

Chancen und Risiken einer evidenz-basierten Sprachtherapie

Evidence-based speech-language pathology: prospects and risks

Schlüsselwörter: evidenz-basierte Praxis, evidenz-basierte Sprachtherapie, praxis-basierte Evidenz, Einzelfallforschung

Keywords: evidence-based practice, evidence-based speech and language therapy/pathology/communication disorders, practice-based evidence, science-based practice, single case research design

Zusammenfassung: Die evidenz-basierte Praxis (EbP) hat das Ziel, die Qualität pädagogisch-therapeutischer Entscheidungen zu verbessern. Dies wird erreicht, indem die Präferenzen der KlientInnen, die klinische Expertise der Fachkräfte und Belege aus wissenschaftlichen Untersuchungen in die therapeutische Entscheidung integriert werden. In diesem Artikel werden das Konzept und die Begrifflichkeit einer evidenz-basierten Sprachtherapie erläutert, die Kritik an diesem Ansatz dargestellt, aber auch die Herausforderungen und Gestaltungsmöglichkeiten für die (sprach)pädagogischen Berufsgruppen diskutiert. Ein Vorschlag zur praktischen Umsetzung der EbP im Therapiealltag mittels der Wirksamkeitsprüfung wird erläutert. Voraussetzung hierfür ist eine wissenschaftliche (Grund) Haltung des Hinterfragens. Eine sinnvoll gestaltete Forschungsperspektive für die Sprachtherapie sollte – je nach Forschungsfrage – auch Evidenz aus der Einzelfallforschung beinhalten. Hierzu wird eine mehrstufige Forschungsstrategie dargelegt.

Abstract: Evidence-based practice (EBP) aims to improve the quality of pedagogical and therapeutic decisions by integrating the clients' preferences and values, the therapists' clinical expertise, and evidence from scientific studies. This article explains the concept and terminology of evidence-based speech and language therapy/pathology, describes the criticism of this approach, and also discusses the challenges and opportunities for the profession. A proposal is advanced for the implementation of evidence-based practice in everyday therapy by means of an evaluation of its effectiveness. This requires a scientific stance of critical inquiry. Depending on the research question, a well-designed research perspective for speech and language therapy/pathology should include evidence from single case research. A proposal to integrate EBP with therapeutic practice and a multi-level strategy for future research are presented.

Begriffsvielfalt

Das Konzept der evidenz-basierten Praxis (EbP) – entstanden aus der evidenz-basierten Medizin (EbM) – entwickelte sich um das Jahr 2000 herum in den Gesundheitsfachberufen, der Psychologie und in pädagogischen Kontexten aus der Notwendigkeit heraus, weitestgehend intuitionsgestützte Therapien durch Evidenzbelege zu untermauern beziehungsweise nicht wirksame Therapieformen zu ersetzen oder deren Verbreitung zu verhindern (Bernstein Ratner, 2006).

In den folgenden Jahren setzte sich in der Sprachtherapie das Modell E₃bP durch, in dem Dollaghan (2007; vgl. Beushausen & Grötzbach, 2011) die explizite Integration der best-verfügbaren Evidenz aus der klinischen Expertise (interne Evidenz), den Präferenzen und Werten einer/eines voll informierten Patientin/Patienten (soziale Evidenz) sowie den Ergebnissen aus der Forschung (externe Evidenz) propagierte (siehe Abb. 1).

Einen anderen Weg nahmen VertreterInnen der Pflege, die in einem Wortspiel den neuen Begriff der praxis-basierten Evidenz (PbE) als alternatives Konzept zur EbP prägten (Benech, Wilson, & Doherty, 1996). In der PbE soll die Evidenz hauptsächlich aus den bestehenden therapeutischen Praxisroutinen entnommen

werden. In der Folge griffen Horn, De-Jong und Deutscher (2012) diesen Begriff auch für den Rehabilitationsbereich auf. In der angloamerikanischen Sprachtherapie wird PbE aber nicht nur als Synonym, sondern auch als Teil des EbP-Ansatzes und hier insbesondere als Beschreibung des Generierungsprozesses von interner Evidenz (Lof, 2011) verstanden. Dieser Ansatz basiert auf der Erkenntnis, dass die klinische Expertise allein kein valides Kriterium für therapeutische Wirksamkeit darstellt, denn langjährige Berufserfahrung ist an sich noch kein Garant für die Anwendung einer „best practice“ oder für valide klinische Ergebnisse. Der Begriff PbE steht in diesem Zusammenhang für klinische Entscheidungen von TherapeutInnen, die sich zusätzlich zur therapeutischen Expertise wissenschaftliches Denken und Forschungsmethodik nutzbar machen, um die Qualität ihrer therapeutischen und pädagogischen Leistungen zu evaluieren (vgl. auch Dijkers, Murphy, & Krellmann, 2012). Diese Definition ähnelt dem E₃bP-Modell mit seiner Forderung nach Integration aller drei Evidenzbereiche.

Einige AutorInnen beabsichtigten mit der Einführung des Begriffs *Science based practice* (Stripek, 2005; Lof, 2011) generell wissenschaftliches Denken als Grundlage in der pädagogisch-therapeutischen Praxis zu etablieren. Aber auch die *Patient-based Medicine* (PbM) oder das Konzept der *Patient-centered Care* (vgl. Hasnain-Wynia, 2006) sind in der gesundheitswissenschaftlichen Literatur zu findende Begriffe. Sie betonen den besonderen Stellenwert der sozialen Evidenz im EbP-Modell.

So verwirrend diese Begriffsvielfalt auch sein mag, alle Ansätze dienen der kritischen Auseinandersetzung mit dem Thema „Evidenzbasierung der Praxis“ und sind deshalb nützlich. Die jeweilige Perspektive ist dabei entscheidend für die Begriffswahl. Aus Sicht einer Forscherin/eines Forschers, eines sprachbeeinträchtigten Menschen oder einer/eines pädagogisch-therapeutischen Expertin/Experten ergeben sich differente EbP-Modelle und Begrifflichkeiten und unterschiedliche Bedürfnisse zur Gewichtung der einzelnen Elemente im EbP-Konzept. So wird aus Sicht der TherapeutInnen mit dem Konzept der PbE die Annahme

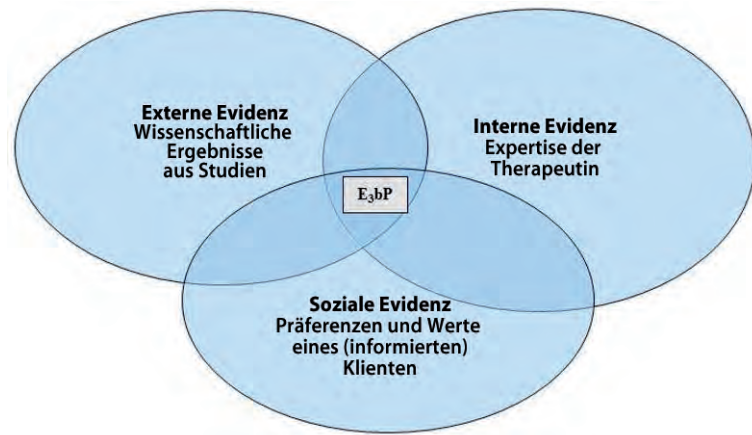


Abbildung 1 Das Modell E₃bP (Dollaghan, 2007)

verbunden, die interne Evidenz sei im konkreten Fall höher zu gewichten (vgl. Brenner, 2012), während in der Medizin die externe Evidenz und in den PatientInnen-zentrierten-Ansätzen die soziale Evidenz fokussiert wird.

Kritik am Konzept der evidenz-basierten Praxis

Das Konzept der EbP ist nicht unumstritten. KritikerInnen aus verschiedenen Disziplinen, unter anderem der Psychologie und Medizin (vgl. Pfennig & Hölter, 2011), aber auch der Sprachtherapie (Dodd, 2007), konstatieren, dass kein Anlass zu einer EbP-Euphorie bestehe, sondern eher zu einer kritisch-hinterfragenden Distanz und Analyse (Brenner, 2012). Kritik an der EbP bezieht sich hauptsächlich auf den Bereich der externen Evidenz und dort besonders auf die Methodik der Suche und Bewertung von externer Evidenz und den zur Verfügung stehenden normativen Evidenzhierarchien für Studiendesigns sowie auf die generell noch eher als spärlich empfundene Evidenzlage in der Sprachtherapie oder die zu geringe Qualität bereits vorhandener Studien. Zudem wird dem EbP-Konzept angelastet, die Bereiche der internen und sozialen Evidenz zu vernachlässigen (Dijkers et al., 2012).

Kritik an der Evidenz aus kontrollierten, randomisierten Studien (RCTs)

Mehrere AutorInnen (Lof, 2011; Horn, 2012; Dijkers et al., 2012; Nippold, 2012; Horn et al., 2012) kritisieren die mangelnde

Übertragbarkeit von Ergebnissen aus kontrollierten, randomisierten Studien (RCTs), also aus Studien, in denen es eine (zumeist unbehandelte) Kontrollgruppe und eine Interventionsgruppe gibt. Die StudienteilnehmerInnen werden den beiden Bedingungen nach dem Zufallsprinzip (also randomisiert) zugeteilt. Die Ergebnisse der PatientInnengruppe mit Therapie können nun den Ergebnissen der nicht behandelten ProbandInnen statistisch gegenübergestellt werden. Einige AutorInnen (Nippold, 2012; Horn et al., 2012) sprechen RCTs Probleme bezüglich ihrer externen Validität zu, wenn sich Forschungsergebnisse nicht auf die Routineversorgung aufgrund von Unterschieden in den PatientInnencharakteristika, den angewendeten Interventionen oder den allgemeinen Rahmenbedingungen übertragen ließen. Auch der Forschungsansatz der RCTs selbst mit seinem Fokus auf der Untersuchung von Störungsbildern und Therapiemethoden behindere den Blick auf allgemeine Faktoren der Therapie, wie zum Beispiel den Einfluss der TherapeutInnen im therapeutischen Prozess (vgl. Reilly, Douglas, & Oates, 2004). Und schließlich wird die Nützlichkeit der in RCTs gewonnenen Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit für die reale Versorgung von einigen AutorInnen bezweifelt, weil bei komplexen Interventionen, wie sie in der Sprachtherapie vorlägen, eine Randomisierung der StudienteilnehmerInnen oft nicht möglich oder sinnvoll und eine (unbehandelte) Kontrollgruppe ethisch nicht vertretbar sei (vgl. Bürki, Kemke, Kohler, & Steiner, 2011).

Kritik an Evidenzhierarchien

In der klassischen Evidenzhierarchie stehen qualitative Studien – Fallberichte und Expertenmeinungen – auf der untersten Stufe. Quantitative Studien, also Metaanalysen und randomisiert kontrollierte Studien, bilden die Spitze der Hierarchie. Ein häufig geäußelter Einwand gegen diese Art von Evidenzhierarchie mit RCTs als der besten verfügbaren Evidenz an oberster Stelle (sog. Goldstandard) ist, dass diese nicht die notwendige Passung von Studiendesign und klinischer Fragestellung berücksichtigen. Es mache wenig Sinn – so die KritikerInnen – experimentelle und beobachtende Studiendesigns direkt miteinander zu vergleichen (Horn et al., 2012; Dijkers et al., 2012; Nippold, 2012). Zudem ließen die herkömmlichen Evidenzstufen keine Aussage über die klinische Angemessenheit einer Studie und damit deren Verwendbarkeit in einer konkreten pädagogisch-therapeutischen Situation zu. Kriterien der Angemessenheit sind unter anderem die Bedeutung des Behandlungsziels und -verfahrens für die komplexen Probleme der KlientInnen, die Übertragbarkeit der Studienbedingungen auf die Bedingungen des Alltags, die Auswahl der Endpunkte der Datenerhebung, die Akzeptanz durch PädagogInnen, TherapeutInnen und KlientInnen sowie die technische und finanzielle Umsetzbarkeit (vgl. Beushausen & Grötzbach, 2011).

Kritik an der Anwendbarkeit von EbP in der sprachtherapeutischen Praxis

In den Berufsleitlinien Logopädie (dbl, 2010) heißt es in Paragraf sieben: „Logopädinnen und Logopäden orientieren ihr Vorgehen an Wirksamkeitsnachweisen. Dabei werden Patientenpräferenzen, klinische Erfahrung und die beste verfügbare wissenschaftliche Evidenz gleichermaßen berücksichtigt.“ (ebd., S. 4). Auch in den rechtlichen Regelungen zur Abgabe rehabilitativer Leistungen und den Rahmenverträgen zur Durchführung sprachtherapeutischer Maßnahmen im Bildungs- und Gesundheitssystem findet sich die Vorgabe, evidenz-basiert zu arbeiten (vgl. BARMER-GEK, 2012). Die Frage, ob die sprachtherapeuti-

schen Berufsgruppen für oder gegen EbP sind, stellt sich somit aus gesundheitspolitischer Sicht nicht mehr. Von Seiten der Sprachtherapie wird aus pädagogisch-therapeutischer Sicht die Kritik formuliert (vgl. Bürki et al., 2011), die Fälle der KlientInnen in der Praxis seien mehrdimensional und komplex und deshalb nicht allein durch Studien hinreichend beschreibbar. Hierunter sind auch Schwierigkeiten bei der Beurteilung von Behandlungspaketen, wie sie in der Mehrzahl der pädagogisch-therapeutischen Interventionen vorliegen, zu nennen. Aber auch Komorbidität und heterogene Persönlichkeitsvariablen der KlientInnen führten dazu, dass die meisten Behandlungsansätze kaum zu manualisieren und auf Wirksamkeit zu prüfen seien (vgl. Bürki et al., 2011). Schließlich wird aus berufspolitischer Perspektive auch von Gleichmacherei („Kochbuchtherapie“) und ungerechtfertigtem Ausschluss von Verfahren in der Praxis gesprochen (Dijkers et al., 2012).

Zugangsbarrieren

Was gesundheitspolitisch längst entschieden scheint, stellt PraktikerInnen jedoch vor ungeahnte Herausforderungen. Der Zugang zu Datenbanken, die Befähigung zur Rezeption und kritischen Bewertung von Forschungsergebnissen und nicht zuletzt zeitliche Ressourcen sind neben der Person der/des kritisch denkenden Therapeutin/Therapeuten entscheidend für die Anwendung von EbP im Therapiealltag. Solche EbP stützenden Rah-

menbedingungen werden für die Praxis jedoch noch nicht systematisch vorgehalten (Stephens & Upton, 2012; Upton, Scurlock-Evans, Stephens, & Upton, 2012; Connor & Pettigrew, 2009; Chan, McCabe, & Madill, 2013). Dies gilt auch für den anglo-amerikanischen Raum mit seiner von Haus aus akademischen Ausbildung und dem Wegfall der Sprachbarriere für die SprachtherapeutInnen englischsprachiger Länder. Chan und KollegInnen (2013) sehen in der Beseitigung solcher Zugangsbarrieren die entscheidende Voraussetzung für die flächendeckende Umsetzung von EbP im therapeutischen Alltag.

Chancen des EbP-Ansatzes für die Sprachtherapie

Den häufig geäußerten Kritikpunkten an der EbP in der Sprachtherapie – wie auch an den meisten Veröffentlichungen zum Konzept der EbP – liegt die implizite Annahme zugrunde, dass EbP hauptsächlich auf externer Evidenz aus Studien beruhe (Dijkers et al., 2012; Nippold, 2012; Horn et al., 2012). So finden sich ausführliche Beschreibungen der Suche nach externer Evidenz (Haynes & Johnson, 2008; Reilly et al., 2004), während zur Suche und Beurteilung der internen und sozialen Evidenz wenig Hinweise gegeben werden, insbesondere nicht zur Gewichtung der drei Evidenzbereiche im konkreten klinischen Fall einer/eines Klientin/Klienten. Gerade solche Aussagen wären jedoch – insbesondere bei widersprüchlichen Evidenzen – für die Praxis hilfreich, beispielsweise, wenn die Wirksamkeit einer Therapiemethode zwar in Studien nachgewiesen wurde, diese Methode aber von einer/einem Klientin/Klienten in der Therapie abgelehnt wird.

Die Chance für die sprachtherapeutischen Berufsgruppen besteht nun darin – auf Grundlage einer wohl reflektierten Haltung zur EbP – eine evidenz-basierte Sprachtherapie zu generieren, insbesondere zur Einbindung der internen und sozialen Evidenz Aussagen zu treffen und die in den nächsten Jahren an den Hochschulen weiter auszubauende Forschung zur evidenz-basierten Therapie sinnvoll zu gestalten. Das E₃bP-Modell von Dolaghan (2007, vgl. Beushausen 2012) ist

KURZBIOGRAFIE

Prof. Dr. Ulla Beushausen leitet den Bereich Logopädie der Bachelor- und Masterstudiengänge für Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie an der HAWK-Hochschule Hildesheim/Holzminden/Göttingen. Ihre Ausbildung zur Logopädin machte sie von 1983 bis 1986 an den Universitätskliniken in Ulm und Heidelberg. Anschließend absolvierte sie ihr Studium der Psycholinguistik, Sprachbehindertenpädagogik und Phonetik und promovierte 1995 zum Dr. phil. an der Ludwig-Maximilians-Universität München.

hierzu als Arbeitsgrundlage gut geeignet, weil es zum einen eine interdisziplinär verständliche Terminologie verwendet und zum anderen die Generierung neuer Begriffe für die therapeutischen Berufsgruppen überflüssig macht. Die Gewichtung und das Zusammenspiel der drei Evidenzbereiche bedürfen einer genauen Beschreibung im sprachtherapeutischen Kontext.

Im Folgenden wird auf die Gemeinsamkeiten der Suche nach Evidenz in den drei Bereichen der E₃bP eingegangen. Diese liegen in der wissenschaftlichen Grundhaltung und in der Bereitschaft, in der therapeutischen Praxis Wirksamkeitsprüfungen am konkreten Fall vorzunehmen.

Wissenschaftliche Grundhaltung

Professionell handelnde SprachtherapeutenInnen, die ihre pädagogisch-therapeutischen Entscheidungen in einer wissenschaftlich fundierten und evidenzbasierten Berufspraxis treffen wollen, brauchen Skeptizismus („Unglaube“ im philosophischen Sinne) als wissenschaftliche Grundhaltung. Therapeutische Entscheidungen sollten auf einem kritisch hinterfragenden Berufsethos beruhen und sich in der Qualität des Herangehens in der therapeutischen Entscheidungsbegründung (*Clinical Reasoning*; Beushausen, 2009) äußern. Auch ein noch so komplexes, mehrdimensionales Handeln auf der Basis multifaktorieller Ursachenmodelle wird so begründ- und kommunizierbar.

Lof (2011) nennt als Ansatzpunkte des kritischen Hinterfragens sowohl neue Therapiemethoden und Diagnostikverfahren, als auch die Gemengelage ökonomischer und institutioneller Interessen (z. B. auf dem Therapiematerialienmarkt) sowie Therapiemethoden, deren Wirksamkeit sich auf bloße Anekdoten oder die Tradition einer Berufsgruppe stützt. Die Unterscheidung von ‚wissenschaftlich‘ und ‚pseudowissenschaftlich‘ leitet er in Anlehnung an Finn, Bothe und Bramlett (2005) von folgenden Kriterien ab:

Pseudowissenschaftlich ist es, wenn (ebd. S.192, übersetzt durch die Verfasserin)

- ein/e Verfahren/Methode weiterhin in der Praxis angewendet wird, obwohl deren Wirksamkeit durch Evidenzen widerlegt wurde,

- ein/e Verfahren/Methode nicht im Einklang mit etablierten wissenschaftlichen Modellen, Theorien und Paradigmen steht,
- neue Begriffe eingeführt oder bestehende Begriffe in unüblicher Weise neu definiert werden,
- die verfügbare Evidenz zu den Verfahren/Methoden auf Anekdoten und persönlichen Erfahrungen der EntwicklerInnen basiert,
- eine unzureichende Evidenzlage einfach akzeptiert wird und ein/e Verfahren/Methode trotzdem eingesetzt wird und/oder
- überdurchschnittlich große Therapieerfolge versprochen werden oder ein/e Verfahren/Methode in vielen Bereichen wirksam sein soll.

Der auf diese kritische Auseinandersetzung folgende Impuls der Pädagogin/des Pädagogen oder der Therapeutin/des Therapeuten sollte nicht die Nachahmung einer neuen Methode/eines Verfahrens sein, sondern der Wunsch, das Verfahren mit geeigneten Methoden der Datenerhebung und -auswertung zu überprüfen (Finn et al., 2005).

Wissenschaftliches Denken äußert sich in allen drei Bereichen der E₃bP in den grundlegenden Abläufen: 1. der Formulierung einer prüfbareren Hypothese aufgrund einer konkreten Fragestellung aus der Praxis, 2. der Entwicklung und Durchführung eines geeigneten Versuchsplans zur Überprüfung dieser Hypothese (z. B. Informationssuche und Evaluation des Vorgehens im konkreten Fall) und 3. der Datengewinnung, -auswertung und -interpretation (vgl. auch Justice, 2010).

Tabelle 1 zeigt in Anlehnung an die von Dollaghan (2007)¹ entwickelten Instrumente zur kritischen Einschätzung von Evidenz die Gemeinsamkeiten im praktischen Vorgehen in den drei Evidenzbereichen bei einer/einem konkreten Patientin/Patienten. Hierzu wurden auch für die soziale und interne Evidenz Leitfragen in Anlehnung an das PICO-Hilfsschema

.....

1 Interne Evidenz: Checklist for Appraising Patient/Practice Evidence (CAPE), Soziale Evidenz (Checklist for Appraising Evidence on Patient Preferences [CAPP]) in Dollaghan (2007)

Externe Evidenz: Critical Appraisal of Treatment Evidence (CATE, vgl. auch Beushausen & Grötzbach, 2011)

(Chochrane-Glossar, o. J.), das im Bereich der externen Evidenz aus der Forschung bereits etabliert ist, formuliert. In allen drei Evidenzbereichen steht zu Beginn die Frage oder das Problem der Klientin/des Klienten im Mittelpunkt. Während im Rahmen der externen Evidenz eine konkrete Frage, zum Beispiel die nach der Wirksamkeit von Therapiemethode A oder B, mit der Suche und Bewertung von Forschungsergebnissen beantwortet werden soll, werden im Bereich der sozialen Evidenz die PatientInnenpräferenzen erhoben und gemeinsam Therapieziele festgelegt. Hierzu werden in Gesprächen (Narrationen) zwischen KlientIn, TherapeutIn und – wenn notwendig – weiteren relevanten Personen eine gemeinsame Sicht auf die Therapie hergestellt und (messbare) Therapieziele formuliert, die anschließend evaluiert werden können. Im Rahmen der therapeutischen Expertise (interne Evidenz) wird schließlich die konkrete Evaluation des gewählten Vorgehens im Einzelfalldesign vorgenommen. Hierzu gehört die Festlegung von Messmitteln und Messzeitpunkten sowie die Datensammlung und -auswertung (vgl. Absatz: Wirksamkeitsprüfung).

Liegen Ergebnisse für alle drei Bereiche der Evidenz vor, muss geprüft werden, wie valide das Ergebnis ist, wie relevant für die Klientin/den Klienten und wie glaubwürdig die Forschungsergebnisse sind. Tabelle 1 bietet hierzu für alle drei Bereiche Fragen zur Einschätzung der jeweiligen Evidenz.

Anschließend kann mit Hilfe von weiterführenden Fragen eine Synopse der Ergebnisse der Evidenzsuche im *Clinical Reasoning* erstellt werden. Die enge Verknüpfung der sozialen und der internen Evidenz in der Wirksamkeitsprüfung ist dabei offensichtlich (Tab. 1, farbig unterlegt). Ohne die Berücksichtigung messbarer Therapieziele entsprechend den Präferenzen der KlientInnen wäre die Evaluation einer Maßnahme oder Intervention nicht durchführbar.

Wirksamkeitsprüfung

Dollaghan (2007) geht davon aus, dass Daten der klinischen und pädagogischen Praxis eine sinnvolle Ergänzung zur Wissensgrundlage der externen Evidenz seien, wenn diese adäquat erhoben würden. Derartige Daten können für die interne

	Interne Evidenz	Soziale Evidenz	Externe Evidenz
Definition	Evidenz aus therapeutisch-pädagogischer Expertise	Evidenz aus KlientInnenpräferenzen und -werten	Evidenz aus Studien
Hypothese	Fragestellung (der Klientin/des Klienten)	Fragestellung (der Klientin/des Klienten)	Fragestellung (der Klientin/des Klienten)
	Ist ... (eine pädagogisch-therapeutische Intervention)	Ist ... (eine pädagogisch-therapeutische Intervention)	Ist ... (eine pädagogisch-therapeutische Intervention) ¹
	mit folgendem Ergebnis ... (Ziel)	die Präferenz der Klientin/des Klienten mit folgendem Ergebnis ... (Ziel)	mit folgendem Ergebnis ... (Zielgröße, Endpunkt („outcome“: z. B. Lebensqualität, Effektivität))
	im Vergleich zu ... (anderer therapeutischer Intervention, anderem Therapiebereich etc.) wirksam?	im Vergleich zu ... (anderer therapeutischer Intervention, anderem Therapiebereich etc.) wirksam?	im Vergleich zu ... (Vergleichsbehandlung, Placebo- oder Standard- oder Alternativtherapie) wirksam?
Vorgehen	Durchführung einer Einzelfallstudie mit Zielsetzung in partizipativer Entscheidungsfindung		Einbezug von Forschungsergebnissen
	Operationalisierung der Ziele	Festlegung der Art der kommunikativen Einschränkungen der Klientin/des Klienten	Recherche in Datenbanken, Suchmaschinen
	Festlegung Studiendesign	Festlegung der daraus resultierenden Einschränkung der Teilhabe im Alltag	Studienergebnisse analysieren und interpretieren
	Planung	Festlegung des von der Klientin/dem Klienten angestrebten Levels an Teilhabe und des gewünschten Grades des Einbezugs in die Entscheidungsfindung	
	Versuchsdurchführung	Festlegung der Ziele der Klientin/ des Klienten Erstellen eines Plans zur Zielüberprüfung	
Auswertung/ Interpretation	Validität der Ergebnisse der Einzelfallstudie		Glaubwürdigkeit der Studienergebnisse
	• Studiendesign?	• Zielerreichung?	Wie wurden die TeilnehmerInnen ausgewählt und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?
	• Baseline?	• Effektgröße?	Gab es eine Kontrollgruppe?
	• Länge der Behandlungsphase/ Intensität der Therapie?		Wie hoch war die Drop-out-Rate?
	• Inhalt der Therapie (Kombination aus Bausteinen vers. homogenes Vorgehen)?		Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?
	• Störvariablen?		Wurden die Untersuchungsgruppen gleich behandelt – abgesehen von der Intervention?
	• Messmittel? Validität/ Reliabilität?		Wurden alle TeilnehmerInnen in den Gruppen bewertet?
	• Verblindung (Messung, Auswertung, Therapie)?		War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?
		Stehen die Ergebnisse im Einklang mit früheren Forschungsergebnissen?	
Relevanz	Bedeutsamkeit der Ergebnisse		Aussagekraft der Ergebnisse
	• Größe des Behandlungseffekts?	• Soziale Validität?	Wie groß war der Behandlungseffekt?
	• Langzeiteffekte, Generalisierungseffekte?	• Grad der Teilhabe im Alltag?	Wie wird das Behandlungsergebnis erklärt?
	• Kosten-Nutzen-Vorteil?	• KlientInnenzufriedenheit?	Anwendbarkeit?
		• TherapeutInnenzufriedenheit?	Übertragbarkeit der Ergebnisse auf aktuelle KlientInnen?
		• Angehörigenzufriedenheit?	Wurden alle wichtigen Bereiche einbezogen?
		Nutzen-Kosten-Analyse?	
Synopse der Ergebnisse der internen, externen und sozialen Evidenz im Clinical Reasoning			
<ul style="list-style-type: none"> • Ist eine Intervention in der internen/externen/sozialen Evidenz einer anderen deutlich überlegen? • Welche Ergebnisse (Kosten, Nutzen, Risiken) sind mit der Intervention verbunden? Wie ist die Qualität dieser Evidenz einzuschätzen? • Ist die externe/interne Evidenz auf die Klientin/den Klienten übertragbar? • Hat die/der KlientIn bereits Erfahrungen zu Ergebnissen (Nutzen, Kosten, Risiken) mit dieser Intervention? • Hat die/der TherapeutIn bereits Erfahrungen zu Ergebnissen (Nutzen, Kosten, Risiken) mit dieser Intervention? • Bevorzugt die/der über den zu erwartenden Nutzen, die Kosten und Risiken informierte KlientIn eine Intervention? 			

¹ Kann nicht nur eine Behandlung, sondern auch Ursachen, Diagnostikverfahren und prognostische Faktoren umfassen.

Tabelle 1 Abläufe in der E3bP

Evidenz in der konsequenten Wirksamkeitsprüfung mit einzelnen KlientInnen erhoben werden (vgl. Tab. 1). Hierfür stehen PraktikerInnen die Methoden der Einzelfallforschung (single case research designs, vgl. Haynes & Johnson, 2008) zur Verfügung. Dabei werden die an Einzelpersonen durchgeführten Interventionen systematisch, d. h. wiederholt, erfasst und ausgewertet. Die jeweilige (sprachliche) Leistung muss dazu operationalisiert werden, also messbar sein. Ein Vergleich der Leistungen zu Therapiebeginn und -ende stellt die Grundlage der Wirksamkeitsprüfung dar.

Es existieren unterschiedliche Studiendesigns für die Einzelfallforschung (Überblick in Kazdin, 2010; Haynes & Johnson, 2008). Das Gemeinsame daran ist:

- das Prinzip der wiederholten Messungen (Vorher-Nachher-Messungen, aber auch Follow ups zur Erfassung von Langzeiteffekten),
- die (mehrfache) Erhebung einer Baseline des zu evaluierenden Verhaltens vor einer Intervention zur Ermittlung eines individuellen Verlaufes und Durchschnittswertes bei stark fluktuierendem Sprechverhalten, wie z. B. der Stotterrate,
- die Annahme des Kausalitätsprinzips, das besagt, dass eine Verhaltensänderung (nur) auf die Intervention zurückzuführen ist; dies setzt voraus, dass jeweils nur eine Variable zu einem Zeitpunkt variiert wird,
- die Möglichkeit der *direkten* Replikation der Ergebnisse, z. B. an der/an dem nächsten Klientin/Klienten, oder der *systematischen* Replikation, z. B. durch andere TherapeutInnen,
- die systematische Dokumentation von Falldaten und Messergebnissen und die visuelle oder statistische Auswertung der Daten.

Zur Kontrolle der spontanen sprachlichen Verbesserungen kann auch eine Kontrollaufgabe eingesetzt werden, die in keinem Zusammenhang mit dem jeweiligen Therapieinhalt steht oder aus einem Verhaltensbereich stammt, auf den keine Generalisierungseffekte erwartet werden (z. B. Vorlesen versus freies Sprechen beim Stottern). Abbildung 2 zeigt ein Beispiel für den Ablauf einer

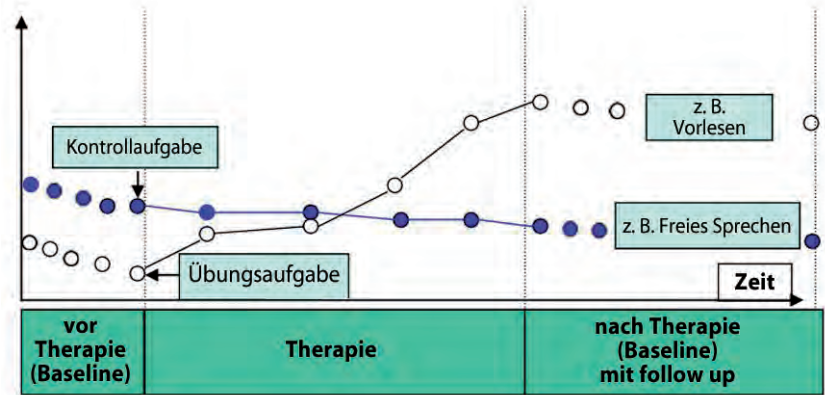


Abbildung 2 Ablauf einer Vorher-Nachher-Messung mit Kontrollaufgabe (Beushausen & Grötzbach, 2011)

Wirksamkeitsprüfung im Rahmen einer Stotterintervention. Das zu messende Verhalten ist die Sprechflüssigkeit – hier operationalisiert als Anzahl der stotter-symptomfreien Silben vor und nach der Therapie, sowie einige Zeit nach Beendigung der Intervention (Follow up) in der Bedingung *Vorlesen*. Die Erhebung der Sprechflüssigkeit in der Bedingung *Freies Sprechen* dient als Kontrollaufgabe. Die Baseline vor Beginn der Intervention wurde mehrfach erhoben und ein Durchschnittswert berechnet.

Der experimentelle Charakter von Einzelfallanalysen ist jedoch ebenfalls nicht unumstritten. Dem Vorteil der individuelleren Gestaltbarkeit des Studienprotokolls und der klaren Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse im Hinblick auf die Charakteristika der Versuchsperson stehen Probleme bei der Sicherstellung der internen und externen Validität gegenüber (Haynes & Johnson, 2008).

Strategie zur Umsetzung von Forschung in der Sprachtherapie

Eine Systematik der Sprachtherapieforschung sollte ebenfalls Wirksamkeitsnachweise aus allen drei Bereichen der E_3bP berücksichtigen und sich als Praxisforschung von Anfang an Gedanken um die Zusammenarbeit von Forschenden und TherapeutInnen machen. Neben dem allgemeinen Nachweis von Effektivität – als Wirksamkeit einer Therapie unter Alltagsbedingungen – und Effizienz – als der Wirtschaftlichkeit einer Therapie-maßnahme (Kosten-Nutzen-Verhältnis) – gilt es auch, die Suche nach allgemeinen Wirkfaktoren und Wirkmechanismen in

der pädagogisch-therapeutischen Praxis voranzutreiben. Beispielsweise sind hier die fünf Wirkfaktoren der Psychotherapie (z. B. Grawe, 1998): die therapeutische Beziehung, die motivationale Klärung, die Ressourcenaktivierung der Klientin/des Klienten, die Problematualisierung und die aktive Hilfe zur Problembewältigung zu nennen. In Anlehnung an das Phasen-Modell von Robey (2004; vgl. auch Cholewa, 2010) für die anglo-amerikanische Sprachtherapieforschung sollte der Forschungsprozess mehrere Phasen durchlaufen. Jede Phase benötigt dabei ihre eigene individuell passende Evidenzhierarchie zur Beurteilung der jeweils besten Evidenz und sollte dem konsequenten Matching einer Forschungsfrage mit einem adäquaten Studiendesign entsprechen. Das ausgewählte Forschungsdesign ist entscheidend für die Aussagekraft der Untersuchungsergebnisse (Validität). Ein Studienergebnis ist in dem Maße intern valide, indem es gelungen ist, potenzielle Störvariablen zu kontrollieren. Ein Forschungsergebnis ist in dem Maße für die Praxis gültig (extern valide), indem die Ergebnisse zum Beispiel auf andere Personen, Operationalisierungen und Situationen übertragen werden können. Dabei liegt eine Interdependenz der externen und internen Validität vor, denn die externe Validität nimmt mit Verringerung der Variabilität bzw. Zunahme der internen Validität ab. Die Forschungsfrage – als Ausgangspunkt der Studienplanung – legt die Prioritäten in den beiden Validitätsarten fest. Die interne Validität sinkt vom Experiment über das Quasiexperiment hin zur nicht experimentellen Studie. Quantitative

Ansätze haben in der Regel eine höhere externe Validität, qualitative Ansätze dagegen eine höhere interne Validität (Haynes & Johnson, 2008). Durch den Einsatz verschiedener Studiendesigns ließen sich die Vor- und Nachteile der einzelnen Studiendesigns im Bereich der Validität sinnvoll ausgleichen und eine generell höhere Gewichtung von Studienergebnissen aus RCTs wäre in einem mehrphasigen Forschungsprozess nicht notwendig, sondern von der zugrundeliegenden Forschungsfrage in einer spezifischen Forschungsphase abhängig.

Forschungsphasen

Tabelle 2 zeigt sechs mögliche Phasen der Wirksamkeitsprüfung sprachtherapeutischen Handelns in ihrem Bezug zur therapeutischen Praxis. Designs der Einzelfallforschung haben in mehreren Phasen ihren sinnvollen Einsatz und stellen eine notwendige Ergänzung zu den Daten aus RCTs dar. Behandlungseffekte können im Zeitverlauf beschrieben und auch an mehreren PatientInnen belegt werden. Aussagen zu den therapeutischen Rahmenbedingungen in der PatientInnenauswahl und der Dauer und Frequenz der Intervention lassen sich aus den Ergebnissen der Einzelfallforschung ableiten.

In Phase I werden theoretische Annahmen in Form von Modellen entwickelt, Fallbeschreibungen (Kasuistiken) gesammelt und in der Praxis angewandte

Therapiemethoden in Form von Manualen verschriftet. Diese Theorien und Konzepte werden in Phase II ersten Prüfungen in Vorher-Nachher-Vergleichen an verschiedenen PatientInnengruppen, Einzelfallstudien und Durchführbarkeitsstudien unterzogen. Hinzu kommen Outcome- oder Wirksamkeitsstudien (Welche Resultate erreicht die Therapie?), Prozessforschung (Was passiert in den einzelnen Therapiestunden?) sowie die Kombination von beidem als Prozess-Outcome-Studien (Welches sind die Therapiefaktoren, die zwischen Input, Prozess und Output wirken?). Phase III beschäftigt sich mit dem Nachweis der Wirksamkeit einer Methode unter Laborbedingungen (*Efficacy*): Hier kommen RCTs und experimentelle Einzelfallstudien zum Einsatz. In Phase IV wird die Anwendung zunehmend unter Routinebedingungen überprüft, während in Phase V im Rahmen der ökologischen Validität untersucht wird, ob die Ergebnisse auch auf eine konkrete Therapiesituation übertragbar sind, zum Beispiel durch Erhebung der PatientInnenzufriedenheit im individuellen Fall. Im Gegensatz zu den Vier-Phasenmodellen (z. B. Buchkremer & Klingberg, 2001) und den Fünf-Phasenmodellen (Robey, 2004; Cholewa, 2010) wird in der hier vorgeschlagenen Forschungsstrategie noch eine sechste Phase eingeführt. Sie stellt einen kontinuierlichen Vergleich der Ergebnisse früherer Forschungsphasen mit Therapieverlaufs-Profilen dar, aus dem sich eine stetig wachsen-

de Datenbasis entwickeln könnte, die die Qualität klinischer Interventionen nicht nur sichern, sondern konkret weiterentwickeln und optimieren kann. Eine solche Phase der Praxisforschung stellt daher eine wichtige Ergänzung der klassischen Therapieevaluation dar. Das Prinzip einer solchen patientInnenfokussierten Praxisforschung (vgl. Jacobi, 2011) besteht darin, kontinuierlich Daten aus Therapieverläufen zu sammeln und PatientInnen- oder Problemmerkmale von erfolgreichen und nicht erfolgreichen Therapien herauszufiltern.

Der Bezug zu den in der pädagogisch-therapeutischen Praxis Tätigen ist in allen Forschungsphasen gegeben, indem relevante Forschungsfragen der Praxis systematisch aufgegriffen und deren Ergebnisse im Wissenstransfer den PraktikerInnen wieder zur Verfügung gestellt werden. In Phase III und VI besteht die Möglichkeit, selbst forschend tätig zu werden, zum Beispiel in Einzelfallstudien oder durch die Teilnahme an multizentrischen Studien.

Umsetzung der Forschungsstrategie

Voraussetzung für das Gelingen der geschilderten Forschungsstrategie unter Einbindung der Praxis wäre die Vernetzung von TherapeutInnen mit den Forschenden an den Universitäten. Um Barrieren zu reduzieren, sollten TherapeutInnen systematisch Zugang zu Methodenkenntnissen im Bereich Evaluation

Forschungsphase	Schwerpunkt	Studiendesign	Praxisbezug	Akteure
Phase I	Konzeptentwicklung	Formulierung theoretischer Annahmen, Kasuistiken, Manualentwicklung	Wissenstransfer	TherapeutInnen ForscherInnen
Phase II	erste Prüfung der Konzepte in (nicht-kontrollierten) Pilot-Studien	verlaufsbeschreibende Einzelfallstudien, Prä-post-Analysen in verschiedenen Populationen, Durchführbarkeitsstudien, Prozess-Outcome-Studien	Themengenerierung	
Phase III	Wirksamkeitsprüfung	Efficacy-Studien/RCTs, experimentelle Einzelfallstudien	z. B. Teilnahme an multizentrischen Studien	
Phase IV	Anwendung unter Routinebedingungen, Erhebung der klinischen Nützlichkeit	nicht randomisierte Effektivitätsstudien, erweiterte Einschlusskriterien, zunehmend naturalistische Bedingungen, Anwendungsbeobachtungen	Wissenstransfer, Themengenerierung	
Phase V	ökologische Nützlichkeit	PatientInnenzufriedenheit, Kosteneffizienz	Beteiligung	
Phase VI	kontrollierte Praxis	kontinuierlicher Vergleich mit Therapieverlaufsprofilen einzelner KlientInnen	Durchführung von Einzelfallanalysen	

Tabelle 2 Phasen der Forschung in der Sprachtherapie

und Datensammlung haben. Insgesamt sind die Hochschulen aufgefordert, Forschungsnetzwerke mit ihren ehemaligen AbsolventInnen, die bereits in evidenzbasierter Praxis geschult und mit Evaluationen im Einzelfalldesign vertraut sind, zu gründen. Fragen aus der Praxis könnten so gemeinsam in Hochschule und Forschungsnetzwerk bearbeitet werden. Multizentrische Studien in Praxen und Einrichtungen erfordern zudem eine systematische Betreuung durch die StudienleiterInnen.

Fazit und Ausblick

KostenträgerInnen und KlientInnen fordern – zu Recht – eine auf Evidenz beruhende therapeutische Praxis. Dem kann sich die Sprachtherapie nicht ernsthaft verweigern. Jedoch ist ihr eine fundierte fachspezifische Kritik des EbP-Ansatzes – und nicht die ungeprüfte Übernahme der Vorannahmen und Modelle – anzuraten. Es sollte eine Adaptation der Methodik der EbP an den sprachtherapeutischen Kontext erfolgen und über geeignete Forschungsmethoden diskutiert werden. Es ist aber auch festzuhalten, dass in vielen sprachtherapeutischen Bereichen immer noch zu wenig qualitativ hochwertige und angemessene Forschung existiert. Hier Lücken zu schließen, wird die Aufgabe der nächsten Jahre sein. Und schließlich ist auch die Weiterentwicklung der EbM gefordert, denn die Diskussion über den Stellenwert nicht randomisierter, nicht kontrollierter Studiendesigns und qualitative und quantitative Forschungsmethoden integrierende Bewertungen wird auch in medizinischen Kreisen geführt (Raspe, 2005).

Den pädagogisch-therapeutischen Institutionen der Aus- und Weiterbildung kommt in den nächsten Jahren eine Schlüsselrolle für die Verbreitung des EbP-Ansatzes zu. Lehrmodule und Curricula zu EbP befinden sich gegenwärtig auch im sprachtherapeutischen Bereich an vielen Stellen in der Entwicklung und Erprobung (vgl. Beushausen & Grötzbach, 2011). Bedingt durch die Akademisierung der Logopädie wurden seit 2001 in den meisten Bachelor- und Masterstudiengängen EbP-Module implementiert und somit wird eine immer größere Zahl von TherapeutInnen in diesem Konzept

ausgebildet. Die Studieninhalte sollten jedoch sowohl um Module zur wissenschaftlichen Grundhaltung und zur Wirksamkeitsprüfung von operationalisierten KlientInnenzielen als auch um Methodenkenntnisse zu Forschungsdesigns aus der Einzelfallforschung ergänzt werden. Für die Umsetzung einer evidenz-basierenden Sprachtherapie der Zukunft wird es entscheidend sein, Zugangsbarrieren der sprachtherapeutischen Berufsgruppen abzubauen. Folgende Strategien wären hilfreich:

- Konzeption und flächendeckendes Angebot von Fortbildungen zu EbP,
- Gründung von Arbeitsgruppen zu EbP,
- Benennung einer/eines EbP-Beauftragten in den pädagogisch-therapeutischen oder klinischen Einrichtungen,
- Förderung struktureller Vorgaben am Arbeitsplatz,
- Aufbau von eigenen sprachtherapeutischen Fachdatenbanken sowie die Gründung von Fachzeitschriften zu sprachtherapeutischen Forschungsergebnissen und EbP in der Sprachtherapie und
- das systematische Aufbereiten von Forschungsergebnissen in frei zugänglichen, deutschsprachigen Reviews.

Durch die Umsetzung und Diskussion von EbP in der Sprachtherapie kann sich nach und nach ein professionelles Selbstverständnis entwickeln, das die klinische Expertise, die PatientInnenpräferenzen und Forschungsergebnisse integriert. Dies erfordert die Offenlegung und Reflexion der internen Evidenz in der Entscheidungsfindung der TherapeutInnen. Diejenige/derjenige TherapeutIn handelt evidenz-basiert, die/der sich aktiv um die vorliegende Evidenz kümmert, dieses Kümmern transparent macht und ihr/sein Handeln erkennbar daran ausrichtet. Oder wie Haynes und KollegInnen (2002, S. 1350) es ausdrücken: „Evidence does not make decisions – people do.“ Systematische Fallbeschreibungen und die Entwicklung von Standards sowie ein elaboriertes ethisches Reasoning (Beushausen, 2009) können hilfreich sein, wenn im Einzelfall entschieden werden muss, was angewendet werden soll: Was sich in Studien als wirksam erwies, womit die/der pädagogisch-therapeutische ExpertIn/Experte in der Vergangenheit

gute Erfahrungen machte oder was die/der KlientIn in der pädagogisch-therapeutischen Praxis präferiert.

Literatur

- Barmer-GEK-Heil- und Hilfsmittelreport. Verfügbar unter https://presse.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Infothek/Studien-und-Reports/Heil-und-Hilfsmittelreport/Heil-und-Hilfsmittelreport-2012/Content-HeHi-Report-2012.html?w-cm=CenterColumn_t380678. Zugriff am 25.4.13.
- Benech, I., Wilson, A. E., & Dowell, A. C. (1996). Evidence-based practice in primary care: past, present, future. *Journal of Evaluation Clinical Practice*, 2, 249-263.
- Bernstein Ratner, N. (2006). Evidence-based practice: An examination of its ramification for the practice of speech-language pathology. *Language, Speech and Hearing Services in Schools*, 4, 78-88.
- Beushausen, U. (2012). Logik der evidenzbasierten Sprachtherapie. *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete (VHN)*, 1, 99-111.
- Beushausen, U., & Grötzbach, H. (2011). *Evidenzbasierte Sprachtherapie. Grundlagen und Praxis*. München: Elsevier.
- Beushausen, U. (2009). *Therapeutische Entscheidungsfindung in der Sprachtherapie*. München: Elsevier.
- Brenner, S. (2012). *Identifikation und Nachweis spezifischer Kompetenzen evidenz-basierten Arbeitens*. Unveröfftl. Masterarbeit an der Universität Duisburg-Essen.
- Buchkremer, G., & Klingberg, S. (2001). Was ist wissenschaftlich fundierte Psychotherapie? Zur Diskussion um Leitlinien für die Psychotherapieforschung. *Der Nervenarzt*, 1, 20-30.
- Bürki, M., Kemke, S., Kohler, J., & Steiner, J. (2011). Logopädie und Wirksamkeit. *Forum Logopädie*, 2, 28-33.
- Chan, A. K., McCabe, P., & Madill, C. J. (2013). The implementation of evidence-based practice in the management of adults with functional voice disorders: A national survey of speech-language pathologists. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 3, 334-344.
- Connor, S., & Pettigrew, C. (2009). The barriers perceived to prevent the successful implementation of evidence-based practice by speech and language therapists. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 6, 1018-1035.
- Chochrane Glossar. Verfügbar unter <http://www.cochrane.de/de/cochrane-glossar>. Zugriff am 1.6. 2013.
- Cholewa, J. (2010). Strategien der Sprachtherapieforschung bei Störungen der Sprachentwicklung. *Empirische Sprachheilpädagogik*, 3, 48-68.
- dbl (2010): *Berufsleitlinien Logopädie*. Verfügbar unter <http://www.dbl-ev.de/fileadmin/media/publikationen/Berufsleitlinien.pdf>.
- Dijkers, M., Murphy, S., & Krellmann, J. (2012). Evidenced based practice for rehabilitation professionals: concepts and controversies. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 2, 165-176.
- Dollaghan, C. A. (2007). *The Handbook for Evidence-based Practice in Communication Disorders*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Dodd, B. (2007). Evidence-Based Practice

- and Speech Language Pathology: Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats. *Folia Phoniatrica et Logopaedia*, 3, 118-129.
- Finn, P., Bothe, A., & Bramlett, R. (2005). Science and pseudoscience in communication disorders: Criteria and applications. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 3, 172-186.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Hasnain-Wynia, R. (2006). Is evidence-based medicine patient-centered and is patient-centered care evidence-based? *Health Services Research*, 1, 1-8.
- Haynes, R. B., Devereaux, P. J., & Guyatt, G. H. (2002). Physicians and patients choices in evidence based practice. *BMJ*, 324, 1350.
- Haynes, W. O., & Johnson, C. E. (2008). *Understanding Research and Evidence-based Practice in Communication Disorders*. Boston: Allyn & Bacon.
- Horn, S. D., DeJong, G., & Deutscher, D. (2012). Practice-based evidence research in rehabilitation: An alternative to randomized controlled trials and traditional observational studies. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 8, 127-137.
- Jacobi, F. (2011). Entwicklung und Beurteilung therapeutischer Interventionen. In H.-U. Wittchen, & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie* (S. 609-640). Berlin: Springer.
- Justice, L. (2010). When craft and science collide: Improving therapeutic practices through evidence-based innovations. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 2, 79-86.
- Kazdin, A. (2010). *Single-Case Research Designs: Methods for Clinical and Applied Settings*. Oxford: Oxford Press.
- Lof, G. L. (2011). Science-based practice and the speech-language pathologist. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 3, 189-196.
- Nippold, M. A. (2012). The power of negative findings. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 3, 251-252.
- Pfennig, A., & Hölter, G. (2011). Ist Evidence-based Medicine der Goldstandard der Leitlinienentwicklung? *Psychiatrische Praxis*, 5, 218-220.
- Raspe, H. (2005). *Konzept und Methoden der Evidenz-basierten Medizin: Besonderheiten, Stärken, Grenzen, Schwächen und Kritik*. Verfügbar unter <http://www.ebm-netzwerk.de/was-ist-ebm/basics/methodik/splitter-allgemein#2005>.
- Reilly, S., Douglas, J., & Oates, J. (Hrsg.) (2004). *Evidence-based Practice in Speech Pathology*. London/Philadelphia: Whurr Publishers.
- Robey, R. R. (2004). A five Phase model for clinical-outcome research. *Journal of Communication Disorders*, 5, 401-411.
- Stephens, D., & Upton, D. (2012). Speech and language therapists' understanding and adoption of evidenced based practice. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 6, 328-334.
- Stripek, D. (2005). Scientifically based practice: It's about more than improving the quality of research. *Education Week*, 28, 33-44.
- Upton, P., Scurllock-Evans, L., Stephens, D., & Upton, D. (2012). The adoption and implementation of evidenced-based practice (EBP) among allied health professions. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 9, 497-503.



Autorin

Prof. Dr. Ulla Beushausen
HAWK Hochschule Hildesheim/Holzminde/
Göttingen
Goschentor 1,
D-31134 Hildesheim
beushausen@hawk-hhg.de



DOI dieses Beitrags
(www.doi.org)
10.7345/prolog-1402100

Gemeinsam zur Sprache bringen Fachkompetenz in Kooperation

Manfred Grohnfeldt (Hrsg.)

Grundwissen der Sprachheilpädagogik und Sprachtherapie

2014. 450 Seiten. Fester Einband. € 49,90
ISBN 978-3-17-022683-8

auch als
EBOOK

Das Sprachheilwesen in Deutschland hat sich innerhalb eines Jahrzehnts völlig neu aufgestellt. Neben die Sprachheilpädagogik trat die Sprachtherapie als eigenständige Fachdisziplin. Das Buch stellt das Grundwissen aller beteiligten Fachdisziplinen vor einem denkbar breiten Fragehorizont und vor dem Hintergrund notwendiger Kooperation zusammen. Der Themenbogen spannt sich dabei von den theoretischen Grundlagen, den wichtigsten Störungsbildern und Erscheinungsformen, den differenzierten Aufgabengebieten bis zu den Organisationsformen und Handlungsfeldern. Mehr als 50 hochrangige Vertreter der Sprachheilpädagogik, der Sprachtherapie, der Klinischen Linguistik, der Patholinguistik und Klinischen Sprechwissenschaft sowie der Logopädie bilden den Fachbeirat und Autorenkreis dieses Grundlagenwerks. Der Band ist unverzichtbar für alle, die sich heute auf eine Tätigkeit im Sprachheilwesen vorbereiten oder in der Praxis mit den Herausforderungen zunehmend kooperativer, interdisziplinärer Handlungsformen konfrontiert sind.

Leseproben und weitere Informationen unter www.kohlhammer.de



W. Kohlhammer GmbH · 70549 Stuttgart
Tel. 0711/7863 - 7280 · Fax 0711/7863 - 8430 · vertrieb@kohlhammer.de

Kohlhammer