheidung durch eine pädagogische oder didaktische Entscheidung, etc. – die beschriebenen Zusammenhänge hinsichtlich der Qualität der Performanz bleiben bestehen. Daraus ergibt sich auch die Berechtigung, die zugrunde liegenden Kompetenzen fachübergreifend zu beschreiben und dann auf ein Fachgebiet hin zu definieren, was in der folgenden Studie auch getan wird.

Es geht also darum, vor dem Hintergrund einer entscheidungszentrierten Definition der EBP herauszufinden, welche Teilkompetenzen des Kompetenzatlas speziell hinsichtlich dieser Anforderung relevant sind.

3 EMPIRIE

3.1 FRAGESTELLUNGEN

Aus den bisher dargelegten Inhalten zu den Themen Professionalisierung, Kompetenz und EBP ergeben sich nun schlussfolgernd folgende Fragestellungen, die im Rahmen dieser Studie untersucht werden:

1. Welche Teilkompetenzen des Kompetenzatlas (siehe Abbildung 7) sind speziell für evidenzbasiertes Arbeiten im Fachgebiet Logopädie/Sprachtherapie erforderlich?
2. Wie können diese Kompetenzen gemessen werden?

In Kombination sollen die Antworten beider Fragestellungen dazu beitragen, in weiterführenden Arbeiten nicht nur Maßnahmen zu finden, die zu ermittelnden Teilkompetenzen bei Berufsangehörigen oder Studierenden gezielt managen bzw. entwickeln zu können, sondern das Ausmaß der Kompetenzentwicklung im individuellen Fall genauer zu bestimmen und damit auch die Maßnahmen der Kompetenzentwicklung zu evaluieren.

Hinsichtlich der ersten Frage besteht die Annahme, dass innerhalb des Fachgebietes Logopädie/Sprachtherapie eine übereinstimmende Einschätzung relevanter Kompetenzen für EBP unter entsprechenden Fachleuten besteht. Es ist also zu erwarten, dass eine Auswahl an Experten übereinstimmend bestimmte Kompetenzen aus dem Kompetenzatlas benennen wird, wenn man sie danach fragt. Somit wird angenommen, dass EBP-relevante Kompetenzen identifiziert werden können.

Zur zweiten Frage ist anzunehmen, dass nach Feststellung solcher Kompetenzen vorhandene Instrumente zur Messung von Kompetenzen auch hier Anwendung finden können. Es wird erwartet, ein solches Instrument hinsichtlich der hier relevanten Kompetenzen adaptieren zu können.

3.2 METHODE

Als Methode wird eine Befragung von Experten/innen gewählt. Diese bewerten mit Hilfe einer Ordinalskala die Relevanz der Teilkompetenzen des Kompetenzatlas von Heyse und Erpenbeck (vgl. Erpenbeck 2012, S. 95) bezogen auf EBP im Fachgebiet Logopädie/Sprachtherapie. Die vorgenommene Bewertung durch die Experten/innen wird anschließend durch die Berechnung der Beurteilerübereinstimmung statistisch auf ihre Interraterreliabilität hin untersucht.

Diese Methode lehnt sich an das Vorgehen von Erpenbeck und Heyse (vgl. Heyse et al. 2010) an, die im Rahmen ihres Vorgehens mit dem Verfahren KODE® bzw. KODE®X ebenfalls Experten/innen eines Fachgebietes bitten, spezifische Soll-Korridore für Teilkompetenzen festzulegen, jeweils bezogen auf eine bestimmte Aufgabenstellung (z.B. Führung/Management). Mit Hilfe der Ermittlung der Interraterreliabilität werden zufällige Übereinstimmungen der Experten/innen ausgeschlossen.

3.2.1 VORBEREITUNG

3.2.1.1 DEFINITION DER TEILKOMPETENZEN

Zunächst werden die 64 Teilkompetenzen des Kompetenzatlas von Heyse und Erpenbeck (vgl. Erpenbeck 2012, S. 95; siehe auch 0) im Hinblick auf logopädisches Handeln näher definiert. Da in der einschlägigen Fachliteratur innerhalb des Fachgebietes Logopädie/Sprachtherapie (vgl. u.a. Lum 2002, Roddam und Skeat 2010, Beushausen und Grötzbach 2011) keine mit dem Kompetenzatlas von Heyse und Erpenbeck (vgl. Erpenbeck 2012, S. 95) vergleichbare Auswahl an Kompetenzen zu finden ist, geschieht dies vor dem Hintergrund meiner eigenen Expertise, die auf einer fundierten (z.T. akademischen) Ausbildung, zehn Jahren klinischer Erfahrung als Logopäde (davon sieben Jahre in leitender Position) sowie zweieinhalb Jahren Erfahrung in der Hochschullehre und Ausbildungssupervision beruht. Als Anhaltspunkt dient mir hierbei die Beschreibung der Anwendung auf den Bereich der Physiotherapie (vgl. Heyse et al. 2010, S. 73f), die der Logopädie immerhin fachverwandt ist (beide Disziplinen sind nichtärztliche Medizinalfachberufe, die als Heilmittelerbringer im Gesundheitswesen tätig sind, z.T. mit der gleichen Klientel).

Die Definitionen lauten demnach wie folgt:

Personale Kompetenz

- P
 - Loyalität: Pflichtgefühl gegenüber Patienten/innen/Patienten
 - Normativ-ethische Einstellung: Empfinden einer Verantwortung für das eigene Handeln, über Möglichkeiten und Grenzen der eigenen Tätigkeit, Orientierung an gesellschaftlichen Normen und Werten
 - Glaubwürdigkeit: Authentizität im Handeln, Verlässlichkeit
 - Eigenverantwortung: Bewusstsein über die Veranlassung und die Konsequenzen eigenen Handelns, Eigenständigkeit, adäquater Umgang mit Fehlern

- P/A
 - Einsatzbereitschaft: Engagement im Sinne der Aufgabe, die Situation von Patienten/innen/Patienten – bezogen auf das eigene Fachgebiet – zu verbessern
 - Selbstmanagement: Adäquate Organisation der eigenen Ressourcen, Strukturierung von Handlungsabläufen, insbesondere bezüglich der Abläufe von Diagnostik und Intervention
 - Schöpferische Fähigkeit: Einsatz der eigenen Expertise zur Schaffung neuer Herangehensweisen, Methoden, Materialien, Konzepte
 - Offenheit für Veränderungen: Umsetzung neuer Forschungserkenntnisse, Reaktion auf sich ändernde Anforderungen von Patienten/innen/Patienten sowie auf sich ändernde Rahmenbedingungen

- P/S
 - Humor: Angemessene Auflockerung zwischenmenschlicher Beziehungen, bewusster Einsatz des Humors, Gespür für passende Situationen
 - Hilfsbereitschaft: Grundlegender Wille, anderen Menschen zu helfen, sich für deren Situation zu interessieren

- Mitarbeiterförderung: Einsatz der eigenen Expertise in kollegialer Beratung und Anleitung, Beteiligung an Teamprozessen
- Delegieren: Bewusstsein über eigene Kompetenzen und die Anderer, Rücksicht und Zurückhaltung zugunsten einer optimalen Aufgabenverteilung, Einbeziehung Dritter
- P/F
 - Lernbereitschaft: Neugier auf unerschlossene Wissensgebiete, gesundes Infragestellen des eigenen Wissens, Offenheit gegenüber Wissensträgern
 - Ganzheitliches Denken: Verknüpfung des Wissens verschiedener Bezugswissenschaften, Einbeziehung verschiedener Quellen, Berücksichtigung verschiedener Interessen (Patient, Arbeitgeber, Angehörige, ...)
 - Disziplin: Verlässlichkeit in der Durchführung standardisierter Abläufe, Mäßigung
 - Zuverlässigkeit: Schaffung einer Vertrauensbasis, Einhaltung von Absprachen, Vermeidung falscher Versprechungen

Anwendungs- und Handlungskompetenz

- A/P
 - Entscheidungsfähigkeit: Auswertung von Informationen aus verschiedenen Quellen, Verdichtung und Interpretation, Zusammenführung zu einem Resultat (=Entscheidung)
 - Gestaltungswille: Interesse an der Veranlassung einer Veränderung, Freude am Aufbau geeigneter Interventionen, Beteiligung an Veränderungsprozessen
 - Innovationsfähigkeit: Adaption bestehender Konzepte und Verfahren, Nutzung der eigenen Expertise zur Entwicklung neuer Konzepte und Verfahren, Finden neuer Lösungen in Ausnahmesituationen, in denen Standardlösungen nicht zum Ergebnis führen
 - Belastbarkeit: Aushalten emotionaler bzw. zwischenmenschlicher Ausnahmesituationen, Geduld, Gelassenheit, Nutzung von Strategien zum Stressabbau

- A
 - Tatkraft: Umsetzung von Plänen, ggf. auch gegen Widerstände, Engagement, Antrieb
 - Mobilität: Unabhängigkeit von Orten, Übertragung von Abläufen auf neue (räumliche) Situationen
 - Ausführungsbereitschaft: Bereitwillige Umsetzung von Vorgaben (nach kritischer Prüfung), Akzeptanz von Autoritäten
 - Initiative: Veranlassung von Maßnahmen, Anstoß von Entwicklungen und Veränderungen
- A/S
 - Optimismus: Positive Grundeinstellung, Motivation von Patienten/innen/Patienten, hohe Selbstwirksamkeitserwartung
 - Soziales Engagement: Einbringen eigener Kompetenzen in verschiedene soziale Gruppen, z.B. Selbsthilfegruppen, Teams, ...
 - Impulsgeben: Anregung von Patienten/innen/Patienten oder auch Kolleginnen/Kollegen, Identifikation eventueller Entwicklungsbedarfe, Entdeckung von Potential
 - Schlagfertigkeit: Fachliches Selbstbewusstsein, Wissen um die eigene Expertise, rasche Auffassungsgabe und adäquate Reaktion, Bewusstsein um Aspekte wie Rang, Höflichkeit, etc.
- A/F
 - Ergebnisorientiertes Handeln: Formulieren und Verfolgen von Zielen, fortwährende Evaluation des eigenen Vorgehens, fortwährende Einbeziehung von Patienten/innen/Patienten
 - Zielorientiertes Führen: Motivation von Patienten/innen/Patienten zur (Mit-)Arbeit an deren Zielen, Aufzeigen von Lösungswegen, Anleitung zum Vorgehen
 - Beharrlichkeit: Geduld, Ausdauer, Ehrgeiz, Motivation
 - Konsequenz: Stetes Bewusstsein über Konsequenzen, bewusster Einsatz von Sanktionen, gezielte Hilfestellungen, Berechenbarkeit

Sozial-kommunikative Kompetenz

- S/P
 - Konfliktlösungsfähigkeit: Umgang mit Kritik, Trennung sachlicher und emotionaler Ebenen, Kompromissfähigkeit
 - Integrationsfähigkeit: Einbeziehung unterschiedlicher Anschauungen, Meinungen und Informationen, Konsensbildung
 - Teamfähigkeit: Sich führen lassen, in fachlichen Diskurs treten, Zusammenarbeiten, Streitkultur
 - Dialogfähigkeit/Kundenorientierung: Eingehen auf die Anliegen von Patienten/innen/Patienten, adäquate Gesprächsführung, Empathie
- S/A
 - Akquisitionsstärke: Überzeugungskraft, adäquate Darstellung von Vorteilen und Stärken, Verbindlichkeit, positives Auftreten
 - Problemlösungsfähigkeit: Identifikation von Problemen, Einsatz der eigenen Expertise zur Findung von Lösungen, Veranlassung notwendiger Maßnahmen
 - Experimentierfreude: Begründeter Einsatz von Innovationen, Bewusstsein ethischer Grenzen, Auswertung der gemachten Erfahrungen
 - Beratungsfähigkeit: Schlussfolgern aus Informationssammlungen, Aufbereiten und Verdichten von Informationen und Botschaften, adressatengerechte Vermittlung von Inhalten, Visualisierung
- S
 - Kommunikationsfähigkeit: Mitteilungsfähigkeit, Zuhören, Berücksichtigung des Kontextes
 - Kooperationsfähigkeit: Übernahme von Verantwortung, Offenheit für Anforderungen, Einbringen eigener Vorstellungen
 - Beziehungsmanagement: Empathie, Gespür für Bedürfnisse, Lob, Rituale (Begrüßung, Abschied, ...)
 - Anpassungsfähigkeit: Unterordnung eigener Belange, Adaption von Strukturen und Prozessen an sich ändernde Rahmenbedingungen

- S/F
 - Sprachgewandtheit: Adäquater Ausdruck in Wort und Schrift, laiengerecht und in der Fachsprache
 - Verständnisbereitschaft: Zuhören, Akzeptanz abweichender Haltungen, Einfühlungsvermögen
 - Pflichtgefühl: Bewusstsein über den Umfang der eigenen Aufgabe, Wille, dieser Aufgabe gerecht zu werden, Empfinden für die Erwartungen Dritter
 - Gewissenhaftigkeit: Sorgfalt in der Ausübung des Berufes, Gründlichkeit, Vermeidung von Flüchtigkeit, kritisches Hinterfragen, Einholen der Meinung Dritter

Fach- und Methodenkompetenz

- F/P
 - Wissensorientierung: Nutzung von Wissensbeständen, fortwährende Erneuerung des eigenen Wissens
 - Analytische Fähigkeiten: Analyse von Situationen, Informationen, Testergebnissen, etc.; Analyse des eigenen Vorgehens und des Vorgehens anderer, Schlussfolgern
 - Sachlichkeit: Differenzierung sachlicher und zwischenmenschlicher Ebenen, sachliche Betrachtung eines Falles, Formulierung relevanter Fragestellungen
 - Beurteilungsvermögen: Gewichtung und Bewertung von Informationen, Trennung relevanter und nicht relevanter Informationen, Auswahl zentraler Aspekte als Grundlage der eigenen Entscheidung
- F/A
 - Konzeptionsstärke: Entwicklung passender Methoden, Adressatenbezogenheit, Situationsbezogenheit
 - Organisationsfähigkeit: Strukturierung erforderlicher Abläufe, Bereitstellung benötigter Ressourcen, Lenkung von Informationen
 - Fleiß: Engagement zur Erfüllung eigener Aufgaben, Vermeidung des Weges des geringsten Widerstandes, Sorgfalt

- Systematisch-methodisches Vorgehen: Berücksichtigung von Vorgaben, Überblick über kommende Schritte, Bewusstsein für die Konsequenzen von Abweichungen
- F/S
 - Projektmanagement: Organisation und Abwicklung zeitlich begrenzter, klar umrissener Aufgaben
 - Folgebewusstsein: Bewusstsein über die Folgen des eigenen Handelns, Abschätzung von Wirkungen, vorausschauendes Denken
 - Lehrfähigkeit: Vermittlung von Wissen und Informationen, Aufbereitung von Inhalten, Verdichtung und Präsentation, Einsatz adäquater Medien und Methoden zur Vermittlung
 - Fachliche Anerkennung: Wertschätzung, Lob
- F
 - Fachwissen: Aufbau einer adäquaten Wissensbasis, Verknüpfung verschiedener Wissensbereiche, Verwendung einer Fachsprache
 - Marktkenntnisse: Wissen um Aktivitäten Dritter, Wissen um den Zugang zu Wissensressourcen, Bewusstsein über die Facetten des eigenen Fachgebietes und angrenzender Fachgebiete, Kenntnis von Experten
 - Planungsverhalten: Orientierung an Zielen, Ableitung passender Maßnahmen, Operationalisierung
 - Fachübergreifende Kenntnisse: Aufbau einer interprofessionellen Wissensbasis, Kenntnis von Schnittmengen, Weltwissen, Allgemeinwissen

3.2.1.2 DEFINITION DES BEGRIFFES „EBP“

Da die EBP von verschiedenen Autoren/innen sehr unterschiedlich mit Inhalt gefüllt wird (siehe 2.2.1), muss für eine Ableitung von Teilkompetenzen eine Definition festgelegt werden, auf der diese Ableitung beruhen kann. Alle beteiligten Personen sollen sich an dieser Definition orientieren. Bezug nehmend auf meine Ausführungen im Kapitel 2.2.1 komme ich also zu folgender EBP-Definition, die als Grundlage der Identifikation von Teilkompetenzen dient:

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 eigene 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 meine Definition also von dem Modell E₃BP (siehe Abbildung 2) ab, da sich für mich 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 (siehe auch 2.2).

3.2.1.3 AUSWAHL GEEIGNETER EXPERTEN

Um ein repräsentatives Ergebnis für die Identifikation relevanter Teilkompetenzen zu erhalten, sollen die zu befragenden Experten/innen einen entsprechenden Wissens- und Erfahrungshintergrund im Fachgebiet Logopädie/Sprachtherapie mitbringen. Sie sollen mit dem Konstrukt „EBP“ vertraut sein und sich an der vorgegebenen Definition (siehe 3.2.1.2) orientieren können. Zudem sollen sie über einschlägige Praxiserfahrung verfügen, um auch die Rahmenbedingungen und die Abläufe der Praxis im Blick zu haben. Gleichwohl soll sich die Gruppe der Experten/innen heterogen zusammensetzen, so dass Experten/innen mit unterschiedlicher Berufsbiographie vertreten sind und somit verschiedene Blickwinkel einfließen. Durch meine jahrelangen fachlichen und berufspolitischen Aktivitäten sind mir eine Reihe geeigneter Personen bekannt, die die o.g. Kriterien erfüllen.

Anfang August 2012 werden 15 in diesem Sinne geeignete Personen mit der Bitte um Teilnahme an der Befragung kontaktiert. Darunter befinden 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 Funktionsamt 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 Funktionärebene 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.

3.2.1.4 ERSTELLUNG EINES INSTRUKTIONSVIDEOS

Es muss davon ausgegangen werden, dass die zu befragenden Experten/innen zunächst in den Kompetenzatlas und seine 64 Teilkompetenzen eingeführt werden müssen, um diese hinsichtlich ihrer EBP-Relevanz bewerten zu können. Da den ausgewählten Personen aufgrund ihrer Stellung und Tätigkeit und der damit verbundenen knappen Zeitressourcen nicht zugemutet werden kann, sich aufwändig in das Thema einzulesen, wird ein Instruktionsvideo vorbereitet, welches den Experten/innen mit der Anfrage als Datei zugeschickt werden kann. Inhalte des Videos sind:

- Kurze Einführung in den Hintergrund der Befragung
- Informationen zum Kompetenzatlas
- Informationen zur Definition EBP
- Stellung der Frage, Bitte um Rating der einzelnen Teilkompetenzen hinsichtlich ihrer Relevanz für EBP
- Methodische Einführung in das hierfür vorgesehene Online-Tool

Eine Kopie des Videos befindet sich auf einer CD-ROM im Anhang dieser Arbeit (siehe 6.2).

Das Video wird in Form einer Präsentation mit Hilfe der Software „Adobe Presenter“ aufgezeichnet und im .pdf-Format ausgegeben. Auf diese Weise lässt es sich problemlos als Email-Anhang versenden und auf unterschiedlichen Endgeräten abspielen. Innerhalb des Videos kommen einerseits eine PowerPoint-Präsentation (siehe 6.4), dazu gesprochener Audiokommentar sowie Videosequenzen meiner Person zum Einsatz. Dies ergibt eine Mischung aus Informationsvermittlung und persönlicher Ansprache, die der Motivation zur Teilnahme an der Befragung zuträglich ist.

3.2.1.5 EINRICHTUNG EINER ONLINE-BEFragung INKL. RATING

Um eine effiziente und für die Teilnehmer/innen wenig aufwändige Befragung zu ermöglichen, wird diese online durchgeführt. Hierfür wird mit Hilfe der Open-Source-Software „LimeSurvey“ ein Fragebogen erstellt, der die 64 Teilkompetenzen des Kompetenzatlas jeweils mit einer Rating-Skala versieht. Der Fragebogen wird unter der URL <http://ebp-kompetenzrating.evilog.de> zur Verfügung gestellt.

Am Beginn des Fragebogens werden personenbezogene Informationen erfasst, es handelt sich **nicht** um eine anonyme Befragung. Hierauf werden die Teilnehmer/innen hingewiesen. Zudem wird vorab die unter 3.2.1.2 ausgeführte Definition des Begriffes „EBP“ dargeboten und mit der Frage versehen, ob die Person dieser Definition folgen kann. Sollte diese Frage mit „Nein“ beantwortet werden, wird die Person zur Texteingabe einer eigenen, für besser befundenen EBP-Definition aufgefordert. Diese Abweichung kann später in die Auswertung und Diskussion der Ergebnisse einfließen.

Jede Teilkompetenz wird den Betrachter/innen auf einer einzelnen Frage-Seite dargeboten, ergänzt durch die jeweilige Detailbeschreibung, die im Kapitel 3.2.1.1 dargelegt ist. Die Teilkompetenzen werden randomisiert und ohne den Kontext ihrer Zuordnung zu Kompetenzklassen dargeboten, damit sich die Experten/innen nicht durch die übergeordnete Kompetenzklasse sondern durch die tatsächliche Teilkompetenz leiten lassen.

Die Rating-Skala beruht auf jener Skala, die von Erpenbeck (vgl. 2012, S. 127f) im Zusammenhang mit der Entwicklung des Kompetenzmessverfahrens KODE®X beschrieben wird. Hier ist für die Bewertung der Ausprägung von Teilkompetenzen des Kompetenzatlas eine zwölfstufige Skala vorgesehen, die im Original (vgl. ebd., S. 130) wie folgt aufgebaut ist:

0	nicht bewertet
1	weniger ausgeprägt
2 und 3	teilweise ausgeprägt
4 und 5	ausgeprägt
6 und 7	deutlich ausgeprägt
8 und 9	stark ausgeprägt
10 und 11	sehr stark ausgeprägt
12	übermäßig ausgeprägt

Die Ziffern zwei bis elf stellen jeweils eine Doppelkategorie dar, die eine Feinabstimmung des Ausprägungsgrades ermöglicht. Erpenbeck et al. (vgl. 2012, S. 30) sehen vor, hier nochmal bei den betreffenden Ausprägungsgraden zu differenzieren zwischen „eher ein bisschen weniger“ und „eher ein bisschen mehr“. Mit Ziffer zwölf ist hier eine übertriebene Ausprägung vorgesehen, die eher negativ gewertet wird.

Da in Aussicht steht, die im Rahmen der Expertenbefragung ermittelten Teilkompetenzen später ebenfalls mit einem solchen Rating-Verfahren zu messen, erscheint es sinnvoll, sich in der Expertenbefragung bereits daran anzulehnen. Um dem Befragungsgegenstand gerecht zu werden, wird das eben beschriebene Bewertungsschema entsprechend adaptiert: Anstelle der Ausprägung wird die Wichtigkeit (einer Teilkompetenz) hinsichtlich EBP geratet. Hierbei kann die Ziffer zwölf entfallen. Zudem ist im Rahmen der Befragung die Feinabstimmung nicht erforderlich, diese wird ggf. später im Falle einer Kompetenzmessung wieder berücksichtigt. Die hier eingesetzte Rating-Skala lautet also:

- | | |
|---|---------------------------|
| 0 | für EBP nicht wichtig |
| 1 | für EBP weniger wichtig |
| 2 | für EBP teilweise wichtig |
| 3 | für EBP wichtig |
| 4 | für EBP sehr wichtig |
| 5 | für EBP besonders wichtig |
| 6 | für EBP unverzichtbar |

Der Einsatz dieser sechs- bzw. siebenstufigen Skala nötigt die befragten Experten, jede Teilkompetenz differenziert zu bewerten und nicht nur zwischen „EBP-relevant“ und „nicht EBP-relevant“ entscheiden. So besteht die Erwartung, dass das Ergebnis der Befragung nicht nur die Auswahl von acht EBP-Kompetenzen ermöglicht, sondern darüber hinaus eine differenziertere Diskussion über ein EBP-Kompetenzprofil geführt werden kann.

Den Ratings der einzelnen Teilkompetenzen wird im Rahmen der Online-Befragung eine entsprechende Instruktion voran gestellt. Im Anhang befindet sich ein detailliertes Abbild der Online-Befragung.

Vor der Durchführung der Expertenbefragung wird ein Testlauf der Online-Befragung mit ausgewählten Kollegen/innen aus meinem persönlichen Arbeitsumfeld durchgeführt. Je nach Rückmeldung erfolgt eine Optimierung des Online-Bogens.

3.2.2 DURCHFÜHRUNG DER EXPERTENBEFRAGUNG

Die unter 3.2.1.3 benannten Experten/innen werden im August 2012 per Email kontaktiert und auf diese Weise um Beteiligung an der Befragung gebeten (Wortlaut der Email siehe Anhang). Die Email enthält einerseits die Datei des Instruktionsvideos (siehe 3.2.1.4) als Anhang sowie andererseits den Link zur Online-Befragung (siehe 3.2.1.5). Als Frist zur Teilnahme wird ein Zeitraum von einer Woche festgesetzt, welche die Teilnehmer/innen motivieren soll, möglichst umgehend an der Befragung teilzunehmen. Da mehrere der Experten/innen an Hochschulen tätig sind, ist die vorlesungsfreie Zeit als Grund einer eventuell verzögerten Antwort zu berücksichtigen. Auch verzögert eingehende Antworten werden gleichwertig in der Auswertung berücksichtigt.

Von den 15 angeschriebenen Experten/innen (zur näheren Beschreibung der befragten Personengruppe siehe 3.2.1.3) reagieren bis zum Ende der Befragung 13 auf meine Anfrage, z.B. in Form von Antwort auf meine Email. Eine/r der angefragten Experten/innen reagiert erst nach Abschluss der Befragung, eine/r reagiert überhaupt nicht. Zwölf Experten/innen beginnen mit der Bearbeitung der Befragung (benannt mit den Buchstaben „a“ bis „l“), zehn Experten/innen schließen diese ab. Ein/e Experte/in bearbeitet die Befragung nicht, obwohl zuvor eine Reaktion mit einer Ankündigung der Bearbeitung erfolgt ist.

3.2.3 AUSWERTUNG

Nach Abschluss der Expertenbefragung Anfang September 2012 exportiere ich die in LimeSurvey entstandene Datenbank in ein Excel-Format. In dieser Datei werden die Datensätze zunächst hinsichtlich der Anmerkungen der Experten/innen bezüglich der vorgegebenen EBP-Definition (siehe 3.2.1.2) in Augenschein genommen, um ggf. mit betreffenden Experten/innen Rücksprache halten zu können. Anschließend ersetze ich die Namen der Experten/innen durch Buchstaben, um die Daten zu anonymisieren.

Experte/in „a“ und „l“ machen von der Möglichkeit Gebrauch, eine abweichende EBP-Definition zu formulieren. Die Eingaben der Experten/innen lauten wörtlich:

Experte/in „a“: *„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 „I“: „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.“

Da die hier formulierten Abweichungen der vorgegebenen Definition das Grundverständnis der EBP nicht beeinträchtigen sondern lediglich einen Aspekt der EBP konkretisieren, werden die eingegebenen Daten in der weiteren Auswertung dennoch berücksichtigt. Zehn der zwölf Experten/innen, die die Umfrage begonnen hatten, beantworteten die Frage, ob sie sich der vorgegebenen EBP-Definition anschließen können, mit „Ja“.

Im nächsten Schritt ersetze ich zum Zwecke der statistischen Auswertung die ausformulierten Antwort-Items der Ordinalskala mit Hilfe der Funktion „Suchen und Ersetzen“ durch ihren jeweiligen Zahlenwert, entsprechend der bereits unter 3.2.1.5 beschriebenen Skala:

0	für EBP nicht wichtig
1	für EBP weniger wichtig
2	für EBP teilweise wichtig
3	für EBP wichtig
4	für EBP sehr wichtig
5	für EBP besonders wichtig
6	für EBP unverzichtbar

Je höher also ein Zahlenwert bei einer Teilkompetenz, desto wichtiger erachteten die jeweiligen Experten/innen diese für die EBP. Diese anonymisierte und umgewandelte Version der Rohdaten finden sich im Anhang unter 6.7. Da zwei der Experten/innen Angaben zu einer alternativen EBP-Definition machen, werden diese wörtlich in den Auswertungsteil dieser Arbeit übernommen (siehe oben) und anschließend zugunsten einer übersichtlicheren Darstellung der Rating-Ergebnisse aus der Datentabelle entfernt. Außerdem entferne ich unvollständige Datensätze.

Unvollständig sind die Datensätze der Experten/innen „j“ und „l“, d.h. diese Experten/innen haben die Befragung zwar begonnen, jedoch nicht abgeschlossen. Von Experte/in „j“ erreicht mich hierzu eine Stellungnahme per Email, in welcher der Abbruch der Umfrage mit der Polyvalenz der vorgegebenen Teilkompetenzen, die zu bewerten sind, begründet wird. Experte/in „j“ sieht sich daher nicht in der Lage, eine Bewertung vorzunehmen. Zum Abbruch von Experte/in „l“ liegen keine Rückmeldungen vor. Da diese beiden Datensätze aufgrund ihrer Unvollständigkeit aus der weiteren Auswertung ausgenommen werden, die Buchstabenzuordnung jedoch beibehalten wird, folgt in der bereinigten Datentabelle auf Experte/in „i“ Experte/in „k“ („j“ fehlt in der Buchstabenreihe).

Nach Bereinigung der Datenmenge liegen somit vollständige Datensätze von zehn Experten/innen vor, also: $N = 10$.

Zur weiteren Verarbeitung der Daten mit der Software SPSS wandle ich die Umlaute „ä“, „ö“ und „ü“ sowie den Konsonant „ß“ mit Hilfe der Funktion „Suchen und Ersetzen“ in „ae“, „oe“, „ue“ und „ss“ um.

Diese Aufbereitung der Daten ermöglicht nun eine statistische Auswertung. Hierbei greife ich auf Methoden der deskriptiven Statistik zurück, um in einem ersten Schritt ein Maß der zentralen Tendenz sowie das Maß der Streuung pro Teilkompetenz zu ermitteln. Mit der Software SPSS berechne ich zunächst jeweils Median und Spannweite, die im Anhang unter 6.8 angegeben sind. Der Median soll es ermöglichen, jene Teilkompetenzen zu bestimmen, die von besonders vielen Experten/innen als EBP-relevant angesehen werden. Da es sich im vorliegenden Verfahren um eine Ordinalskala als Bewertungsmaßstab handelt, kommt hierfür nicht der Mittelwert, sondern der Median in Frage (vgl. Lamberti 2001, S. 37, S. 74). Die Spannweite soll Auskunft darüber geben, wie weit die Extremwerte der Bewertung pro Teilkompetenz auseinander liegen.

Daraufhin wird mit Mitteln der mathematischen Statistik als Zusammenhangsmaß die Interraterreliabilität berechnet. Der hierfür geläufige Koeffizient Cohen's Kappa eignet sich in diesem Fall nicht, da er lediglich für die Bestimmung der Übereinstimmung zwischen maximal zwei Beurteilern geeignet ist (vgl. Nitz 2007). Alternativ kann für eine Berechnung mit mehr als zwei Beurteilern der Koeffizient Fleiss' Kappa verwendet werden, der jedoch nicht mit SPSS berechnet werden kann und zudem in der Kritik mathematischer Unzulänglichkeit steht (vgl. Krippendorff 2004). Daher wird auf den Koeffizienten Krippendorff's Alpha zurückgegriffen (in der vorliegenden Arbeit mit dem Kürzel $\kappa\alpha$ gekennzeichnet),

welcher sich für mehr als zwei Beurteiler sowie für Ordinalskalen und damit für den vorliegenden Datensatz eignet (vgl. Hayes und Krippendorff 2007; vgl. Lombard, Snyder-Duch und Bracken 2004; vgl. De Swert 2012). κ kann Werte zwischen -1 und +1 annehmen. -1 stellt hierbei eine vollständig fehlende Übereinstimmung, 0 eine zufällige Übereinstimmung und +1 eine überzufällige, reliable Übereinstimmung der Beurteiler dar.

Die Berechnung von κ erfolgt ebenfalls mit Hilfe der Software SPSS unter Nutzung eines hierfür notwendigen Makros (vgl. Hayes und Krippendorff 2007). Die Ergebnisse sind im Anhang unter 6.9 aufgeführt. Zur Absicherung der Richtigkeit dieser Ergebnisse wird die Berechnung zusätzlich mit dem Programm „ReCal“ (online verfügbar unter: <http://dfreelon.org/utis/recalfront/recal-oir/>; vgl. Freelon 2010) durchgeführt und auf Übereinstimmung mit den SPSS-Ergebnissen hin überprüft, so dass die hier beschriebenen Ergebnisse als korrekt angenommen werden können.

Zunächst ermittle ich auf diese Weise die Interraterreliabilität über die gesamte Datenmenge hinweg. Zur genaueren Betrachtung einzelner Teilkompetenzen berechne ich jene, die mit einem Median von ≥ 5 bewertet werden (sprich: für EBP besonders wichtig oder gar unverzichtbar), als Teilmenge des Datensatzes hinsichtlich ihrer Interraterreliabilität. Die Ergebnisse befinden sich unter 6.10. Hiermit soll nochmal genauer betrachtet werden, wie hoch die überzufällige Übereinstimmung der Experten im Falle der höchstbewerteten Teilkompetenzen ist, ohne diesen Wert durch evtl. fehlende Übereinstimmung bei weniger wichtigen Teilkompetenzen zu irritieren.

Hinsichtlich der Interpretation des so ermittelten Koeffizienten empfehlen Lombard et al. (vgl. 2004, S. 3), Werte oberhalb von κ .90 als „nearly always acceptable“, oberhalb von κ .80 als „acceptable in most situations“ und Werte oberhalb von κ .70 als „may be appropriate in some exploratory studies for some indices“ zu betrachten. Werte unterhalb von κ .70 geben somit keine ausreichend reliable Übereinstimmung der Beurteiler an. Dieser Empfehlung folge ich in der Auswertung der Ergebnisse der vorliegenden Studie.

Im Anschluss werden die so ermittelten Ergebnisse vor dem Hintergrund der theoretischen Grundlagen interpretiert und diskutiert.

3.3 ERGEBNISSE

3.3.1 BESCHREIBUNG DER ERGEBNISSE ZUR 1. FRAGESTELLUNG

Mit Hilfe einer Expertenbefragung soll zunächst folgende Fragestellung beantwortet werden:

Welche Teilkompetenzen des Kompetenzatlas (siehe Abbildung 7) sind speziell für evidenzbasiertes Arbeiten im Fachgebiet Logopädie/Sprachtherapie erforderlich?

Diese Frage baut auf die ausführliche theoretische Auseinandersetzung mit den Themen Professionalität, EBP und Kompetenz auf und zielt auf die Ableitung eines EBP-Kompetenzprofils im Rahmen des Kompetenzatlas ab.

Die Bewertung durch die Experten/innen weist pro Teilkompetenz eine unterschiedlich hohe Spannweite auf:

- Spannweite von zwei bei insgesamt fünf Teilkompetenzen
- Spannweite von drei bei insgesamt 17 Teilkompetenzen
- Spannweite von vier bei insgesamt 21 Teilkompetenzen
- Spannweite von fünf bei insgesamt 13 Teilkompetenzen
- Spannweite von sechs bei insgesamt acht Teilkompetenzen

Zur Ermittlung jener Teilkompetenzen des Kompetenzatlas, die in der Summe am höchsten (sprich: für EBP am wichtigsten) bewertet werden, lege ich den jeweiligen Median zugrunde, da es sich um ordinal skalierte Daten handelt.

Basierend auf der zugrundeliegenden Ordinalskala fasse ich je zwei Kategorien zusammen, um die Ergebnisse zu straffen. Diese werden farblich codiert und auf die grafische Darstellung des Kompetenzatlas übertragen (siehe Abbildung 10).

Die Zuordnung der Bewertung zu den verwendeten Farben in Abbildung 10 lautet wie folgt:

- **Rot = Für EBP besonders wichtig bzw. unverzichtbar (13 Teilkompetenzen)**
- **Orange = Für EBP wichtig bzw. sehr wichtig (36 Teilkompetenzen)**
- **Weiß = Für EBP weniger wichtig bzw. teilweise wichtig (15 Teilkompetenzen)**



ABBILDUNG 10: GRAFISCHE DARSTELLUNG DES ERGEBNISSES DER EXPERTENBEFRAGUNG ANHAND DES KOMPETENZATLAS VON ERPENBECK UND HEYSE (2004, S. XXI, ZITIERT IN ERPENBECK 2012, S 95; IM ORIGINAL OHNE FARBLICHE HERVORHEBUNG)

Hinsichtlich der vier Kompetenzklassen (personale Kompetenz, Anwendungs- und Handlungskompetenz, sozial-kommunikative Kompetenz und Fach- und Methodenkompetenz), denen die Teilkompetenzen zugeordnet sind, lässt sich die, in Abbildung 11 angegebene Verteilung festhalten. Diese Verteilung basiert auf der absoluten Zuordnung einer Teilkompetenz zu einer Kategorie, in der grafischen Darstellung des Kompetenzatlas (siehe Abbildung 7) am Kürzel vor dem Schrägstrich erkennbar (Beispiel: eine Teilkompetenz im Bereich „F/P“ ist hier der Kategorie „F“ zugeordnet, also der Kompetenzklasse „Fach- und Methodenkompetenz“).

Häufigkeit gewichteter Teilkompetenzen pro Kompetenzklasse

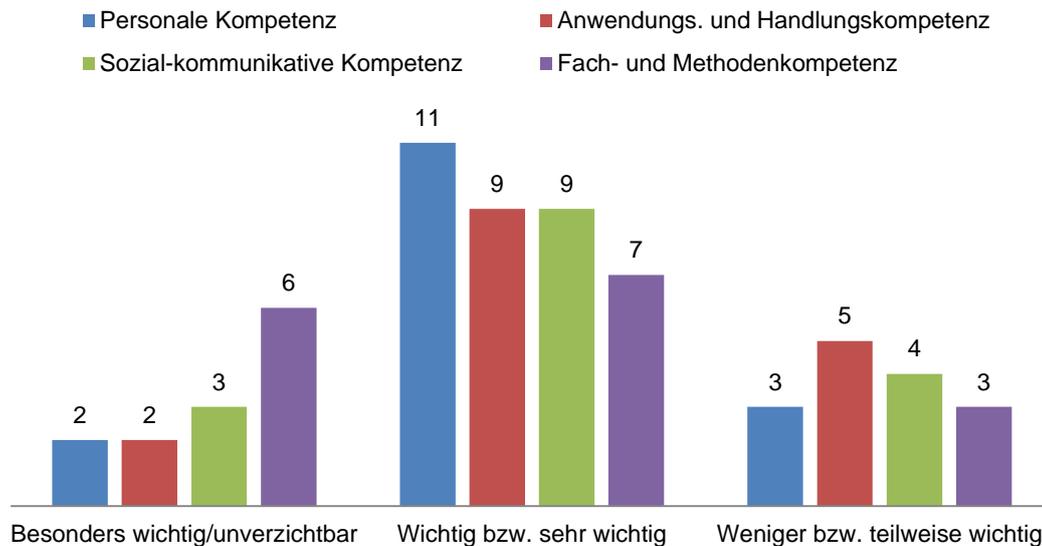


ABBILDUNG 11: DIAGRAMM ZUR HÄUFIGKEIT GEWICHTETER TEILKOMPETENZEN PRO KOMPETENZKLASSE

Die meisten der besonders wichtigen bzw. unverzichtbaren EBP-Teilkompetenzen (6 von 13) sind also der Kategorie „Fach- und Methodenkompetenz“ zugeordnet. Die wichtigen bzw. sehr wichtigen EBP-Kompetenzen sind dagegen gleichmäßiger verteilt und finden sich mit fast gleichen Anteilen vor allem in den Kategorien „Personale Kompetenz“ (11 von 36), „Anwendungs- und Handlungskompetenz“ sowie „Sozial-kommunikative Kompetenz“ (je 9 von 36). In der Kategorie „Fach- und Methodenkompetenz“ verbleibt der kleinste Teil der wichtigen bzw. sehr wichtigen Teilkompetenzen (7 von 36). Die weniger bzw. teilweise wichtigen EBP-Teilkompetenzen streuen fast gleichmäßig über alle Kategorien.

Eine genauere Betrachtung der Akzentuierung der Teilkompetenzen, also ihrer Tendenz abgesehen von ihrer groben Zuordnung zu einer Kompetenzklasse, ergibt das, in Abbildung 12 dargestellte Bild. Hier wird im Kompetenzatlas (siehe Abbildung 7) das Kürzel nach dem Schrägstrich zugrunde gelegt (Beispiel: eine Teilkompetenz im Bereich „F/P“ ist hier der Kategorie „P“ zugeordnet, also der Tendenz zur Kompetenzklasse „Personale Kompetenz“). Teilkompetenzen eines Bereiches ohne Schrägstrich werden gleichsam berücksichtigt.

Häufigkeit gewichteter Teilkompetenzen pro Akzent/Tendenz

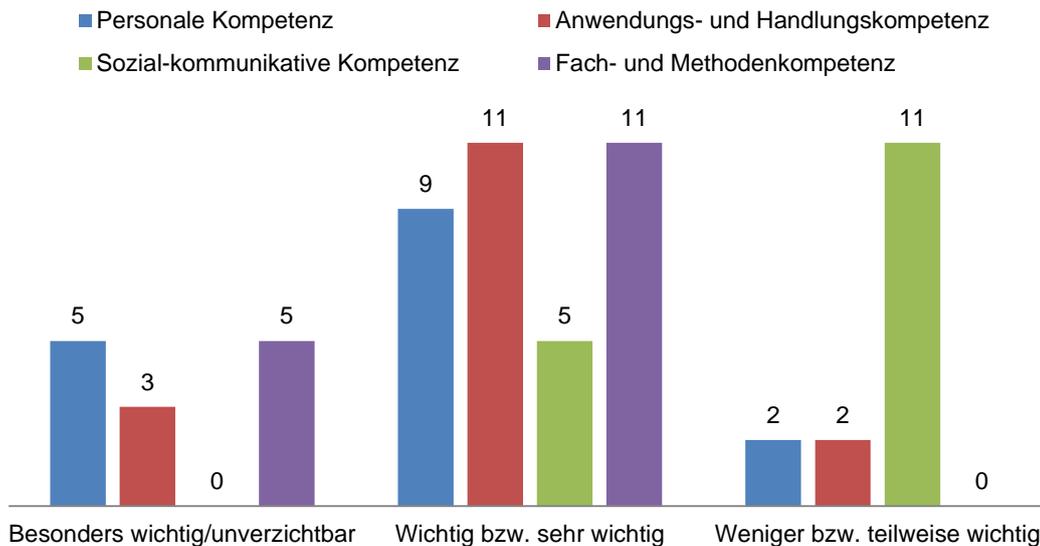


ABBILDUNG 12: DIAGRAMM ZUR HÄUFIGKEIT GEWICHTETER TEILKOMPETENZEN PRO AKZENT/TENDENZ

Hier zeigt sich, dass eine Tendenz zur Personalen Kompetenz sowie zur Fach- und Methodenkompetenz mit je 5 der 13 besonders wichtigen bzw. unverzichtbaren EBP-Teilkompetenzen am häufigsten vertreten sind. Eine Tendenz zur Sozial-kommunikativen Kompetenz kommt hier gar nicht vor. Auch bei den wichtigen bzw. sehr wichtigen EBP-Teilkompetenzen tendieren die wenigsten (5 von 36) in diese Kategorie. Hier sind am stärksten die Tendenz zur Anwendungs- und Handlungskompetenz sowie zur Fach- und Methodenkompetenz (je 11 von 36) vertreten, dicht gefolgt von der Tendenz zur Personalen Kompetenz (9 von 36). Am stärksten ist die Tendenz zur Sozial-kommunikativen Kompetenz bei den weniger bzw. teilweise wichtigen EBP-Teilkompetenzen (11 von 15). Hier ist die Tendenz zur Fach- und Methodenkompetenz gar nicht vertreten.

Das Maß der überzufälligen Beurteilerübereinstimmung (Interraterreliabilität) wird mit dem Koeffizienten Krippendorff's Alpha (κ) ermittelt. Dieser Koeffizient kann Werte zwischen -1 und 1 annehmen, wobei $\kappa=1$ eine vollständige Übereinstimmung der Beurteiler aussagen würde, entsprechend $\kappa=-1$ eine absolut fehlende Übereinstimmung. $\kappa=0$ würde genau die Mitte, nämlich eine rein zufällige Übereinstimmung beschreiben.

Für alle 64 Teilkompetenzen und alle zehn Experten/innen beträgt $\kappa=0,335$. Für die 13 höchstbewerteten Kompetenzen (in Abbildung 10 rot eingefärbt) beträgt

$\alpha=0,01$. Diese Werte ergibt sowohl die Berechnung mit der Software SPSS als auch mit dem Programm ReCal. Die Ergebnisse sind also überprüft und können als korrekt betrachtet werden. Es liegt somit in beiden Fällen keine reliable Übereinstimmung der Experten/innen vor.

3.3.2 BESCHREIBUNG DER ERGEBNISSE ZUR 2. FRAGESTELLUNG

Ausgehend von der Annahme, dass sich aufgrund der Expertenbefragung ein EBP-Kompetenzprofil ermitteln lässt, schließt sich die Frage an *wie diese Kompetenzen gemessen werden können*. Die Messung von Kompetenzen einer Person kann in folgenden Studien dazu dienen, den Erfolg oder Misserfolg von Maßnahmen zur Kompetenzentwicklung zu belegen und somit Rückschlüsse auf die Qualität dieser Maßnahmen zu ermöglichen.

Die Ergebnisse zur ersten Forschungsfrage (*Welche Teilkompetenzen des Kompetenzatlas (siehe Abbildung 7) sind speziell für evidenzbasiertes Arbeiten im Fachgebiet Logopädie/Sprachtherapie erforderlich?*) führen zu der Einschätzung, dass lediglich solche Messverfahren adaptierbar sind, die ohne eine Klassifizierung relevanter Kompetenzen mit reliabler Beurteilerübereinstimmung auskommen und deren Grundlage die – durchaus nicht reliabel übereinstimmende – subjektive Beurteilung der Relevanz durch Experten eines Fachgebietes darstellt.

3.3.3 ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE

Die Ergebnisse beinhalten Antworten auf die Frage nach EBP-relevanten Teilkompetenzen des Kompetenzatlas sowie nach geeigneten Messverfahren für diese Teilkompetenzen. Beide Fragen zielen darauf ab, die Anforderungen der EBP näher beschreiben zu können, Schlüsse hinsichtlich der Befähigung zur EBP zu ziehen und zu evaluieren, ob getroffene Maßnahmen zur individuellen Entwicklung der relevanten Kompetenzen wirksam sind.

Zur 1. Fragestellung *„Welche Teilkompetenzen des Kompetenzatlas (siehe Abbildung 7) sind speziell für evidenzbasiertes Arbeiten im Fachgebiet Logopädie/Sprachtherapie erforderlich?“* ergeben die Antworten der Experten/innen ein Profil EBP-relevanter Teilkompetenzen des Kompetenzatlas, welches bei Betrachtung des Koeffizienten $k\alpha$ als übereinstimmend bezeichnet werden kann (da $k\alpha$ im positiven Bereich liegt).

Das Faktum der fehlenden Reliabilität der Übereinstimmung verdeutlicht die Heterogenität der Expertenmeinungen und lässt sich im Folgenden interpretierend auswerten. Außerdem kann unter Verzicht auf den Anspruch reliabler Übereinstimmung der Experten/innen der Versuch unternommen werden, das so entstandene EBP-Profil weiteren Studien zugrunde zu legen. Auch hierauf wird im Folgenden eingegangen.

Bei der 2. Fragestellung *„Wie können diese Kompetenzen gemessen werden?“* kann die Annahme, es ließen sich vorhandene Instrumente zur Messung von Kompetenzen auch auf die hier identifizierten Kompetenzen adaptieren, unter dem Vorbehalt angenommen werden, dass es sich hierbei ausschließlich um vorhandene Instrumente handeln kann, welche ohne eine reliable Festlegung relevanter Kompetenzen auskommen.

3.4 DISKUSSION

3.4.1 KRITISCHE BETRACHTUNG DER METHODE

Die gewählte Methode ist grundsätzlich geeignet, um die formulierte Forschungsfrage „*Welche Teilkompetenzen des Kompetenzatlas (siehe Abbildung 7) sind speziell für evidenzbasiertes Arbeiten im Fachgebiet Logopädie/Sprachtherapie erforderlich?*“ zu beantworten. Schwächen zeigen sich zunächst bei der Distribution des Instruktionsvideos, welches bei einigen Experten/innen aus Gründen der Systemanforderungen (z.B. Größe des Email-Posteinganges, fehlendes Plug-In, ...) nicht auf Anhieb abspielbar ist. Hier werden im Einzelfall individuelle Lösungen gefunden (z.B. alternatives Dateiformat, Zugriff über freigegebene Cloud-Datei, ...), so dass letztlich alle Experten/innen Zugang zum Instruktionsvideo haben. Die recht hohe Beteiligung der Experten/innen (zwölf der 15 angeschriebenen Personen hatten mit der Umfrage begonnen, also auch zuvor das Instruktionsvideo gesehen) bestätigt angesichts ihrer sonstigen Arbeitsbelastung die Effizienz der Informationsvermittlung durch das Instruktionsvideo. Auch die Darbietung des Ratings als Online-Befragung ist immerhin noch durch zehn vielbeschäftigte Experten/innen leistbar, also ebenfalls methodisch geeignet.

Kritisch zu hinterfragen ist bei jeder Verwendung von Skalen der Aufbau derselben. Da sich meine Befragung an das Verfahren KODE® bzw. KODE®X (vgl. Erpenbeck 2012) anlehnt, welches ein zwölfstufiges Raster zur Bewertung von Kompetenzen vorgibt, ist bereits die Straffung auf sechs Stufen (zzgl. der Stufe „0“) ein weitgehender Schritt. Um Messfehler wie z.B. Tendenz zur Mitte u.a. zu vermeiden, wird eine Skala mit gerader Itemanzahl empfohlen (vgl. Eichhorn 2004, S. 23). Meine erste Sichtweise auf die hier verwendete Skala ist, dass es sich um eine sechsstufige Skala zur Einschätzung der Wichtigkeit (also mit gerader Itemanzahl) zzgl. der Stufe „0“ als Möglichkeit, eine Teilkompetenz aus der Wichtigkeitsbewertung auszunehmen, handelt. Ebenso berechtigt ist aber auch die Sichtweise, es handele sich um eine siebenstufige Skala (inkl. Stufe „0“), die zudem ein Maß an Differenziertheit aufweist, die eine Bewertung schwierig machen könnte. Tatsächlich gibt keine/r der Experten/innen die Rückmeldung, Schwierigkeiten im Umgang mit der Skala gehabt zu haben. Lediglich Experte/in „j“ regt per Email an, die Skala in umgekehrter Reihenfolge darzustellen, da die Handhabung dann intuitiver sei. Aufgrund der Berufserfahrung der Experten/innen im Fachgebiet Logopädie/Sprachtherapie sowie deren Routine im Umgang mit dem Begriff der EBP gehe ich davon aus, dass eine derart differenzierte Skala problemlos in der

hier intendierten Weise anwendbar ist. Vor diesem Hintergrund schlieÙe ich an die eigentliche Auswertung zwecks Beantwortung meiner Fragstellung noch eine weitere Auswertung der Daten unter dem Gesichtspunkt des Umganges der Experten/innen mit der Befragung an (siehe 6.11). Ich berechne mit der Software SPSS verschiedene StreuungsmaÙe (Standardabweichung, Varianz und Spannweite) bezüglich der Verwendung der Skalenitems. Hier zeigt sich, dass die Punkte der angebotenen Skala in sehr unterschiedlicher Häufigkeit von Experten/innen genutzt werden. Herausgreifen möchte ich z.B. Experten/in „d“, deren Histogramm durchaus eine Tendenz zur Mitte, also zur Bewertung „Für EBP wichtig“, nahelegt (siehe Abbildung 13).

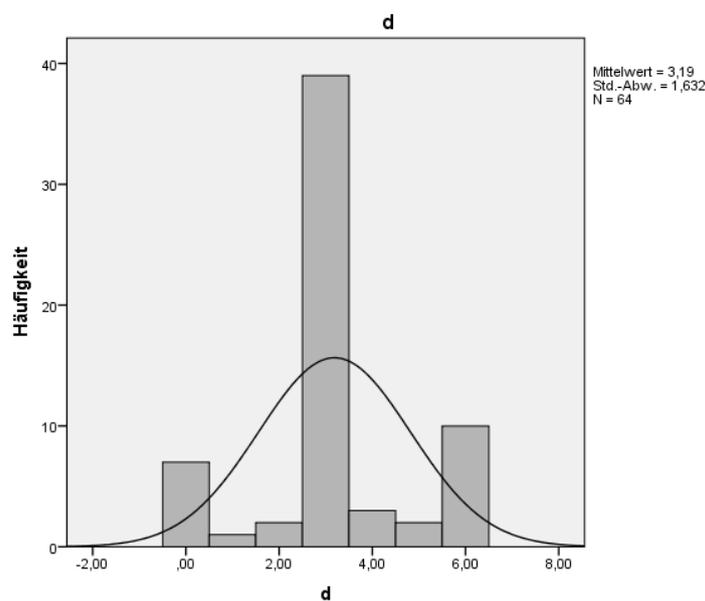


ABBILDUNG 13: Häufigkeit der Nutzung von Bewertungsstufen durch Experten/in "D"

Dieser Eindruck ist aber nur in insgesamt zwei Fällen gegeben (Experten/innen „d“ und „f“). In der Betrachtung der gesamten Gruppe fällt eine Mischung aller Varianten des Umganges mit der Skala auf: Während die Experten/innen „a“, „b“ und „e“ nahezu die gesamte Bandbreite der Skala nutzen, bevorzugen die Experten/innen „g“, „i“ und „k“ eher das obere Ende der Skala, die Experten/innen „h“ und „c“ hingegen eher das untere Ende der Skala.

Ebenso heterogen ist das Bild in Bezug auf die Varianz und die Spannweite der Antworten der Experten/innen: während Experte/in „f“ mit sehr geringer Varianz (0,204) und einer Spannweite von 2 bewertet, zeigt Experte/in „h“ eine sehr hohe Varianz (4,472) sowie eine Spannweite von 6 in der Bewertung. In der Varianz

liegen die anderen Experten/innen zwischen diesen beiden Extremen verteilt. Insgesamt bewerten die Experten/innen mit hoher Spannweite: Die Hälfte der Experten/innen bewertet mit einer Spannweite von 6, zwei weitere mit einer Spannweite von 5, ebenfalls zwei weitere mit einer Spannweite von 4. Diese starken Unterschiede sprechen gegen den Eindruck einer Skala, die das Bewertungsverhalten der Experten/innen in irgendeiner Weise gelenkt oder beeinträchtigt habe. Eine generelle Schwäche der Skala hinsichtlich ihres Aufbaus, ihrer Differenziertheit oder suggestiver Effekte ist also nicht erkennbar.

Eher kann im Gegenteil die Frage gestellt werden, ob die Experten/innen anders – sprich: genauer – hätten instruiert werden müssen, um zu einer homogenen Verwendung der Skala und somit zu reliabel übereinstimmenden Ergebnissen zu kommen. Dies widerspräche allerdings meiner Intention, die eigene, auf der individuellen Berufsbiografie und Praxiserfahrung der Experten/innen beruhende Einschätzung zu erhalten, lediglich vereinheitlicht durch die Vorgabe einer EBP-Definition und der Beschreibung der einzelnen Teilkompetenzen. Insofern mag die eigentliche Aussagekraft der Ergebnisse nicht in der reliablen Übereinstimmung der Experten/innen liegen sondern gerade im Fehlen einer solchen.

3.4.2 REVISION DER EBP-DEFINITION

Die große Mehrheit der Experten/innen schließt sich meiner Definition der EBP (siehe 3.2.1.2) an, obwohl diese hinsichtlich der Gewichtung der therapeutischen Entscheidung von dem Modell E₃BP (Dollaghan 2007, zitiert in Beushausen und Grötzbach 2011; siehe 2.2.1) deutlich abweicht. Da davon ausgegangen werden kann, dass den befragten Experten/innen das Modell E₃BP überwiegend bekannt, vermutlich sogar vertraut sein dürfte, bekräftigt dieses Votum meinen Vorschlag, eine davon abweichende Gewichtung zu diskutieren.

Zwei der Experten/innen machen Anmerkungen zu der von mir vorgegebenen Definition (Wortlaut siehe 3.3.1). Keine dieser Anmerkungen bezieht sich auf den von mir betonten Stellenwert und die stärkere Gewichtung der klinisch-therapeutischen Entscheidung sondern auf die Einbeziehung der Belange von Patienten/innen. Experte/in „a“ 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.

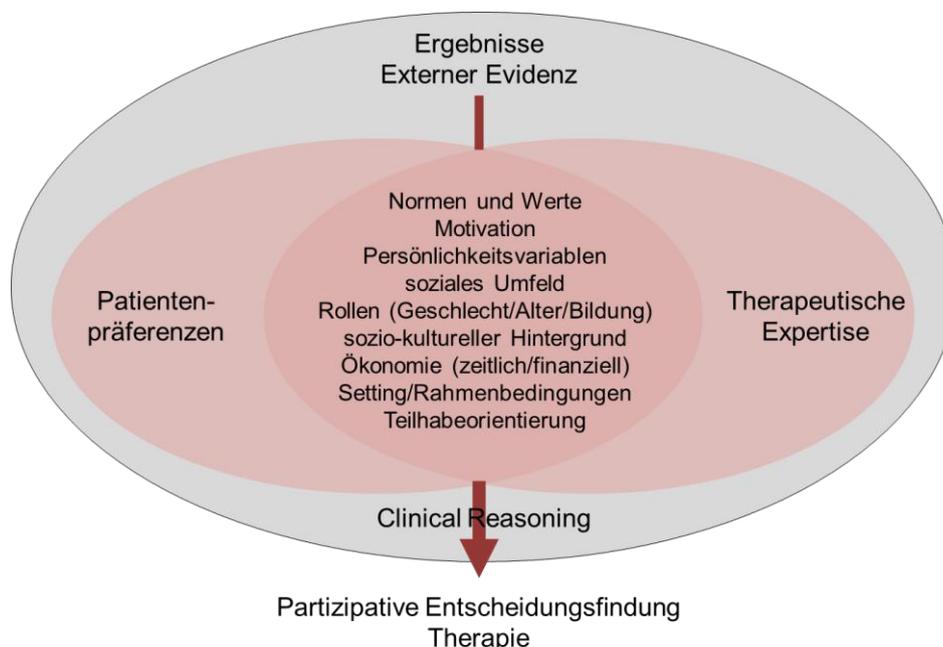


ABBILDUNG 14: MODELL DER ENTSCHEIDUNGSFINDUNG BEI E₃BP; QUELLE: BEUSHAUSEN UND GRÖTZBACH 2011, S. 58

In dem, bei Beushausen und Grötzbach (vgl. 2011, S. 58) dargestellten Modell (siehe Abbildung 14) steht allerdings die partizipative Entscheidungsfindung (=Zielvereinbarung) in der zeitlichen Abfolge erst nach dem Clinical Reasoning (vgl. 2.4), 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 stammt von Experte/in „I“ und 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 „I“ – 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 „I“ fordert, dies als Aspekt gegenüber interner und externer Evidenz deutlich zu machen und nähert sich damit implizit wieder dem Modell E₃BP (vgl. Dollaghan 2007, zitiert in Beushausen und Grötzbach 2011; siehe 2.2.1) an.

Beide Experten/innen-Meinungen berücksichtigend glaube ich, mit einer Überarbeitung meiner EBP-Definition diesen Anforderungen gerecht zu werden. Ausgehend von der, unter 3.2.1.2 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.

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.

3.4.3 RELIABILITÄT DER BEFRAGUNGSERGEBNISSE

Wie unter 3.3.1 beschrieben, ergibt die Reliabilitätsprüfung mit Hilfe des Koeffizienten Krippendorff's Alpha (κ) den Befund fehlender Reliabilität unter den Experten/innen. Zwar liegt κ mit einem Wert von 0,335 im positiven Bereich und weist damit auf eine grundsätzlich vorhandene Übereinstimmung der Experten/innen hin, jedoch liegt der Wert zu weit von der kritischen Grenze $\kappa=0,70$ entfernt, um von einer überzufälligen Übereinstimmung zu sprechen. Im Falle des Wertes für die Übereinstimmung bei der Bewertung der Top-13 unter den EBP-Teilkompetenzen liegt κ mit 0,01 sogar noch näher an der absoluten Zufälligkeit der Übereinstimmung, wenn auch immer noch im positiven Bereich. Die Experten/innen tragen also mit ihrer Bewertung der Teilkompetenzen zu einem Gesamtbild bei, welches die Identifikation besonders EBP-relevanter Teilkompetenzen ermöglicht, jedoch kommt dieses Gesamtbild zufällig zustande und könnte bei einer Wiederholung der Befragung bzw. bei einem Austausch der teilnehmenden Experten/innen anders aussehen. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass selbst unter Experten/innen, die mit dem Begriff der EBP vertraut sind, keine Einigkeit bzw. Sicherheit über die zugrunde liegenden Kompetenzen besteht. Experte/in „j“ meldet gar zurück, die vorgegebenen Teilkompetenzen, die allesamt überfachlicher Natur und damit weniger konkret sind als in anderen Veröffentlichungen zum Thema „Kompetenzen“ im Fachgebiet Logopädie/Sprachtherapie (z.B. KOMPASS, SRO 2005), seien – so wörtlich – „polyvalent“ und damit kaum hinsichtlich der Anforderungen evidenzbasierter Praxis zu bewerten. Gemeinsam ist allen befragten Experten/innen, dass die EBP im Fachgebiet Logopädie/Sprachtherapie noch nicht langjährig etabliert und damit ggf. weniger mit konkreten Praxiserfahrungen verknüpft ist, daher also eher mit einer theoretischen bzw. hypothetischen Herangehensweise bewertet werden muss. Dies erklärt ggf. die Zufälligkeit der Übereinstimmung und führt zu der Frage, ob dieselbe Befragung unter langfristig EBP-erfahreneren Experten/innen (z.B. unter Ärzten/innen, die EBP im klinischen Alltag umsetzen) zu reliableren Ergebnissen geführt hätte. Dies kann an dieser Stelle nur vermutet werden.

Festzuhalten ist, dass die *hier befragten* (!) Experten/innen ein Votum zu EBP-relevanten Teilkompetenzen abgeben, welches weitere Schlussfolgerungen und Interpretationen zulässt. Das Faktum fehlender Reliabilität mahnt dabei zur Umsicht und rät dazu, diesen Aspekt in der weiteren Auseinandersetzung mit den Ergebnissen im Bewusstsein zu haben.

3.4.4 EBP-RELEVANTE TEILKOMPETENZEN: DIE TOP-13

Mit Hilfe des Medians der Bewertung jeder einzelnen Teilkompetenz werden 13 Teilkompetenzen ermittelt, die als „für EBP besonders wichtig“ bzw. „für EBP unverzichtbar“ bewertet werden. Diese lassen sich – ebenfalls anhand des Medians – untereinander noch in folgende Rangfolge bringen:

Rang 1 (Median 6,00)

- Ergebnisorientiertes Handeln
- Wissensorientierung
- Analytische Fähigkeiten
- Fachwissen
- Offenheit für Veränderungen
- Integrationsfähigkeit

Rang 2 (Median 5,50)

- Entscheidungsfähigkeit

Rang 3 (Median 5,00)

- Problemlösungsfähigkeit
- Planungsverhalten
- Beratungsfähigkeit
- Marktkenntnisse
- Beurteilungsvermögen
- Lernbereitschaft

Betrachtet man die sechs Teilkompetenzen des ersten Ranges genauer fällt vor dem Hintergrund der Kompetenzklassen bzw. der Akzente, denen sie im Kompetenzatlas zugeordnet sind auf, dass alle sechs Teilkompetenzen das Merkmal „F“ (Fach- und Methodenkompetenz) und/oder „P“ (Personale Kompetenz) besitzen – sei es als Kompetenzklasse oder Akzent (siehe hierzu auch Abbildung 11 und Abbildung 12). Bei den EBP-Teilkompetenzen des ersten Ranges scheinen also besonders diese beiden Kompetenzbereiche von Bedeutung zu sein. Auch die Teilkompetenz des zweiten Ranges besitzt den Akzent der Kompetenzklasse „P“. Im dritten Rang finden sich zwei Teilkompetenzen, die keines dieser beiden Merkmale besitzen (Problemlösungsfähigkeit, Beratungsfähigkeit), die vier übrigen Teilkompetenzen weisen ebenfalls das Merkmal „F“ und/oder „P“ auf. Insgesamt

liegen also offenbar die Anforderungen der EBP überwiegend im Bereich der Personalen sowie der Fach- und Methodenkompetenz.

Wenig überraschend ist, dass die Teilkompetenzen des ersten Ranges stark mit kognitiven Aspekten assoziieren: Wissensorientierung, Fachwissen und analytische Fähigkeiten sprechen ebenso für bewusstes, reflektiertes Herangehen wie Integrationsfähigkeit und ergebnisorientiertes Handeln. Lediglich die Offenheit für Veränderungen mutet hier eher implizit und unbewusst an. Dies ist unter jenen Teilkompetenzen des ersten Ranges die einzige, welche im Kompetenzatlas der Kompetenzklasse „P“ zugeordnet ist (die Akzente einmal außer Acht lassend).

Heyse und Erpenbeck (vgl. 2007, S. 15) beschreiben, dass sich Teilkompetenzen der Kompetenzklasse „P“ hauptsächlich auf „sich selbst als Person“ beziehen, Teilkompetenzen der Kompetenzklasse „F“ hingegen „auf den Umgang mit Objekten“. Teilkompetenzen der Kompetenzklasse „A“ beziehen sich „auf die eigene Handlungsausführung“ und jene der Kompetenzklasse „S“ „auf den Umgang mit anderen Personen“. Hier wird deutlich, worin sich der Aspekt der Evidenzbasierung von anderen Aspekten der therapeutischen Arbeit abgrenzt: Würde man doch die Kardinalmerkmale therapeutischer, insbesondere logopädischer Arbeit vor allem im Bereich der Sozial-kommunikativen Kompetenz vermuten, wählen die hier befragten Experten/innen überwiegend Teilkompetenzen aus, die das Handeln in Bezug auf ein Objekt (hier: die klinische Fragestellung, der Fall, die externe Evidenz) bzw. auf die Person der Therapeuten/innen selbst beschreiben. Der Kompetenzklasse „S“ sind tatsächlich nur drei der Top-13-Teilkompetenzen direkt zugeordnet, wovon es nur eine Teilkompetenzen in den ersten Rang schafft (Integrationsfähigkeit).

Um die Teilkompetenzen der Top-13-Liste konkreter zu fassen mag es notwendig sein, diese semantisch näher zu beschreiben. Hierbei kann der Synonymatlas von Heyse und Erpenbeck (vgl. 2007, S. 28f) hilfreich sein, welcher den 64 Teilkompetenzen des Kompetenzatlas eine, aus 320 Synonymen gewählte Selektion von 147 Synonymen zur Seite stellt. Den 13 EBP-Teilkompetenzen sind hier folgende Synonyme zugeordnet:

- Ergebnisorientiertes Handeln: Handlungswirksamkeit, Erfolgsorientierung, Outputorientierung
- Wissensorientierung: Allgemeinbildung, Lerneifer, Kennerschaft
- Analytische Fähigkeiten: Exaktheit, Präzision, Genauigkeit

- Fachwissen: Berufserfahrung, Sachkunde, Fachorientierung und -perfektion, Produkt-, Produktions-, Fach-, Technologie-, Textverarbeitungs- und Verfahrenkenntnisse
- Offenheit für Veränderungen: Handlungsspielraum, Handlungsfreiheit, Aufgeschlossenheit
- Integrationsfähigkeit: Aufgeschlossenheit, interkulturelle Sensibilität und Toleranz, Verträglichkeit
- Entscheidungsfähigkeit: Risikobereitschaft, Umsetzungsfähigkeit, Konsequenzen
- Problemlösungsfähigkeit: Flexibles Denken, interdisziplinäres Denken, Selbstkritikfähigkeit
- Planungsverhalten: Ausführungskennntnisse, Controllingkennntnisse, Kalkulationskennntnisse, know-how-Orientierung, nutzenorientiertes Denken, Planungskennntnisse
- Beratungsfähigkeit: Fähigkeit zur Personalführung, Überzeugungskraft, Begeisterungsfähigkeit
- Marktkenntnisse: Absatzkenntnisse, Beschaffungskennntnisse, Marketingkennntnisse
- Beurteilungsvermögen: Erfahrung, Urteilskraft, Urteilsfähigkeit
- Lernbereitschaft: Offenheit für Erfahrungen, Wissensdrang, Wissbegier

Diese Synonyme konkretisieren, was unter den Teilkompetenzen des Kompetenzatlas zu verstehen ist. Der Synonymatlas stand den hier befragten Experten/innen nicht als gegebene Hilfe zur Verfügung, da mir selbst die entsprechende Quelle erst nach Beginn der Befragung vorlag. Umso erstaunlicher ist die Beobachtung, dass durch die Synonyme die Kongruenz zur EBP an vielen Stellen erst richtig zutage tritt. Stichworte wie „Handlungswirksamkeit“, „Kennischaft“, „Exaktheit“, „Sachkunde“, „Handlungsspielraum“, „Verträglichkeit“, „Umsetzungsfähigkeit“, „Selbstkritikfähigkeit“, „nutzenorientiertes Denken“, „Überzeugungskraft“, „Beschaffungskennntnisse“, „Urteilsfähigkeit“ oder „Wissensdrang“ (um pro Teilkompetenz nur ein Synonym zu nennen) beschreiben auffallend treffend das, dieser Arbeit zugrunde liegende Verständnis einer entscheidungszentrierten EBP (siehe 2.4). Insofern erhält die Bewertung der Experten/innen bei fehlender Reliabilität eine Fundierung und Absicherung durch die beschriebenen theoretischen Zusammenhänge von Professionalität, EBP und Kompetenz (siehe 2). Ein ausführlicherer Zusammenhang damit wird im Schlussteil (siehe 4) hergestellt.

3.4.5 DIE ÜBRIGEN TEILKOMPETENZEN

An dieser Stelle in gleicher Ausführlichkeit auf die als „für EBP wichtig“ bzw. „für EBP sehr wichtig“ bewerteten Teilkompetenzen einzugehen, führt zu weit. Ohnehin ist es angesichts der Menge der Teilkompetenzen und ihrer flächendeckenden Verteilung über den Kompetenzatlas hinweg (siehe Abbildung 10, hier: orange gefärbt) müßig, hier nach zentralen Tendenzen oder trennscharfen Merkmalen zu suchen. Zwar befinden sich Teilkompetenzen darunter, die man vor dem Hintergrund der gegebenen EBP-Definition (siehe 3.4.2) hinsichtlich ihrer Relevanz diskutieren könnte (z.B. die normativ-ethische Einstellung, die Kundenorientierung, das Folgebewusstsein, die Konzeptionsstärke oder das systematisch-methodische Vorgehen), jedoch droht dann das vorliegende Ergebnis der Expertenbefragung aus dem Blick zu geraten und die Betrachtung des Wesentlichen an Wert zu verlieren.

Allerdings mag es unter diesem Aspekt erhellend sein, abschließend noch die als „für EBP weniger wichtig“ bzw. „für EBP teilweise wichtig“ bewerteten Teilkompetenzen näher zu betrachten. Zwar sind auch diese in allen Kompetenzklassen zu finden, jedoch weisen 13 dieser 15 Teilkompetenzen das Merkmal „S“ – sei es als Kompetenzklasse (=4) oder als Akzent (=9) – auf. Dieser Befund stützt die, unter 3.4.4 angestellte Interpretation, dass Teilkompetenzen der Klasse „S“ (sozial-kommunikative Kompetenz) bezogen auf die EBP nach Ansicht der Experten/innen am wenigsten relevant sind. Im Einzelnen betrachtet erscheint es durchaus erklärbar, dass Teilkompetenzen wie „Humor“, „Mobilität“, „Beziehungsmanagement“ oder „fachliche Anerkennung“ in der Tat wenig mit evidenzbasierter Arbeit zu tun haben, was deren ggf. bestehende Relevanz für die logopädische Arbeit insgesamt nicht schmälern soll. Diese Einschätzung manifestiert weiterhin den Eindruck, dass die Übereinstimmung der Experten/innen in ihrer Befragung zwar zufällig, das inhaltliche Ergebnis aber dennoch logisch und mit theoretischen Überlegungen nachvollziehbar und erklärbar ist.

3.4.6 EBP-KOMPETENZEN MESSEN

Die ermittelten TOP-13-Kompetenzen bilden also die Grundlage, ein Messinstrument herzuleiten. Als Vorbild mag die Systematik des Verfahrens KODE® bzw. KODE®X dienen (vgl. Erpenbeck 2012 sowie Heyse und Erpenbeck 2007), zumal die dort verwendete Ratingskala bereits Einfluss auf die EBP-Ratingskala meiner Studie nimmt. Dieses Verfahren ermittelt Basis- und Teilkompetenzen in Form eines konzeptionierten Ratings (vgl. Erpenbeck 2012, S. 114). Vorab wird für den betreffenden Bereich (z.B. Führungsaufgaben, EBP, ...) ein Kompetenzprofil erstellt, indem die Merkmale der Tätigkeit in Relation zu den Kompetenzen des Kompetenzatlas gesetzt werden. Ermittelt werden hier 16 aus 64 Teilkompetenzen (vgl. ebd.), die im zweiten Schritt ausgewählt und definiert werden (vgl. ebd., S. 116). Dieser Schritt kann im Falle der EBP-Teilkompetenzen als bereits erfolgt betrachtet werden, denn als Ergebnis der Expertenbefragung liegt eine Sammlung relevanter Teilkompetenzen in ähnlicher Größenordnung vor, die durch eine Gruppe von Fachleuten bestimmt werden. Genauso wird auch innerhalb des Verfahrens KODE® bzw. KODE®X vorgegangen (vgl. Heyse und Erpenbeck 2007, S. 99f): In einem Team aus wichtigen Personen eines Unternehmens (= Experten/innen) werden Strategien entwickelt und anschließend Teilkompetenzen aus diesen Strategien abgeleitet. Der Unterschied zum Vorgehen innerhalb meiner Studie liegt darin, dass hier keine moderierte Diskussion als Prozess der Identifizierung von EBP-Teilkompetenzen stattgefunden hat. Die EBP-Experten/innen können sich nicht über ihre Einstellung austauschen und ggf. einlenken, um so zu einer reliablen Übereinstimmung zu kommen – wobei mir keinerlei Aussage über die Reliabilität der Ergebnisse der Teams im Verfahren KODE® vorliegt. Dennoch liegt ein ähnliches Outcome vor: Eine Auswahl von Teilkompetenzen (im Verfahren KODE® 16, hier 13), die durch Experten/innen als EBP-relevant identifiziert wurden.

Im Originalverfahren wird nun unter Verwendung der zwölfstufigen Ratingskala (siehe 3.2.1.5) für jede Teilkompetenz ein sog. Sollkorridor festgelegt, der jeweils eine minimale und maximale Sollausprägung darstellt (vgl. ebd., S. 120). Dies kann auf der Grundlage der hier durchgeführten Befragung ebenfalls erfolgen, da die Mediane der gerateten Teilkompetenzen eine Rangfolge der Top-13-Teilkompetenzen ergeben (wie unter 3.4.4 beschrieben), die sich in ähnliche Sollkorridore übertragen lassen müsste. Begleitend müssen die identifizierten Kompetenzen noch genauer beschrieben werden, so dass Rater, die das Verfahren später einsetzen, genau wissen, was sie da nach welchen Kriterien bewerten.

EBP-Teilkompetenz	weniger ausgeprägt		teilweise ausgeprägt		ausgeprägt		deutlich ausgeprägt		stark ausgeprägt		sehr stark ausgeprägt		übermäßig ausgeprägt
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Ergebnisorientiertes Handeln													
Wissensorientierung													
Analytische Fähigkeiten													
Fachwissen													
Offenheit für Veränderungen													
Integrationsfähigkeit													
Entscheidungsfähigkeit													
Problemlösungsfähigkeit													
Planungsverhalten													
Beratungsfähigkeit													
Marktkenntnisse													
Beurteilungsvermögen													
Lernbereitschaft													

ABBILDUNG 15: ÜBERTRAG DER ERGEBNISSE DER EXPERTENBEFRAGUNG IN EIN EBP-ANFORDERUNGSPROFIL, IN ANLEHNUNG AN DAS VERFAHREN KODE®; QUELLE: EIGENE DARSTELLUNG AUF DER GRUNDLAGE VON BEISPIELEN ZUM VERFAHREN KODE® (VGL. HEYSE UND ERPENBECK 2007, S. 115F)

Wie in Abbildung 15 dargestellt, unternehme ich hier einmal den Versuch, die Top-13-EBP-Teilkompetenzen in ein solches Anforderungsprofil, wie es bei Heyse und Erpenbeck (vgl. 2007, S. 115f) im Verfahren KODE® beschrieben wird, zu übertragen. Hierbei lege ich den jeweiligen Median der betreffenden Teilkompetenz zugrunde (Median 6 → sehr starke Ausprägung, Median 5 → starke Ausprägung) und orientiere mich bei der Länge des Sollkorridors an der Spannweite aus den Antworten der Experten/innen (Spannweite von 3 → engerer Sollkorridor, Spannweite 4 → breiterer Sollkorridor). Die Orientierung an der Spannweite ist ein eher gewagter Schritt, da der Befragung eine andere Skala zugrunde lag als der Darstellung des Anforderungsprofils und die Spannweite als Streuungsmaß lediglich

die Differenz zwischen Minimalwert und Maximalwert, nicht jedoch die Verteilung der Werte dazwischen angibt. Da sich jedoch die Befragungs-Skala an der Skala aus dem Verfahren KODE® orientierte (siehe 3.2.1.5) und die Spannweite durchaus die Aussage zulässt, wie großzügig die „Toleranz“ unter den Experten/innen bei der Bewertung der Teilkompetenzen ist, halte ich diesen Versuch für zulässig.

In der Anwendung des Verfahrens wird eine Selbst- und eine Fremdeinschätzung der betreffenden Person vorgenommen und anschließend ein Soll-Ist-Vergleich angestellt. Interessant ist, dass die Fremdeinschätzung besonders aussagekräftig ausfällt, wenn die Beurteiler/innen die Person länger als ein Jahr, aber weniger als drei Jahre kennen (vgl. ebd.). Aufgrund dieser Ergebnisse kann dann die Entscheidung getroffen werden, ob eine Person für eine Tätigkeit geeignet ist oder nicht.

Ich komme also zu dem Ergebnis, dass sich aufgrund der hier identifizierten EBP-Teilkompetenzen Kompetenz-Messverfahren wie z.B. KODE® (sofern sie vergleichbare Prozesse und Strukturen aufweisen) zur Bestimmung von EBP-Kompetenzen adaptiert werden können. Es wäre spannend, das von mir entworfene Anforderungsprofil (siehe Abbildung 15) einem Praxistest zu unterziehen und zu untersuchen, ob es die üblichen Gütekriterien einer repräsentativen Messung erfüllt.

4 SCHLUSS

Vor dem Hintergrund der Akademisierung und damit verbundenen Erwartung einer Professionalisierung von Berufen wie z.B. der Logopädie war das Anliegen dieser Arbeit, das viel diskutierte Merkmal evidenzbasierter Praxis (EBP) als Dimension professionellen Handelns näher zu betrachten und der Frage nachzugehen, welche Kompetenzen Berufsangehörige – hier: Logopäden/innen bzw. Sprachtherapeuten/innen – besitzen müssen, um EBP umzusetzen. Zunächst fand eine theoretische Annäherung statt, an deren Beginn der Begriff der Profession bzw. Professionalisierung stand. Auf der Grundlage der Ausführungen von Heidenreich (vgl. 1999) standen zunächst Merkmale einer Profession, wie z.B. die systematische Weiterentwicklung und Institutionalisierung der professionellen Wissensbasis, das Monopol auf bestimmte Tätigkeitsfelder, das eigene Klientel und eigene Wissensbereiche zur Diskussion. Diese Diskussion entfernte sich dann vom Begriff der Profession als Status-Aspekt und stellte Professionalität im Sinne professionellen Handelns in den Mittelpunkt der Betrachtung. Hier wurde dank Feldmann (vgl. 2002) konkreter, dass professionelles Handeln durch die Anwendung von Wissen auf konkrete Fälle geprägt ist, insbesondere in Situationen, die außerhalb gelernter Routinen liegen. Dabei beziehen professionell handelnde Personen wissenschaftliche Erkenntnisse ein und halten gleichzeitig die Nachvollziehbarkeit ihres Handelns aufrecht (vgl. ebd.). Reßler (vgl. 2008) fügte den Aspekt der Reflexivität hinzu, der sich an die Identifikation des vorliegenden Problems und die gezielte Auswahl und Anwendung relevanten Wissens anschließt und sicher stellt, dass stets ein Bewusstsein des eigenen Handelns und seiner Konsequenzen besteht. Parallel zu diesen Ausführungen trat der Begriff der Verwissenschaftlichung beruflichen Handelns in den Vordergrund, der eine große Nähe zum Vorgang der Akademisierung aufweist. Angesichts der vordringlichen Ziele der Wissensgenerierung und Theoriebildung stellten Moers und Schäffer (vgl. 1993) an dieser Stelle die Frage nach der Praxisnähe als wichtigen Diskussionspunkt in diesem Zusammenhang. Sie verweisen im Kontext der Akademisierung auf das notwendige berufliche Selbstverständnis, welches Siegmüller und Pahn (vgl. 2009) konkreter als akademisches Selbstverständnis beschreiben, das eine Berufsgruppe besitzen müsse, die sich in diesem Sinne weiterentwickeln wolle. Erst daraus entstehe die Motivation, eine eigene wissenschaftliche Disziplin zu werden, auf der die Praxis fußt und daher kein Widerspruch zwischen Wissenschaft und Praxis entsteht. Verbunden mit einer wissenschaftlich fundierten Praxis beschreiben Siegmüller und Pahn aber auch die Verantwortung für die Wirksamkeit des eigenen Handelns und leiten so über zur

Methode der EBP. Die EPB – entstanden aus der evidenzbasierten Medizin (EBM), die auf den Arzt Sir A.L. Cochrane (vgl. 1972) zurückgeht – hat sich in der Logopädie bis hin zum Modell E₃BP entwickelt, welches von Dollaghan (vgl. 2007) als Gleichgewicht zwischen klinischer Expertise, Anforderungen von Patienten/innen sowie externer Evidenz beschrieben wird. Unumstritten ist die EBP dabei keinesfalls: Es finden sich Kritiker aus verschiedenen Branchen, die den Verlust sozialer Angemessenheit beobachten und die Reduktion klinischer Fragestellungen auf wissenschaftlich auflösbare Ungewissheit (vgl. Dewe 2005) anprangern. An Beispielen aus der Psychologie (vgl. Tschuschke 2005) und Medizin (vgl. Raspe 2005) konnte gezeigt werden, dass keinesfalls Anlass zu einer EBP-Euphorie sondern eher zu einer kritisch-hinterfragenden Haltung besteht. Raspe (ebd.) beschreibt die EBP (bzw. hier: die EBM) als konservativ (nicht innovativ) und für zwischenmenschliche Beziehungen blind und verweist mit einem Zitat von Haynes et al. (vgl. 2005) auf die Tatsache, dass der handelnde Mensch die Entscheidungen trifft, nicht die Evidenz.

In der Tat führte die Auseinandersetzung mit dem Aspekt professionellen Handelns sowie der EBP zu dem Fazit, dass das handelnde Subjekt – hier: Logopäden/innen bzw. Sprachtherapeuten/innen – im Mittelpunkt wissenschaftlich fundierter Berufspraxis steht und die klinisch-therapeutische Entscheidung, die getroffen wird, ein Schlüsselement professionellen, evidenzbasierten Handelns sein muss. Dieses Element – in der Literatur als Clinical Reasoning beschrieben – beruht auf einer skeptischen, kritisch hinterfragenden Grundhaltung, wie sie von Lof (vgl. 2011) unter dem Begriff „scepticism“ benannt wird. Diese Haltung kennzeichnet die Qualität des Herangehens an klinische Problemfälle und unterstützt die Ansicht, dass externe Evidenz nicht per se brauchbare Informationen für die klinische Realität liefert. Sowohl Lof (vgl. 2011) also auch Raspe (vgl. 2005) kritisieren gar die mangelnde Übertragbarkeit von Ergebnissen aus kontrollierten, randomisierten Studien (RCT) auf die Berufspraxis, da sich die Rahmenbedingungen der Studien im Labor erheblich von der Realität in der Praxis unterscheiden. Ohnehin zeigen Versuche der Umsetzung der EBP in den klinischen Alltag (vgl. Witte 2009, Togher et al. 2011 oder Ollenschläger et al. 2003), dass neben der Person handelnder Therapeuten/innen Einflüsse wie zeitliche Ressourcen, Zugang zu Datenbanken etc., hinreichende Befähigung zu Rezeption von Forschungsergebnissen oder auch die Philosophie des Unternehmens und der Gesellschaft von Belang sind.

Damit legte sich der Fokus der vorliegenden Arbeit stärker auf die eigentliche Frage, die auch der durchgeführten Studie zugrunde lag: Welche Kompetenzen

muss die handelnde Person besitzen, um in der soeben beschriebenen Weise professionell, genauer: evidenzbasiert zu handeln? Um diese Frage empirisch angehen zu können, musste noch ein dritter theoretischer Baustein in den Blick genommen werden: das Thema Kompetenz. Hier mündete die Auseinandersetzung in die Kompetenzauffassung von Erpenbeck und Heyse, die zahlreiche Quellen zum Thema Kompetenz beisteuerten (vgl. Erpenbeck 2007, Erpenbeck 2012, Heyse und Erpenbeck 2007, Heyse und Erpenbeck 2010 und Heyse 2012). Erpenbeck und Heyse sehen Kompetenz als spezifische Handlungsfähigkeit im Sinne von Selbstorganisationsdispositionen einer Person, die sie befähigt, in neuen, problematischen Situationen außerhalb von Routinen kreativ und adäquat zu handeln. Beobachtbar wird Kompetenz demnach in der Performanz, also in der gezielten Beobachtung der Handlungsausführung. Auf diese Definition baut das Kompetenzmodell von Erpenbeck und Heyse auf, welches zunächst vier Kompetenzklassen einteilt (personale Kompetenz, aktivitäts- und umsetzungsorientierte Kompetenz, fachlich-methodische Kompetenz und sozial-kommunikative Kompetenz) und darauf aufbauend einen Kompetenzatlas zur Verfügung stellt, der diesen vier Kompetenzklassen insgesamt 64 Teilkompetenzen zuordnet, jeweils mit einer Kompetenzklasse als Hauptmerkmal und einem Akzent als Tendenz jeder Teilkompetenz (siehe Abbildung 7). Auf Grundlage dieses Kompetenzmodells entwickelten Erpenbeck und Heyse das Verfahren KODE® bzw. KODE®X, welches in seinem Aufbau und Vorgehen sowohl die Durchführung der vorliegenden Studie als auch die Interpretation der Ergebnisse beeinflusste.

Konkret fokussierte sich der empirische Teil der Arbeit auf zwei Fragestellungen: Hinsichtlich der Frage nach EBP-relevanten Kompetenzen fragte ich genauer, welche Teilkompetenzen *des Kompetenzatlas* speziell für EBP relevant sind und schloss daran die Frage an, ob vorhandene Verfahren zur Kompetenzmessung (wie z.B. KODE®) auf die Feststellung von EBP-Teilkompetenzen übertragbar sind. Als Methode wählte ich ein Rating der betreffenden Kompetenzen durch EBP-Experten/innen aus dem Fachgebiet Logopädie/Sprachtherapie. Diese erhielten eine Instruktion mit der Erläuterung meines Anliegens, einer Einführung in den Kompetenzatlas und seine 64 Teilkompetenzen sowie Informationen zu der Ratingskala, die ich in Anlehnung an die Skala des Anforderungsprofils aus dem Verfahren KODE® entwickelte. Das eigentliche Rating fand online statt, die Experten/innen konnten also per Mausclick jede einzelne der 64 Teilkompetenzen hinsichtlich ihrer Wichtigkeit in Bezug auf EBP bewerten, von „nicht wichtig“ bis „unverzichtbar“. Nach Abschluss des Ratings wurden die vorhandenen Daten anonymisiert, bereinigt und statistisch ausgewertet.

Die Ergebnisse zeigen eine Auswahl von 13 Teilkompetenzen, die von der Mehrheit der Experten/innen als besonders EBP-relevant bewertet wurden. Zwar zeigte die Berechnung von Krippendorff's Alpha, dass das Ergebnis übereinstimmend, allerdings nicht reliabel sei, jedoch diene die Auswahl der Experten/innen dennoch einer genaueren Betrachtung der EBP-Kompetenzen.

Setze ich nun die nach Meinung der Experten/innen EBP-relevanten Teilkompetenzen in Bezug zu den theoretischen Ausführungen des ersten Teils der Arbeit, ergibt sich durchaus eine Passung beider Ergebnisse: Als Synopse aller drei Theorie-Stränge formulierte ich das Modell der entscheidungszentrierten EBP (siehe 2.4, dort Abbildung 9). Ordne ich nun die 13 EBP-relevanten Kompetenzen diesem Modell direkt zu, ergibt sich folgende Darstellung:

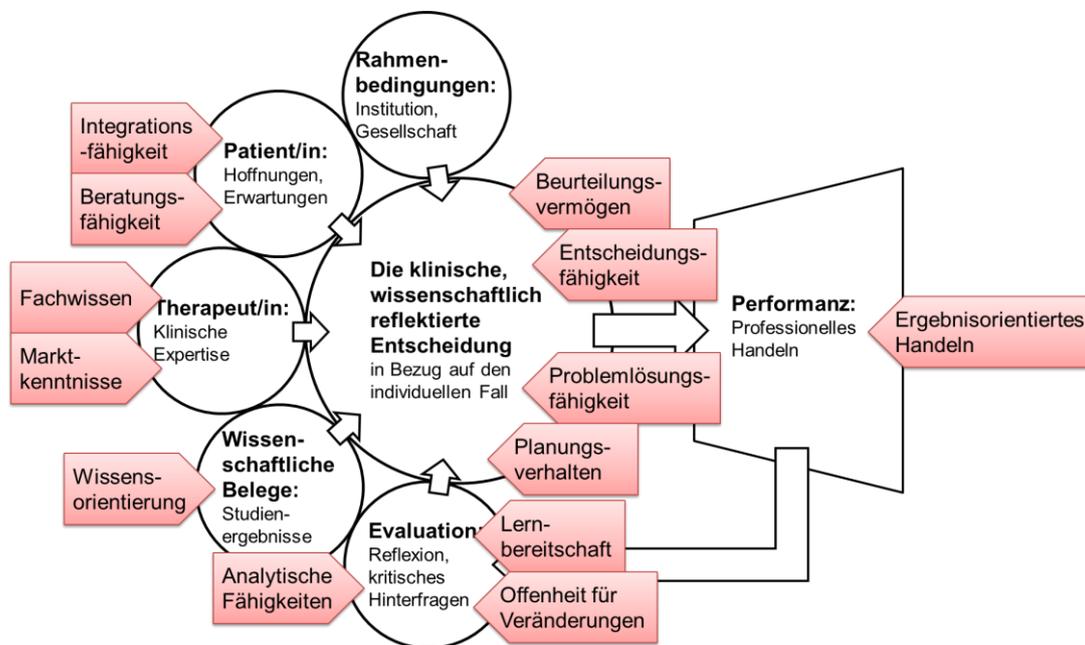


ABBILDUNG 16: ZUORDNUNG DER 13 EBP-TEILKOMPETENZEN ZUM MODELL DER ENTSCHEIDUNGSZENTRIERTEN EBP; QUELLE: EIGENE DARSTELLUNG

Jede der 13 Teilkompetenzen lässt sich einem Element des Modells zuordnen, es bleibt keine Teilkompetenz übrig, deren Zuordnung unmöglich erscheint. Tatsächlich ist es sogar so, dass einige der Teilkompetenzen mehreren Modellelementen zuzuordnen wären, wie z.B. die analytischen Fähigkeiten, die sowohl für den Umgang mit wissenschaftlichen Ergebnissen als auch für die Evaluation wichtig sein können. Ich entschied mich hier, die jeweilige Teilkompetenz jenem Element zuzuordnen, für welches ich diese als besonders wichtig erachtete. Demnach vereinigen EBP-kompetente Therapeuten/innen in ihrer klinischen

Expertise einerseits Fachwissen, andererseits aber auch die Marktkenntnisse – bezogen auf den „Wissensmarkt“ innerhalb des Fachgebietes – die sie in die Lage versetzen, an den richtigen Stellen nach fehlendem Wissen zu suchen. Um wissenschaftliche Belege (sprich: externe Evidenz) in die klinische Entscheidung einzubeziehen, muss die Kompetenz der Wissensorientierung vorliegen. Die klinische, wissenschaftlich reflektierte Entscheidung selbst stützt sich maßgeblich auf das Beurteilungsvermögen, die Problemlösungsfähigkeit, das Planungsverhalten sowie selbstverständlich auf die Entscheidungsfähigkeit. Die Belange von Patienten/innen werden m.E. durch Integrationsfähigkeit und Beratungsfähigkeit adressiert, so dass in der Summe im Rahmen der Performanz ergebnisorientiertes Handeln sichtbar (und bestenfalls sogar messbar) wird. Die Reflexion und kritische Evaluation des professionellen Handelns benötigt Lernbereitschaft, Offenheit für Veränderungen und die wichtige Kompetenz, Geschehenes zu analysieren und offene Fragestellungen zu identifizieren. Das einzige Element, welches mit keiner der 13 EBP-Teilkompetenzen in Verbindung gebracht werden kann, sind die Rahmenbedingungen im Sinne der Institution und Gesellschaft. Dies verwundert wenig, denn hier hat das handelnde Individuum kaum Anteil an dem, was ihm zur Verfügung gestellt wird, kann also mit keinerlei Kompetenzen dieses Element beeinflussen.

Interessant an dieser Zuordnung ist, dass die EBP-Teilkompetenzen des ersten Ranges (siehe 3.4.4) den entscheidenden Elementen zugeordnet sind, die auch im Modell E₃BP (vgl. Dollaghan 2007, zitiert in Beushausen und Grötzbach 2011) benannt werden:

- Hoffnungen, Erwartungen, Ziele von Patienten/innen:
Integrationsfähigkeit
 - Klinische Expertise von Therapeuten/innen: Fachwissen
 - Externe Evidenz: Wissensorientierung
- führt zu ergebnisorientiertem Handeln, welches mittels analytischer Fähigkeiten und Offenheit für Veränderungen revidiert und adaptiert wird.

Somit bedient die Auswahl der Experten/innen nicht nur mein Modell der entscheidungszentrierten EBP sondern gleichfalls das Modell E₃BP. Ordnet man die Teilkompetenzen auf diese Weise den modellhaften Elementen der EBP zu wird greifbar, wie diese Teilkompetenzen in der Performanz erkennbar und damit messbar werden müssten: Gegenstand der Betrachtung kann eine schriftlich

angefertigte Interventionsplanung, eine anschließend durchgeführte Intervention sowie eine mündliche oder schriftliche Reflexion der Intervention sein. Bereits anhand der schriftlichen Interventionsplanung wird deutlich, in welcher Weise Therapeuten/innen die Ziele, Hoffnungen und Erwartungen von Patienten/innen integriert und in den Kontext ihrer klinischen Expertise und externer Evidenzen gestellt haben. Ebenso lassen sich klinische Entscheidungen anhand der Interventionsplanung nachvollziehen, sofern diese dort inklusive einer Begründung dokumentiert sind. Die Umsetzung dessen wird dann in der Performanz beurteilbar, wo insbesondere die spontane Reaktionsfähigkeit als Merkmal von Kompetenz hinzu kommt, indem Therapeuten/innen z.B. auf eine unerwartete Tagesform von Patienten/innen reagieren oder neue Informationen auswerten und in eine spontane Korrektur der Interventionsplanung umsetzen können – quasi: ad-hoc-reasoning. Gerade solche Abweichungen von zuvor getroffenen Entscheidungen sind es, die im Zuge der anschließenden Reflexion erkennen lassen, ob ein kritisches Hinterfragen sowie eine wissenschaftliche Reflexion stattfinden. Ich schildere hier ein Setting, wie es im Fachgebiet Logopädie/Sprachtherapie durchaus im Rahmen der Ausbildungssupervision üblich ist. Ob das Augenmerk – so wie hier beschrieben – allorts auf den besonderen Anforderungen der EBP liegt, vermag ich nicht einzuschätzen. Aus meinem eigenen Umfeld der hochschulischen Praxisausbildung ist mir dieses Augenmerk sehr vertraut, jedoch kenne ich ebenso die Schwierigkeit, geeignete Instrumente zur Erfassung dieser Kriterien zu finden und einzusetzen.

Daher mag der Versuch, sich in einem solchen Setting an das Verfahren KODE® anzulehnen, lohnend sein. Unter Nutzung des von mir abgeleiteten Anforderungsprofils (siehe 3.4.6) kann der Versuch unternommen werden, eine Fremdeinschätzung durch Supervisoren/innen sowie eine Selbsteinschätzung durch Studierende vornehmen zu lassen und anschließend gemeinsam die Bewertung und die damit gemachten Erfahrungen auszuwerten. Das oben beschriebene Setting der Performanz im Rahmen der Ausbildungssupervision mag den Rahmen hierfür bieten. Voraussetzung für eine solche Bewertung ist jedoch der Anspruch, Studierende zuvor zu solch professionellem Handeln befähigt zu haben. Es stellt sich also weiterführend die Frage, mit welchen methodischen bzw. didaktischen Mitteln Studierende in die Lage versetzt werden, EBP-relevante Kompetenzen zu entwickeln. Ein zu entwickelndes didaktisches Design kann sich an den hier identifizierten Teilkompetenzen orientieren und sollte mit Hilfe des vorgeschlagenen Anforderungsprofils einer Überprüfung standhalten. Weiter gefasst können gar mehrere parallele Wege der Kompetenzentwicklung angedacht und auf diese Weise überprüft werden, was jedoch hohe Anforderungen an ein schlüssiges

Studiendesign stellt. Dient auch hier wieder das Fachgebiet der Logopädie/Sprachtherapie als Beispiel schließt sich die Frage an, ob man hier angesichts des Charakters des Berufes (therapeutischer Beruf, hohe Anforderung an zwischenmenschliche Kommunikation, ...) zwingend auf ein didaktisches Design mit hohem face-to-face-Anteil angewiesen ist, oder ob auch eine Online-Lernumgebung mit multimedialen Elementen sich eignet, diese Kompetenzen didaktisch adäquat zu adressieren.

Auf die grundsätzliche Frage, ob die hier identifizierten EBP-Kompetenzen dafür eine Grundlage darstellen können, obwohl die Übereinstimmung der befragten Experten/innen keine hinreichende Reliabilität aufweist, antworte ich mit der Gegenfrage, welchen Expertenkreis es im Fachgebiet Logopädie/Sprachtherapie denn geben mag, bei dessen Befragung ein reliables Ergebnis zu erwarten wäre? Meiner Einschätzung nach – welche ich durch die hier erhobenen Daten bestätigt sehe – ist das Verständnis der Anforderungen evidenzbasierter Praxis innerhalb des Fachgebietes Logopädie/Sprachtherapie derart heterogen, dass zum jetzigen Zeitpunkt keine vergleichbar große Probandengruppe zu finden ist, innerhalb derer eine überzufällige Übereinstimmung hinsichtlich Fragen wie jener nach EBP-Teilkompetenzen zu erreichen ist. Einerseits mag es durch Reduktion der Anzahl befragter Experten/innen möglich sein, entsprechende Reliabilität vorzuweisen. Dies gäben die mir vorliegenden Daten bereits her, wenn ich die Anonymisierung aufheben und die Experten/innen anhand einer Auswertung ihrer Publikationen in, hinsichtlich ihres Verständnisses der EBP homogenere Subgruppen zusammenfassen würde. Dies in einem weiteren Schritt zu tun ist denkbar, jedoch nicht mehr Gegenstand der vorliegenden Arbeit. Andererseits könnte auch eine Ausweitung der Expertengruppe zu einer überzufälligen Übereinstimmung führen, insbesondere wenn neben Experten/innen aus dem Gebiet Sprachtherapie/Logopädie auch solche aus benachbarten Gebieten (z.B. Ergotherapie, Physiotherapie, ...) zu Rate gezogen werden. Da die hier zu bewertenden Kompetenzen überfachlicher Natur sind, wäre dies eine spannende Ausdehnung dieser Studie, die jedoch ebenfalls nicht innerhalb dieser Arbeit sondern nur daran anschließend erfolgen kann.

An diese Arbeit kann sich außerdem der Versuch anschließen, die Ergebnisse auf andere Fachdisziplinen – z.B. die Pädagogik – zu übertragen und zu verifizieren, ob EBP hier den gleichen Bedingungen unterliegt und ob die gleichen Teilkompetenzen für relevant gehalten werden. Dank der Grundlage eines überfachlichen Kompetenzatlas mag es gelingen, Parallelen zu entdecken. Damit

kann Evidenzbasierung im thematischen Kontext von Professionalisierung, Akademisierung und/oder Verwissenschaftlichung beruflichen Handelns fachunabhängig diskutiert werden.

5 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. Erfolgreiches Handeln im Sinne der EBP erfordert über eine entsprechende Qualifikation hinaus eine spezifische Konfiguration von Kompetenzen bzw. Teilkompetenzen, die im Rahmen dieser Arbeit identifiziert wurden. Diese Teilkompetenzen besitzen in erster Linie Merkmale personaler Kompetenz sowie Fach- und Methodenkompetenz.

Aufgrund einer intensiven Auseinandersetzung mit den Themen Professionalität, EBP und Kompetenz entstand in dieser Arbeit ein Modell entscheidungszentrierter evidenzbasierter Praxis. Zehn von zwölf der Experten/innen, die im Rahmen dieser Arbeit RBP-relevante Teilkompetenzen identifizierten, stimmten meiner, 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.

Damit wird die Ausprägung der EBP-relevanten Teilkompetenzen bei den betreffenden Therapeuten/innen umso wichtiger, denn die Qualität ihrer Entscheidungen und ihrer Performanz bedingt letztlich die Wirksamkeit der jeweiligen, individuellen Intervention. Reflexives, kritisch hinterfragendes Verhalten während einer fortlaufenden Evaluation der Wirksamkeit jener Interventionen stellt sicher, dass die getroffenen Entscheidungen revidiert und ggf. korrigiert werden, so dass Patienten/innen tatsächlich in den Genuss der bestmöglichen Intervention kommen.

Die identifizierten Teilkompetenzen müssen im Rahmen der Ausbildung von Therapeuten/innen methodisch/didaktisch adäquat adressiert werden, damit Studierende diese entwickeln können. Die Ergebnisse dieser Arbeit stellen in Aussicht, das entwickelte Modell sowie die identifizierten Teilkompetenzen einem

didaktischen Design zugrunde zu legen und dieses mit Hilfe geeigneter Messinstrumente zu evaluieren. Zu diesem Zwecke kann auf ein Messverfahren zurückgegriffen werden, welches auf dem, in dieser Arbeit herangezogenen Kompetenzmodell und Kompetenzatlas beruht. Zur Realisierung dieser Aussichten ist eine vertiefende Auseinandersetzung mit dem betreffenden Messverfahren sowie die Ausgestaltung eines oder mehrerer didaktischer Designs, die sich hinsichtlich der Lehr-/Lernziele an den hier identifizierten Teilkompetenzen orientieren, notwendig.

Auch wenn innerhalb dieser Arbeit das Thema EBP am Beispiel des Fachgebietes Logopädie/Sprachtherapie bearbeitet wurde, sind die Erkenntnisse auch auf andere Fachgebiete übertragbar. Lediglich die Bezeichnung der beteiligten Akteure muss aktualisiert werden, die beschriebenen Teilkompetenzen sind überfachlicher Natur und behalten daher ihre Gültigkeit. Interessant kann der Versuch sein, Experten/innen anderer Fachgebiete ebenfalls die Teilkompetenzen des Kompetenzatlas bewerten zu lassen, verbunden mit der Betrachtung der EBP im jeweiligen Fachgebiet. Ein systematischer Vergleich solcher Ratings aus verschiedenen Fachgebieten kann Erkenntnisse über die fachunabhängigen Eigenschaften evidenzbasierter Praxis erbringen, die unter den Aspekten der Professionalisierung, Akademisierung bzw. Verwissenschaftlichung beruflichen Handelns zu diskutieren sind.

Diese Aspekte versammeln sich unter dem Anspruch von Wissenschaftlichkeit als Handlungsgrundlage, welcher Kern und Antrieb evidenzbasierter Praxis ist. Hierzu passend möchte ich abschließend den französischen Theologen, Paläontologen und Philosophen Teilhard de Chardin (1881-1955) zitieren, der diese Motivation treffend beschreibt:

„Der Zweifel ist der Beginn der Wissenschaft.

Wer nichts anzweifelt, prüft nichts.

Wer nichts prüft, entdeckt nichts.

Wer nichts entdeckt, ist blind und bleibt blind.“

6 ANHANG

6.1 LITERATURVERZEICHNIS

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

Bilda, K., Brenner, S. (2011) Der Modellstudiengang Logopädie der Hochschule für Gesundheit in Bochum. Ein neuer Weg zur akademischen Logopädie. Forum Logopädie 25(5), S. 34-41

Bundesgesetzblatt Jg. 2009 Teil I Nr. 64, ausgegeben zu Bonn am 02. Oktober 2009. Gesetz zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten.

Bundesministerium für Bildung und Forschung - BMBF (2011) Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen.

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

De Swert, K. (2012) Calculating inter-coder reliability in media content analysis using Krippendorff's Alpha. Amsterdam: University of Amsterdam

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

Dewe, B. (2006) Professionsverständnisse – eine berufssoziologische Betrachtung. In: Pundt, J. (2006) Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen – Potenziale – Perspektiven. Bern: Huber

Eichhorn, W. (2004) Online-Befragung: Methodische Grundlagen, Problemfelder, praktische Durchführung. Online-Publikation, München 2004, Rev 1.0. Zugriff am 09.09.2012 von <http://wolfgang-eichhorn.com/cc/onlinebefragung-rev1.0.pdf>

Erpenbeck, J. (2007) Handbuch Kompetenzmessung. Stuttgart: Schäffer-Poeschel

Erpenbeck, J. (2012) Der Königsweg zur Kompetenz. Grundlagen qualitativ-quantitativer Kompetenzerfassung. Berlin: Waxmann

- Feldmann, K. (2002) Professionalisierung und Interprofessionalisierung im Erziehungsbereich. Institut für Psychologie und Soziologie in den Erziehungswissenschaften, Universität Hannover
- Freelon, D. (2010) ReCal: Intercoder Reliability Calculation as a Web Service. *International Journal of Internet Science* 2010, 5(1), S. 20-33
- Hayes, A., Krippendorff, K. (2007) Answering the Call for a Standard Reliability Measure for Coding Data. *Communication Methods and Measures* 1(1), S. 77-89
- Heidenreich, M. (1999) Berufskonstruktion und Professionalisierung. Erträge der soziologischen Forschung. In: Apel, H.-J., Horn, K.-P., Lundgreen, P., Sandfuchs, U. (1999) Professionalisierung pädagogischer Berufe im historischen Prozess. Bad Heilbrunn/Obb.: Julius Klinkhardt
- Hensge, K., Lorig, B., Schreiber, D. (2009) Kompetenzstandards in der Berufsausbildung. Abschlussbericht des Forschungsprojektes 4.3.201 (JFP 2006). Bonn: Bundesinstitut für Berufsbildung
- Heyse, V., Erpenbeck, J. (2007) Kompetenzmanagement. Methoden, Vorgehen, KODE® und KODE®X im Praxistest. Berlin: Waxmann
- Heyse, V., Erpenbeck, J., Ortman, S. (2010) Grundstrukturen menschlicher Kompetenzen. Berlin: Waxmann
- Heyse, V. (2012) Kurzcharakteristik KODE®. Zugriff am 17.08.2012 von <http://www.competenzia.de/get.php?file=2011-09-14-Heyse-Kurzcharakteristik-KODEundext=pdf>
- 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
- Klemme, B., Siegmann, G. (2006) *Clinical Reasoning. Therapeutische Denkprozesse lernen*. Stuttgart: Thieme
- Krippendorff, K. (2004) Reliability in Content Analysis: Some Common Misconceptions and Recommendations. *Human Communication Research*, 30(3), S. 411-433
- Lamberti, J. (2001) *Einstieg in die Methoden empirischer Forschung. Planung, Durchführung und Auswertung empirischer Untersuchungen*. Tübingen: dgvt

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

Lombard, M., Snyder-Duch, J., Bracken, C. (2004) Practical Resources for Assessing and Reporting Intercoder Reliability in Content Analysis Research Projects. Zugriff am 28.08.2012 von http://www.slis.indiana.edu/faculty/hrosenba/www/Research/methods/lombard_reliability.pdf

Lum, C. (2002) *Scientific Thinking in Speech and Language Therapy*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates

Moers, M., Schaeffer, D. (1993). Akademisierung und Verwissenschaftlichung der Pflege: Erfahrungen aus den USA. In Abholz H.-H. (Ed.), *Gesundheitsmärkte, Das Argument: Argument-Sonderband; 199, Jahrbuch für kritische Medizin; 19* (S. 135 - 159). Hamburg: Argument-Verl.

Nittel, D. (2002) Professionalität ohne Profession? „Gekonnte Beruflichkeit“ in der Erwachsenenbildung im Medium narrativer Interviews mit Zeitzeugen. In: Kraul, M., Marotzki, W., Schweppe, C. (2002) *Biographie und Profession*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt

Nitz, D. (2007) Sinn und Unsinn in der Beurteilerübereinstimmung: Eine kritische Betrachtung gängiger Koeffizienten. Zugriff am 28.08.2012 von http://www.psych-methoden.uni-koeln.de/lehre/doc/HA_EundF_Uebereinstimmung.pdf

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

Orthey, F. (2002) Der Trend zur Kompetenz. Begriffsentwicklung und Perspektiven. *Supervision* 1/2002, S. 7-14

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

Reßler, W. (2008) *Professionalität der Logopädie – Auseinandersetzung mit Professionstheorien und Professionalisierung*. Essen: evilog.de

Roddam, H., Skeat, J. (2010) *Embedding Evidence-Based Practice in Speech and Language Therapy*. Berlin: Wiley-Blackwell

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

Siegmüller, J., Pahn, C. (2009) Akademisierung ist mehr als Lehre. Zur Entwicklung einer eigenen Wissenschaftstheorie und Forschungsidentität in der Logopädie. Forum Logopädie 2(23), S. 34-41

SRO (2005) Kompetenzprofil KOMPASS für LogopädiestudentInnen – eine Synthese aus Kompetenz, Passion, Assessment und Kompass. Nederlandse Opleidingen Logopedie, SRO

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

6.2 TABELLEN- UND ABBILDUNGSVERZEICHNIS

6.2.1 TABELLEN

Tabelle 1: Vergleich von Qualifikation und Kompetenz; Quelle: Heyse et al. 2010, S. 70.....	26
Tabelle 2: Schema der Anforderungsniveaus für Teilkompetenzen; Quelle: SRO 2005, S. 8	31
Tabelle 3: Wesentliche Inhalte der Clinical-Reasoning-Formen; Quelle: Klemme und Siegmann 2006, S. 40.....	39

6.2.2 ABBILDUNGEN

Abbildung 1: Der Theorieansatz von Macdonald zur Beschreibung des Professionsbegriffs, Modifiziert nach Feldmann 2002, S. 8	9
Abbildung 2: Das Modell E3BP nach Dollaghan 2007, zitiert in Beushausen und Grötzbach 2011	15
Abbildung 3: Dewe (2005, S. 15) "Verlust des reflexiven, professionellen Wissensmodells zu Gunsten des "scientific bureaucratc models" einer evidenzbasierten Praxis" (von mir ins Deutsche übersetzt)	16
Abbildung 4: Zusammenhang zwischen Persönlichkeitseigenschaften, Talenten, Kompetenzen (vgl. Heyse et al. 2010, S. 19)	24
Abbildung 5: Skizze zum Zusammenhang von Wissen, Fertigkeiten, Qualifikationen und Kompetenzen (vgl. Erpenbeck und Rosenstiel 2007, S. XII)	25
Abbildung 6: DQR-Matrix, Quelle: eigene Darstellung (2010), basierend auf dem Diskussionsvorschlag eines Deutschen Qualifikationsrahmens für lebenslanges Lernen, Erarbeitet vom „ARbeitskreis Deutscher Qualifikationsrahmen“ im Februar 2009.....	29
Abbildung 7: Der Kompetenzatlas; Quelle: Heyse, Erpenbeck 2004, S. XXI, zitiert in Erpenbeck 2012, S. 95.....	33
Abbildung 8: Gemeinsamer Nenner von Professionalisierung, EBP und Kompetenz; Quelle: eigene Darstellung	36
Abbildung 9: Modell einer entscheidungszentrierten EBP; Quelle: eigene Darstellung	40

Abbildung 10: Grafische Darstellung des Ergebnisses der Expertenbefragung anhand des Kompetenzatlas von Erpenbeck und Heyse (2004, S. XXI, Zitiert in Erpenbeck 2012, S 95; im Original ohne farbliche Hervorhebung)	60
Abbildung 11: Diagramm zur Häufigkeit gewichteter Teilkompetenzen pro Kompetenzklasse.....	61
Abbildung 12: Diagramm zur Häufigkeit gewichteter Teilkompetenzen pro Akzent/Tendenz	62
Abbildung 13: Häufigkeit der Nutzung von Bewertungsstufen durch Experten/in "d"	66
Abbildung 14: Modell der Entscheidungsfindung bei E3BP; Quelle: Beushausen und Grötzbach 2011, S. 58	68
Abbildung 15: Übertrag der Ergebnisse der Expertenbefragung in ein EBP-Anforderungsprofil, in Anlehnung an das Verfahren KODE®; Quelle: eigene Darstellung auf der Grundlage von Beispielen zum Verfahren KODE® (vgl. Heyse und Erpenbeck 2007, S. 115f).....	77
Abbildung 16: Zuordnung der 13 EBP-Teilkompetenzen zum Modell der entscheidungszentrierten EBP; Quelle: eigene Darstellung.....	82

6.3 CD-ROM MIT DEM INSTRUKTIONSVIDEO DER EXPERTENBEFRAGUNG

6.4 POWERPOINT-PRÄSENTATION DES INSTRUKTIONSVIDEOS



Folie 1



Folie 2

Leitfähigkeit	Sozialkompetenz	Emotionale Kompetenz	Team Management	Entscheidungsfindung	Qualitätsmanagement	Teamwork	Wahrnehmung
Qualitätsmanagement	Teamarbeit	Interpersonelle Fähigkeiten	Offenheit für Veränderungen	Interpersonelle Kompetenz	Interdisziplinäre Zusammenarbeit	Kommunikation	Wahrnehmung
Wahrnehmung	Interpersonelle Fähigkeiten	Interdisziplinäre Zusammenarbeit	Offenheit für Veränderungen	Interpersonelle Kompetenz	Interdisziplinäre Zusammenarbeit	Kommunikation	Wahrnehmung
Wahrnehmung	Interpersonelle Fähigkeiten	Interdisziplinäre Zusammenarbeit	Offenheit für Veränderungen	Interpersonelle Kompetenz	Interdisziplinäre Zusammenarbeit	Kommunikation	Wahrnehmung
Wahrnehmung	Interpersonelle Fähigkeiten	Interdisziplinäre Zusammenarbeit	Offenheit für Veränderungen	Interpersonelle Kompetenz	Interdisziplinäre Zusammenarbeit	Kommunikation	Wahrnehmung
Wahrnehmung	Interpersonelle Fähigkeiten	Interdisziplinäre Zusammenarbeit	Offenheit für Veränderungen	Interpersonelle Kompetenz	Interdisziplinäre Zusammenarbeit	Kommunikation	Wahrnehmung
Wahrnehmung	Interpersonelle Fähigkeiten	Interdisziplinäre Zusammenarbeit	Offenheit für Veränderungen	Interpersonelle Kompetenz	Interdisziplinäre Zusammenarbeit	Kommunikation	Wahrnehmung
Wahrnehmung	Interpersonelle Fähigkeiten	Interdisziplinäre Zusammenarbeit	Offenheit für Veränderungen	Interpersonelle Kompetenz	Interdisziplinäre Zusammenarbeit	Kommunikation	Wahrnehmung
Wahrnehmung	Interpersonelle Fähigkeiten	Interdisziplinäre Zusammenarbeit	Offenheit für Veränderungen	Interpersonelle Kompetenz	Interdisziplinäre Zusammenarbeit	Kommunikation	Wahrnehmung
Wahrnehmung	Interpersonelle Fähigkeiten	Interdisziplinäre Zusammenarbeit	Offenheit für Veränderungen	Interpersonelle Kompetenz	Interdisziplinäre Zusammenarbeit	Kommunikation	Wahrnehmung

* **Der Kompetenzatlas**
von Heyse & Erpenbeck (Erpenbeck 2012, S. 95)

Folie 3

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 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.

* **Definition EBP**

Folie 4

*0 für EBP nicht wichtig
 *1 für EBP weniger wichtig
 *2 für EBP teilweise wichtig
 *3 für EBP wichtig
 *4 für EBP sehr wichtig
 *5 für EBP besonders wichtig
 *6 für EBP unverzichtbar

*** Das Rating**

Folie 5

EBP-Kompetenzrating
 Im Rahmen einer Studie zur Identifikation von überfachlichen Kompetenzen evidenzbasierter Praxis werden Experten mit Hilfe dieses Online-Fragebogens befragt.

Sehr geehrte Expertin, sehr geehrter Experte,
 vielen Dank für Ihre Bereitschaft, sich an dieser Online-
 Vorab haben Sie per Email bereits Informationen zu dies
 Im Laufe dieser Befragung erhalten Sie weitere Instruk

Ich freue mich auf Ihre Antworten!

Herzlichst,
 Sebastian Brenner

Loyalität
 ? Loyalität: Pflichtgefühl gegenüber Patientinnen/Patienten

Für EBP nicht wichtig
 Für EBP weniger wichtig
 Für EBP teilweise wichtig
 Für EBP wichtig
 Für EBP sehr wichtig
 Für EBP besonders wichtig
 Für EBP unverzichtbar

*** Durchführung: Online**

<http://ebp-kompetenzrating.evilog.de>

Folie 6

***Vielen Dank für
Ihre Teilnahme!**

Über die Ergebnisse informiere ich gern.

Folie 7

6.5 ONLINE-BEFRAGUNG (SCREEN-SHOTS)

EBP-Kompetenzrating
Im Rahmen einer Studie zur Identifikation von überfachlichen Kompetenzen evidenzbasierter Praxis werden Experten mit Hilfe dieses Online-Fragebogens befragt.

Sehr geehrte Expertin, sehr geehrter Experte,
vielen Dank für Ihre Bereitschaft, sich an dieser Online-Befragung zu beteiligen.

Vorab haben Sie per Email bereits Informationen zu dieser Befragung erhalten und konnten sich eine Präsentation dazu ansehen. Im Laufe dieser Befragung erhalten Sie weitere Instruktionen und Hinweise.

Ich freue mich auf Ihre Antworten!

Herzlichst,
Sebastian Brenner

Umfrage verlassen und löschen

Zwischengespeicherte Umfrage laden Weiter >>

Erste Seite der Umfrage nach Aufruf der URL <http://ebp-kompetenzrating.evilog.de>

Vorab sollten die Experten/innen das Instruktionsvideo gesehen haben.

Personenbezogene Daten

* **Bitte nennen Sie Ihren Vor- und Nachnamen. Vielen Dank!**

? *Diese Befragung erfolgt NICHT anonym!*

*Dies begründet sich darin, dass die Berufsbiographie und das Tätigkeitsumfeld der teilnehmenden Experten im Rahmen der **Interpretation der Antworten** ggf. Berücksichtigung findet.*

In der späteren Darstellung und ggf. Publikation der Ergebnisse wird jedoch auf die Nennung von Namen verzichtet.

Vielen Dank für Ihr Verständnis!

Bitte geben Sie hier Ihren Vor- und Nachnamen ein:

Später fortfahren 0% 100% << Zurück Weiter >>

Zweite Seite der Umfrage

EBP-Definition

* Ihre Antworten werden vor dem Hintergrund folgender Definition des Begriffes EBP ausgewertet:

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 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.

Können Sie Ihre Antworten mit dieser EBP-Definition vereinbaren?

? Falls Sie **„Nein“** wählen, haben Sie anschließend die Möglichkeit, eine eigene EBP-Definition zu formulieren und anschließend die Fragen zu beantworten.

Wenn Sie während des Ratings diese EBP-Definition nochmal benötigen, rufen Sie bitte die entsprechende Folie aus der mitgeschickten Präsentation auf.

Ja Nein

Später fortfahren 0% 100% << Zurück Weiter >>

Dritte Seite der Umfrage. Im Falle eines Klicks auf „Nein“ gelangen die Experten/innen auf eine Seite mit der Eingabemöglichkeit einer alternativen Definition.

Kompetenzrating

* **Loyalität**

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

? Loyalität: Pflichtgefühl gegenüber Patientinnen/Patienten

Für EBP nicht wichtig

Für EBP weniger wichtig

Für EBP teilweise wichtig

Für EBP wichtig

Für EBP sehr wichtig

Für EBP besonders wichtig

Für EBP unverzichtbar

Später fortfahren 0% 100% << Zurück Weiter >>

Beginn der Bewertung einzelner Teilkompetenzen. In dieser Weise folgen weitere 63 Bildschirmseiten, auf deren Abbild hier verzichtet wird.

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

[Antworten ausdrucken](#)

Letzte Seite der Umfrage nach Bewertung der 64. Teilkompetenz.

6.6 EMAIL-ANSCHREIBEN AN EXPERTEN/INNEN

Sehr geehrte/r...,

hiermit wende ich mich mit der Bitte um Unterstützung eines persönlichen Projektes an Sie. Ihre Person habe ich – ebenso wie einige andere – gezielt ausgewählt, da Sie als Expertin/Experte für das Thema „Evidenzbasierte Praxis“ (EBP) im Fachgebiet Logopädie/Sprachtherapie gelten. Sie gehören zu einem Kreis von insgesamt 15 Personen, die ich um Unterstützung bitte.

Bei dem Projekt, für das ich Ihre Zeit beanspruchen möchte, handelt es sich um eine Expertenbefragung im Rahmen meiner Masterarbeit. Um Ihnen Hintergrund und Ablauf kurzweilig nahe zu bringen, habe ich eine multimediale Präsentation aufgezeichnet und im PDF-Format an diese Nachricht angehängt. Bitte sehen Sie sich zunächst diese Präsentation an, um sich zu informieren (Dauer: ca. 12½ Minuten).

Anschließend bitte ich Sie, die eigentliche Befragung online zu durchlaufen. Bitte folgen Sie hierzu dem folgenden Link: <http://ebp-kompetenzrating.evilog.de>. Sie benötigen hierfür vermutlich ca. 15 - 20 Minuten.

Ich wäre Ihnen sehr dankbar, wenn Sie innerhalb der nächsten sieben Tage dazu Gelegenheit hätten, um mir eine zeitnahe Auswertung und Interpretation aller Angaben zu ermöglichen.

Nach Abschluss meiner Arbeit stelle ich Ihnen gern die Ergebnisse zur Verfügung. Hierfür brauchen Sie nichts weiter tun; alle Teilnehmer/innen der Befragung erhalten diese unaufgefordert von mir per Email.

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Mit freundlichen Grüßen,

Sebastian Brenner

6.7 ANONYMISIERTE ROHDATEN NACH ABSCHLUSS DER BEFRAGUNG

Zustimmung zur vorgegebenen Definition:	Rater:											
	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l
	Nein	Ja	Nein									
Loyalität	3	3	3	1	4	3	5	3	4	3	5	6
Mitarbeiterförderung	5	4	4	3	4	3	1	1	6	0	5	4
Initiative	5	6	3	0	6	3	3	4	4	0	4	5
Akquisitionsstärke	2	2	2	4	5	3	0	0	6	0	3	3
Fleiß	4	3	4	3	3	3	3	3	6		2	5
Pflichtgefühl	2	2	2	3	4	3	4	3	5		2	5
Disziplin	4	4	1	3	3	3	3	6	6		3	3
Innovationsfähigkeit	3	5	3	3	5	4	5	5	3		4	6
Ergebnisorientiertes Handeln	6	6	5	6	4	3	6	6	6		5	6
Beratungsfähigkeit	6	6	4	4	5	3	5	3	5		5	4
Lehrfähigkeit	5	1	2	0	4	3	1	2	6		6	3
Eigene Verantwortung	4	4	3	5	3	3	6	5	2		4	4
Belastbarkeit	2	1	1	3	2	3	1	0	1		1	3
Zielorientiertes Führen	4	3	3	0	5	2	5	5	5		3	3
Gewissenhaftigkeit	6	6	4	3	3	4	6	4	6		5	4
Fachübergreifende Kenntnisse	6	6	4	3	3	4	3	1	6		5	6
Tatkraft	2	3	2	3	3	3	2	0	6		4	2
Einsatzbereitschaft	5	3	3	3	5	3	4	3	4		5	2
Optimismus	6	2	4	0	3	3	2	0	2		2	3
Kommunikationsfähigkeit	5	4	4	3	4	3	6	0	2		3	5
Wissensorientierung	6	6	5	6	5	3	6	6	6		6	
Mobilität	5	1	1	0	2	4	1	0	2		0	
Normativ-ethische Einstellung	6	5	4	5	2	3	4	5	2		5	
Ausführungsbereitschaft	1	1	3	3	3	3	2	0	4		4	
Beharrlichkeit	5	4	1	3	3	3	1	0	3		5	
Analytische Fähigkeiten	6	6	5	6	5	3	6	6	6		6	
Soziales Engagement	3	2	1	0	2	2	1	1	4		2	
Glaubwürdigkeit	3	3	1	3	3	3	2	1	6		6	
Konsequenz	4	2	1	3	4	3	5	0	6		5	
Selbstmanagement	4	5	2	3	6	3	1	4	5		5	
Impulsgeben	3	5	3	3	5	3	1	2	4		4	
Sachlichkeit	6	2	4	3	5	3	3	6	5		4	
Fachliche Anerkennung	2	2	1	3	3	3	1	0	4		3	
Schlagfertigkeit	2	0	1	3	3	2	2	0	2		3	
Schöpferische Fähigkeit	4	6	3	3	4	2	3	3	4		5	
Kooperationsfähigkeit	2	5	2	3	5	4	4	1	4		3	
Systematisch-methodisches Vorgehen	3	6	1	3	6	3	5	6	5		4	
Zuverlässigkeit	3	3	2	3	5	3	3	6	3		5	
Fachwissen	5	6	5	6	5	2	6	6	6		6	
Offenheit für Veränderungen	6	6	2	6	6	3	6	5	6		6	
Konfliktlösungsfähigkeit	4	1	2	3	5	3	5	2	4		3	
Marktkennntnisse	5	5	2	6	5	3	6	3	4		6	
Humor	2	0	2	3	5	2	1	0	2		1	
Beurteilungsvermögen	6	6	4	4	5	3	6	3	5		6	
Hilfsbereitschaft	2	2	3	3	2	3	1	1	2		0	
Korzeptionsstärke	3	4	3	3	5	3	4	5	5		5	
Delegieren	1	1	2	3	3	3	3	0	5		2	
Organisationsfähigkeit	3	5	2	3	6	3	2	1	4		6	
Lernbereitschaft	5	6	5	6	5	3	5	3	6		6	
Integrationsfähigkeit	6	6	5	6	5	3	6	3	6		6	
Beziehungsmanagement	1	1	3	3	3	3	3	2	2		2	
Ganzheitliches Denken	3	6	5	3	4	3	5	2	4		6	
Projektmanagement	3	2	1	3	2	2	2	1	3		2	
Dialogfähigkeit/Kundenorientierung	5	4	1	3	3	3	5	2	2		2	
Gestaltungswille	3	3	2	0	5	2	5	1	6		3	
Sprachgewandtheit	3	2	3	2	3	3	5	2	2		5	
Problemlösungsfähigkeit	4	6	5	3	6	3	5	5	6		6	
Folgebewusstsein	2	4	4	6	5	3	5	2	6		6	
Entscheidungsfähigkeit	6	6	5	6	6	3	5	3	5		6	
Planungsverhalten	6	5	3	3	2	3	5	5	6		6	
Teamfähigkeit	2	2	2	2	3	3	2	0	5		5	
Anpassungsfähigkeit	1	1	2	3	3	3	3	0	2		4	
Experimentierfreude	6	5	3	3	4	3	5	5	4		4	
Verständnisbereitschaft	2	2	3	3	3	3	4	1	2		3	

6.8 MEDIAN UND SPANNWEITE PRO TEILKOMPETENZ

	N		Median	Spannweite
	Gültig	Fehlend		
Loyalitaet	10	0	3,00	4
Mitarbeiterfoerderung	10	0	4,00	5
Initiative	10	0	4,00	6
Akquisitionsstaerke	10	0	2,50	6
Fleiss	10	0	3,00	4
Pflichtgefuehl	10	0	3,00	3
Disziplin	10	0	3,00	5
Innovationsfaehigkeit	10	0	4,00	2
ErgebnisorientiertesHandeln	10	0	6,00	3
Beratungsfaehigkeit	10	0	5,00	3
Lehrfaehigkeit	10	0	2,50	6
Eigenverantwortung	10	0	4,00	4
Belastbarkeit	10	0	1,00	3
ZielorientiertesFuehren	10	0	3,50	5
Gewissenhaftigkeit	10	0	4,50	3
FachuebergreifendeKenntnisse	10	0	4,00	5
Tatkraft	10	0	3,00	6
Einsatzbereitschaft	10	0	3,50	2
Optimismus	10	0	2,00	6
Kommunikationsfaehigkeit	10	0	3,50	6
Wissensorientierung	10	0	6,00	3
Mobilitaet	10	0	1,00	5
NormativethischeEinstellung	10	0	4,50	4
Ausfuehrungsbereitschaft	10	0	3,00	4
Beharrlichkeit	10	0	3,00	5
AnalytischeFaehigkeiten	10	0	6,00	3
SozialesEngagement	10	0	2,00	4
Glaubwuerdigkeit	10	0	3,00	5
Konsequenz	10	0	3,50	6
Selbstmanagement	10	0	4,00	5
Impulsgeben	10	0	3,00	4
Sachlichkeit	10	0	4,00	4
FachlicheAnerkennung	10	0	2,50	4
Schlagfertigkeit	10	0	2,00	3
SchoepferischeFaehigkeit	10	0	3,50	4
Kooperationsfaehigkeit	10	0	3,50	4
SystematischmethodischesVorgehen	10	0	4,50	5
Zuverlaessigkeit	10	0	3,00	4

Fachwissen	10	0	6,00	4
Offenheit fuer Veraenderungen	10	0	6,00	4
Konfliktloesungsfahigkeit	10	0	3,00	4
Marktkenntnisse	10	0	5,00	4
Humor	10	0	2,00	5
Beurteilungsvermoegen	10	0	5,00	3
Hilfsbereitschaft	10	0	2,00	3
Konzeptionsstaerke	10	0	4,00	2
Delegieren	10	0	2,50	5
Organisationsfahigkeit	10	0	3,00	5
Lernbereitschaft	10	0	5,00	3
Integrationsfahigkeit	10	0	6,00	3
Beziehungsmanagement	10	0	2,50	2
Ganzheitliches Denken	10	0	4,00	4
Projektmanagement	10	0	2,00	2
Dialogfahigkeit Kundenorientierung	10	0	3,00	4
Gestaltungswille	10	0	3,00	6
Sprachgewandtheit	10	0	3,00	3
Problemloesungsfahigkeit	10	0	5,00	3
Folgebewusstsein	10	0	4,50	4
Entscheidungsfahigkeit	10	0	5,50	3
Planungsverhalten	10	0	5,00	4
Teamfahigkeit	10	0	2,00	5
Anpassungsfahigkeit	10	0	2,50	4
Experimentierfreude	10	0	4,00	3
Verstaendnisbereitschaft	10	0	3,00	3

6.9 INTERRATERRELIABILITÄT INSGESAMT

Ergebnis SPSS (Screenshot):

Krippendorff's Alpha Reliability Estimate									
	Alpha	Units	Obsrvrs	Pairs					
Ordinal	,3353	64,0000	10,0000	2880,0000					
Judges used in these computations:									
obsa	obsb	obsc	obsd	obse	obsf	obsg	obsh	obsi	obsj

Ergebnis Online-Calculator „ReCal“ (Screenshot):

File size:	1344 bytes
N coders:	10
N cases:	64
N decisions:	640
Krippendorff's alpha (ordinal)	0.335

6.10 INTERRATERRELIABILITÄT AUSGEWÄHLTER TEILKOMPETENZEN

Ergebnis SPSS (Screenshot):

Krippendorff's Alpha Reliability Estimate									
	Alpha	Units	Obsrvrs	Pairs					
Ordinal	,0102	13,0000	10,0000	585,0000					
Judges used in these computations:									
obsa	obsb	obsc	obsd	obse	obsf	obsg	obsh	obsi	obsj

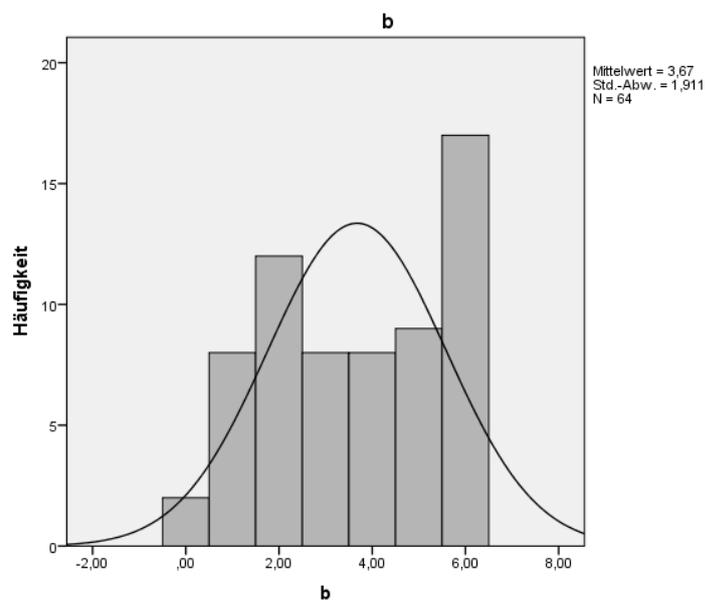
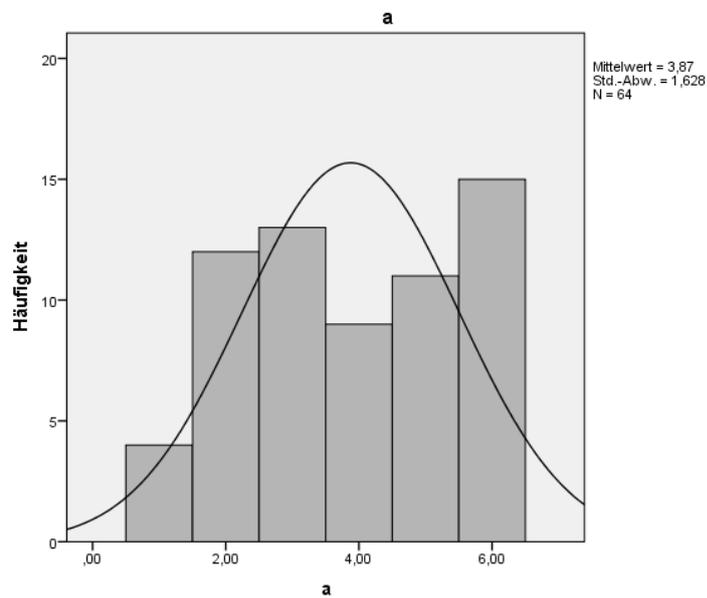
Ergebnis Online-Calculator „ReCal“ (Screenshot):

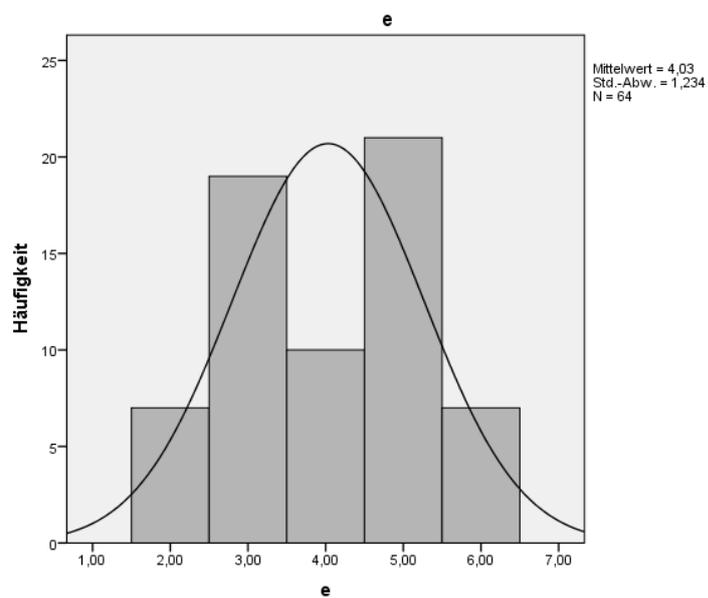
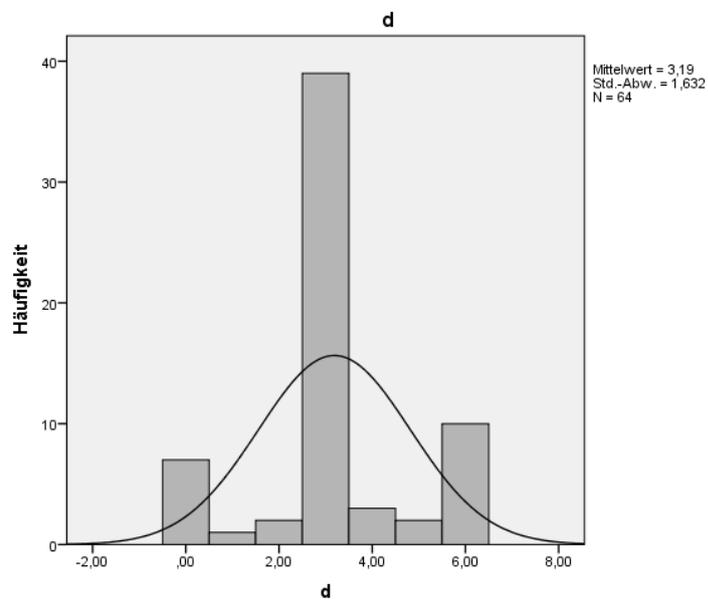
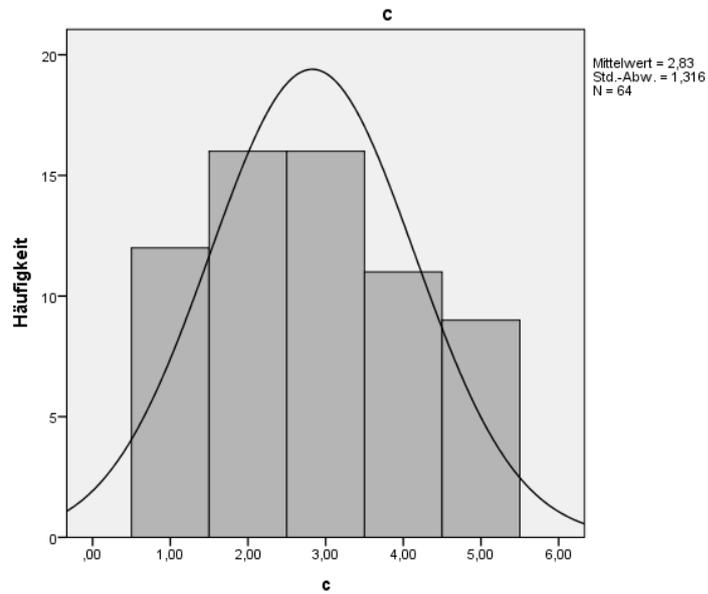
File size:	273 bytes
N coders:	10
N cases:	13
N decisions:	130
Krippendorff's alpha (ordinal)	0.01

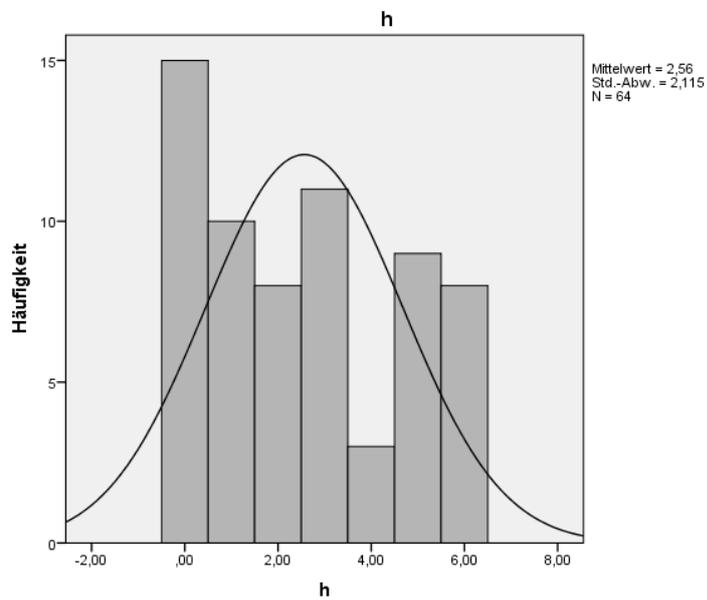
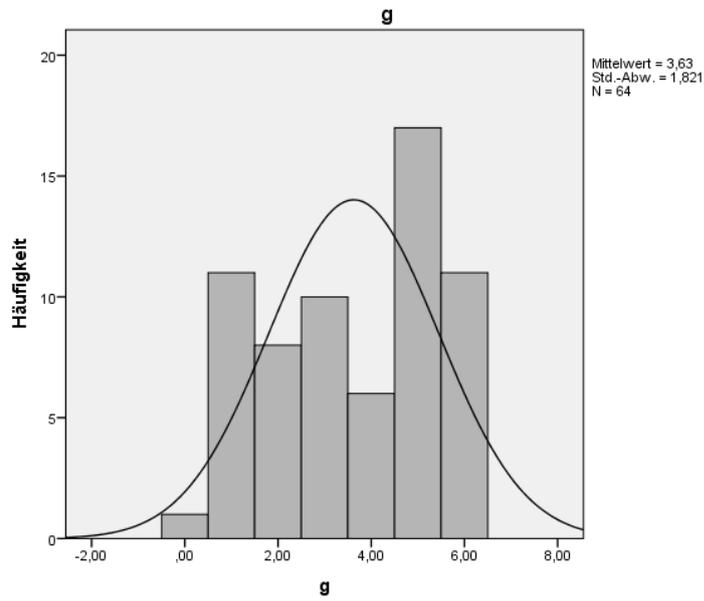
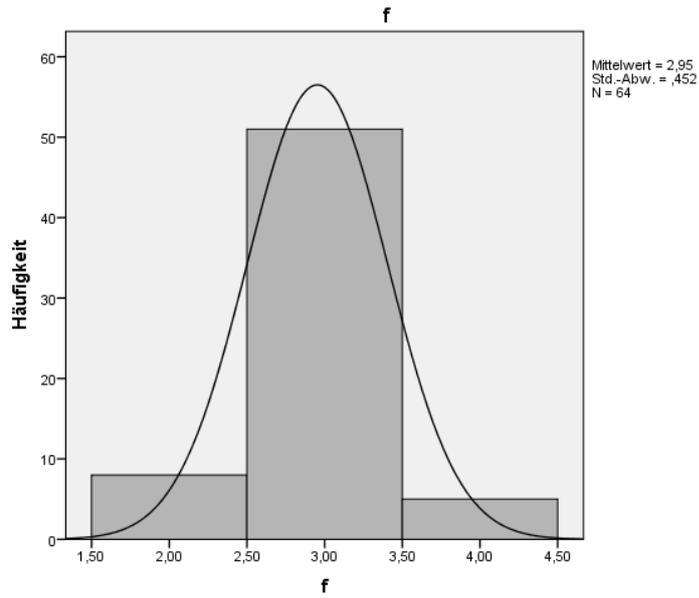
6.11 STATISTIKEN ZUM UMGANG DER EXPERTEN/INNEN MIT DER BEFRAGUNG

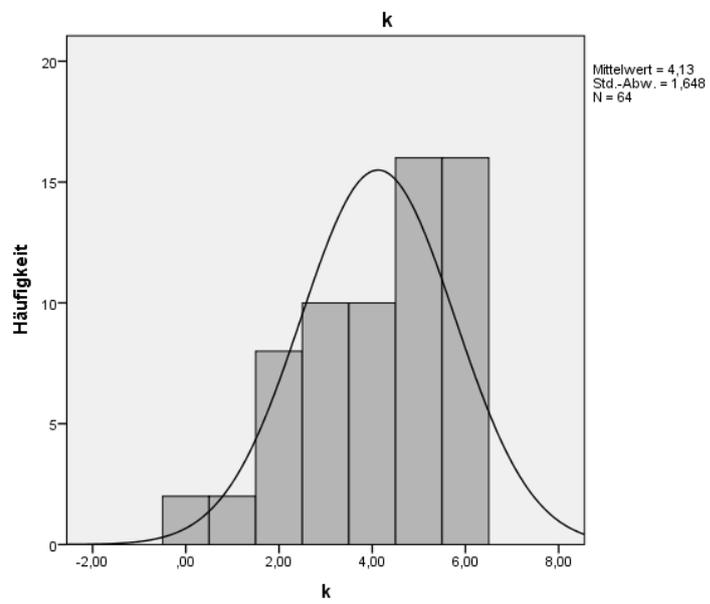
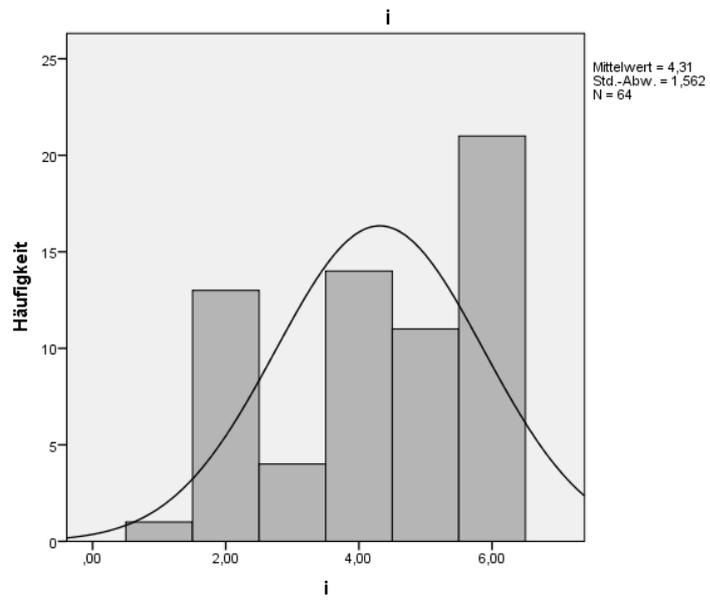
Statistiken

		a	b	c	d	e	f	g	h	i	k
N	Gültig	64	64	64	64	64	64	64	64	64	64
	Fehlend	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Median		4,0000	4,0000	3,0000	3,0000	4,0000	3,0000	4,0000	2,0000	4,5000	4,5000
Standardabweichung		1,62813	1,91116	1,31601	1,63178	1,23402	,45179	1,82139	2,11476	1,56220	1,64751
Varianz		2,651	3,653	1,732	2,663	1,523	,204	3,317	4,472	2,440	2,714
Spannweite		5,00	6,00	4,00	6,00	4,00	2,00	6,00	6,00	5,00	6,00









7 ERKLÄRUNGEN

Hiermit erkläre ich, dass ich die Arbeit selbständig angefertigt habe und keine anderen Hilfsmittel als die in Quellen- und Literaturverzeichnis sowie im Anmerkungsapparat genannten verwendet habe.

Stellen, an denen Wortlaut oder Sinn anderen Werken entnommen wurden, sind unter Angabe der Quellen als Entlehnung kenntlich gemacht.

Essen, 26.10.2012

gez. Sebastian Brenner

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die von mir verfasste Masterarbeit auf den Internetseiten des Lehrstuhls für Mediendidaktik und Wissensmanagement der Universität Duisburg-Essen sowie auf der Lernplattform Online Campus im Rahmen des Studienprogrammes Educational Media veröffentlicht werden darf.

Essen, 26.10.2012

gez. Sebastian Brenner