ISSN 1869-3504 • 2. Jahrgang • Heft 2 • 14,50 Euro
Oktober 2010

www.bdsl-ev.de

BDSL aktuell

Bundesverband Deutscher Schulen für Logopädie e.V.

Entscheidungen im Therapieprozess

Therapiearbeit

Ausbildungssupervision

Forschungstherapien

Lernberatungskonzept

Projektarbeit

Salutogenese

Weiterbildung

Berufspolitik

Forschendes Lernen

Copyright: Edition HarVe, Bremen. Urheberrechtlich geschütztes Material. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags. info@edition-harve.de

INHALT

6 BDSL aktuell Lehren · Lernen · Forschen

Entscheidungen im Therapieprozess – wie machen wir das eigentlich? Ein Blick auf ‚clinical reasoning'
Beatrice Rathey-Pötzke, Kiel 6

Therapiearbeit – ein konzeptueller Rahmen für die logopädische Praxisausbildung?
Dr. Hilke Hansen, Osnabrück 16

Ausbildungssupervision in der Logopädie: Zusammenarbeit an der Nahtstelle von Lehre und Beratung
Mechthild Clausen-Söhngen , Aachen 21

Seminarreihe Ausbildungssupervision
Christine Riese, Hannover 27

Forschungstherapien als Mittel der angewandten Forschung und akademischen Lehre
Dr. Julia Siegmüller, Sylvia Warnow & Nancy Bradschetl, Rostock 29

Lernberatungskonzept an der Lehranstalt für Logopädie Bochum
Cornelia Cassel, Bochum 37

Praxisausbildung an der Berufsfachschule für Logopädie der AWO Oldenburg
Barbara Miertsch, Ursula de Vries, Rita Schoon, Marion Schnitzler, Oldenburg 41

Das Projekt – eine Entdeckungsreise in die Verbindung von Theorie und Praxis in der Logopädie
Wiebke Siebert-Bettinger, Karin Voigt, Vera Wanetschka, Bremen 45

Kollegiale Ausbildungssupervision in der Gruppe oder „Über die allmähliche Verfertigung der Gedanken beim Reden" (Kleist, 1807)
Dorothee von Maydell, Hamburg, Vera Wanetschka, Bremen 58

Der Schlüssel zum Therapieerfolg
Dr. Andrea Dehn-Hindenberg, Hildesheim 66

Salutogenese – (M)Eine veränderte Sichtweise auf Therapie und Ausbildung
Petra Lange-Savasan, Bielefeld 74

79 Aktuelles aus Fachschulen und Hochschulen

Stimmt's? Coburg 79
Vorträge an der Münchner Berufsfachschule für Logopädie der GFEB 79
Facharbeits-Symposium an der Medau-Schule Coburg 80
10 Jahre Schule für Logopädie Koblenz 81

84 BDSL intern

Positionierung des BDSL im Akademisierungsprozess 84
Das schönste deutsche Wort 87
Der BDSL stellt sich vor 88
Neues aus der Schullandschaft 89
Förderpreis für Studierende 90
Call for papers 91

92 BDSL Weiterbildung

93 Medien

BDSL im Internet - aktuelle pdfs 93
Adressen der Mitgliedsschulen 96

98 Regularien

Der Vorstand 98
Impressum 98

Copyright: Edition HarVe, Bremen. Urheberrechtlich geschütztes Material. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags. info@edition-harve.de

Copyright: Edition HarVe, Bremen. Urheberrechtlich geschütztes Material. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags. info@edition-harve.de

BDSL aktuell

Entscheidungen im Therapieprozess – wie machen wir das eigentlich? Ein Blick auf ‚clinical reasoning'

Beatrice Rathey-Pötzke, Kiel

Der [Gestalt-]Zyklus [des Erlebens] umfasst den Prozess, in dem Menschen – individuell oder kollektiv – sich dessen bewusst werden, was in dem jeweiligen Augenblick geschieht und wie sie Energie aktivieren, um eine Handlung auszuführen…

Nevis, E. C., 2005

Einleitung

Leben ist geprägt von permanenten Entscheidungsprozessen. Die Fragen ‚was esse ich zum Frühstück'; ‚welchen Aufgaben des Tages räume ich Priorität ein'; ‚wie löse ich die Probleme, die zu diesen Aufgaben gehören' geben nur ein grobes Abbild dessen, worüber wir täglich, stündlich und zum Teil in Bruchteilen von Sekunden häufig unbewusst entscheiden.

Wenn Rettungssanitäter am Unfallort und Ärzte im Operationssaal entscheiden, muss dies oft sehr schnell gehen, da es um das höchste Gut - das Leben eines Menschen - geht. Was muss sichergestellt sein, damit diese Sicherheit in Kombination mit hohem Tempo vorhanden ist? Womit müssen Therapeuten ausgestattet sein, um Heilungsprozesse in Gang zu setzen, die gemäß SGB V § 12 (1) „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich" sind? Auch die Forderung nach ‚Evidenzbasierter Medizin' hat mit Wirtschaftlichkeit des Systems zu tun, da die zunehmend in finanzielle Engpässe kommenden Kostenträger weitestgehend sicherstellen wollen (und müssen), dass die Methoden der Heilmittelerbringer effizient sind – d. h. Heilung ermöglichen und gleichzeitig finanzierbar sind.

Schon in den fünfziger Jahren des 20. Jahrhunderts wurde im Rahmen der Lernpsychologie begonnen zu untersuchen, inwiefern sich Lernende von Experten unterscheiden. Durch den rapiden Anstieg medizinischen Wissens stellte sich zudem die Frage, wie Lernende diesen bewältigen können, und es wurden Wege gesucht, den zugrunde liegenden Prozessen auf die Spur zu kommen (Beushausen, 2009). Seit den achtziger Jahren erschienen zunehmend aus dem Feld der Medizin, der Pflege, der Ergotherapie und Physiotherapie und inzwischen auch der Logopädie Publikationen, die die Problematik der therapeutischen Entscheidungsfindung unter dem Begriff ‚clinical reasoning' untersuchen und zu systematisieren versuchen. (u. a. Benner, 1994; Neistadt, 1998).

Was wird benötigt?

Ein interessantes Thema ist dabei, welche Basisfaktoren Therapeuten dafür brauchen - Beushausen (2009) nennt hier Kognition, Wissen und Metakognition; d. h. die Fähigkeit über das Denken zu reflektieren - und welche Arten von Wissen dabei genutzt werden.

Die Autorin stellt diverse ‚Formen des Wissens' dar; sie nennt u. a. explizites Wissen als das von Experten beschriebene, z. B. wissenschaftlich fundierte, publizierte und öffentlich zugängliche Wissen; implizites Wissen als ständig angewandtes Wissen, das aber nicht unbedingt von den Inhabern dieses Wissens analytisch geschildert werden kann; deklaratives Wissen, das sich auf gespeicherte Fakten des Fachwissens bezieht sowie prozedurales Wissen, (z. B. die Umsetzung einer logopädischen Zielsetzung - wie dem Entwickeln einer reflektorischen Atemergänzung - auf Übungsebene).

Benner (1994) beschreibt für den Erwerb klinischen Wissens, das sie als „Mischung aus naivem Praxiswissen und theoretischem Basiswissen' definiert, als Vorbedingung das Machen von ‚Erfahrung'. Dabei geht sie vom Erfahrungsbegriff Heideggers (1962) und Gadamers (1975) aus, die Erfahrung als ‚die Veränderung vorgefasster Vorstellungen, die durch die Realität nicht bestätigt werden' ansehen.

Robertson (1996) führte eine Studie mit der Fragestellung ‚Wie sehen die Unterschiede in der Repräsentation eines Problems zwischen erfahrenen Klinikern und Studenten aus?' durch. Die innere Repräsentation eines Problems beschrieb sie dabei als Zusammenbringen/Interpretieren von aktuellen Daten und Wissen

Copyright: Edition HarVe, Bremen. Urheberrechtlich geschütztes Material. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags. info@edition-harve.de

aus der Vergangenheit („information from long-term memory", Robertson, 1996). Für sie ist klare Problemanalyse die Voraussetzung für eine Zielformulierung.

Die Ergebnisse ihrer Untersuchung ergaben, dass ‚Newcomer' dazu neigen, sich auf alle Informationen zu konzentrieren, während Experten bestimmte Aspekte betonen (offenbar besitzen diese durch Erfahrung die Fähigkeit, relative Wichtigkeit leichter zu erkennen). Sie erkennen (aus dem gleichen Grund) Beziehungen und Muster zwischen Daten. Newcomer dagegen nutzen häufiger ‚step-by-step'-Strategie (proximity methods; trial and error).

Beushausen (2009) (Chi, Glaser und Farr, 1988, zitierend), beschreibt Experten als schneller in ihren Entscheidungen, weniger Fehler machend, von hoher Kommunikationsfähigkeit und erfolgreicher darin, Ressourcen zu nutzen wie Wissensaneignung und Befragung von Teammitgliedern.

Weitere Beobachtungen, die Robertson (1996) bei einer Befragung von Anfängern und erfahrenen Ergotherapeuten machte, waren, dass die Fokussierung auf Probleme von Patienten bei beiden Gruppen gleich groß war, deutliche Unterschiede aber zwischen fortgeschrittenen Studenten/ Experten und AnfängerInnen bezüglich der Ziele und Ergebnisse („outcomes"), die eine Therapie bringen soll, bestanden.

Auch in der Fähigkeit, Annahmen zu begründen und zugrunde liegende Konzepte für Ihre Antworten zu liefern, unterschieden sich die ExpertInnen deutlich von Studenten aller Ausbildungsstufen.

Erfahrenen Praktikern in der Ausbildung mag sich hier schnell das Bild von Studierenden aufdrängen, die bei der Therapieplanung vorrangig nach ‚Übungen' suchen und in Fallbesprechungen beispielsweise hauptsächlich ‚Übungsabläufe' schildern im Gegensatz zu Fachleuten, die eher ‚vom Auftrag her denken' und häufig differenziertere Bezüge herstellen.

Im Zuge der Neuordnung akademischer Studiengänge durch die Bologna-Charta (1999) in 29 europäischen Ländern, die eine Anlehnung an das angelsächsische System vorsah (Bachelor- und Master-Studiengänge), kam es auch zu einer strukturellen und inhaltlichen Diskussion auf dem Bildungssektor. Parallel dazu ist in den letzten Jahren auch in der Öffentlichkeit das Bewusstsein dafür entwickelt worden, dass eine reine Fachkompetenz, wie sie lange in Ausbildungen und Studium angestrebt wurde, nur noch ca. 50% dessen darstellt, was erfolgreiches Arbeiten möglich macht (Newsletter Uni Frankfurt, 2005). Weitere Fähigkeiten sind die so genannten ‚soft skills', ohne die den heutigen Anforderungen des Arbeitsmarktes nicht mehr erfolgreich begegnet werden kann (Goleman, 1997).

Diese ‚soft skills', auch Schlüsselqualifikationen genannt, sind Persönlichkeitsmerkmale wie u. a. die folgenden: Durchsetzungsfähigkeit, Entscheidungsstärke, Initiative, Kommunikationsbereitschaft, Empathie, Problemlösungsfähigkeit, Sprachkompetenz, Präsentationskompetenz.

Im Bereich der Lehre haben sich auch unter dem Aspekt des lebenslangen Lernens u. a. die Bereiche Fachkompetenz (auch Sachkompetenz), Persönlichkeitskompetenz (auch Selbst- oder Personalkompetenz), Soziale Kompetenz und Methodenkompetenz als bedeutsam herausgestellt.

In der Ausbildungsrichtlinie NRW (Springer & Zückner, 2005) wird hervor gehoben, dass die angehenden Logopädinnen und Logopäden für eine erfolgreiche Arbeit mit Kollegen und ein Ziel führendes Arbeiten mit den Patienten fähig werden müssen, sich ausreichende Informationen (z.B. über das gesamte Bedingungsgefüge, in denen Patienten leben und die Therapie stattfindet) zu beschaffen, diese auszuwerten sowie diesbezügliche Prioritäten zu setzen. In diesem Sinne fordern die Autoren die Ausbildung analytischer Fähigkeiten, die nicht nur auf die aktuelle Situation bezogen sind, sondern mögliche Entwicklungen (z. B. in der Situation des Patienten) mit einbeziehen. Den Ausbildern verlangt dies ab, entsprechende Problemlösestrategien zu vermitteln, um die Schüler zu befähigen, diese in der selbständigen beruflichen Arbeit weiter anwenden zu können.

FÜNF LEISTUNGSSTUFEN BESCHREIBEN DEN KOMPETENZERWERB

Benner (1994) befasste sich genauer mit den Phasen des Kompetenzerwerbs und bezieht sich u. a. auf Untersuchungen von Dreyfus & Dreyfus (1980), die ein Modell zum Kompetenzerwerb entwickelten. Sie stellt die darin enthaltenen fünf Leistungsstufen dar: Neuling; Fortgeschrittene Anfänger; Kompetent; Erfahren; Expertenstufe. Die Leistungsfähigkeit erfahre beim Durchlaufen dieser Stufen u. a. die Veränderung vom Blicken auf eine Situation als Summe ‚gleich wichtiger Einzelheiten' hin zum Erkennen eines vollständigen Ganzen, in dem bestimmte Teile besondere Bedeutung haben. Benner betont, das Dreyfus-Modell sei kein Eigenschafts- oder Begabungsmodell, sondern ein situatives Modell, das sich auf reale Handlungserfahrung in einem konkreten Handlungskon-

Copyright: Edition HarVe, Bremen. Urheberrechtlich geschütztes Material. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags. info@edition-harve.de

text bezieht. Nur so werde „Beurteilen und Handeln" für ein Feld möglich, auch für Profis, die eine Abteilung wechseln (z. B. Logopäden, die von der Pädiatrie auf eine Neurologische Station kommen).

Die Frage, die Ausbilder sich nun stellen können, ist, wie Unterschiede zwischen Lernenden und Experten verringert werden können, wie also das ‚Erfahrungsdefizit' Lernender ausgeglichen werden kann bzw. die Leistungsstufen nach Dreyfus und Dreyfus stringenter durchlaufen werden können.

DIE REASONING-STRATEGIEN WERDEN PERMANENT ANGEWENDET

Clinical reasoning - Der gedankliche Prozess, den Therapeuten bei Intervention und Evaluation nutzen

Was verbirgt sich hinter dem Begriff ‚clinical reasoning'? Langenscheidts Englisches Taschenwörterbuch übersetzt das Wort ‚reasoning' mit ‚logisches Denken'; ‚Gedankengang, Argumentation'.

In den vielen Publikationen, die in den letzten Jahren zu diesem Thema erschienen sind, werden verschiedene Arten des clinical reasoning beschrieben. Zu ihnen gehören Narratives, Prozedurales, Interaktives, Pragmatisches und Konditionales Reasoning und viele mehr. Neistadt (1998 (1)) sieht sie als Beschreibungen mentaler Prozesse, die nur durch Erfahrung zu ‚professionellem Können' werden.

So ermöglicht das **Narrative Reasoning** Zugang zur Geschichte des Patienten, wie z. B. bedeutsamen biographischen Ereignissen, der Geschichte der Kommunikation des Patienten und ihrer Störung, und ermöglicht ‚Erzählen' und Nachdenken über die gemeinsame (Behandlungs-) Geschichte von Therapeut und Patient. Außerdem beinhaltet es auch die Geschichten, die Therapeutinnen Kollegen über ihre Patienten erzählen, z. B. um Meinungen, Rat einzuholen oder in einer Supervisionssituation Klärung zu finden.

Prozedurales Reasoning definiert Bereiche, in denen die Diagnostik Hinweise auf ‚Probleme der Performanz' gibt. Fachwissen und ‚Erfahrungswissen' kommen hier zusammen und führen zur Auswahl adäquater Therapieinterventionen. Das ‚Wie' des therapeutischen Prozesses (Mendez, Neufeld, 2003) steht im Vordergrund.

Beushausen (2009) zitiert die Ergebnisse unterschiedlicher Studien (Götsch, 2003; Elstein & Schwarz, 2002 und andere) und führt aus, dass Experten ihr Reasoning eher mitteilen als Anfänger und alle Formen des CR nutzen, während Anfängerinnen und Anfänger hauptsächlich Prozedurales Reasoning nutzen. (Weiterhin scheinen die Ergebnisse der oben genannten Studien darauf hinzuweisen, dass Novizen das Narrative Reasoning eher für die Beziehungspflege zum Patienten einsetzen als zum Herausfinden bedeutsamer Informationen).

Interaktives Reasoning beinhaltet eine Vorstellung davon, was die Erkrankung für einen Patienten bedeutet. Hier geht es um die Person. Es bezieht sich auch auf die interpersonellen Interaktionen (Neistadt, 1998 (1), Fleming, 1991 zitierend) zwischen Therapeut und Patientin.

Beim **Pragmatischen Reasoning** geht es um die Einbeziehung Einfluss nehmender Faktoren: Die Therapeutin muss häufig einen Abgleich zwischen idealer Vorgehensweise und realistischen Möglichkeiten vornehmen, die durch Behandlungsumgebung, Finanzen, Werte und Wissen und Möglichkeiten des/r Therapeuten/in sowie soziale Bedingungen des Patienten bedingt sind.

Konditionales CR wird genutzt, um den Weg der Therapie fortwährend im Laufe des Therapieprozesses an die Bedürfnisse und die Möglichkeiten von Patienten anzupassen. Der Fokus liegt dabei z. B. auf aktuellen und zukünftigen Bedingungen, Herausforderungen etc. der Patienten. Eine Schilderung weiterer Reasoning-Strategien ist zu finden bei Beushausen (2009).

Beim Lesen dieser Beschreibungen wird erfahrenen Therapeuten schnell deutlich, dass sie diese Reasoning-Strategien permanent anwenden – ohne sich immer des Vorgangs explizit bewusst zu sein.

Wozu kann die Auseinandersetzung mit dem Thema nun nützlich sein?

Mit Recht könnten Logopäden das Argument anführen, dass durch die traditionell sehr intensive Art der Reflexion bei Praxisanleitung und Supervision in den meisten deutschen Schulen für Logopädie ein so hohes Maß an Bewusstsein für die Vorgänge um Diagnostik, Therapie und Beratung vorhanden ist, dass die zusätzliche ‚Einführung' von clinical reasoning als künstlich und übertrieben anzusehen sei.

Vielleicht geht es aber auch mehr um das Systematisieren dessen, was die mentalen Konzepte der Praxisanleiter beinhaltet und dem, was es an Modellen und Konzepten im Gesundheitswesen und der Lehre gibt.

Als Schlussfolgerung ihrer Untersuchungen empfiehlt Robertson (1996) die Berücksich-

Copyright: Edition HarVe, Bremen. Urheberrechtlich geschütztes Material. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags. info@edition-harve.de

tigung folgender Aspekte bei der Ausbildung: Im Gegensatz zu traditionellem Vorgehen, bei dem Studenten Daten sortieren, Probleme beschreiben, Ziele formulieren und daraufhin einen Behandlungsplan erstellen, sollten Ausbilder ihnen im Anfangsstadium der Ausbildung Zusammenfassungen von Patientendaten geben, die ein ihrem Wissensstand angemessenes Problem, verursachende Faktoren sowie die Umgebungsfaktoren schildern. Dieses Verfahren (‚limiting problem space' (Robertson, 1996)) hat zum Ziel, die Studenten zunächst nur mit der Aufgabe zu betrauen, einen Behandlungsplan zu erstellen. Die weitere Präsentation zunächst von ähnlichen Fällen, später von komplexer werdenden, ermöglicht laut Robertson die Entwicklung interner Repräsentationen in einem Praxisfeld und das Einüben von Schlussfolgerungen bzgl. vorliegender Daten sowie ein besseres Verständnis zwischen Daten, Interventionen und Ergebnissen.

Professionalität könne so – das Gelernte nachvollziehend – ‚neu' vom Konkreten zum Abstrakten erfolgen. Um diesen Prozess zu unterstützen, sollten laut Robertson Lernende in der praktischen Ausbildung (Schule, externe Praktika) die Möglichkeit haben, ihre Entscheidungsprozesse zu überdenken und zu präsentieren.

Von der Theorie zur Praxis

In der Schule für Logopädie in Kiel wurden verschiedene Ansätze entwickelt, um den Lernprozess einerseits für Studierende transparent und andererseits für die Patienten Ziel führend zu gestalten. Hierzu gehören aus dem Konzept der Schule z. B. der Selbstreflexionsbogen, den Studierende zum Überdenken der eigenen Arbeit einsetzen, wenn keine Besprechung direkt im Anschluss an die Behandlung erfolgt und die Aspekte der International Classification of Functioning, Handicap and Health (ICF, 2005) der WHO.

Außerdem findet eine Form der Therapieplanung und Fallbesprechung Anwendung, die sich auch das Sherlock-Holmes-Modell (Nevis, 2005) zunutze macht. Nevis bezeichnet als wichtigste Eigenschaft der von Doyle geschaffenen literarischen Figur des Detektivs Sherlock Holmes (präzise, scharfsinnig, Fakten orientiert) „seine Fähigkeit zu schlussfolgerndem Denken, [und] die Kraft seines Geistes darauf zu verwenden, aus begrenzten Informationen die richtige Schlussfolgerung zu ziehen" und skizziert ihn als ‚Vorbild deduktiven Vorgehens'.

Gegenstück in diesem Modell ist der aus dem 20. Jahrhundert stammende Inspektor Columbo: Chaotisch wirkend, scheinbar unorientiert und ungerichtet, von Nevis beschrieben als jemand, der eintaucht in die Szenerie, die er untersuchen will und alles um sich herum aufsaugt wie ein Schwamm – ein Sinnbild für induktives Vorgehen; dem Ableiten von Hypothesen durch assoziatives Sammeln von Eindrücken, um dann vom Detail zum ‚Allgemeingültigen' (dem Täter in seinem Fall, den Ziel führenden Interventionen in unserem…) zu kommen.

Das kann dazu führen, dass eine Fallbesprechung, die zur Einübung von Hypothesenbildung und Therapieplanung im ganzen Kurs dient, so abläuft, dass die behandelnden Schüler zunächst nach den Leitkategorien Person – Umgebungsfaktoren – Anliegen (siehe unten) ein Bild der Person (die Patientin mit ihren Eigenschaften, Interessen, Ressourcen) ‚zeichnen', ihre Einbettung in soziales Gefüge, Arbeitsbedingungen etc. schildern und dann das Anliegen (Symptomatik inklusive daran gekoppelten Auftrag), das die Patientin dem Therapieteam mitgeteilt hat, beschreiben.

Der Kurs hat dann die Möglichkeit, sein Fachwissen anhand dieser Fallbeschreibung anzuwenden sowie aus dem Gesamtbild, das dargestellt wurde, Hypothesen zu entwickeln, die sich auf mögliche Ursachen, Symptom unterstützende Faktoren, Ressourcen und daraus abzuleitende Interventionsmöglichkeiten beziehen.

Eine quasi herunter gebrochene Perspektive des ICF (siehe unten) wird bei diesem Procedere genau so sichtbar wie beide im Sherlock-Holmes-Modell geschilderten Vorgehensweisen.

Verdichteter auf die Kriterien der ICF bezogen werden aber auch Patientendarstellungen verwendet, aus denen Studierende die Komponenten der ICF (Körperfunktion, Körperstruktur, Aktivität, Partizipation, Umweltfaktoren, Personenbezogene Faktoren) herauslesen sollen, um einen Therapieplan zu entwickeln, der Förderfaktoren und Barrieren berücksichtigt und den Aspekt der Teilhabe als Leitmotiv versteht.

Auch der entwickelte Leitfaden für einen Patientenbericht (siehe Abbildung 1) wurde im Hinblick auf die Sichtweise der ICF erstellt.

Kirschner und Sweller (2006) nehmen eine Überforderung des working memory bei eigenständigen Lernmethoden wie Problem-oriented-learning (7-Sprung-Methode, Wikipedia, 2010) an und

Copyright: Edition HarVe, Bremen. Urheberrechtlich geschütztes Material. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags. info@edition-harve.de

Abb. 1

Leitlinie für Berichte,
erstellt vom Lehrlogopädenteam der Schule für Logopädie, IBAF, Kiel

Logopädischer Bericht

Name: _____ geb.: _____

1. ärztliche Diagnose/Gesundheitsproblem
2. Informationen aus der Anamnese und Ergebnisse der logopädischen Befunderhebung
   - 2.1 Körperstrukturen
   - 2.2 Körperfunktionen
   - 2.3 Aktivität
   - 2.4 Partizipation
   - 2.5 günstige/ungünstige bzw. fördernde/hemmende personenbezogene Faktoren
   - 2.6 günstige/ungünstige bzw. fördernde/hemmende Umweltfaktoren
   - 2.7 sonstige Besonderheiten/relevante Aspekte
3. Zusammenfassung der Ergebnisse/Störungsschwerpunkte und Ressourcen/logopädische Diagnose
4. Ziele/Bereiche/Themen der logopädischen Therapie
   - 4.1 aus logopädischer Sicht
   - 4.2 aus Sicht des Patienten/der Angehörigen
5. aktuelle Schwerpunkte der Therapie und Begründungen
6. aktueller Behandlungsstand/Ausblick/Empfehlung

Datum: _____ Unterschrift: _____

Copyright: Edition HarVe, Bremen. Urheberrechtlich geschütztes Material. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags. info@edition-harve.de

argumentieren daher stark für die Berücksichtigung des long-term memory bei Lernprozessen. Dabei beziehen sie sich auf die Studie von Klahr und Nigam (2004), die zeigten, dass direkte Instruktion („Direct instruction involving considerable guidance, including examples") im Vergleich mit selbst organisiertem Lernen dazu führt, dass die Lernenden mehr lernen und die Qualität des Lernens besser sei, gemessen an der Fähigkeit zum Transfer des Gelernten auf neue Situationen.

Im Konzept der Schule für Logopädie in Kiel findet sich beispielsweise zu Beginn eine differenzierte Sensibilisierung für Kommunikation und die Bewusstmachung logopädischer Kernhandlungen, die als erste Annäherungen an Interaktives Reasoning und Prozedurales Reasoning verstanden werden können. Damit gekoppelt werden u. a. Beobachtungsaufträge für die jeweiligen externen Praktikumsphasen. Diese gehen von Erfassen der erwähnten Kernhandlungen über Beobachtung der erfahrenen Kollegen - anhand erarbeiteter Parameter für Therapeutenverhalten - und gegen Ende der Ausbildung dann zu speziell auf Bedürfnisse/Entwicklungsthemen der einzelnen Studierenden fokussierenden Fragestellungen sowie das Erstellen eines ausführlichen Patientenberichts über. Im Sinne von Kirschner und Sweller werden also Prozesse der logopädischen Tätigkeit explizit durchdacht und angeleitet. Im Verlauf der Ausbildung kommt auch selbst organisiertes Lernen dazu.

Neistadt (1998 (2)) führte eine Studie durch, in der sie den Umgang von angehenden Ergotherapeutinnen mit Patientendaten vor und nach einem Semester mit Instruktion in ‚clinical reasoning' untersuchte und fand ebenfalls heraus, dass explizites Unterrichten/Diskutieren und Training eines ‚Denkrahmens clinical reasoning' einen Unterschied macht. Dabei einzusetzende Fragen in Anlehnung an das von ihr entwickelte ‚Case Study Format' sind in Abb. 2 zu sehen. Auch dieses Instrument wird an der Kieler Schule eingesetzt.

Die Anwendung dieser Konzepte ermöglicht den Studierenden, den Weg durch den ‚Logopädie-Dschungel' sicherer zu gehen.

Apropos Studierende: Eine ‚erfrischende', aufschlussreiche und für Lehrende und Studierende zu empfehlende Darstellung des clinical reasoning (Mendez und Neufeld, 2003) aus studentischer Sicht ist unter der web-Adresse http://www.rehab.queensu.ca/uploads/files/ClinicalReasoning.pdf zu finden.

An den meisten Hochschul-Studiengängen für Logopädie ist clinical reasoning fester Bestandteil des Curriculums. Das ist kein Zufall; das Erfassen des komplexen Gefüges, innerhalb dessen Logopäden entscheiden, hat diverse Effekte: Es zeigt explizit, wie vielfältig die zu berücksichtigenden Aspekte sind und macht diese für interessierte Laien, Kollegen im interdisziplinären Feld und - last but not least!- für Lernende transparent. Als Instrument für die Ausbildung der Logopädinnen und Logopäden scheint es nachgewiesenermaßen geeignet, den Weg vom Novizen zum Experten schneller und bewusster zu gehen.

Schlussbemerkungen

Alle lehrenden Logopädinnen und Logopäden folgen über die Vermittlung handwerklich-methodischen Wissens hinaus bestimmten Vorstellungen bei der Begleitung ihrer Studierenden. Dabei werden sie geleitet von ihren biographischen Erfahrungen, ihrem Weltbild, Fort- und Weiterbildungen wie beispielsweise in systemischer Therapie, Spieltherapie, Gestalttherapie u. a. Diese Aspekte geben Studierenden Orientierung. Im Austausch an den Schulen und schulübergreifend - wie z. B bei den Tagungen des BDSL – aus der Anregung durch Modelle, wie sie hier angedeutet und in der Literatur inzwischen vielfältig vorliegen, kann diese Orientierung differenzierter, systematischer und damit ggf. transparenter werden. Dies entspricht auch der Haltung von Higgs und Jones (2004), die aufgrund der immensen Komplexität, innerhalb derer Entscheidungen im Gesundheitswesen getroffen werden, ein fundiertes Wissen um clinical reasoning und die damit verbundenen Kompetenzen fordern.

Ziel dabei wäre vor allem die Gewährleistung einer noch besseren Befähigung der angehenden Logopädinnen und Logopäden im Sinne eines konsequenten Fokussierens auf die Bedürfnisse der Patienten.

Darüber hinaus kann es interessant sein, zukünftig die Korrelation zwischen Entscheidungswegen und therapeutischen Erfolgen genauer zu untersuchen. Präzises Wissen darüber könnte für Lernende, Lehrpersonal, Kostenträger und vor allen Dingen für unsere Patienten wichtig sein.

Copyright: Edition HarVe, Bremen. Urheberrechtlich geschütztes Material. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags. info@edition-harve.de

Abb. 2. Fragebeispiele:

Leitfragen zur Umsetzung des Clinical Reasoning

zusammengestellt von N. Frantzen und B. Rathey-Pötzke

1. Scientific oder Prozedurales Reasoning

Problemlösungsprozess mit dem Ziel, den Zustand und die Problemlage des Pat. genau zu erfassen, um die Therapie planen, durchführen und evaluieren zu können.
Dabei ist theoretisches und Erfahrungswissen gefordert.
Dazu müssen die Daten der Anamnese und die Ergebnisse der Diagnostik gesammelt und ausgewertet werden.
Resultierend aus diesen Daten werden Hypothesen aufgestellt.

Fragen:

- Was weiß ich über die Erkrankung und ihre Folgen?
- Welche Begleiterscheinungen gibt es?
- Was weiß ich über die Auswirkungen auf die Handlungsfähigkeit/Teilhabe?
- Welche Theorien, Bücher, Artikel etc. kann ich zur Information heranziehen?
- Gibt es die Möglichkeit der Information über Fallbeispiele und/oder Beratung durch erfahrene Kollegen?

2. Interaktives Reasoning

Auswahl und Einsatz interaktiver Strategien, um die Entwicklungsfähigkeit zu fördern.
Setzt sorgfältiges Beobachten und Interpretieren des eigenen und des Patientenverhaltens (sowohl verbaler als auch nonverbaler Kategorien) voraus.
Voraussetzungen sind Akzeptanz, Empathie, aktives Zuhören, Respekt, Optimismus.

Fragen:

- Was weiß ich über den Patienten und seine Lebenswelt?
- Was denkt und empfindet der Mensch in Bezug auf seine Erkrankung/Behinderung?
- Wie verlief die Erkrankung bisher?
- Wie sehen seine Einstellungen, Werte aus?
- Was empfinde ich für den Patienten?
- Mit welchen seiner Ansichten kann ich gut umgehen, mit welchen weniger?
- Kann ich gut zuhören oder bin ich zu sehr mit den Gedanken bei der Therapiedurchführung?
- Was beobachte ich? Wie interpretiere ich das, was ich beobachte? Wie überprüfe ich meine Interpretationen?
- Welche meiner Verhaltensstrategien sind förderlich für die Interaktion, welche weniger?
- Welche förderlichen/nicht-förderlichen Verhaltensweisen zeigt der Patient?
- Ist es sinnvoll, mit Hilfe einer kollegialen und/oder professionellen Supervision meine Beziehung zu dem Patienten zu reflektieren?

3. Konditionales Reasoning

Der Therapeut erfasst den Patienten als Ganzes und dementsprechend werden alle relevanten Aspekte berücksichtigt. Dazu wird der Patient als Person/Individuum mit allen seinen Facetten gewertschätzt, wobei nicht nur aktuelle, sondern auch zukünftige Lebenswelten bedacht werden.
Dementsprechend wird die Behandlung angepasst: Durch gezielte Aktivitäten und Intentionale Aspekte wird die funktionale Handlungsfähigkeit in Bezug auf körperliche Kapazitäten im Rahmen des sozialen und kulturellen Kontextes angesprochen.

Fragen:

- Aus welcher Lebenswelt kommt der Patient?
- In welche Lebenswelt wird er zurückkehren?
- Welche Tätigkeiten sind für ihn in seinem Rahmen relevant?
- An welchen Aktivitäten hat der Patient Spaß?
- Welche Tätigkeiten können voraussichtlich nicht mehr ausgeführt werden?

4. Narratives Reasoning

Die Therapeutin nimmt wahr, wie der Patient seine Krankheit erlebt, indem sie seine Geschichten verfolgt, in denen er beschreibt, wer er war, wie er sein Leben bisher gestaltet hat, welche Rolle die Krankheit hat und was für ihn Behinderung bedeutet (die Krankheit ist ein subjektiv bedeutungsvolles Ereignis). Darüberhinaus ermöglichen die Geschichten des Patienten einen Eindruck davon, was sich für ihn in, bei und während des gesamten Therapieprozesses verändern soll.

Fragen:

- Welche Lebensgeschichte begegnet mir?
- Welche Episoden erzählt der Patient?
- Welche Personen kommen in den Erzählungen vor?
- Über welche Tätigkeiten, Hobbys etc. berichtet er in welcher Art und Weise?
- Sind mir die Geschichten angenehm oder unangenehm, interessieren sie mich oder nicht, gehen sie mir vielleicht schon auf die Nerven?
- Welche Erinnerungen, Erfahrungen, Erlebnisse werden durch diese Geschichten in mir selbst wieder wachgerufen?

Copyright: Edition HarVe, Bremen. Urheberrechtlich geschütztes Material. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags. info@edition-harve.de

Copyright: Edition HarVe, Bremen. Urheberrechtlich geschütztes Material. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags. info@edition-harve.de

5. Pragmatisches Reasoning

Hier wird der Kontext der Therapie erfasst. Dazu gehören

- die Rahmenbedingungen (Räumlichkeiten, Ausstattung, Zeit, finanzielle Möglichkeiten etc.),
- die persönlichen Ressourcen, die Patient und Therapeut mitbringen (Spezialwissen, Vorerfahrungen)
- die politischen, sozialen und institutionellen Bedingungen

Fragen:

- Wie wird mit Krankheit umgegangen?
- Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es (Krankenhäuser, Spezialkliniken, ambulante Nachsorge etc.)?
- Welche finanziellen und psycho-sozialen Unterstützungsformen (soziale Dienste, Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Vereine etc.) gibt es?
- Wie sieht die Umsetzung der Barrierefreiheit im Wohnraum und öffentlichen Raum aus?
- Wie steht es um die Umsetzung von Gleichstellungsgesetzen auf dem Arbeitsmarkt?
- Welche Haltung wird Menschen mit Behinderung allgemein entgegengebracht?
- Wie ist die Bereitschaft/die Möglichkeit des Patienten, mit seiner Behinderung im öffentlichen Raum offensiv auf zu treten?
- Erfährt er dabei von seiner unmittelbaren sozialen Mit-/Umwelt Unterstützung?

6. Ethisches Reasoning

Die therapeutische Tätigkeit ist getragen von Wertvorstellungen, die die Therapeutin mitbringt. Neben diesen individuellen Werten gibt es allerdings auch Werte der Berufsgruppe und der Institution.
Es kann bei der Frage danach, was getan werden soll/muss, zu Konflikten kommen, wenn persönliche und institutionelle Werte/Normen kollidieren.

Fragen:

- Wie viel Zeit habe ich für die Patienten zur Verfügung?
- Welche Prioritäten setze ich infolge der zeitlichen und örtlichen Rahmenbedingen?
- Wie kann ich auch die Ziele des Patienten verfolgen, die nicht mit denen der Institution übereinstimmen?
- Wie verhalte ich mich, wenn ich merke, dass meine Wertvorstellungen nicht mit denen des Arztes, der Institution etc. übereinstimmen?
- Wie verhalte ich mich gegenüber anderen Therapiemaßnahmen, die sich nicht mit den eigenen Vorstellungen decken?

Quellen: Obenstehende Fragen sind in Anlehnung an das ‚Case Study Format' für Ergotherapeuten von Neistadt, M., J. Wight, Sh. E. Mulligan (1998) Clinical Reasoning Case Studies as Teaching Tools. The American Journal of Occupational Therapy 52 (2): 125-132 und an Feidler, M. (2003) Klinisches Reasoning in der Ergotherapie, Springer, Berlin zusammen gestellt.

Copyright: Edition HarVe, Bremen. Urheberrechtlich geschütztes Material. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags. info@edition-harve.de

Literatur

Benner, P. (1994) Stufen zur Pflegekompetenz: From Novice to Expert. Huber, Bern

Beushausen, U. (2009) Therapeutische Entscheidungsfindung in der Sprachtherapie. München: Elsevier

Bologna-Reader (2005) HRK Hochschulrektorenkonferenz http://www.hrk.de/bologna/de/Bologna_Reader_gesamt.pdf, aus dem Internet 10.02.2006

Goleman, D. (1997) Emotionale Intelligenz. München: Deutscher Taschenbuchverlag

Higgs, J.; M. Jones (2004) Clinical reasoning for health professions. Philadelphia: Elsevier

Mendez. L.; J. Neufeld (2003) Clinical reasoning... What is it and why should I care? Ottawa. ON. Canada: CAOT Publication ACE

http://www.rehab.queensu.ca/uploads/files/ClinicalReasoning.pdf, aus dem Internet am 13.06.2010

Neistadt, M., J. Wight, Sh. E. Mulligan (1998 (1)) Clinical Reasoning Case Studies as Teaching Tools. The American Journal of Occupational Therapy 52 (2): 125-132

Neistadt, M. (1998 (2)) Teaching Clinical Reasoning as a Thinking Frame. The American Journal of Occupational Therapy 52 (3): 221-229

Nevis, E. C. (2005) Organisationsberatung. Bergisch-Gladbach: EHP Verlag

Online-Verwaltungslexikon olev.de http://www.olev.de/m/methodenkompetenz.htm, aus dem Internet 03.02.2006

Robertson, L. J. (1996) Clinical Reasoning, Part 1: The Nature of Problem Solving, a Literature Review. British Journal of Occupational Therapy 59(4): 172-182

Robertson, L.J. (1996) Clinical Reasoning, Part 2: Novice/ Expert Differences. British Journal of Occupational Therapy 59(5): 212-215

Springer, L.; Zückner, H. (2005) Empfehlende Ausbildungsrichtlinie für die staatlich anerkannten Logopädieschulen in NRW

SSIX-News Newsletter des Fachbereichs der Wirtschaftswissenschaften der Johann Wolfgang Goethe Universität Frankfurt am Main (2005, Ausgabe 3)

http://www.wiwi.uni-frankfurt.de/newsletter/index_0405.html, aus dem Internet 11.02.2006

http://de.wikipedia.org/wiki/Problembasiertes_Lernen, aus dem Internet 25.06.2010

World Health Organization (WHO) (2005) Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF).

http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/index.htm (12.06.2010)

Autorin

Beatrice Rathey-Pötzke, MSc/GB erhielt ihre Ausbildung zur Logopädin an den Schulen für Logopädie in Ulm und Heidelberg, wo sie 1984 ihr Staatsexamen ablegte. Danach folgten Tätigkeiten in logopädischen Praxen und an der Universitätsklinik in Kiel sowie eine mehrjährige Tätigkeit an der Deutschen Schule in Singapur mit dem Schwerpunkt ‚Mehrsprachigkeit' und eine Weiterbildung in systemischer Therapie. 1996 übernahm sie die Leitung der neu gegründeten Schule für Logopädie in Kiel und die Lehrtätigkeit im Bereich ‚Stimmstörungen' u .a. Von 2003 bis 2004 studierte sie an der University of Newcastle-upon-Tyne in England, wo sie den Titel ‚Master of Science' in Human Communication Sciences erwarb und sich im Rahmen der Master-Arbeit mit Morbus Parkinson und LSVT befasste. Nach Beendigung des Studiums Im September 2004 nahm sie ihre Leitungs- und Lehrtätigkeit an der Schule für Logopädie (Institut für berufliche Aus - und Fortbildung und Uni - Klinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel) in Kiel wieder auf und belegte von 2005-2007 den Fernstudiengang zur Legasthenietrainerin (EÖDL).

Kontakt:
Beatrice Rathey-Pötzke, MSc/GB
Schule für Logopädie,
IBAF gGmbH
Kieler Schloss, Burgstraße 3
24103 Kiel
beatrice.rathey@ibaf.de
Tel.: 0431-557730
Fax: 0431-5577333