



Ulla  
Beushausen (Hg.)

# Therapeutische Entscheidungsfindung in der Sprachtherapie

Grundlagen und 15 Fallbeispiele



 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](http://ikostudio/stock.adobe.com)

Satz: ew print & medien service gmbh, Würzburg

Ernst Reinhardt Verlag, Kemnatenstr. 46, D-80639 München  
Net: [www.reinhardt-verlag.de](http://www.reinhardt-verlag.de) E-Mail: [info@reinhardt-verlag.de](mailto:info@reinhardt-verlag.de)

# Inhalt

## Einleitung

## Teil 1: Grundlagen

### **1 Grundlagen der therapeutischen Entscheidungsfindung**

*Von Ulla Beushausen*

- 1.1 Clinical Reasoning – was ist das?
- 1.2 Wie alles begann: Forschung zum Clinical-Reasoning-Prozess
- 1.3 Basiselemente der therapeutischen Entscheidungsfindung
  - 1.3.1 Kognition
  - 1.3.2 Wissen
  - 1.3.3 Metakognition
- 1.4 Formen des Wissens
  - 1.4.1 Explizites Wissen
  - 1.4.2 Implizites Wissen
  - 1.4.3 Deklaratives Wissen
  - 1.4.4 Prozedurales Wissen
  - 1.4.5 Therapeutisches Wissen
- 1.5 Klinische Expertise in der Sprachtherapie
  - 1.5.1 Wissenschaftliche Grundhaltung
  - 1.5.2 Kognition und Wahrnehmung
  - 1.5.3 Reflexion

- 1.6 Generelle Strategien beim Clinical Reasoning
  - 1.6.1 Hypothetisch-deduktives Vorgehen
  - 1.6.2 Mustererkennung (Pattern Recognition)
  - 1.6.3 Formen des Clinical Reasoning

## **2 Von der Anfängerin zur Expertin**

*Von Ulla Beushausen*

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

## **3 Entscheidungen im therapeutischen Prozess**

*Von Ulla Beushausen und Wenke Walther*

- 3.1 Typische Entscheidungssituationen
  - 3.1.1 Erstkontakt zwischen Therapeut und Klient
  - 3.1.2 Diagnostikprozess
  - 3.1.3 Therapieprozess
  - 3.1.4 Beratungsprozess
  - 3.1.5 Interdisziplinärer Austausch
  - 3.1.6 Intradisziplinärer Austausch
  - 3.1.7 Dokumentation und Evaluation

- 3.2 Ein Modell zur therapeutischen Entscheidungsfindung
  - 3.2.1 Der Klient- problemspezifischer Informationsstand
  - 3.2.2 Der Therapeut- fachspezifischer Informationsstand
  - 3.2.3 Gemeinsame Schnittmenge in der Interaktion
  - 3.2.4 Rahmenbedingungen/Setting

## **4 Entscheidungshilfen**

*Von Ulla Beushausen*

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

## **Teil 2: Fallbeispiele**

### **5 Therapeutische Entscheidungsfindung bei Sprachentwicklungsstörungen (SES)**

*Von Wenke Walther*

- 5.1 Fallbeschreibung
  - 5.1.1 Die erste Vorstellung
  - 5.1.2 Anamnese
  - 5.1.3 Diagnostik
- 5.2 Entscheidungsfindungsprozess: Therapieplanung

- 5.2.1 Ziele
- 5.2.2 Methodisches Vorgehen
- 5.2.3 Durchführung und Reaktionen
- 5.2.4 Verlauf der folgenden Einheiten
- 5.2.5 Ergebnisse des ersten Therapieblocks
- 5.3 Aktueller Stand und Ausblick

## **6 Therapeutische Entscheidungsfindung bei Aussprachestörungen**

*Von Annette V. Fox-Boyer*

- 6.1 Fallbeschreibung
  - 6.1.1 Vorstellungsgrund
  - 6.1.2 Erstkontakt
  - 6.1.3 Anamnese
- 6.2 Diagnostik
  - 6.2.1 Untersuchung
  - 6.2.2 Diagnose nach der ICF
- 6.3 Entscheidungsfindung
  - 6.3.1 Ist eine logopädische Intervention zu diesem Zeitpunkt angebracht?
  - 6.3.2 Wie lassen sich die Symptome erklären, welchen Störungsebenen sind sie zuzuordnen?
  - 6.3.3 Welches therapeutische Vorgehen ist aus welchen Gründen angebracht?
  - 6.3.4 Inwieweit können Aussagen über mögliche Ursachen gemacht werden?
  - 6.3.5 Gibt es patientenspezifische Parameter, die für die Behandlung dieses Kindes zu bedenken sind?
  - 6.3.6 Mit welcher Prognose ist zu rechnen?
  - 6.3.7 Welche Informationen über unterstützendes und hemmendes Verhalten sollten wem zuteilwerden?
- 6.4 Therapie

- 6.4.1 Behandlungsplanung 1
- 6.4.2 Behandlung 1
- 6.4.3 Behandlungsplanung 2
- 6.4.4 Behandlung 2
- 6.5 Ausblick

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

*Von Carola D. Schnitzler*

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

## **8 Therapeutische Entscheidungsfindung bei Hörschädigungen**

*Von Bianka Wachtlin*

- 8.1 Vorbemerkung
- 8.2 Vorstellungsgrund
- 8.3 Erstkontakt und Anamnese
  - 8.3.1 Einschränkungen der Körperstrukturen
  - 8.3.2 Einschränkungen der Körperfunktionen
  - 8.3.3 Einschränkungen der Aktivität und Partizipation
  - 8.3.4 Kontextfaktoren

- 8.4 Diagnostik
  - 8.4.1 Untersuchung
  - 8.4.2 Informationen aus der Beobachtung
  - 8.4.3 Informationen aus standardisierten Untersuchungsverfahren zum Fallbeispiel
  - 8.4.4 Diagnostik gemäß der ICF-CY
- 8.5 Entscheidungsfindung
  - 8.5.1 Ist eine logopädische Intervention indiziert?
- 8.6 Therapie
  - 8.6.1 Behandlung
- 8.7 Ausblick

## **9 Therapeutische Entscheidungsfindung bei Stottern im Kindesalter**

*Von Patricia Sandrieser*

- 9.1 Fallbeschreibung
- 9.2 Anamnese
- 9.3 Diagnostik
- 9.4 Beratung
  - 9.4.1 Spezifische Beratung zur Diagnostik
  - 9.4.2 Beratung zu möglichen Verläufen
  - 9.4.3 Beratung zu Therapiemöglichkeiten

## **10 Therapeutische Entscheidungsfindung bei Stottern**

*Von Martina Rapp*

- 10.1 Fallbeschreibung
  - 10.1.1 Anamnese
- 10.2 Diagnostik
  - 10.2.1 Diagnostik gemäß der ICF
  - 10.2.2 Diagnostik der Lebensqualität bei Stottern
- 10.3 Therapie - Hypothesen und Planung

- 10.3.1 Therapieverlauf
- 10.4 Zwischendiagnostik
- 10.5 Nachsorge: Gruppenprojekt
- 10.6 Abschlussgespräch

## **11 Therapeutische Entscheidungsfindung bei pragmatisch-kommunikativer Störung im Kindesalter**

*Von Bettina Achhammer*

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

## **12 Therapeutische Entscheidungsfindung bei Poltern**

*Von Anja Herbach und Matthias Kraus*

- 12.1 Einordnung und Limitationen
- 12.2 Anamnese und Befunderhebung
  - 12.2.1 Anamnese
  - 12.2.2 Befunderhebung
- 12.3 Darstellung der Behandlungsplanung
  - 12.3.1 Hintergrundstruktur der Therapie

- 12.3.2 Therapie als prinzipiengeleiteter Anpassungsprozess
- 12.3.3 Allgemeine Arbeitsprinzipien
- 12.3.4 Polterspezifische Arbeitsprinzipien
- 12.3.5 Prinzipien zum Arbeitsskript
- 12.3.6 Prinzipien zur Bewusstheit
- 12.3.7 Prinzipien zur Neuen Sprechweise
- 12.4 Darstellung der Behandlung
- 12.4.1 Therapiefrequenz, Dauer und zeitlicher Umfang der Therapieeinheit
- 12.4.2 Stundenaufbau und Vorgehen
- 12.4.3 Verlauf/Ergebnisse der Verlaufsdiagnostik

## **13 Therapeutische Entscheidungsfindung bei Aphasie**

*Von Holger Grötzbach*

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

## **14 Therapeutische Entscheidungsfindung bei Dysphagie**

*Von Margit Frehrking*

- 14.1 Fallbeschreibung
- 14.2 Anamnese
- 14.3 Diagnostik
  - 14.3.1 Ruheinspektion
  - 14.3.2 Überprüfung der Willkürmotorik
  - 14.3.3 Überprüfung der Sensibilität
  - 14.3.4 Überprüfung der Reflexe
  - 14.3.5 Überprüfung des willkürlichen Hustens, Schluckens und Speichelschluckens
  - 14.3.6 Schluckversuch und Essensbeobachtung
- 14.4 Zusammenfassung der Ergebnisse anhand der ICF
  - 14.4.1 Gesundheitsproblem
  - 14.4.2 Körperstruktur/Körperfunktion
  - 14.4.3 Aktivität/Partizipation
  - 14.4.4 Umweltfaktoren
  - 14.4.5 Personenbezogene Faktoren
- 14.5 Ernährungsentscheidung und Angehörigenberatung
  - 14.5.1 Festlegung der Therapieziele und Therapieinhalte
- 14.6 Therapieverlauf
- 14.7 Ergebnisse der weiterführenden Diagnostiken
- 14.8 Fazit

## **15 Therapeutische Entscheidungsfindung bei Dysarthrie**

*Von Annette Marek*

- 15.1 Fallbeschreibung
  - 15.1.1 Anamnese
  - 15.1.2 Diagnostischer Prozess
  - 15.1.3 Zusammenfassung der Ergebnisse

- 15.2 Entscheidung über Ansätze und Methoden
  - 15.2.1 Prognostische Überlegungen
  - 15.2.2 Therapeutische Prinzipien
  - 15.2.3 Partizipative Zielfindung
  - 15.2.4 Therapeutischer Rahmen
- 15.3 Spezifische Therapieinhalte
  - 15.3.1 Tonus und Respiration
  - 15.3.2 Phonation
  - 15.3.3 Artikulation
  - 15.3.4 Prosodie/Sprechgeschwindigkeit
- 15.4 Stand nach fünf Monaten und Ausblick

## **16 Therapeutische Entscheidungsfindung bei hyperfunktioneller Dysphonie**

*Von Mechthild Clausen-Söhngen*

- 16.1 Fallbeschreibung
  - 16.1.1 Aktuelle Situation
  - 16.1.2 Anamnese
- 16.2 Diagnostik
  - 16.2.1 Stimmbefund
  - 16.2.2 Prognose
- 16.3 Entscheidungsfindung
  - 16.3.1 Fragestellung
  - 16.3.2 Entscheidungsfindungsprozess gemeinsam mit der Klientin
  - 16.3.3 Entscheidungsprozess der Therapeutin
- 16.4 Therapieverlauf
  - 16.4.1 Behandlung 1
  - 16.4.2 Zwischenergebnis
  - 16.4.3 Behandlung 2
- 16.5 Resultat

16.5.1 Logopädisch-funktionale Veränderungen

## **17 Therapeutische Entscheidungsfindung bei kindlichen Stimmstörungen**

*Von Angelina Ribeiro von Wersch*

17.1 Fallbeschreibung

17.1.1 Anamnese

17.2 Diagnostik

17.2.1 Phoniatische Untersuchung

17.2.2 Logopädische Untersuchung

17.2.3 Differenzialdiagnose

17.3 Therapeutische Entscheidungsfindung

17.3.1 Ursache-Wirkungs-Hypothesen

17.3.2 Fragestellungen

17.3.3 Entscheidungsfindungsprozess

17.4 Therapie

17.4.1 Von der Hypothesenbildung über die Entscheidungsfindung zur Intervention

17.5 Resultat

17.5.1 Logopädisch-funktionale Veränderungen

17.5.2 Fazit

## **18 Didaktisches Reasoning in der Sprachtherapie**

*Von Andreas Wolfs*

18.1 Einführung

18.2 Didaktisches Reasoning in der Diagnostik

18.2.1 Fallbeschreibung

18.2.2 Vorbereitung und Durchführung der Diagnostik

18.2.3 Rückbetrachtung der Diagnostik

18.2.4 Betrachtung zukünftiger Lehr-Lern-Situationen

18.3 Didaktisches Reasoning im Therapieverlauf

18.3.1 Fallbeschreibung

- 18.3.2 Rückbetrachtung der bisherigen Therapieeinheiten
- 18.3.3 Betrachtung zukünftiger Lehr-Lern-Situationen
- 18.4 Didaktisches Reasoning nach Therapiebeendigung
  - 18.4.1 Fallbeschreibung
  - 18.4.2 Rückbetrachtung der Therapieeinheiten
  - 18.4.3 Betrachtung zukünftiger Lehr-Lern-Situationen
- 18.5 Diskussion
  - 18.5.1 Der Einsatz von retro- und prospektiven Leitfragen
- 18.6 Fazit

## **19 Ethisches Reasoning**

*Von Sandra Schiller*

- 19.1 Ethisches Reasoning und Berufsethik
  - 19.1.1 Ethisches Reasoning in der Sprachtherapie
  - 19.1.2 Charakteristika der sprachtherapeutischen Ethik
  - 19.1.3 Faktoren im Ethischen Reasoning-Prozess
- 19.2 Der Ethische Reasoning-Prozess anhand eines Fallbeispiels
  - 19.2.1 Schritt 1: Worum geht es? Fallbeschreibung aus Perspektive der Sprachtherapeutin
  - 19.2.2 Schritt 2: Welche weiteren Informationen sind relevant?
  - 19.2.3 Schritt 3: Wurde das Problem im ersten Schritt korrekt erkannt und benannt?
  - 19.2.4 Schritt 4: Reicht das eigene Wissen zur angemessenen Evaluation aus?
  - 19.2.5 Schritt 5: Wer sollte zusätzlich konsultiert werden?
  - 19.2.6 Schritt 6: Welche Handlungsoptionen gibt es und welche Folgen hätten diese?
  - 19.2.7 Schritt 7: Sich für eine vertretbare Handlungsoption entscheiden und diese umsetzen
  - 19.2.8 Schritt 8: War die Entscheidung richtig?

- 19.3 Sprachtherapeutischer Orientierungsrahmen für die ethische Entscheidungsfindung
  - 19.3.1 Form eines ethischen Problems
  - 19.3.2 Nutzen und Grenzen der biomedizinischen Prinzipienethik
  - 19.3.3 Nutzen und Grenzen von beruflichen Ethikkodizes
  - 19.3.4 Nutzen und Grenzen von Prozessmodellen für das Ethische Reasoning
- 19.4 Erweiterter Blick auf Praxiskontexte des Ethischen Reasoning
  - 19.4.1 Angemessene Berücksichtigung der individuellen Klientinnenperspektive im Ethischen Reasoning
  - 19.4.2 Ethische Fallbesprechung im Team

## **Autorinnen und Autoren**

## **Sachregister**

# 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 Vermittlung 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 finden 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 Entwickeln 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.