



Ulla
Beushausen (Hg.)

Therapeutische Entscheidungsfindung in der Sprachtherapie

Grundlagen und 15 Fallbeispiele



 reinhardt

 reinhardt

Ulla Beushausen (Hg.)

Therapeutische Entscheidungsfindung in der Sprachtherapie

Grundlagen und 15 Fallbeispiele

Mit Beiträgen von Bettina Achhammer, Ulla Beushausen, Mechthild Clausen-Söhngen, Annette V. Fox-Boyer, Margit Frehrking, Holger Grötzbach, Anja Herbach, Matthias Kraus, Annette Marek, Martina Rapp, Angelina Ribeiro von Wersch, Patricia Sandrieser, Sandra Schiller, Carola D. Schnitzler, Bianka Wachtlin, Wenke Walther, Andreas Wolfs

Mit 41 Abbildungen und 40 Tabellen

Ernst Reinhardt Verlag München

Prof. Dr. *Ulla Beushausen*, Psycholinguistin, Logopädin, lehrt Logopädie an der HAWK Hochschule für Angewandte Wissenschaft und Kunst Hildesheim / Holzminden / Göttingen

Von der Herausgeberin außerdem im Reinhardt Verlag erschienen:

Ulla Beushausen (2017): Sicher und frei reden. Sprechängste erfolgreich abbauen. 4., aktual. Auflage (978-3-497-02729-3)

Ulla Beushausen / Claudia Haug (2011): Stimmstörungen bei Kindern (978-3-497-02204-5)

Hinweis: Soweit in diesem Werk eine Dosierung, Applikation oder Behandlungsweise erwähnt wird, darf der Leser zwar darauf vertrauen, dass die Autoren große Sorgfalt darauf verwandt haben, dass diese Angabe dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes entspricht. Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen oder sonstige Behandlungsempfehlungen kann vom Verlag jedoch keine Gewähr übernommen werden. – Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnungen nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <<http://dnb.d-nb.de>> abrufbar.

ISBN 978-3-497-02943-3 (Print)

ISBN 978-3-497-61337-3 (PDF-E-Book)

ISBN 978-3-497-61338-0 (EPUB)

© 2020 by Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag, München

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung der Ernst Reinhardt GmbH & Co KG, München, unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen in andere Sprachen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Printed in EU

Reihenkonzeption Umschlag: Oliver Linke, Hohenschäftlarn

Cover unter Verwendung eines Fotos von [ikostudio/stock.adobe.com](https://www.ikostudio.com)

Satz: ew print & medien service gmbh, Würzburg

Ernst Reinhardt Verlag, Kemnatenstr. 46, D-80639 München

Net: www.reinhardt-verlag.de E-Mail: info@reinhardt-verlag.de

Inhalt

Einleitung 13

Teil 1: Grundlagen 15

1 Grundlagen der therapeutischen Entscheidungsfindung 16

Von Ulla Beushausen

- 1.1 Clinical Reasoning – was ist das? 16
- 1.2 Wie alles begann: Forschung zum Clinical-Reasoning-Prozess 17
- 1.3 Basiselemente der therapeutischen Entscheidungsfindung 18
 - 1.3.1 Kognition 18
 - 1.3.2 Wissen 18
 - 1.3.3 Metakognition 19
- 1.4 Formen des Wissens 19
 - 1.4.1 Explizites Wissen 19
 - 1.4.2 Implizites Wissen 19
 - 1.4.3 Deklaratives Wissen 19
 - 1.4.4 Prozedurales Wissen 20
 - 1.4.5 Therapeutisches Wissen 20
- 1.5 Klinische Expertise in der Sprachtherapie 21
 - 1.5.1 Wissenschaftliche Grundhaltung 22
 - 1.5.2 Kognition und Wahrnehmung 22
 - 1.5.3 Reflexion 25
- 1.6 Generelle Strategien beim Clinical Reasoning 26
 - 1.6.1 Hypothetisch-deduktives Vorgehen 26
 - 1.6.2 Mustererkennung (Pattern Recognition) 27
 - 1.6.3 Formen des Clinical Reasoning 28

2 Von der Anfängerin zur Expertin 42

Von Ulla Beushausen

- 2.1 Fähigkeiten von Experten 43
 - 2.1.1 Interpersonelle Fähigkeiten 43
 - 2.1.2 Professionelle Fähigkeiten 44
 - 2.1.3 Problemlösende Fähigkeiten 45
 - 2.1.4 Technische Fähigkeiten 45
 - 2.1.5 Fähigkeit zur Integration von Wissen und Erfahrung 45
- 2.2 Entwicklung von der Anfängerin zur Expertin 46
 - 2.2.1 Vorprofessionelle Therapeuten 48
 - 2.2.2 Novizen 48
 - 2.2.3 Kompetente Therapeuten 49
 - 2.2.4 Erfahrene Nichtexperten 49
 - 2.2.5 Experten 50
- 2.3 Entscheidungsfindung bei Anfängern und Experten 50

3 Entscheidungen im therapeutischen Prozess 52

Von Ulla Beushausen und Wenke Walther

- 3.1 Typische Entscheidungssituationen 52
 - 3.1.1 Erstkontakt zwischen Therapeut und Klient 52
 - 3.1.2 Diagnostikprozess 53
 - 3.1.3 Therapieprozess 55
 - 3.1.4 Beratungsprozess 59
 - 3.1.5 Interdisziplinärer Austausch 62
 - 3.1.6 Intradisziplinärer Austausch 62
 - 3.1.7 Dokumentation und Evaluation 63
- 3.2 Ein Modell zur therapeutischen Entscheidungsfindung 65
 - 3.2.1 Der Klient– problemspezifischer Informationsstand 65
 - 3.2.2 Der Therapeut– fachspezifischer Informationsstand 66
 - 3.2.3 Gemeinsame Schnittmenge in der Interaktion 67
 - 3.2.4 Rahmenbedingungen / Setting 70

4 Entscheidungshilfen 73

Von Ulla Beushausen

- 4.1 Evidenzbasierte Praxis 73
 - 4.1.1 Was ist Evidenz? 74
 - 4.1.2 Methodik der evidenzbasierten Praxis 74
 - 4.1.3 Leitlinien 75
- 4.2 Theorien und Modelle 76
 - 4.2.1 International Classification of Functioning Disability and Health (ICF) 77
 - 4.2.2 Prozesse der Krankheitsbewältigung 81
 - 4.2.3 Prozesse der Verhaltensänderung 84
- 4.3 Partizipative Entscheidungsfindung 87
 - 4.3.1 Zielsetzungshilfen 87
 - 4.3.2 Patientenbedürfnisse 89

Teil 2: Fallbeispiele 93

5 Therapeutische Entscheidungsfindung bei Sprachentwicklungsstörungen (SES) 94

Von Wenke Walther

- 5.1 Fallbeschreibung 94
 - 5.1.1 Die erste Vorstellung 94
 - 5.1.2 Anamnese 94
 - 5.1.3 Diagnostik 95
- 5.2 Entscheidungsfindungsprozess: Therapieplanung 97
 - 5.2.1 Ziele 98
 - 5.2.2 Methodisches Vorgehen 100
 - 5.2.3 Durchführung und Reaktionen 101
 - 5.2.4 Verlauf der folgenden Einheiten 102
 - 5.2.5 Ergebnisse des ersten Therapieblocks 102
- 5.3 Aktueller Stand und Ausblick 103

6 Therapeutische Entscheidungsfindung bei Aussprachestörungen 105

Von Annette V. Fox-Boyer

- 6.1 Fallbeschreibung 105
 - 6.1.1 Vorstellungsgrund 105

- 6.1.2 Erstkontakt 106
- 6.1.3 Anamnese 106
- 6.2 Diagnostik 107
 - 6.2.1 Untersuchung 107
 - 6.2.2 Diagnose nach der ICF 108
- 6.3 Entscheidungsfindung 109
 - 6.3.1 Ist eine logopädische Intervention zu diesem Zeitpunkt angebracht? 109
 - 6.3.2 Wie lassen sich die Symptome erklären, welchen Störungsebenen sind sie zuzuordnen? 109
 - 6.3.3 Welches therapeutische Vorgehen ist aus welchen Gründen angebracht? 111
 - 6.3.4 Inwieweit können Aussagen über mögliche Ursachen gemacht werden? 111
 - 6.3.5 Gibt es patientenspezifische Parameter, die für die Behandlung dieses Kindes zu bedenken sind? 112
 - 6.3.6 Mit welcher Prognose ist zu rechnen? 112
 - 6.3.7 Welche Informationen über unterstützendes und hemmendes Verhalten sollten wem zuteilwerden? 112
- 6.4 Therapie 112
 - 6.4.1 Behandlungsplanung 1 112
 - 6.4.2 Behandlung 1 114
 - 6.4.3 Behandlungsplanung 2 115
 - 6.4.4 Behandlung 2 116
- 6.5 Ausblick 116

7 Therapeutische Entscheidungsfindung bei Lese- und / oder Rechtschreibstörungen (LRS) 118

Von Carola D. Schnitzler

- 7.1 Fallbeschreibung 118
- 7.2 Anamnese 118
- 7.3 Diagnostik 119
 - 7.3.1 Diagnostik gemäß ICF 119
 - 7.3.2 Diagnostik des Lesens und Rechtschreibens 120
- 7.4 Diagnose und Schriftspracherwerbsstand 124
- 7.5 Planung und Verlauf der Maßnahme 125
 - 7.5.1 Erstes Therapieintervall (zehn Stunden) 125
 - 7.5.2 Zwischendiagnostik 126
 - 7.5.3 Zweites Intervall (zehn Stunden) 126
 - 7.5.4 Abschlussdiagnostik 127
- 7.6 Fazit und Empfehlungen für das weitere Vorgehen 128

8 Therapeutische Entscheidungsfindung bei Hörschädigungen 131

Von Bianka Wachtlin

- 8.1 Vorbemerkung 131
- 8.2 Vorstellungsgrund 131
- 8.3 Erstkontakt und Anamnese 131
 - 8.3.1 Einschränkungen der Körperstrukturen 133
 - 8.3.2 Einschränkungen der Körperfunktionen 134
 - 8.3.3 Einschränkungen der Aktivität und Partizipation 134
 - 8.3.4 Kontextfaktoren 134
- 8.4 Diagnostik 134
 - 8.4.1 Untersuchung 134
 - 8.4.2 Informationen aus der Beobachtung 135

- 8.4.3 Informationen aus standardisierten Untersuchungsverfahren zum Fallbeispiel 136
- 8.4.4 Diagnostik gemäß der ICF-CY 137
- 8.5 Entscheidungsfindung 137
- 8.5.1 Ist eine logopädische Intervention indiziert? 137
- 8.6 Therapie 138
- 8.6.1 Behandlung 138
- 8.7 Ausblick 139

9 Therapeutische Entscheidungsfindung bei Stottern im Kindesalter 141

Von Patricia Sandrieser

- 9.1 Fallbeschreibung 141
- 9.2 Anamnese 142
- 9.3 Diagnostik 143
- 9.4 Beratung 145
- 9.4.1 Spezifische Beratung zur Diagnostik 145
- 9.4.2 Beratung zu möglichen Verläufen 146
- 9.4.3 Beratung zu Therapiemöglichkeiten 147

10 Therapeutische Entscheidungsfindung bei Stottern 150

Von Martina Rapp

- 10.1 Fallbeschreibung 150
- 10.1.1 Anamnese 150
- 10.2 Diagnostik 150
- 10.2.1 Diagnostik gemäß der ICF 150
- 10.2.2 Diagnostik der Lebensqualität bei Stottern 151
- 10.3 Therapie – Hypothesen und Planung 152
- 10.3.1 Therapieverlauf 154
- 10.4 Zwischendiagnostik 160
- 10.5 Nachsorge: Gruppenprojekt 160
- 10.6 Abschlussgespräch 161

11 Therapeutische Entscheidungsfindung bei pragmatisch-kommunikativer Störung im Kindesalter 163

Von Bettina Achhammer

- 11.1 Fallbeschreibung 163
- 11.1.1 Aktuelle Situation 163
- 11.1.2 Anamnese 163
- 11.2 Besonderheiten der pragmatisch-kommunikativen Störung im Kindesalter 164
- 11.3 Diagnostik 164
- 11.3.1 Vorüberlegungen zur Befunderhebung 164
- 11.3.2 Diagnostikverfahren und Ergebnisse 165
- 11.4 Therapie 168
- 11.4.1 Entscheidungsfindung 168
- 11.4.2 Therapieverlauf 170
- 11.5 Fazit und Ausblick 175

12 Therapeutische Entscheidungsfindung bei Poltern 177

Von Anja Herbach und Matthias Kraus

- 12.1 Einordnung und Limitationen 177
- 12.2 Anamnese und Befunderhebung 179

- 12.2.1 Anamnese 179
- 12.2.2 Befunderhebung 181
- 12.3 Darstellung der Behandlungsplanung 184
 - 12.3.1 Hintergrundstruktur der Therapie 184
 - 12.3.2 Therapie als prinzipiengleiteter Anpassungsprozess 184
 - 12.3.3 Allgemeine Arbeitsprinzipien 184
 - 12.3.4 Polterspezifische Arbeitsprinzipien 185
 - 12.3.5 Prinzipien zum Arbeitsskript 186
 - 12.3.6 Prinzipien zur Bewusstheit 186
 - 12.3.7 Prinzipien zur Neuen Sprechweise 187
- 12.4 Darstellung der Behandlung 187
 - 12.4.1 Therapiefrequenz, Dauer und zeitlicher Umfang der Therapieeinheit 187
 - 12.4.2 Stundenaufbau und Vorgehen 187
 - 12.4.3 Verlauf/Ergebnisse der Verlaufsdiagnostik 191

13 Therapeutische Entscheidungsfindung bei Aphasie 194

Von Holger Grötzbach

- 13.1 Fallbeschreibung 194
 - 13.1.1 Anamnese 194
 - 13.1.2 Aufnahme in die Rehabilitationsklinik 195
- 13.2 Diagnostik 196
 - 13.2.1 Logopädische Diagnostik 196
 - 13.2.2 Diagnostik der Sprach- und Sprechfähigkeit 196
 - 13.2.3 Diagnostik der Lese- und Schreibfähigkeit 197
- 13.3 Therapie 199
 - 13.3.1 Therapieziele 199
 - 13.3.2 Therapieaufbau 200
 - 13.3.3 Therapieergebnisse 201
- 13.4 Schluss 203
 - 13.4.1 Qualität der Therapiemethode 203
 - 13.4.2 Dokumentation des Therapieerfolgs 203
 - 13.4.3 Didaktik der Aphasitherapie 203

14 Therapeutische Entscheidungsfindung bei Dysphagie 207

Von Margit Frehrking

- 14.1 Fallbeschreibung 207
- 14.2 Anamnese 207
- 14.3 Diagnostik 208
 - 14.3.1 Ruheinspektion 208
 - 14.3.2 Überprüfung der Willkürmotorik 208
 - 14.3.3 Überprüfung der Sensibilität 209
 - 14.3.4 Überprüfung der Reflexe 209
 - 14.3.5 Überprüfung des willkürlichen Hustens, Schluckens und Speichelschluckens 209
 - 14.3.6 Schluckversuch und Essensbeobachtung 209
- 14.4 Zusammenfassung der Ergebnisse anhand der ICF 209
 - 14.4.1 Gesundheitsproblem 209
 - 14.4.2 Körperstruktur/Körperfunktion 209
 - 14.4.3 Aktivität/Partizipation 209
 - 14.4.4 Umweltfaktoren 210
 - 14.4.5 Personenbezogene Faktoren 210

- 14.5 Ernährungentscheidung und Angehörigenberatung 210
- 14.5.1 Festlegung der Therapieziele und Therapieinhalte 212
- 14.6 Therapieverlauf 213
- 14.7 Ergebnisse der weiterführenden Diagnostiken 215
- 14.8 Fazit 217

15 Therapeutische Entscheidungsfindung bei Dysarthrie 219

Von Annette Marek

- 15.1 Fallbeschreibung 219
- 15.1.1 Anamnese 219
- 15.1.2 Diagnostischer Prozess 221
- 15.1.3 Zusammenfassung der Ergebnisse 222
- 15.2 Entscheidung über Ansätze und Methoden 224
- 15.2.1 Prognostische Überlegungen 224
- 15.2.2 Therapeutische Prinzipien 225
- 15.2.3 Partizipative Zielfindung 226
- 15.2.4 Therapeutischer Rahmen 227
- 15.3 Spezifische Therapieinhalte 227
- 15.3.1 Tonus und Respiration 227
- 15.3.2 Phonation 228
- 15.3.3 Artikulation 228
- 15.3.4 Prosodie/ Sprechgeschwindigkeit 229
- 15.4 Stand nach fünf Monaten und Ausblick 231

16 Therapeutische Entscheidungsfindung bei hyperfunktioneller Dysphonie 233

Von Mechthild Clausen-Söhngen

- 16.1 Fallbeschreibung 233
- 16.1.1 Aktuelle Situation 233
- 16.1.2 Anamnese 233
- 16.2 Diagnostik 234
- 16.2.1 Stimmbefund 234
- 16.2.2 Prognose 237
- 16.3 Entscheidungsfindung 237
- 16.3.1 Fragestellung 237
- 16.3.2 Entscheidungsfindungsprozess gemeinsam mit der Klientin 239
- 16.3.3 Entscheidungsprozess der Therapeutin 241
- 16.4 Therapieverlauf 241
- 16.4.1 Behandlung 1 241
- 16.4.2 Zwischenergebnis 244
- 16.4.3 Behandlung 2 244
- 16.5 Resultat 246
- 16.5.1 Logopädisch-funktionale Veränderungen 246

17 Therapeutische Entscheidungsfindung bei kindlichen Stimmstörungen 249

Von Angelina Ribeiro von Wersch

- 17.1 Fallbeschreibung 249
- 17.1.1 Anamnese 249
- 17.2 Diagnostik 249
- 17.2.1 Phoniatische Untersuchung 249
- 17.2.2 Logopädische Untersuchung 249

17.2.3	Differenzialdiagnose	250
17.3	Therapeutische Entscheidungsfindung	250
17.3.1	Ursache-Wirkungs-Hypothesen	250
17.3.2	Fragestellungen	254
17.3.3	Entscheidungsfindungsprozess	255
17.4	Therapie	256
17.4.1	Von der Hypothesenbildung über die Entscheidungsfindung zur Intervention	256
17.5	Resultat	260
17.5.1	Logopädisch-funktionale Veränderungen	260
17.5.2	Fazit	260
18	Didaktisches Reasoning in der Sprachtherapie	262
	<i>Von Andreas Wolfs</i>	
18.1	Einführung	262
18.2	Didaktisches Reasoning in der Diagnostik	262
18.2.1	Fallbeschreibung	262
18.2.2	Vorbereitung und Durchführung der Diagnostik	263
18.2.3	Rückbetrachtung der Diagnostik	264
18.2.4	Betrachtung zukünftiger Lehr-Lern-Situationen	264
18.3	Didaktisches Reasoning im Therapieverlauf	265
18.3.1	Fallbeschreibung	265
18.3.2	Rückbetrachtung der bisherigen Therapieeinheiten	265
18.3.3	Betrachtung zukünftiger Lehr-Lern-Situationen	266
18.4	Didaktisches Reasoning nach Therapiebeendigung	267
18.4.1	Fallbeschreibung	267
18.4.2	Rückbetrachtung der Therapieeinheiten	267
18.4.3	Betrachtung zukünftiger Lehr-Lern-Situationen	268
18.5	Diskussion	268
18.5.1	Der Einsatz von retro- und prospektiven Leitfragen	269
18.6	Fazit	269
19	Ethisches Reasoning	271
	<i>Von Sandra Schiller</i>	
19.1	Ethisches Reasoning und Berufsethik	271
19.1.1	Ethisches Reasoning in der Sprachtherapie	271
19.1.2	Charakteristika der sprachtherapeutischen Ethik	271
19.1.3	Faktoren im Ethischen Reasoning-Prozess	273
19.2	Der Ethische Reasoning-Prozess anhand eines Fallbeispiels	273
19.2.1	Schritt 1: Worum geht es? Fallbeschreibung aus Perspektive der Sprachtherapeutin	274
19.2.2	Schritt 2: Welche weiteren Informationen sind relevant?	274
19.2.3	Schritt 3: Wurde das Problem im ersten Schritt korrekt erkannt und benannt?	274
19.2.4	Schritt 4: Reicht das eigene Wissen zur angemessenen Evaluation aus?	275
19.2.5	Schritt 5: Wer sollte zusätzlich konsultiert werden?	275
19.2.6	Schritt 6: Welche Handlungsoptionen gibt es und welche Folgen hätten diese?	276
19.2.7	Schritt 7: Sich für eine vertretbare Handlungsoption entscheiden und diese umsetzen	276
19.2.8	Schritt 8: War die Entscheidung richtig?	277
19.3	Sprachtherapeutischer Orientierungsrahmen für die ethische Entscheidungsfindung	277
19.3.1	Form eines ethischen Problems	277
19.3.2	Nutzen und Grenzen der biomedizinischen Prinzipienethik	278
19.3.3	Nutzen und Grenzen von beruflichen Ethikkodizes	278

- 19.3.4 Nutzen und Grenzen von Prozessmodellen für das Ethische Reasoning 279
- 19.4 Erweiterter Blick auf Praxiskontexte des Ethischen Reasoning 279
 - 19.4.1 Angemessene Berücksichtigung der individuellen Klientinnenperspektive im Ethischen Reasoning 279
 - 19.4.2 Ethische Fallbesprechung im Team 280

Autorinnen und Autoren 284

Sachregister 285

Einleitung

Was sehen wir, wenn wir Expertinnen und Experten der Logopädie und Sprachtherapie über die Schulter schauen und sie nach ihren therapeutischen Entscheidungen in konkreten Therapiesituationen befragen? Wie begründen sie ihr Vorgehen? Welche Strategien wenden sie an? Auf welche Theorien und Modelle beziehen sie sich? 16 Therapeutinnen und Therapeuten haben sich auf dieses Experiment eingelassen und in 15 Fallbeispielen ihre Entscheidungen und Entscheidungskriterien beschrieben. Dabei schildern sie uns plastisch Therapieverläufe von Erwachsenen und Kindern mit Kommunikationsstörungen wie Sprachentwicklungsstörungen, Stottern, Poltern, Dysphagie, Aphasie, Dysarthrie und Stimmstörungen. Sie geben dabei Einblick in ihre Denkprozesse.

Das Denken einer Therapeutin, ihre Metakognition und ihre Reflexion sind die Grundlagen ihrer therapeutischen Entscheidungen. Sie muss einen größeren Kontext berücksichtigen und ein klares Ziel vor Augen haben. Sie bezieht sich dabei auf das beste ihr zur Verfügung stehende Wissen (Evidenz), das sie – geleitet von ihrer Erfahrung und ihrem Fachwissen (Expertise) – auf die sich stellenden Aufgaben und Herausforderungen anwendet (Therapie). Das Buch bietet den Übertrag des in der Medizin, Physiotherapie und Ergotherapie gut verankerten Begriffs des Clinical Reasoning auf den therapeutischen Entscheidungsprozess in der Logopädie/Sprachtherapie. Der englische Begriff Clinical Reasoning bedeutet wortwörtlich übersetzt „klinische Argumentation, Schlussfolgerung, Beweisführung“. Gemeint sind damit Denk-, Handlungs- und Entscheidungsprozesse, die klinisch tätige Personen (Ärzte, Pflegepersonal, Therapeuten u. a.) entweder allein oder in der Auseinandersetzung mit Berufskollegen und/oder dem betroffenen Patienten treffen. Gleichzeitig steht der Begriff für verschiedenste wissenschaftliche Ansätze, den Entscheidungsprozess zu untersuchen, zu verstehen, zu klassifizieren

und zu verbessern. Das Ziel von Clinical Reasoning ist, das für den individuellen Patienten/Klienten bestmögliche Vorgehen im Rahmen der Erkennung und Benennung einer Krankheit, ihrer Behandlung und ihrer Begleitung auch während eines länger andauernden Rehabilitations- und Nachsorgeprozesses zur Verfügung zu stellen.

Im ersten Teil des Buches werden die mentalen Prozesse der Entscheidungsfindung beschrieben, die im therapeutischen Alltag in Diagnostik, Therapie und Beratung zum Tragen kommen. Um professionell handeln zu können, bedarf es einer Bewusstmachung dieser Faktoren im individuellen Entscheidungsprozess.

Die Theorie des Clinical Reasoning bietet die notwendigen Modelle und Kategorien zur Beschreibung von Entscheidungsprozessen bei Therapiemaßnahmen bzw. zum Therapiemanagement und bietet Therapeutinnen somit das nötige Handwerkszeug, um Entscheidungen bewusst zu treffen und fundiert zu begründen. Clinical Reasoning ist deshalb besonders auch ein Instrument zur Reflexion der individuellen therapeutischen Praxis. Hierzu werden einzelne Reasoningformen vorgestellt, die im jeweiligen Denk- und Entscheidungsprozess parallel ablaufen. Wichtige Parameter erfolgreicher Therapie, wie die Beachtung eines größeren Kontexts, exakte Zielsetzung, die Verwendung umfassenden Fachwissens und der Rückgriff auf Erfahrung können so erfolgreich zum Wohle des Patienten abgestimmt werden. Ein wichtiger Aspekt klinischer Ausbildung ist deshalb die Frage der Lehr- und Lernbarkeit von Clinical-Reasoning-Strategien. Macht man Denk- und Entscheidungsprozesse explizit zum Thema von Aus-, Fort- und Weiterbildung, so werden Therapeutinnen darin geschult, ihr eigenes berufsspezifisches Denken wahrzunehmen, zu reflektieren und zu evaluieren. Sie können damit ihr eigenes professionelles Handeln im Laufe ihres Berufslebens weiterentwickeln. Die didaktische Ver-

mittlung eines Handwerkszeugs zur Entscheidungsfindung kann auf zwei Ebenen erfolgen: einerseits die störungsspezifisch angeleitete Selbstreflexion angehender Logopädinnen/Sprachtherapeutinnen und andererseits die Auseinandersetzung mit Störungsbild übergeordneten Kriterien und Prinzipien, wie z. B. auch ethischen Fragen und dem Einbezug von Forschungsergebnissen oder Patientenvariablen. Kapitel 1 ist eine Einführung in die Begriffe und Methoden des Clinical Reasoning, während in Kapitel 2 die professionelle Entwicklung einer Therapeutin von der Anfängerin zur Expertin beschrieben wird. Wichtige Eigenschaften und Fähigkeiten auf diesem Weg werden über mehrere Stufen hinweg dargestellt. Kapitel 3 führt ein eigenes Clinical-Reasoning-Modell für die Logopädie/Sprachtherapie ein und Kapitel 4 widmet sich spezifischen sprachtherapeutischen Entscheidungskriterien, wie etwa dem Einbezug von Rahmenmodellen, evidenzbasierter Praxis oder partizipativer Entscheidungsfindung.

Im zweiten Teil des Buches folgen dann (ab → Kap. 5) individuelle Entscheidungsprozesse von Therapeutinnen anhand von Fallbeispielen aus der Logopädie/Sprachtherapie sowie Fallbeispiele zu besonderen Reasoning-Formen, wie dem didaktischen oder ethischen Reasoning.

Zielgruppe dieses Buches sind Kommunikationstherapeuten: Logopäden, Sprachtherapeuten, klinische Linguisten, Psycho- und Patholinguisten sowie Atem-, Sprech- und Stimmlehrer und ihr gemeinsamer Gegenstand: die Kommunikationsstörungen. Obwohl über 90 % der Logopäden und Sprachtherapeuten Frauen sind, verwenden wir im gesamten Text – durchaus willkürlich wechselnd – einmal die männliche, einmal die weibliche Form. Damit einhergehende Irritationen sind durchaus erwünscht und sind unser Beitrag zum Clinical Reasoning im Spannungsfeld von Sprache und Realität.

Hildesheim, Januar 2020,
Ulla Beushausen

Teil 1: Grundlagen



1 Grundlagen der therapeutischen Entscheidungsfindung

Von Ulla Beushausen

1.1 Clinical Reasoning – was ist das?

Clinical Reasoning bedeutet frei übersetzt „klinisches Begründen, Entscheiden, Beurteilen“. Clinical Reasoning umfasst die Denkvorgänge klinisch tätiger Therapeutinnen bei der Entscheidungsfindung, wenn sie Diagnostik, Therapie und Beratung planen, durchführen und evaluieren. Es dient somit der Problemanalyse. Clinical Reasoning ist der Denkprozess, aufgrund dessen eine klinische Entscheidung getroffen wird.

Für die Physiotherapie definiert Jones (1998, 6) Clinical Reasoning als „die Denkvorgänge und die Entscheidungsfindung des Therapeuten während der Untersuchung und Behandlung eines Patienten.“ Für Jones (1997, 1998) ist der Begriff des Clinical Reasoning zunächst neutral. Jeder Therapeut denkt und entscheidet auf der Grundlage bestimmter und unbestimmter Parameter: „Damit soll aber nicht gesagt werden, dass diese Denkvorgänge immer gut ausgeführt werden oder sie nicht besser erlernt werden könnten“ (1998, 3). Das Ausmaß bewussten Denkens, der Grad der Reflexion des Gedachten und die Güte der Denkprozesse und ihrer Resultate können bei verschiedenen Therapeuten variieren. Der Begriff Clinical Reasoning ist daher eng mit dem Begriff der Reflexion verbunden. Dem ganz ähnlich definiert Fleming (2003, 2) – aus ergotherapeutischer Perspektive – „die verschiedenen Gedankengänge und Strategien, die Therapeuten anwenden, wenn sie, involviert in den therapeutischen Prozess, über ihre therapeutische Arbeit nachdenken und als Folge dieses Denkens Entscheidungen treffen und Maßnahmen durchführen“ als Gegenstand des ergotherapeutischen Clinical Reasoning.

McAllister und Rose (2008, 112) konstatieren für die Sprachtherapie, dass „Sprachtherapeuten über Clinical Reasoning nicht sprächen“. In der Tat fin-

den sich zwar diverse Veröffentlichungen in der sprachtherapeutischen Literatur zu Entscheidungsfindung in einzelnen Störungsbildern, klinischen Fähigkeiten, Differenzialdiagnosen, Problemlösen, kritischem Denken, professionellem Urteilen sowie zu Reflexion/Supervision, aber nur wenige zum Clinical-Reasoning-Prozess selbst. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Lehr- und Lernbarkeit klinischen Wissens (Hoben et. al. 2007). Die Autorinnen erklären sich diesen Mangel zum einen durch eine outputorientierte Sichtweise auf den klinischen Fall, auf die Entscheidung selbst – und zum anderen durch die Annahme der Berufsgruppe, Entscheidungsprozesse in der Sprachtherapie verliefen logisch und linear. Diese logischen Zusammenhänge wurden z. B. durch Flussdiagramme, in Form von „Wenn-dann-Verknüpfungen“ von Symptomen, Ursachen und Maßnahmen (sog. Entscheidungsbäume für klinische Fälle; z. B. Yoder/Kent 1988) dargestellt.

Sprachtherapeuten führen tatsächlich Clinical Reasoning durch und denken auch darüber nach. Ihre Begrifflichkeit ist in der Regel der Kognitions-, der Wahrnehmungspsychologie und der Schule des kritischen Denkens entlehnt. Brauchen wir also eine neue Begrifflichkeit? McAllister und Lincoln (2005) stellen fest, Sprachtherapeuten müssten sich – in Ermangelung einer eigenen Begrifflichkeit – die Sprache der anderen Gesundheitsdisziplinen ausborgen, wenn sie über ihr Clinical Reasoning diskutieren wollten. Doch „Ausborgen“ allein genügt nicht, die Begriffe müssen an das spezifisch logopädisch-sprachtherapeutische Wissen adaptiert und klinische Entscheidungsfindungsprozesse qualitativ und quantitativ beforscht werden, bis eine eigene Begrifflichkeit sprachtherapeutischer Arbeit entsteht. Die Vorteile dieser neuen Begrifflichkeit liegen in der Kommunizierbarkeit kognitiver Prozesse, denn erst wenn Kategorien und Beschreibungsmöglichkeiten für sprachtherapeutisches

Handeln zur Verfügung stehen, kann das therapeutische Vorgehen reflektiert und anderen mitgeteilt werden. Die Theorie zum Clinical Reasoning anderer Gesundheitsfachberufe bietet zunächst ein derartiges Kategoriensystem, das an die Sprachtherapie adaptiert werden kann.

Entscheidende Parameter des Clinical-Reasoning-Prozesses in der Sprachtherapie sind die **Therapeutin**, die **Patientin** bzw. der Klient und das klinische **Problem**, das es zu lösen gilt (Aufgabenstellung). Hinzu kommt die Umgebung oder das therapeutische Setting – der Rahmen, in dem die Therapie stattfindet.

1.2 Wie alles begann: Forschung zum Clinical-Reasoning-Prozess

Der Begriff **Clinical Reasoning** entstammt der Lernpsychologie. Seit den fünfziger Jahren des 20. Jahrhunderts wurde in vielen Bereichen – wie Physik, Computerwissenschaft, Medizin – erforscht, wie sich beispielsweise Experten von Anfängern unterscheiden. Vorangetrieben wurde die Entwicklung des Clinical Reasoning aufgrund des explosionsartigen Anstiegs wissenschaftlicher Erkenntnisse in der Medizin. Der neu gewonnene Wissenszuwachs war mit den alten Lehrmethoden den Studierenden nicht mehr zeitgemäß zu vermitteln. Aufgrund dessen suchte man nach einer alternativen Unterrichts- und Studienmethode und entwickelte ein Konzept, das ein lebenslanges Lernen ermöglichen sollte. Zur Umsetzung war es jedoch notwendig, zu klären, welche Denkprozesse bei der Speicherung und Aneignung von Wissen auftreten (Beushausen/Walther 2010).

Die erste Forschungsphase war die sog. **präkognitive Ära**. Ganz im Sinne der vorherrschenden behavioristischen Haltung beobachtete man das Verhalten von Experten – den Output der Denkprozesse –, ohne den eigentlichen Entscheidungsprozess näher zu betrachten. Als „Black Box“ war dieser zunächst noch nicht von Interesse. Es stellte sich heraus, dass viele Experten effizienter Probleme lösen als Anfänger (Elstein et al. 1979). In dieser Zeit suchte man vor allem nach geeigneten Messinstrumenten, um das Clinical Reasoning näher zu erforschen. So wurden beispielsweise Simulationsmethoden entwickelt, um Therapiesituationen nachzustellen (PC-gestützte Falldatenbanken);

Schauspieler wurden als Patienten eingesetzt und Computersimulationen für klinische Fälle erstellt. Anhand der simulierten Patienten versuchte man, den Entscheidungsprozess zu rekonstruieren. Ende der 1960er und Anfang der 1970er Jahre lag die Forschung zum Clinical Reasoning auch in den Händen der Computerwissenschaften.

Mit der **kognitiven Wende** der Verhaltensforschung stand nun die Frage im Vordergrund, welche Denkprozesse der Experten den therapeutischen Entscheidungen zugrundeliegen. Derart motivierte Studien ergaben, dass Experten über eine besser organisierte und breitere Wissensbasis verfügen als Anfänger. Zudem treffen sie viele ihrer Entscheidungen mittels Mustererkennung (Norman et al. 1990). So entscheiden Ärzte vielfach aufgrund ihrer Erfahrung mit früheren Patienten, deren Geschichte direkt zugänglich im Gedächtnis gespeichert ist. Das theoretische Wissen, das man sich während der Ausbildung aneignete, wird zunehmend in klinische Erfahrungen eingebettet und tritt in den Hintergrund.

Ein Forschungszweig, der sich mit der Beschreibung kognitiver Prozesse befasste, war Ende der 1980er Jahre die „Cognitive Science“ (Ryan/McKay 1999). Eine dieser Forschergruppen wurde unter dem Namen „Decision making school“ bekannt. Insbesondere die menschliche Wahrnehmung und Informationsverarbeitung standen nun im Fokus der Forschung. Menschen benutzen unterschiedliche Strategien und sind individuellen Neigungen im Rahmen ihrer kognitiven Informationsverarbeitung unterworfen. Aus diesen Arbeiten leitete sich eine Theorie der Wahrnehmungsphänomene ab. In anderen Studien wurde versucht, das logische Denken unter Ausschluss jeglicher individueller Neigung, bezogen auf die kognitive Informationsverarbeitung, zu untersuchen. Vor diesem Hintergrund wurden mathematische Formeln entwickelt, die z. T. benutzt wurden, um Entscheidungsprozesse zu „berechnen“ und Entscheidungsbäume entworfen, die in Wenn-dann-Zusammenhängen Entscheidungsprozesse bildlich darstellen. Die ersten PC-gestützten Diagnosesysteme für Ärzte entstammen diesen Forschungsansätzen.

Die „Concept learning school“ (Ryan/McKay 1999), die sich aus der kognitiven Psychologie entwickelte, legte ihren Forschungsschwerpunkt besonders darauf, wie mentale Konzepte entstehen und wie diese im menschlichen Gedächtnis organisiert

sind – also auf den prozesshaften Aspekt des Clinical Reasoning. In verschiedenen Kontexten, wie der Medizin, der Pflege, der Ergo- und Physiotherapie und der amerikanischen Sprachtherapie wurden seit Ende der 1990er Jahre vermehrt interpretative, kognitive Funktionen untersucht. Diese Art der Clinical-Reasoning-Forschung belegt, dass außer hypothesengesteuertem Clinical Reasoning auch andere Formen von Reasoning existieren, die insbesondere bei direkten Interaktionen mit Menschen von Bedeutung sind. Die Betrachtung der gesamten Therapeut-Patienten-Interaktion rückte in den Mittelpunkt, da die Entscheidungsfindung eben nicht nur auf den Therapeuten allein begrenzt ist. Die Rolle der persönlichen Wissensbasis, Gefühle und Aspekte der Intuition gerieten in den Fokus und damit die Alliance zwischen Therapeut und Patient (Higgs/Titchen 2008, Beushausen 2016).

Seit 2015 steht die Erforschung des sog. **impliziten Clinical Reasoning** im Vordergrund, da zunehmend anerkannt wird, dass Personen, die eine praktische Tätigkeit ausüben – wie eben Therapeuten – neben einer theoretischen auch eine andere (Erfahrungs-)Wissensbasis nutzen (Schön 2017). Dabei geht es insbesondere um die Verknüpfung von theoretischer Wissensbasis mit auf praktischer Erfahrung beruhendem Wissen. Insbesondere kognitive Irrtümer und Strategien zur Reduzierung diagnostischer Fehlentscheidungen oder die Art und der Stellenwert einzelner Entscheidungsfaktoren wie z. B. evidenzbasierter Prinzipien oder ethische Faktoren werden nun empirisch untersucht (McCurtin/Carter 2015, McCurtin/Clifford 2015, Norman et al. 2017).

1.3 Basiselemente der therapeutischen Entscheidungsfindung

1.3.1 Kognition

Ein wichtiges Grundelement der therapeutischen Entscheidungsfindung ist die Kognition. Die Gesamtheit der Prozesse, die mit der Aufnahme von Informationen, ihrer Verarbeitung und Speicherung einhergehen, wird im Begriff der Kognition zusammengefasst. Zielgerichtete Gedanken (purposeful thoughts; Jones/Rivett 2006) beinhalten das Wahrnehmen wichtiger Informationen, das Entwi-

ckeln und Testen von Hypothesen, das Interpretieren von Daten und das Ziehen von Schlussfolgerungen bis hin zur Synthese der gegebenen Daten und deren Abgrenzung von kontraindizierten Hypothesen. Der gesamte therapeutische Prozess von der Diagnostik über die Therapieplanung und -ausführung basiert auf kognitiven Prozessen.

1.3.2 Wissen

In direkter wechselseitiger Beziehung zur Kognition steht das Wissen eines Therapeuten – ein weiteres Grundelement der Entscheidungsfindung (Abb. 1.1). Ohne sinnvolle Verknüpfung kognitiver Fähigkeiten mit dem im Einzelfall erforderlichen fachspezifischen Wissen sind sinnvolle Entscheidungen nicht möglich. Andererseits ist die Wissenserweiterung in Lernprozessen wiederum eng an kognitive Fähigkeiten wie Hypothesenüberprüfung und Mustererkennung gebunden. Elaborierte kognitive Fähigkeiten müssen im Einzelfall mit relevantem therapeutischem Wissen verknüpft werden, um effektive Entscheidungen treffen zu können.

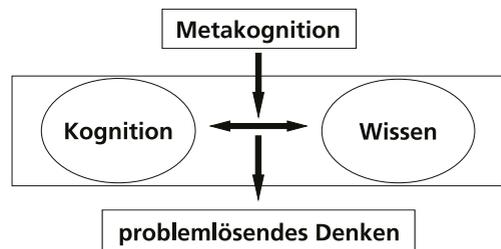


Abb. 1.1: Basiselemente der Entscheidungsfindung

Dieses Wissen setzt sich zusammen z. B. aus biomedizinischem, psychologischem, pädagogischem und linguistischem Faktenwissen, aus Wissen zu Handlungsabläufen und nicht zuletzt aus den persönlichen Erfahrungen. Entscheidend sind aber neben der Menge des angesammelten Wissens ebenso seine mentale Organisation und die Fähigkeit, es in der konkreten klinischen Situation gewinnbringend einzusetzen. Kognition und Wissen entwickeln sich somit parallel und bedingen sich gegenseitig. Auf der Grundlage seiner fachlichen und kognitiven Fähigkeiten wird der Therapeut schließlich be-

fähigt, **problemlösend** zu denken. Versteht man ein klinisches Problem, z. B. die Sprachstörung eines Patienten oder sein geschildertes Kommunikationsproblem als die Abweichung eines Ist-Zustands von einem Soll-Zustand, so muss der Therapeut durch Denkvorgänge geeignete Lösungsstrategien entwickeln, um diese Abweichung zu beseitigen.

1.3.3 Metakognition

Das letzte Grundelement des Clinical Reasoning ist die Metakognition. Dieser Begriff bezeichnet die Fähigkeit, das eigene Denken bewusst wahrzunehmen und zu reflektieren – das „Denken über das Denken“. Metakognitive Kontrollprozesse können sich wiederum auf Aspekte der eigenen Person oder des persönlichen Wissens, auf die geforderte Aufgabenstruktur oder zugrundeliegende Denkstrategien beziehen. Die Reflexion stellt als eine von mehreren metakognitiven Fähigkeiten das Bindeglied zwischen Denken und Handeln dar. Durch Reflexion können das praktische Handeln sowohl während der Tätigkeit als auch im Anschluss daran strukturiert analysiert und damit die Handlung im problemlösenden Prozess neu angepasst werden (Reflection in Action/ Reflection on Action; Schön 1987).

1.4 Formen des Wissens

Neben der Definition von implizitem und explizitem Wissen wird im Folgenden auch zwischen deklarativem, prozeduralem und metakognitivem Wissen unterschieden.

1.4.1 Explizites Wissen

Polanyi (1985) beschreibt explizites Wissen (explizit: ausdrücklich, ausführlich) im Gegensatz zum impliziten Wissen als eindeutig kodiertes und deshalb mittels Zeichen (Sprache, Schrift) eindeutig kommunizierbares Wissen. Wissenschaftliche Erkenntnisse werden beispielsweise im Rahmen der evidenzbasierten Praxis in einer formalen Sprache verfasst und über Veröffentlichungen kommuniziert. Dieses explizite Wissen kann aufgrund der kodierten Form durch beliebige Medien gespeichert, verarbeitet und übertragen werden und ist

damit sowohl den Therapeuten zugänglich als auch inhaltlich als Wissen kommunizierbar.

1.4.2 Implizites Wissen

Implizites Wissen wird auch als „Stilles Wissen“ (Tacit Knowledge) bezeichnet und meint nicht formalisiertes Wissen – Kenntnisse oder Fähigkeiten, die nicht explizit formuliert sind und sich möglicherweise auch nicht erklären lassen. Eine Therapeutin kann in der Regel praktisch zeigen, was er weiß, das Gezeigte aber ggf. nicht verbalisieren.

Ein klassisches Beispiel ist die Fähigkeit des Sings. Wer das vermag, kennt – aber eben meist nur implizit – komplexe physikalische Regeln, die Luftdruck- und Strömungsgeschwindigkeit, Schwingungs- und Resonanzeigenschaften von Körpern beinhalten. Ein solches unbewusst, durch praktisches Tun erworbenes Wissen bzw. Können wird implizites Wissen genannt. Der Begriff „Stilles Wissen“ (Polanyi 1985) verdeutlicht, dass das Interesse nicht primär dem expliziten Wissen, sondern vielmehr der „Könnerschaft“ gilt. Wahrnehmungs-, Entscheidungs- und Handlungsdispositionen stehen im Mittelpunkt. Das theoretische Wissen kann das praktische Können niemals vollständig einholen. „Wir wissen mehr, als wir zu sagen vermögen“ (Polanyi 1985, Gigerenzer/Kober 2008). In vielen Situationen erweisen sich intuitive Entscheidungen, die oft mithilfe von unbewussten Faustregeln getroffen werden, gegenüber systematischen Abwägungsprozessen als erfolgreicher.

1.4.3 Deklaratives Wissen

Unter deklarativem Wissen versteht man in der Kognitionspsychologie das Fachwissen, das eine Person sich angeeignet hat und auch abrufen kann. Es ist ein Wissen über Fakten („Wissen, *was*“) in Abgrenzung von handlungsorientiertem Wissen („Wissen, *wie*“). Das „Was-Wissen“ ist vergleichbar mit den vorhandenen Daten in einem Computer. Dieses deklarative Wissen wird vom **prozeduralen Wissen** ergänzt, das der Software eines Computers entspricht. Dazu kommt noch das **metakognitive Wissen** (→ Kap. 1.3) das ermöglicht, über das deklarative und prozedurale Wissen zu reflektieren.

Folgende **Formen des deklarativen Wissens** können unterschieden werden:

- Wissen über Fakten: z. B. die Inzidenzrate beim Stottern,
- Wissen über Konzepte und Konzepteigenschaften: z. B. über Erkrankungen, Störungsbilder, Diagnostikmethoden,
- Wissen über semantische Beziehungen:
 - zeitliche Beziehungen (chronologische Abfolge, Simultanität von Abfolgen),
 - Kausalbeziehungen (Wenn-dann-Folgerungen),
- Wissen über Ereignisse und Handlungen,
- Wissen über Regeln und einschränkende Bedingungen (Constraints): z. B. zur Therapiefrequenz, beim Erwerb von Wortbedeutungen,
- Metawissen (Wissen über Wissen): z. B. Wissen über die Verlässlichkeit (Reliabilität) bzw. Güte (Validität) von Evaluationsmethoden,
- Wissen als soziale Konstruktion: z. B. sich wandelnde Definitionen von Krankheit und Gesundheit; pragmatisches Wissen über Diskussionsstrukturen; Vorgänge beim Testen von Hypothesen; soziointeraktives Wissen über Rollen, Institutionen, individuelle Lernprozesse.

1.4.4 Prozedurales Wissen

Unter prozeduralem Wissen versteht man die Fähigkeit, eine Handlung durchzuführen. Dazu gehören u. a. motorische Fähigkeiten (Laufen, Sprechen, Fahrradfahren), aber auch abstrakte therapeutische Fähigkeiten. Im Gegensatz zum deklarativen Wissen ist es dem Träger des prozeduralen Wissens oftmals nicht bewusst, wie dieses Wissen aufgebaut ist. Im Gegensatz zum deklarativen Wissen steht das „Wissen, *wie*“ im Vordergrund – das Verständnis, wie Wissen in Handlungen umzusetzen ist, wie z. B. abstrakte Prinzipien einzelner Therapieformen in konkrete Übungen verwandelt werden können. Mittels Reflexion kann ein Therapeut auch das prozedurale Wissen analysieren und sich bewusst machen. Während wir mit dem deklarativem Wissen ziemlich vertraut sind, ist uns sehr oft die Wichtigkeit des prozeduralen Wissens nicht bewusst – insbesondere im Bereich des Problemlösens.

1.4.5 Therapeutisches Wissen

Die Begriffspaare deklaratives Wissen und prozedurales Wissen einerseits und explizites Wissen und implizites Wissen andererseits werden in der Fachliteratur oft synonym gebraucht. Die Begriffe „deklarativ“ und „prozedural“ sind jedoch eng mit den Forschungen zur Künstlichen Intelligenz verbunden, und für informationsverarbeitende Systeme gilt, dass Daten faktisch vorhanden sein müssen, bevor Rechner prozedural mit ihnen etwas anfangen können. Das spricht dafür, das deklarative Wissen als ein faktisch vorhandenes Wissen, nicht aber als ein „Faktenwissen“ im Sinne eines explizit abrufbaren Wissens anzusehen. Es ist zwar strukturell im Gehirn verankert und kann somit prozedural genutzt werden; aber das muss nicht in allen Fällen heißen, dass es auch explizit abrufbar ist.

Die geschilderten Vorgänge lassen erkennen, dass das prozedurale Wissen nicht immer ein explizites Wissen gewesen sein muss, bevor es durch Übung „prozeduralisiert“ und damit zu einem impliziten Wissen wird. Das erinnert – didaktisch gesehen – daran, dass Menschen vor allem anhand praktischer Beispiele lernen. Abstraktes Regelwissen kann beim Erlernen einer praktisch verwendbaren Kommunikationsfähigkeit unterstützend helfen, ersetzt aber nicht das nur durch praktisches Tun zu erwerbende prozedurale Wissen.

Die zuvor genannten Wissensbegriffe werden im Folgenden auf den therapeutischen Kontext in der Logopädie übertragen (Abb. 1.2). Jedoch sollten die verschiedenen Wissenskomponenten nicht als bloße Addition verschiedener Wissensformen missverstanden werden. Zwischen den einzelnen Ebenen der Pyramide besteht eine komplizierte Interaktion, die nicht durch Beobachtung von außen, sondern durch Selbstreflexion zur Sprache gebracht werden kann, indem der Therapeut versucht, sein „Knowing-how“ in ein „Knowing-that“ zu überführen.

Fachwissen

Fachwissen wird oft mit dem Wissen aus Lehrbüchern gleichgesetzt. Es meint sowohl deklaratives als auch prozedurales Wissen bezogen auf den Kontext der Sprachtherapie. In der Regel handelt es sich um dabei um explizites Wissen.



Abb. 1.2: Therapeutische Wissenspyramide (modifiziert nach Guilford et al. 2007)

Handwerkliches Wissen

Das handwerkliche Wissen besteht aus dem Wissen, wie Lehrbuchinhalte praktisch umgesetzt werden können. Deshalb beinhaltet es einerseits Anteile des prozeduralen Wissens, ergänzt um praktisches Wissen (Benner 2000), das aus Praxiserfahrungen gewonnen wird und auf das Fachwissen einwirkt. Das handwerkliche Wissen beinhaltet das Wissen um die Besonderheiten und Anforderungen verschiedener klinischer Settings und spezifischer Patientenbedürfnisse und transformiert das theoretische Wissen in klinisch relevante Umsetzungen. Handwerkliches Wissen kann sowohl implizit als auch explizit sein.

Personales Wissen

Das persönliche Wissen eines Therapeuten meint sein ganz individuelles Wissen über sich als Person und sein Selbst. Dieses Wissen beinhaltet das Bewusstsein für individuelle Denkstile – z. B. die Strategien, die wir nutzen; das Wissen um Effekte der Wahrnehmung wie Projektion und Selektion und die persönlichen Voreingenommenheiten eines Therapeuten; das Wissen um den individuellen Lernstil und eigene Stärken, Defizite und Grenzen des klinischen Wissens. Persönliches Wissen entsteht aus der persönlichen Biografie des Therapeuten. Personales Wissen kann implizit oder explizit sein.

„Stilles Wissen“

Das Tacit Knowledge, das „Stille Wissen“ ist in der Regel implizites Wissen, kann aber durch die Analyse des therapeutischen Denk- und Entscheidungsprozesses explizit und damit verbalisierbar werden. Das „Stille Wissen“ ist eng mit der Berufsbiografie – mit der Entwicklung im Novize-Experte-Kontinuum – verbunden.

1.5 Klinische Expertise in der Sprachtherapie

Was bedeutet dies nun für die Theorie der klinischen Expertise in der Logopädie / Sprachtherapie? Überträgt man die Begriffe des Clinical Reasoning auf diesen Bereich, so umfasst diese zum einen das Wissen, das im Studium, in der therapeutischen Ausbildung und in Fort- und Weiterbildungen vermittelt wird. Zum anderen besteht sie aus den Erfahrungen, die während der Berufsausübung gesammelt werden. Mit zunehmendem Wissen und den anwachsenden Erfahrungen entwickelt sich eine Expertise, die sich im Einzelnen aus

- Fachkenntnissen in der Diagnose und Therapie,
- einer wissenschaftlichen Grundhaltung
- analytischen Fähigkeiten zur Lösung (klinischer) Probleme und
- geschulten Persönlichkeitsmerkmalen zum adäquaten Umgang mit (chronisch) erkrankten Personen

zusammensetzt (Beushausen / Grötzbach 2018, Abb. 1.3).



Abb. 1.3: Klinische Expertise in der Sprachtherapie (Beushausen / Grötzbach 2018, modifiziert nach Guilford et al. 2007)

1.5.1 Wissenschaftliche Grundhaltung

Professionell handelnde Logopäden, die ihre pädagogisch-therapeutischen Entscheidungen in einer wissenschaftlich fundierten und evidenz-basierten 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 äußern (Beushausen / Grötzbach 2018). Dies äußert sich im kritischen Hinterfragen sowohl von neuen Therapiemethoden und Diagnostikverfahren als auch von Therapiemethoden, deren Wirksamkeit sich auf bloße Anekdoten oder die Tradition einer Berufsgruppe stützt. Der auf diese kritische Auseinandersetzung folgende Impuls der Therapeutin sollte nicht die Nachahmung einer neuen Methode/ eines Verfahrens sein, sondern der Wunsch, das Verfahren mit geeigneten Methoden der Datenerhebung und -auswertung zu überprüfen (Beushausen / Grötzbach 2018).

Abbildung 1.3 zeigt die Vielschichtigkeit klinischer Expertise, die häufig als implizites Wissen oder als stilles Wissen (tacit knowledge) in der Therapeutin verankert ist. Das meint ein formalisiertes Wissen – Kenntnisse oder Fähigkeiten, die nicht explizit formuliert sind und sich möglicherweise auch nicht erklären lassen. Ein Therapeut kann in der Regel praktisch zeigen, was er weiß, das Gezeigte aber ggf. nicht verbalisieren. „Stilles Wissen“ kann durch die Analyse des therapeutischen Denk- und Entscheidungsprozesses explizit und damit verbalisierbar werden.

1.5.2 Kognition und Wahrnehmung

Wahrnehmungsprozesse und kognitive Prozesse sind eng mit der therapeutischen Entscheidungsfindung verwoben. Unsere Wahrnehmung erfolgt in der Regel zufällig und ungezielt, sie dient der Orientierung in der Umwelt. Wahrnehmungsinhalte werden nur dann ins Gedächtnis aufgenommen, wenn dem Beobachteten besondere Aufmerksamkeit gewidmet wird. Ansonsten werden die meisten Wahrnehmungsinhalte sofort wieder gelöscht, da es sonst zur Reizüberflutung kommen würde. Durch gelenkte Aufmerksamkeit kann jedoch eine gezielte

Beobachtung durchgeführt werden. Diese dient dazu, Informationen über eine Sache oder Person zu erhalten. Das Gehirn speichert die Informationen, verarbeitet die Erfahrung und vergleicht sie mit bereits gespeichertem Wissen. Im Folgenden werden typische Wahrnehmungseffekte beschrieben, wie sie für den therapeutischen Kontext relevant sind.

Elemente des Wahrnehmungsprozesses

Weil das Informationsangebot der Umwelt so vielfältig ist, ist die Wahrnehmung immer ein hochselektiver Prozess. Sie ist auch deshalb selektiv, weil sie durch innere Programme gelenkt wird, durch Gefühlslagen und Affekte, durch latente Erfahrungen, Wertvorstellungen und schließlich auch durch unsere Intentionen. Sie ist darüber hinaus selektiv, weil wir über sehr viele Sinnesorgane verfügen und diese nicht immer gleichzeitig und gleichmäßig zur Informationsgewinnung einsetzen. **Selektion** ist die Auswahl von Wahrnehmungsinhalten. Menschen zeigen diesbezüglich individuelle Unterschiede: Gewünschtes wird wahrgenommen, Unerwünschtes herausgefiltert.

Die Wahrnehmung wählt aber nicht nur aus, sie fügt auch hinzu. Viele Laute und manchmal ganze Wörter können wir in der Rede des Gegenübers nicht verstehen, trotzdem vervollständigen wir seinen Text. Unsichere Umrisslinien von Buchstaben werden nebenbei ergänzt, und so manche unausgesprochenen Gedanken meinen wir dennoch verstanden zu haben. Wahrnehmung ist insoweit nicht nur ein selektiver, sondern auch ein additiver Vorgang. Durch **Projektion** werden wahrgenommene Reize zu einem sinnhaften Ganzen zusammengeführt. Man ordnet die wahrgenommenen Teile derart, dass ein passendes Bild entsteht. Auch selektiv wahrgenommene Sachverhalte werden so zusammengefasst und strukturiert, dass daraus eine schlüssige und nachvollziehbare Geschichte wird.

Wahrnehmungseffekte

Aufgrund ihres ungerichteten Charakters ist die therapeutische Wahrnehmung – wie Wahrnehmung allgemein – vielen Effekten unterworfen, die sich auch im therapeutischen Alltag auswirken können. Das betrifft sowohl die Wahrnehmung der Thera-

peuten selbst als auch die der Patienten. Wahrnehmungseffekte sind nicht als Wahrnehmungsfehler zu werten, sondern als regulär auftretende Mechanismen. Jeder Therapeut muss ein Bewusstsein für seine Denk- und potenziellen Wahrnehmungsmuster entwickeln, um mögliche Fehlerquellen bei therapeutischen Entscheidungen, aber auch mögliche Wahrnehmungseffekte bei Klienten zu antizipieren (Zielke-Nadkarni 2005). Nachfolgend werden die für eine therapeutische Situation relevanten Effekte erläutert (Norman et al. 2017).

Hawthorne-Effekt

Im Hawthorne-Effekt ändern Menschen ihr Verhalten, wenn sie wissen, dass sie beobachtet werden. Dies gilt beispielsweise auch für Diagnostik- und Testsituationen der Sprachtherapie.

Erster Eindruck

Besonders stark auf die weitere Beziehung zu anderen Menschen wirkt sich der erste Eindruck aus, weil durch ihn nachfolgende Eindrücke kanalisiert und widersprüchliche Informationen ignoriert werden. Dieses Vorgehen dient als Vergleichsmaßstab zukünftiger Wahrnehmungen: Der erste Eindruck steuert die weitere Beobachtung und Wahrnehmung, obwohl er durch ein Vorurteil falsch sein könnte. Der Effekt des ersten Eindrucks gehört zu den Reihenfolgeeffekten (Primacy- und Recency-Effekt), die besagen, dass der Zeitpunkt der Informationsaufnahme entscheidend für die Speicherung bzw. Nichtspeicherung im Gedächtnis ist. Zählen Patienten mehrere Symptome hintereinander auf, so besteht die Gefahr, dass Therapeuten die in der Mitte genannten vergessen. Die zuerst und zuletzt aufgenommene Information wird dagegen besonders gut erinnert.

Kontrasteffekt/Ähnlichkeitseffekt

Beim Kontrasteffekt werden anderen Personen Eigenschaften zugewiesen, die beim Beobachter selbst nicht ausgeprägt vorhanden sind. Ein Ähnlichkeitseffekt liegt dann vor, wenn Eigenschaften oder Charaktermerkmale der eigenen Person auch frem-

den Personen zugeschrieben werden. Ob es sich um positive oder negative Eigenschaften handelt, ist für die Zuschreibung unerheblich. Die momentane Befindlichkeit des Wahrnehmenden spielt dabei eine wichtige Rolle.

Kontakteffekt

Häufige Kontakte zwischen Patient und Therapeut können die Wahrnehmung, z. B. für die Stimmqualität oder Verhaltensauffälligkeiten des Patienten, verzerren.

Subjektive Persönlichkeitstheorie

Der Wahrnehmende hat eine eigene Meinung, welche Eigenschaften einer Person zusammengehören. Daher werden beobachtete Persönlichkeitseigenschaften in diesem System erkannt und vermeintlich dazugehörige Eigenschaften automatisch projiziert. So wird ein tiefer rauher Stimmklang häufig mit übermäßigem Alkohol- und Zigarettenkonsum assoziiert.

Halo-Effekt

Eine wahrgenommene Eigenschaft erzeugt einen Gesamteindruck, der die zusätzlich wahrgenommenen Eigenschaften „überstrahlt“, sodass diese ausgeblendet werden. Dem Gegenüber werden unbewusst Charaktereigenschaften zugeschrieben, die sein Temperament bewerten, sein logisches Denken und sein individuelles situatives Verhalten einschätzen. Es finden zudem Bewertungen seiner Lebensfreude, seines Regel- und Normverständnisses statt sowie Wertungen über emotionale Stabilität und soziale Integration. Dies kann beispielsweise bei der Beurteilung der äußeren Erscheinung einer Person zum Tragen kommen.

Stereotype

Personen einer bestimmten Gruppe oder Schicht werden mit Attributen assoziiert, die aus persönlichen Erfahrungen mit einzelnen Gruppenmitgliedern resultieren.

Mildefehler

Der Mildefehler ist die Tendenz, erwünschte Eigenschaften höher zu gewichten als unerwünschte. Macht eine beliebte Person einen Fehler, wird sie weniger streng sanktioniert als eine unbeliebte Person. Ähnlichen Phänomenen können Prüfer ihren Prüflingen gegenüber erliegen. Dies ist auch umgekehrt – mit negativen Eigenschaften – möglich (Strenggeeffekt).

Tendenz zur Mitte

Menschen haben die Neigung, sich eher in Richtung zur Mitte als zu den Extremen hin zu äußern, insbesondere wenn sie sich zwischen zwei Alternativen entscheiden sollen. Der Effekt beschreibt die Tendenz, extreme Urteile zu vermeiden. Diese tritt oft dann auf, wenn die zu beurteilende Person noch wenig bekannt ist. Bei Beurteilungen oder in der Notengebung können deshalb häufiger die mittleren Kategorien auftreten statt „sehr gut“ oder „mangelhaft“.

Tendenz zur sozialen Erwünschtheit

Menschen äußern sich in die Richtung, in der sie die sozial akzeptierte Antwort vermuten. Beispielsweise auf die Frage „Wie geht’s?“ Antworten die wenigsten mit „ganz hervorragend“ oder „extrem schlecht“. Auf Patientenäußerungen bezogen heißt das, dass Therapeuten ihre Klienten sehr gut beobachten müssen, damit ihnen Akutzustände nicht entgehen. Insbesondere bei Fragen und Patientenantworten zum Fernsehkonsum bei Kindern, zu Rauchen und Alkoholgenuß bei Erwachsenen etc. ist dieser Wahrnehmungseffekt zu bedenken.

BEISPIEL

Soziale Erwünschtheit

Es melden sich zwei neue Stimmpatienten kurz hintereinander an und kommen auf die Warteliste. Ein Patient schildert am Telefon drastisch, welche Auswirkungen seine kommunikativen Einschränkungen durch seine Stimmbeschwerden auf den Alltag haben, der andere Patient fragt nur nach einem freien Termin für eine Stimmtherapie. Die Logopädin nimmt nach einiger Zeit

den ersten Patienten in die Therapie. Als schließlich beide Patienten in der Praxis behandelt werden, stellt sich heraus, dass der zweite Patient weitaus mehr in seiner Berufsausübung beeinträchtigt ist als der erste Patient.

Logischer Fehler

Logische Fehler können bei der Bewertung von Merkmalen, Eigenschaften und Erscheinungsbild einer Person entstehen. Von einer Eigenschaft wird mittels naiver Alltagslogik auf andere Eigenschaften geschlossen. Andere in dieses Bild nicht passende Wahrnehmungen werden „übersehen“: z. B. „Übergewichtige sind disziplinos“ oder „Dicke sind gemütlich“. Hinter solchen Sätzen steht die Annahme, dass bestimmte Merkmale, die vermeintlich zusammengehören, stets zusammen auftreten.

Kausaler Fehler

Der kausale Fehler meint eine willkürliche Wenn-dann-Verknüpfung, z. B. von zwei gleichzeitig auftretenden Ereignissen, die kausal in keinem Zusammenhang stehen müssen, sondern von einer dritten Variablen bedingt sein können. Beispielsweise berichten Eltern stotternder Kinder häufig von Ereignissen (Unfälle, psychische Belastungssituationen) als vermeintliche Auslöser des Stotterns, weil diese zeitgleich mit den ersten Stottersymptomen auftraten.

Selbsterfüllende Prophezeiung

Hypothesen sollen sich bewahrheiten: Wir übersehen gern Evidenz und Daten, die unsere Hypothese widerlegen und überinterpretieren Daten, die die Hypothese stützen (Klemme/Siegmann 2014). Symptome für die angenommene weitere Entwicklung werden leichter wahrgenommen als gegenteilige Symptome oder Erscheinungen. Dadurch tritt das angenommene Ereignis tatsächlich eher ein. Die selbsterfüllende Prophezeiung (Selffulfilling Prophecy) ist eine Vorhersage, die sich nur deshalb erfüllt, weil sie von einem sozialen Akteur geäußert und von anderen aufgenommen wurde. Sie ist eine besondere Ursache der Folgen, von denen

sie spricht. Eine typische Anwendungsform ist z. B. das als Vorhersage getarnte, gezielte Gerücht. Auch ohne diese besondere Ursache können die vorhergesagten Folgen eintreten, müssen es aber keineswegs. Vor allem von vielen Menschen geteilte Erwartungen können eine eigene soziale Wirkungskraft entwickeln. Die selbsterfüllende Prophezeiung kann therapeutisch genutzt werden, wenn einem Klienten Erfolg oder auch Misserfolg therapeutisch „verschrieben“ wird.

Attributionseffekt

Dieser Effekt beschreibt die Tendenz, Personen als Ursache für ihre eigenen Handlungen zu sehen. Das kann sich z. B. in der Überwertung dispositio-naler Faktoren in Verursachungsmodellen und in der Unterbewertung situationaler Parameter manifestieren. Häufig wird von an einem Menschen wahrgenommenen Verhaltensweisen auf eine korrespondierende Disposition geschlossen, wenn beispielsweise die motorische Unruhe eines Kindes auf Hyperaktivität zurückgeführt wird, jedoch nicht auf die Situation, in der dieses unruhige Verhalten gezeit wird.

1.5.3 Reflexion

Reflexivität bzw. Selbstreflexivität, wie sie im Clinical-Reasoning-Prozess zum Tragen kommt, ermöglicht der Therapeutin, ihre Tätigkeit auf verschiedenen Ebenen einzuschätzen, zu bewerten und ggf. anzupassen. Die kontinuierliche Reflexion des beruflichen Alltags ist von besonderer, wenn nicht zentraler Bedeutung für das professionelle Handeln. Ein professionelles Handlungsverständnis zeigt sich in der Reflexion des einzelnen klinischen Falls und dem daraus abgeleiteten individuellen Fallverstehen.

Die Informationsaufnahme und -verarbeitung sowie das Denken über die aktuelle Lage, das Problem des Patienten und die daraus abzuleitenden Maßnahmen können chronologisch betrachtet vor, während und nach dem Patientenkontakt erfolgen (Schön 2017). **Reflection in Action** bedeutet die Reflexion der eigenen Handlungen während der Ausführung; **Reflection on Action** die retrospektive Analyse des Handelns. Je nach Reflexionstyp

und Situation erfolgt dieser Prozess implizit, also eher unbewusst und nicht direkt verbalisierbar oder explizit und damit bewusst.

Im Reflexionsprozess wird die Anwendung deklarativen und prozeduralen Wissens ebenso reflektiert wie persönlichen Reaktionen, soweit sie zur professionellen Rolle gehören, sowie das eigene Selbst. Reflexion als Bindeglied zwischen Denken und Handeln liefert wichtige Informationen über die Effektivität therapeutischer Handlungen und ermöglicht die Ableitung allgemeinen strategischen Wissen (Boshuizen / Schmidt 2008).

Strukturierungshilfen – wie eine systematische Anleitung angehender Sprachtherapeuten zur Selbstreflexion und die Ableitung übergeordneter Entscheidungskategorien – können helfen, komplexe Therapiesituationen in allen Einzelheiten zu erfassen. Die Anwendung von „kompetentem“ Clinical Reasoning, wie Jones (1998, 4) erfolgreiches Clinical Reasoning nennt, hat viele positive Folgen für die therapeutischen Berufe. Wissen und therapeutische Interventionen können gezielt organisiert und modifiziert werden. Therapeuten sind in der Lage, ihr Denken und ihre Entscheidungen nach innen und außen transparent und nachvollziehbar zu begründen. Damit trägt Clinical Reasoning entscheidend zur Qualitätssicherung und -verbesserung bei. Abhängig vom Erfahrungshintergrund können Muster bekannter, typischer Krankheitszeichen erkannt werden; ihnen wird eine adäquate Vorgehensweise zugeordnet. Im Idealfall denkt der Praktiker über sein eigenes Denken nach und unterzieht es immer wieder einer kritischen Überprüfung. Clinical-Reasoning-Abläufe können erlernt, geschult und je nach Aufgaben- und Tätigkeitsbereich spezifiziert werden.

Jones (1998) schlägt vor, Clinical Reasoning als Instrument gezielt zu üben und somit kontrolliert zu verbessern. Dies kann durch Training folgender Prozesse geschehen:

- Bewusstmachung der Denkvorgänge,
- Berücksichtigung der Störungserfahrung des Patienten,
- gemeinsame Entscheidungsfindung,
- Bewusstmachung von Denkfehlern
- verstärkte Hypothesenüberprüfung,
- Wissensvermehrung und Verbesserung der Wissensorganisation,
- Reflexion und divergentes Denken.

Die therapeutische Entscheidungsfindung selbst kann schließlich über verschiedene Wege erfolgen. Es können Hypothesen zu möglichen Ursachen oder Zusammenhängen entwickelt werden; diese können wiederum auf unterschiedlichste Weise (Tests, informelle Prüfverfahren, systematische Beobachtung) bestätigt oder wieder verworfen werden.

1.6 Generelle Strategien beim Clinical Reasoning

Im Folgenden werden zwei Hauptstrategien des Reflexionsprozesses dargestellt, die besonders im diagnostischen Prozess eine Rolle spielen und zur Beschreibung des therapeutischen Verhaltens von Berufsanfängern und Expertinnen eingesetzt werden (Yazdan et al. 2017).

1.6.1 Hypothetisch-deduktives Vorgehen

Beim hypothetisch-deduktiven Reasoning stellen Therapeuten aufgrund der ihnen vorliegenden klinischen Daten Hypothesen auf. Als Hypothese bezeichnet man eine vorläufig durch Beobachtungen oder Überlegungen begründete Annahme oder Vermutung. Diese Hypothesen beruhen auf Beobachtungen, in denen Therapeuten Schlüsselinformationen, sog. Cues sammeln. Als Cues (Hinweise) werden in der Lernpsychologie sowohl die perzeptiv vermittelten Erinnerungshilfen an das verstanden, was „zusammengehört“, als auch konzeptuell-semantisch gestützte Verbindungen zwischen dem, was sprachlich „zueinanderpasst“.

Therapeuten testen, bestätigen, verwerfen oder verändern ihre zuvor gestellten Hypothesen, wenn sie weitere Informationen durch erneute Untersuchungen gewinnen konnten (Albert et al. 1988, zit. n. McAllister/Lincoln 2005). Hypothesen werden auf der Grundlage von Patientendaten und Wissen gebildet, die durch weitere Datenerhebung auf ihre Richtigkeit hin überprüft werden. In diese Denkvorgänge, die sich beim Hypothesenbilden und -testen abspielen, sind sowohl die Induktion als auch die Deduktion mit eingeschlossen. Mit den Begriffen Induktion und Deduktion wird der Vorgang spezifiziert. **Induktion** bedeutet, dass aus der wiederholten Beobachtung bestimmter Vorkomm-

nisse ein allgemeines Gesetz abgeleitet wird. Die Induktion dient somit der **Hypothesenbildung**. Die **Deduktion** dagegen dient der **Hypothesentestung**, da die Art des Denkens vom Allgemeinen zum Speziellen verläuft: Mithilfe von Deduktion werden spezielle Einzelerkenntnisse aus allgemeinen Theorien gewonnen.

Das hypothetisch-deduktive Vorgehen ist in medizinischen Settings als eine untergeordnete Form des diagnostischen Prozesses gut anzuwenden und wird besonders von Novizinnen (Berufsanfängern) genutzt, da der Aufbau sehr kleinschrittig und strukturiert erfolgt. Aufgrund der Symptome, die der Patient schon während der Anamnese zeigt, kann der Sprachtherapeut – auf der Basis seines Wissens – Hypothesen bezüglich des möglichen Störungsbilds aufstellen und danach eine gezielte Diagnostikauswahl treffen. Aber auch erfahrene Therapeuten greifen darauf zurück, wenn ungewöhnlich komplexe Syndrome, komorbide Störungen oder unbekannte Störungsbilder vorliegen.

In Abbildung 1.4 kann man den Ablauf der Arbeitsschritte im hypothetisch-deduktiven Vorgehen nachvollziehen. Grundlage der Wahrnehmung von Schlüsselinformationen ist die Erwartungshaltung (pre-assessment image; Benamy 1999) des Therapeuten, die sich aus Informationen über den Patienten im Vorfeld der Therapie – wie die ärztliche Diagnose, Informationen zu Alter, Geschlecht, Dringlichkeit der Behandlung etc. – und durch die individuellen Vorerfahrungen des Therapeuten bei Klienten mit ähnlichem medizinischen oder persönlichen Hintergrund speist. Durch Beobachten des Klienten werden die Schlüsselreize abgeleitet, Hypothesen generiert und durch weitere Tests geprüft, verifiziert oder verworfen, bis sich eine passende Diagnose für ein vom Patienten gezeigtes Störungsbild ableiten lässt.

Das hypothetisch-deduktive Vorgehen in der Sprachtherapie stellt Annahmen zu einem Patienten und seinen Kommunikationsbeeinträchtigungen in den Mittelpunkt: Der Therapeut setzt persönliche Gespräche, gezielte Beobachtungen des Patienten sowie informelle und standardisierte Untersuchungen ein, um Annahmen zu generieren. Auf die Informationssammlung und Hypothesenaufstellung folgt die Deduktion, die Ableitung vom Allgemeinen zum Besonderen: Die Theorie eines Störungsbilds wird auf den spezifischen Fall ange-

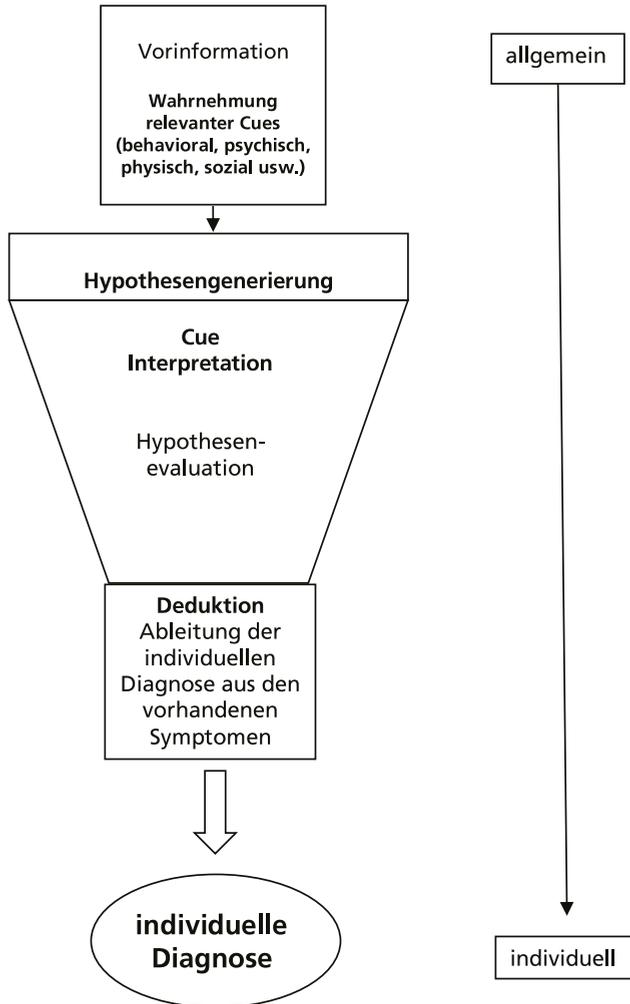


Abb. 1.4: Hypothetisch-deduktives Vorgehen

wandt. Nachdem eine individuelle Diagnose erstellt ist, folgt die daran orientierte Behandlungsplanung. Allerdings ist der Reflexionsprozess mit der Diagnosestellung und Behandlungsplanung nicht abgeschlossen, sondern wirkt als zirkulärer Prozess im Therapieverlauf weiter: Auch während der Behandlung nimmt der Therapeut ständig weitere Schlüsselinformationen auf, gleicht diese mit früheren Hypothesen ab oder bildet neue Hypothesen und evaluiert sie – und prüft so permanent die Richtigkeit seiner Entscheidungen, um diese nötigenfalls zu revidieren.

1.6.2 Mustererkennung (Pattern Recognition)

Die Mustererkennung (Pattern Recognition, Elstein/Schwarz 2008) kann als eine komprimierte, vor allem zeitsparende Form des hypothetisch-deduktiven Vorgehens angesehen werden. Ebenfalls aufgrund von Anamnese und Diagnostik und allen damit verbundenen Möglichkeiten der Informationssammlung werden bei der Mustererkennung die Muster bekannter, typischer Symptome des Klienten vom Therapeuten erfasst. Der Unterschied besteht jedoch darin, dass die Therapeutin, wenn sie

Mustererkennung anwendet, nicht jedes Detail der Anamnese und der Diagnostik analysieren muss, um eine passende Diagnose stellen zu können. So erfassen und interpretieren berufterfahrene Therapeuten mittels Mustererkennung ein klinisches Problem rascher als beim hypothetisch-deduktiven Vorgehen, sofern es sich um unproblematische Situationen handelt. Dies erfordert eine Bandbreite klinischer Muster und Kenntnisse über typische bzw. prototypische klinische Erscheinungsformen, die auf klinischen Erfahrungen und einer gut strukturierter Wissensbasis aufgebaut sind. Diese Form des Clinical Reasoning wird selten von Berufsanfängern benutzt, da ihnen die klinische Erfahrung in der Regel noch fehlt und sie sich deshalb noch keine abrufbaren Muster und Krankenskripte aufbauen konnten.

Mustererkennung und hypothetisch-deduktives Vorgehen sind miteinander verbundene Prozesse, die sich im diagnostischen Prozess ergänzen und abwechseln: Die Mustererkennung generiert Hypothesen, und das Testen von Hypothesen wiederum führt dazu, dass erkannte Muster sich auch in der Praxis als reliabel erweisen (Edwards et al. 2004). Welche Strategie ein Therapeut in einer spezifischen Situation schließlich anwendet, ist abhängig vom Grad seiner praktischen Erfahrung und von seinem Wissensstand sowie von der Art des klinischen Falls selbst. Weitere Faktoren wie die spezifischen Rahmenbedingungen eines Falls und die Tatsache, dass viele Störungsbilder in der Realität anders erscheinen, als sie in Lehrbüchern idealtypischerweise beschrieben sind, beeinflussen ebenfalls die Strategiewahl. Der Ablauf der **Mustererkennung** erfolgt **in fünf Schritten** (Abb. 1.5; McAllister / Lincoln 2005):

1. **Beobachtung:** Aufnahme des Störungsbilds,
2. **Identifizierung** der signifikantesten Symptome: Gewinnung von Merkmalen, Merkmalsreduktion,
3. **Erkennen von Zusammenhängen** zwischen den beobachteten Symptomen,
4. **Klassifikation:** Vergleichen der Konstellation mit bereits verinnerlichten Kategorien dieses Typs,
5. **Evaluation** des Musters: Reflexion des Vorgehens.

Im *ersten Schritt* der Mustererkennung werden das Erscheinungsbild der Störung bzw. die Beeinträchtigung beobachtet und relevante Schlüsselinformationen gesammelt. Im *zweiten Schritt* werden die

Symptome erfasst und auf die (hervorstechenden) Leitsymptome reduziert (Merkmalsreduktion). Im *dritten Schritt* werden diese Symptome (wenn möglich) in einen Zusammenhang gebracht. Daraus entsteht ein gedankliches Muster des Störungsbilds. Das ermittelte Muster wird daraufhin im *vierten Schritt* mit bereits bekannten Mustern von Störungsbildern verglichen. Das entstandene gedankliche Muster kann mit dem bereits existierenden Muster übereinstimmen oder auch konträr dazu sein. Lässt sich keine Übereinstimmung der Muster finden, besteht die Möglichkeit, auf das hypothetisch-deduktive Vorgehen zurückzugreifen, um den klinischen Fall von Beginn an detaillierter zu analysieren und so kleinschrittig zur Diagnose zu gelangen. Bei der Merkmalsreduktion in Schritt zwei besteht die Gefahr, wichtige Details zu übersehen, da sie evtl. zunächst als nicht relevant eingestuft wurden. Deshalb muss im fünften Schritt die Reflexion des Vorgehens und des ermittelten Musters erfolgen.

BEISPIEL

Hypothetisch-deduktives Vorgehen und Mustererkennung

In einer phoniatischen Ambulanz stellt sich ein Patient mit einer Redeflussstörung vor. Die untersuchende Sprachtherapeutin, eine Berufsanfängerin mit wenig Erfahrung in diesem Störungsbereich, ist zunächst verwirrt. Die gezeigten und in der Anamnese berichteten Symptome passen nicht eindeutig in eine in der Literatur beschriebene Kategorie des Polterns oder Stotterns. Sie stellt die Hypothese auf, es handle sich um ein Stottern, und beschließt, zunächst eine Befunderhebung zum Stottern durchzuführen und falls diese kein eindeutiges Bild ergäbe, eine Polterdiagnostik anzuschließen. Nach abgeschlossener Befunderhebung spricht sie mit einer erfahrenen Kollegin, die bereits viele Patienten mit Redeflussstörungen erlebte, über den Patienten. Diese bezweifelt nicht, dass es sich um ein Stottern handelt. Obwohl der Patient kein typischer „Lehrbuchfall“ ist, registriert die Berufsanfängerin die Leitsymptomatik eines Stotterns.

1.6.3 Formen des Clinical Reasoning

In der Physiotherapie, der Ergotherapie und der Pflege werden unterschiedliche Klassifizierungen der Formen des Clinical Reasoning vorgenommen.