

Einzelfallorientierte Praxisforschung in der Sprachtherapie

Schlüsselwörter: Einzelfallstudien, Versorgungsforschung, Sprachtherapie, Logopädie, Evidenzbasierung

Zusammenfassung: Die Evidenzbasierung in der Sprachtherapie gewinnt immer mehr an Bedeutung. Einzelfallstudien und einzelfallorientierte Versorgungsstudien bieten die Möglichkeit, praxisorientierte Forschung durchzuführen und dabei die Komplexität und Individualität von Sprachtherapien explizit zu berücksichtigen. In diesem Artikel werden verschiedene

Varianten von Einzelfallstudien in ihrer Herangehensweise erläutert und der Bezug zur Versorgungsforschung verdeutlicht. Die Bedeutung von Ergebnissen aus Fallanalysen wird in ein Modell der Evidenz-Basierten-Praxis (EBP) eingeordnet und ein Plädoyer für eine stärkere Zusammenarbeit von Praktizierenden und Forschenden ausgesprochen.

Einleitung

Die Arbeit praktisch tätiger LogopädInnen und SprachtherapeutInnen¹ in ambulanten Einrichtungen ist umfassend und herausfordernd. Das Spektrum an Störungsbildern reicht von Sprachentwicklungsstörungen bei sehr jungen Kindern bis hin zu Dysphagien bei PatientInnen der Geriatrie. Nicht selten sind die Therapiesitzungen eng hintereinander getaktet, um möglichst viele Klientinnen und Klienten² versorgen zu können. Immer häufiger sind Hausbesuche und Thera-

pien in anderen Einrichtungen, wie z. B. Kindertagesstätten, erforderlich, sodass zusätzliche Wegezeiten anfallen. Nach den Kontakten zu den Klientinnen und Klienten folgen zum Teil abendliche Telefonate mit Lehrerinnen und Lehrern oder anderen relevanten Bezugspersonen. Doch damit ist die Tätigkeit von SprachtherapeutInnen noch nicht erschöpfend beschrieben, denn Maßnahmen zur Qualitätssicherung der therapeutischen Leistungen sind unerlässlich. Dies fängt bereits bei der sprachtherapeutischen Diagnose an, die oft auf standardisierten Testverfahren und einem Vergleich mit Normwerten beruht. Die wöchentlichen Therapiesitzungen werden in einer Akte oder Praxissoftware dokumentiert und etwa alle drei Monate ein Bericht an die verordnenden Ärztinnen und Ärzte verfasst. In diesem wird der Behandlungsfortschritt reflektiert und anhand von geeigneten Parametern dargestellt bzw. eine Stagnation begründet. Es erscheint verständlich, wenn angesichts der Fülle an Aufgaben die Mitarbeit an Forschungsprojekten für Praktizierende

nicht an erster Stelle steht. Dennoch muss auch eine vergleichsweise junge Disziplin der immer lauter werdenden Forderung nach Evidenzen für ihr therapeutisches Handeln (Beushausen & Grötzbach, 2018; GKV Spitzenverband, 2016; Wissenschaftsrat, 2012) nachkommen. In diesem Beitrag wird, basierend auf den Erfahrungen der AutorInnen (Kohler & Braun, 2020; Kohmäscher, 2020; Starke et al., 2018), aufgezeigt, dass Forschung und Praxis keinen Widerspruch darstellen müssen, sondern dass praxisnahe Forschung in der Sprachtherapie sinnvoll und möglich ist sowie einen Mehrwert für Forschende und Praktizierende darstellen kann. Der Begriff der Praxisforschung ist nach Moser (2001; 2015) bzw. van der Donk et al. (2014) im Wesentlichen dadurch gekennzeichnet, dass der situative Kontext der Forschung der Realität entspricht und nicht eine künstlich geschaffene Situation darstellt, wie das bei Laborstudien üblich ist. Dazu gehört auch, dass die praktizierende Fachperson einen Teil der wissenschaftlichen Arbeit mitge-

1 Im Folgenden wird ausschließlich der Begriff „SprachtherapeutInnen“ verwendet. Dieser bezieht explizit LogopädInnen und alle anderen Berufsgruppen mit ein, die das Heilmittel Sprache abdecken.

2 Die Bezeichnung „Klientin“ bzw. „Klient“ wurde gewählt, weil es kulturübergreifend schwierig ist, von „Patientin“ oder „Patient“ zu sprechen. In der Schweiz, wo die Logopädie und Sprachtherapie größtenteils im pädagogischen Kontext verortet ist, würde der medizinisch-klinische Begriff „Patientin“ bzw. „Patient“ nicht passen.

staltet und Teil eines Projektteams wird, welches Praxisforschung betreibt. Die Trennung zwischen Forschung und Praxis wird dadurch (teilweise) aufgehoben. Diesem Konzept sehr ähnlich ist die Versorgungsforschung (Pfaff et al., 2017). Diese relativ junge (Teil-)Disziplin innerhalb der Sozialwissenschaften befasst sich mit der Wirkung von Interventionsmaßnahmen und trägt damit zur Evidenzbasierung bei. Allerdings nimmt sie eine andere Perspektive ein als die evidenzbasierte Medizin, indem sie die Wirkung unter Alltagsbedingungen in den Fokus rückt. Es geht also weniger darum, die Wirksamkeit einer therapeutischen Intervention unter idealen, künstlichen Bedingungen nachzuweisen (= klinische Studien), sondern zu evaluieren, wie Therapien im Alltag wirken. Das therapeutische Vorgehen im Alltag wird von einer Vielzahl an Kontextfaktoren mitbestimmt. Dazu können klientInnenbezogene Aspekte wie z. B. ein Migrationshintergrund mit eingeschränkten Deutschkenntnissen genauso gehören wie organisationsbezogene Faktoren in Form einer Warteliste oder krankheitsbedingter Therapieausfälle. Hinzu kommt, dass sprachtherapeutische Arbeit in den meisten Fällen als „komplexe Interventionen“ bezeichnet werden müsste. Komplex sind sie, weil sie aus mehreren Komponenten bestehen, die wiederum miteinander interagieren (Craig et al., 2008). Alleine eine an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und

Gesundheit ICF (Bickenbach et al., 2012) orientierte Herangehensweise erfordert therapeutische Interventionen auf den Ebenen der Funktionen, Aktivitäten, Partizipation und Kontextfaktoren, bei denen wechselseitige Beeinflussungen gewünscht sind.

Die bisherigen Ausführungen zeigen, dass eine Evidenzbasierung in der Sprachtherapie nur gelingen kann, wenn die Komplexität der Praxis explizit mitberücksichtigt wird. Nur so können Wirksamkeitsnachweise erbracht werden, die die praktische Tätigkeit widerspiegeln und als wissenschaftliche Erkenntnisse für die Praxis verwertbar sind.

Einzelfallstudien

Durch die Komplexität der Praxis ist aus unserer Sicht mindestens eine Einzelfallorientierung bei der Erbringung von Wirksamkeitsnachweisen notwendig. Diese Ausrichtung auf den Einzelfall gelingt insbesondere in Fallstudien, weshalb deren methodische Ausgestaltung im Folgenden näher ausgeführt wird. Der Bezug zur Versorgungsforschung wird im Anschluss hergestellt.

Qualitative und quantitative Einzelfallstudie im Vergleich

Fallstudien können in unterschiedlicher Form angelegt sein (Petermann, 1996a; 1996b). Ganz grob wird zwischen einer qualitativen Einzelfallstudie (Flick et al., 2012) und einer kontrolliert-quantitativen Einzelfallstudie (Julius et al., 2000; Reicherts & Genoud, 2015) differenziert. Letztere wird meist auch nur „kontrollierte Einzelfallstudie“ genannt, ist aber klar dem sog. „quantitativen Paradigma“ der Sozialwissenschaft verpflichtet. Die qualitative Form dient in der Regel der Generierung von Theorien (Döring & Bortz, 2016) und ist entsprechend ihrer theoriegenerierenden Funktion in der Phase der Datenerhebung durch sog. „offene“ Befragungs- und Beobachtungsmethoden geprägt, wobei die fokussierten Variablen vorab weniger stark festgelegt sind. Es werden Gesprächsformen benutzt, bei denen die Klientinnen und Klienten relativ frei erzählen sollen (z. B. in narrativen Interviews oder etwas stärker

strukturierten Leitfadeninterviews). Beobachtungen werden in der Regel nicht- oder teilstrukturiert durchgeführt. Auch hier gibt es nur wenige Vorgaben, was beobachtet bzw. dokumentiert werden soll.

Ein wichtiges Merkmal kontrollierter Einzelfallstudien (quantitativer Ansatz) ist die kontinuierliche Messung der fokussierten Variablen über die Zeit hinweg und dies bereits eine Zeitlang vor Beginn der Intervention (sog. Baseline). Um die einzelnen Datenpunkte bei der Auswertung später vergleichen und Unterschiede zwischen Baseline- und Interventionsphase feststellen zu können, erfordert die kontrollierte Einzelfallstudie – im Gegensatz zur qualitativen – einen hohen Grad der Strukturierung (Julius et al., 2000). Entsprechend ist die Beobachtung vorweg detailliert geplant. Der Fokus liegt auf genau definierten Merkmalen oder Verhaltensweisen, die strukturiert dokumentiert werden (Döring & Bortz, 2016). Als Befragungsformen kommen z. B. schriftliche Befragungen mit eher geschlossenen Antwortformaten oder stark strukturierte Interviews zum Einsatz. Zur Dokumentation von Entwicklungsverläufen können auch Testverfahren und stark strukturierte Aufgaben eingesetzt werden.

Die Daten aus quantitativen Einzelfallstudien können im Zuge der Auswertung mit statistischen Methoden analysiert werden (Kazdin, 2011). Dabei wird vor allem geprüft, ob sich deutliche Unterschiede in den Verhaltensänderungen zwischen der Baseline und der Interventionsphase ergeben. Bei der Auswertung im Rahmen von qualitativen Einzelfallstudien wird hingegen versucht, eine Ordnung in die freien Erzählungen und Beobachtungsdaten zu bringen. Mithilfe der sog. „qualitativen Inhaltsanalyse“ (Mayring, 2015; Kuckartz, 2018) wird z. B. das Wesentliche des Gesagten zusammengefasst und mit abstrakten Überschriften versehen (= induktive Kategorienbildung). Dieser Prozess kann zusätzlich unterstützt werden, wenn vorgegebene theoretische Kategorien die Analyse deduktiv leiten. Die entstehenden Ordnungen bergen die Chance, den Einzelfall in der Tiefe zu verstehen und nicht unmittelbar offensichtliche Zusammenhänge aufzudecken.

KURZBIOGRAFIE

Prof. Dr. Jürgen Kohler ist Dozent an der Interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik (HfH) in Zürich. Dort lehrt er schwerpunktmäßig zu Redeflussstörungen, Forschungsmethoden, Diagnostik, Entwicklungspsychologie und Lernpsychologie. Von 2016 bis 2019 untersuchte er den Einsatz des „RedeflussKompass“ und des „Stotter-Kompass“ in der sprachtherapeutischen Praxis.

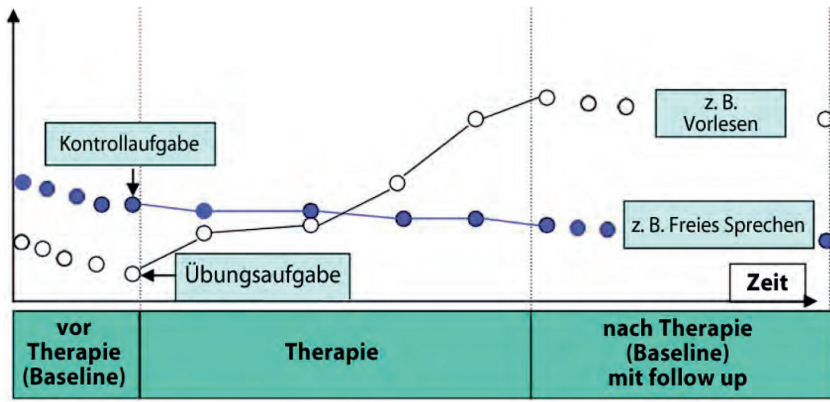


Abbildung 1 Grafische Darstellung einer prototypischen kontrollierten Einzelfallstudie (aus Beushausen, 2014, S. 101)

Letzteres gelingt vor allem deswegen, weil durch die Offenheit in der Erhebung eher viele Aspekte der subjektiven Erlebenswelt des Menschen einbezogen werden. Forschende sprechen dann von „Variablenvielfalt“, die sehr individuell und subjektiv eben nur für diesen einen Fall zutrifft. Das Potenzial an Verallgemeinerung ist dementsprechend gering. Auch die Ergebnisse der kontrollierten Einzelfallstudie gelten zunächst nur für den einen Fall, jedoch hat diese Form ein großes Potenzial, um Ursachen-Wirkung-Zusammenhänge darstellbar zu machen. Das liegt zum einen daran, dass sich kontrollierte Einzelfallstudien i. d. R. auf eher wenige und vorab operationalisierte Variablen konzentrieren, die besser kontrollierbar sind als viele miteinander interagierende Variablen. Sie kennt allerdings auch eine Variablenvielfalt. Wenn mehrere Variablen nebeneinander bzw. nacheinander kontrolliert werden, nennt man diese Form „kontrollierte Einzelfallstudie im multiple-baseline-design“. Ob mit wenigen Variablen oder mit mehreren: In jedem Fall geht es um vorher festgelegte, messbare Größen. So wird z.B. die Variable „Lese-geschwindigkeit“ (Anzahl gelesener Wörter pro Minute) vor, während und nach einer therapeutischen Intervention gemessen, sodass nachvollziehbar ist, ob die Intervention als Ursache für eine Wirkung betrachtet werden kann (Abb. 1).

Im Beispiel zielt die Intervention auf eine Verbesserung der Lesegeschwindigkeit (= experimentelle Variable). Das „freie Sprechen“ wird nicht durch die Inter-

vention geübt (= Kontrollvariable). Im Vergleich der zeitlichen Verläufe lässt sich die Ursachen-Wirkung-Beziehung zwischen Übung und Effekt mit hoher Wahrscheinlichkeit nachweisen, weil die experimentelle Variable (hier die Lesegeschwindigkeit) mit dem Ergebnis einer nicht geübten, aber inhaltlich ähnlichen Variablen (hier das freie Sprechen) verglichen wird. Würden beim „freien Sprechen“ auch Verbesserungen auftreten, müsste angenommen werden, dass

nicht die Leseübung den Fortschritt im Lesen gebracht hat, sondern eventuell Reifungsprozesse oder irgendeine andere Variable, welche den Umgang mit Sprache allgemein gefördert hat (sog. „Störvariablen“).

Tabelle 1 versucht den im vorangegangenen Text dargestellten Vergleich komprimiert zu veranschaulichen.

Nähe der Einzelfallstudie zur therapeutischen Praxis

Die beschriebenen Formen von Einzelfallstudien bilden Vorgehensweisen ab, die in der Sprachtherapie Alltag sind. Wahrscheinlich benutzen viele SprachtherapeutInnen im Sinne einer kontrollierten Einzelfallpraxis normierte Testverfahren als Eingangs- und Abschlussdiagnostik (= vor und nach der Therapie). In der Terminologie der Forschungsmethodik wird beim Einsatz von normierten Tests von der „kontrollierten Einzelfallstudie im psychometrischen Ansatz“ (Reicherts & Genoud, 2015) gesprochen. Ebenso führen SprachtherapeutInnen teilstrukturierte und offene Gespräche

EINZELFALLSTUDIE	
Qualitative Form ihrem Wesen nach die ganzheitliche Betrachtung einer sozialen Einheit in ihrer Umwelt	Kontrolliert-quantitative Form ihrem Wesen nach eine kontrollierte Messung von wenigen messbaren Merkmalen (= Variablen) einer sozialen Einheit im Zeitverlauf
Datenerhebung: <ul style="list-style-type: none"> eher offene Befragungs- und Beobachtungsformen → narratives Interview → Leitfadenterview 	Datenerhebung: <ul style="list-style-type: none"> eher geschlossene, hochstrukturierte Befragungs- und Beobachtungsformen → Fragebogen → standardisierte Aufgaben oder Tests
Datenauswertung: <ul style="list-style-type: none"> qualitative Kategorien 	Datenauswertung: <ul style="list-style-type: none"> visuelle Analyse statistische Auswertung
Dateninterpretation: <ul style="list-style-type: none"> idiographisch ganzheitlich verstehend Hypothesen-generierend qualitativ beschreibend subjektiv bei großem Bemühen um intersubjektive Nachvollziehbarkeit Ergebnis kaum verallgemeinerungsfähig auf andere Fälle 	Dateninterpretation: <ul style="list-style-type: none"> idiographisch auf einzelne Variablen konzentriert Beschreibung und Erklärung von Ursachen-Wirkung-Zusammenhang Hypothesen-prüfend durch experimentelles Design subjektiv bei großem Bemühen um Reliabilität (= Genauigkeit bzw. Zuverlässigkeit) Ergebnis wenig verallgemeinerungsfähig auf andere Fälle

Tabelle 1 Vergleich zwischen qualitativer und kontrolliert-quantitativer Einzelfallstudie

im Rahmen ihrer diagnostischen oder beratenden Tätigkeit mit ihren Klientinnen und Klienten oder deren Bezugspersonen. Zudem ist es, wie eingangs beschrieben, alltägliche therapeutische Praxis, die Wirkung der eigenen Intervention bei KlientInnen zu überwachen: Man beobachtet kontinuierlich, wie sie z. B. spezifische Aufgaben lösen oder ob eine sprachliche Zielstruktur bereits in der Spontansprache eingesetzt wird. Wird nach gewisser Zeit keine Wirkung beobachtet, passen TherapeutInnen ihre Interventionen an. In der Überschneidung von Forschungshandlung und Tätigkeiten einer professionellen Praxis liegen die Möglichkeit der Kooperation zwischen Forschung und Praxis und die Idee der sog. „Praxisforschung“ (Moser, 2001; 2015).

Die praktische Arbeit von TherapeutInnen ist in vielen Bereichen insbesondere der qualitativen, aber auch der kontrolliert-quantitativen Einzelfallstudie nahe (Kohler, 2016; Petermann, 1996b). Die Vision der Kooperation von Forschung und Praxis (Beushausen, 2014; Beushausen & Grötzbach, 2018) besteht u. a. darin, die Ergebnisse von vielen Einzelfallstudien zusammenzuführen. Ein wichtiges Argument dabei ist, dass die Nachteile der Subjektivität und Individualität des Einzelfalles und seiner damit einhergehenden kaum vorhandenen Generalisierbarkeit ausgeglichen werden könnten (Kazdin, 2011). Die Idee ist, dass viele Einzelfälle, die an einem vergleichbaren Problem arbeiten, systematisch miteinander verglichen und am Ende eine

verallgemeinerbare Schlussfolgerung gezogen werden kann. Ein Vorgehen, das sich in vielen Einzelfällen bewährt hat, könnte so identifiziert werden und gilt dann unabhängig vom einzelnen Fall, sondern eben für viele Fälle. In der Fachterminologie spricht man von der „kumulierten (multiplen oder aggregierten) Einzelfallstudie“ (Reichert & Genoud, 2015). Wenn dann noch, wie in der Praxis üblich, sowohl qualitative als auch quantitativ-kontrollierte Strategien genutzt werden, kann das „kumulierte Einzelfallstudie im mixed-method-Design“ genannt werden. Das Begriffspaar „mixed-method-Design“ steht für die Vernetzung von quantitativen mit qualitativen Strategien (Kuckartz, 2014), die parallel oder zeitlich versetzt zueinander eingesetzt werden können. Während Daten aus der kontrollierten Vorgehensweise durch ihre Häufung helfen können, die untersuchten Ursachen-Wirkung-Zusammenhänge besser zu verallgemeinern, können kumulierte qualitative Daten unbeachtete Zusammenhänge aufdecken. Hierzu ein Beispiel: Im Rahmen einer kumulierten Einzelfallstudie im mixed-method-Design soll die Wirksamkeit einer Intervention auf den Wortabruf von Kindern mit semantisch-lexikalischen Störungen untersucht werden. Dazu werden im quantitativen Teil der Studie wöchentlich die Abrufleistungen der Kinder bei geübtem und ungeübtem Wortmaterial getestet. Da Interventionsmaßnahmen im sprachtherapeutischen Feld neben der sprachlichen Ebene im engeren Sinne auch immer allgemein

didaktische oder formal-gestalterische Elemente zum Gegenstand haben, sollen im qualitativen Teil der Studie zusätzlich Daten zur Attraktivität des genutzten Materials erhoben werden. Wenn bei gezieltem Fragen nach der Qualität des Materials im Leitfadenterview oder auch bei offenen Gesprächssituationen im narrativen Interview viele Anwender hinsichtlich der Qualität von Zeichnungen oder Bildern eine Rückmeldung geben, kann dies ein Hinweis auf deren Optimierungsbedarf sein (bei kritischen Rückmeldungen) oder auch eine Bestätigung ihres positiven Wertes für den Effekt des Materialeinsatzes. Qualitative Rückmeldungen haben insofern ein hypothesengenerierendes Potenzial. Eine bis dahin unspezifisch oder noch überhaupt nicht explizierte Frage wird aufgeworfen und kann genauer betrachtet werden. Tabelle 2 veranschaulicht die kumulierte Einzelfallstudie im mixed-method-design.

Bezug der Einzelfallstudie zur Versorgungsforschung

Einzelfallstudien haben das große Potenzial, in der Praxis auftretende Therapieverläufe differenziert darzustellen und Aussagen über die Wirksamkeit unter bestimmten Rahmenbedingungen (z. B. Dauer, Frequenz) zu machen (Beushausen, 2014). Über die dargestellten (kumulativen) Varianten kann es sogar gelingen, Einzelfälle zusammenzufassen und Aussagen über Gruppen zu tätigen. Hinsichtlich der Herangehensweise passen Einzelfallstudien daher aus un-

Kumulierte Einzelfallstudie im mixed-method-Design			
Mit steigender Anzahl der Fälle steigt das Potenzial an Verallgemeinerung des quantitativ messbaren Ursachen-Wirkung-Zusammenhangs zwischen Intervention (= Ursache) und Therapieeffekt (= Wirkung).	Einzelfall (EF1)		Mit steigender Anzahl der Fälle steigt das Potenzial an Verallgemeinerung von qualitativen Zusammenhängen , insbesondere auch was die Identifikation von bisher vernachlässigten Zusammenhängen angeht.
	Quantitative Strategie	Qualitative Strategie	
	Einzelfall (EF2)		
	Quantitative Strategie	Qualitative Strategie	
	Einzelfall (EF3)		
	Quantitative Strategie	Qualitative Strategie	
	Einzelfall (EF4)		
Quantitative Strategie	Qualitative Strategie		
Einzelfall (EF5)			
Quantitative Strategie	Qualitative Strategie		
Einzelfall (EFn)			
Quantitative Strategie	Qualitative Strategie		

Tabelle 2 Kumulierte Einzelfallstudie (EF1 – EFn) im mixed-method-Design

serer Perspektive sehr gut in das Gebiet der Versorgungsforschung. Diese möchte verallgemeinerbare Aussagen über die Wirksamkeit treffen, berücksichtigt dabei aber explizit die Individualität des Einzelfalls im Alltag. Es wird davon ausgegangen, dass Interventionen häufig komplexer Natur sind und in einem komplexen Kontext stattfinden und dass diese doppelte Komplexität die Wirksamkeit von Interventionen beeinflusst (Ernstmann, 2011). Der Versorgungsalltag wird widerspiegelt, indem auch Patientinnen und Patienten, bei denen ungewöhnliche Therapieverläufe zu erwarten sind, z. B. aufgrund von Multimorbidität oder weiteren Einschränkungen, explizit mit eingeschlossen werden. Ebenso können das individuelle berufliche Selbstverständnis der Therapeutin/des Therapeuten, die eigene Lerngeschichte und spezifische Erfahrungen mit Klientinnen und Klienten Teil der Evaluation sein, um Erkenntnisse darüber zu gewinnen, warum etwas (wohl oder nicht) wirkt. Auch bezüglich der Messmethoden sind Einzelfallstudien und Ansätze der Versorgungsforschung kongruent, da in beiden eine Kombination quantitativer und qualitativer Verfahren möglich ist.

Relevanz hoher Fallzahlen

Eine hohe Anzahl von Fällen zu betrachten, ist aus forschungsmethodischer Perspektive der kontrolliert-quantitativen Strategie besonders wichtig, um die Eindeutigkeit des Ursachen-Wirkung-Zusammenhangs zu gewährleisten. Wenn sehr viele Fälle betrachtet werden, darf

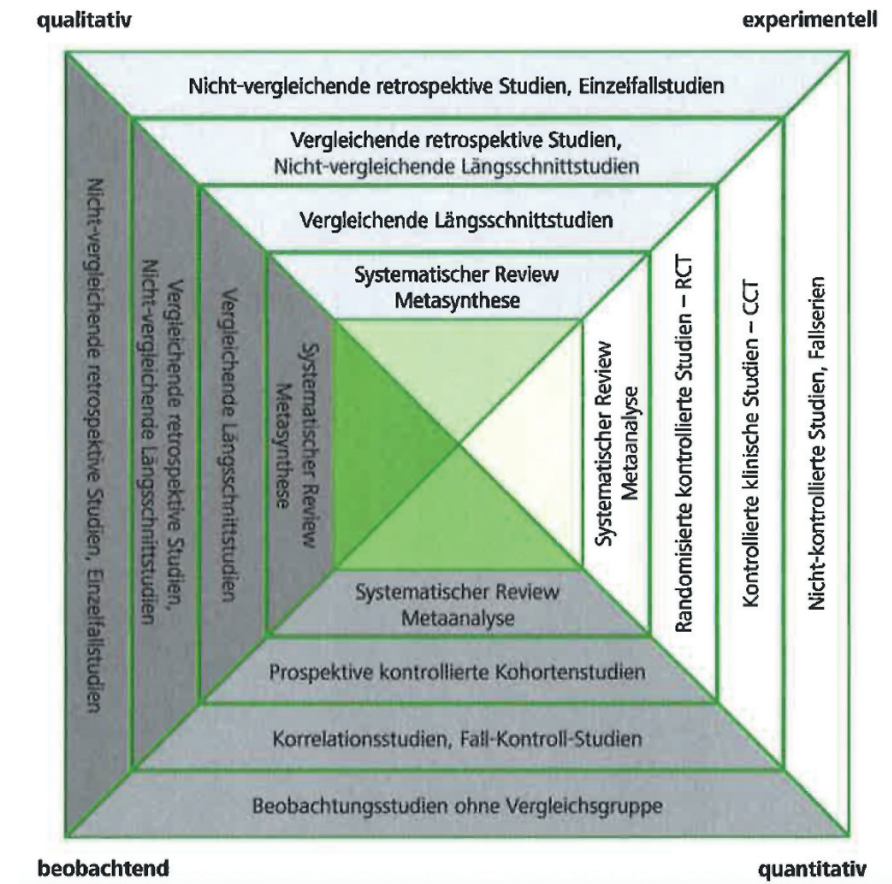


Abbildung 2 Alternatives Pyramidenmodell zur Hierarchisierung von Evidenzen (aus Borgetto et al., 2015, S. 32)

man davon ausgehen, dass solche Variablen, die zwar für den einzelnen Fall eine Bedeutung haben, aber nicht bei allen gleich sind, sich in ihrer Bedeutung nivellieren. Hierzu ein konkretes Beispiel: Ein Fall in der sprachtherapeutischen Praxis besteht nicht nur aus einer einzelnen

Person, sondern aus einer Konstellation von verschiedenen Personen. Neben der Patientin/dem Patienten gehören deren Bezugspersonen und auch die Therapeutin/der Therapeut zum Fall. Um eine Intervention unabhängig von einer einzelnen Therapeutin/einem Therapeuten zu beurteilen, geschieht das am besten durch Betrachtung unterschiedlicher AnwenderInnen. Sind z. B. im Rahmen einer Versorgungsstudie verschiedene Therapeutinnen und Therapeuten an der kumulierten Einzelfallstudie beteiligt, ist relativ sicher, dass sowohl Fachpersonen mit viel und mit wenig Berufserfahrung, mit unterschiedlicher Grundausbildung oder den verschiedensten beruflichen Selbstverständnissen usw. teilnehmen und sich damit diese Variablen im Durchschnitt nivellieren. Die gemessenen Effekte einer Vorher-Nachher-Messung sind dann viel eindeutiger auf die Intervention zurückzuführen, als wenn zwar viele Klientinnen und Klienten beteiligt

Evidenzstufen		
Güte der Evidenz	Reviews/Meta-Analysen Zusammenfassende Übersichten	Verringerung des Einflusses weiterer Zufallsfaktoren (z. B. Rekrutierung, TherapeutIn, Stichprobe etc.)
	Experimentelle Studien Kontrollgruppe, Randomisierung	Ausschalten von systematischen Unterschieden zwischen Gruppen
	Quasi-experimentelle Studien Kontrollgruppe	Kontrolle über nicht therapiebedingte Veränderungen (z. B. Entwicklung)
	Verlaufsstudien ohne Kontrollgruppe Gruppenmittelwerte	Zufallsfaktoren haben weniger Einfluss auf das Ergebnis
	Einzelfallstudien Viele Zufallsfaktoren	objektive Messung der Veränderung (z. B. mittels Tests)
	ExpertInnenmeinung (PraktikerIn) Subjektivität	Praxiserfahrung

Tabelle 3 Klassische Evidenzhierarchie mit steigender Güte der Evidenz von unten nach oben

sind, aber nur einer oder wenige TherapeutInnen die Interventionen durchführen.

Es gibt aus forschungsmethodischer Perspektive noch weitere Kontrolltechniken, um die Wahrscheinlichkeit der Eindeutigkeit bei der Beurteilung eines Ursachen-Wirkung-Zusammenhangs zu erhöhen. Die Erläuterung an dieser Stelle führt aber zu weit und es muss auf die einschlägige Literatur verwiesen werden (Döring & Bortz, 2016).

Die Einzelfallstudie im Rahmen der Evidenzhierarchien

Einzelfallstudien werden traditionellerweise in den gängigen Evidenzhierarchien relativ niedrig eingestuft (Tab. 3), Gruppenstudien hingegen regelmäßig höher bewertet.

Das trifft auch für alternative Modelle der Evidenzhierarchie zu (Borgetto et al., 2015; Abb. 2), bei denen zwar den qualitativen Studien das Potenzial für eine höhere Stufe zugestanden wird, aber die Einzelfallstudie selbst in ihrer kontrollierten Form ganz unten in der Hierarchie rangiert.

Ohne die Diskussion zur Evidenz hier differenziert führen zu können (vgl. hierzu Beushausen & Grötzbach, 2018 oder Borgetto et al., 2015) seien zwei Einwände gegen die Abstufung angebracht: Erstens kann durch die kumulierte Einzelfallstudie das für die Verallgemeinerung wichtige große N (= Anzahl der Fälle) erreicht werden. Zweitens ist die

Einteilung in Gruppen ohne weiteres möglich. Es können z. B. zwei Gruppen von Einzelfallstudien verglichen werden, die sich durch zwei verschiedene Interventionen unterscheiden. Es kann auch eine Gruppe von Fällen, welche eine Intervention bekommen haben, mit einer Gruppe von Klientinnen und Klienten der Wartelisten (= ohne Intervention) verglichen werden. Voraussetzung hierfür ist, dass das methodische Vorgehen innerhalb der einzelnen Fälle vergleichbar ist. Aus unserer Perspektive kann die kumulative Einzelfallstudie ohne weiteres in eine Gruppenstudie überführt werden bzw. entspricht Versorgungsstudien im Gruppendedesign.

Einzelfallstudie im Rahmen der evidenzbasierten Praxis

Das Konzept der Evidenzbasierten Praxis nach Dollaghan (2007) ist durch drei Säulen gekennzeichnet, die sog. externe, interne und soziale Evidenz (= E3BP, Abb. 3). Ein weiteres Argument für die Einzelfallstudie im mixed-method-Design ist mit den Begriffen der „internen und sozialen Evidenz“ verbunden. Mit „interner Evidenz“ ist die klinische Expertise der Fachperson gemeint und mit „sozialer Evidenz“ die Perspektive der Patientinnen und Patienten. Normalerweise werden Studien, welche in die Evidenzhierarchie eingebettet werden, als externe Evidenz (= Studienergebnisse) bezeichnet. Die interne und die soziale Evidenz spielen hierbei keine Rolle.

Eine aus dem Selbstverständnis der Praxis-/Versorgungsforschung heraus durchgeführte Studie kann aus unserer Sicht nach Veröffentlichung ebenfalls als „externe Evidenz“ bezeichnet werden. Jedoch liefert eine kumulierte Einzelfallstudie im mixed-method-Design zusätzlich eine Systematisierung der internen und der sozialen Evidenz. Aus unserer Perspektive wird die interne Evidenz als die Summe der für einen Einzelfall herangezogenen Entscheidungen der Therapeutinnen und Therapeuten betrachtet, welche auf ihrer klinischen Expertise beruhen. Durch die qualitative Komponente des mixed-method-Designs werden solche individuellen Entscheidungsgrundlagen ebenfalls in das Ergebnis der Studie einbezogen (Kohler & Braun, 2020). Es ist auch möglich, diese quantitativ auszuwerten und die Häufigkeit bestimmter immer wiederkehrender Entscheidungsprozesse aufzulisten. Wenn z. B. viele SprachtherapeutInnen davon berichten, dass ihnen bei der Anwendung des Interventionsmodells die Beziehungsebene zu kurz kommt und sie deswegen die Intervention mit weiteren Angeboten, wie z. B. einem auf Verständnis angelegten Gespräch, anreichern, dann ist das ein Hinweis darauf, dass die isolierte aus dem Therapiekonzept abgeleitete Intervention nicht hinreichend die gemessene Wirkung erklärt. Es spräche dann viel dafür, die Beziehungsgestaltung zur Erklärung der Wirkung heranzuziehen. Ebenso können aus unserer Sicht qualitative Beiträge von PatientInnen oder Bezugspersonen, welche als soziale Evidenz betrachtet werden, eine wichtige Quelle zur Erklärung von Wirksamkeit oder Unwirksamkeit einer Intervention darstellen. In Fallstudien, wo ein Fall als eine Konstellation von Klientin/Klient, Bezugsperson und Fachperson betrachtet wird, helfen die qualitativen Daten, die Art und Weise der Wirkung (oder Nicht-Wirkung) einer Intervention besser zu verstehen. Sie haben insofern ein enormes Optimierungspotenzial für Therapieansätze, -modelle oder -programme. Die kumulierte Einzelfallstudie im mixed-method-Design kann als ein Versuch betrachtet werden, die evidenzbasierte Praxis (= E3BP) mit seinen drei Säulen der externen, internen und sozia-

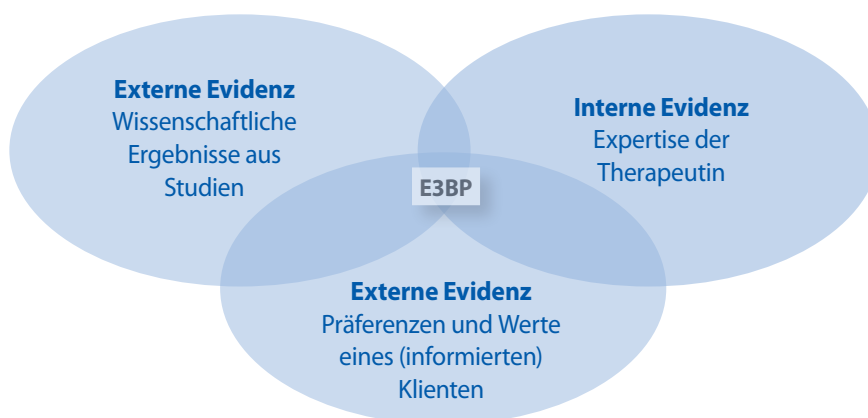


Abbildung 3 E3BP-Modell der evidenzbasierten Praxis nach Dollaghan (2007, entnommen aus Beushausen, 2014, S. 97)

len Evidenz in einem Forschungsdesign zu vereinen.

Kooperation von Praxis und Forschung

Alle AutorInnen dieses Artikels haben Einzelfallstudien bzw. Studien mit Einzelfallorientierung durchgeführt (Kohler & Braun, 2020; Kohmäscher, 2020; Starke et al., 2018) und wissen um die eingangs skizzierten Heraus- und Anforderungen für praktisch tätige SprachtherapeutInnen. Während die Bedeutung solcher Studien und die Nähe zur Praxis mit den bisherigen Ausführungen verdeutlicht wurde, bleibt die Frage im Raum, wie eine Zusammenarbeit von Praktizierenden und Forschenden konkret ausgestaltet werden kann. An dieser Stelle sei auf die Spezifität von Forschungsprojekten hingewiesen. Wenn WissenschaftlerInnen eine Einzelfall- oder Versorgungsstudie initiieren und in Kooperation mit Praktizierenden durchführen, dann kann nur die Projektleitung die genauen Umstände der Kooperation erklären. Es gibt durch die Fragestellung und durch die institutionellen Kontexte des Wissenschaftsbetriebs und der Praxis so viele Besonderheiten, dass sie hier nur im Ansatz dargestellt werden können. Dennoch werden einige Rahmenbedingungen skizziert, welche neben dem Design in den meisten Projekten Beachtung finden. Für jede Einzelfallstudie muss hierfür auch ein Votum einer Ethikkommission eingeholt werden, welches die Unbedenklichkeit des Vorhabens für die Beteiligten sowie eine wissenschaftlich

fundierte Vorgehensweise bescheinigt. Standardmäßig wird allen beteiligten Personen (eines Falles) eine absolute Anonymität zugesichert.

Eine besondere Herausforderung besteht für Praktizierende mit Sicherheit in der zeitlichen Komponente der Kooperation. Arbeitszeit, die hierfür aufgewendet wird, kann nicht wie eine Therapieeinheit abgerechnet werden. In einem Angestelltenverhältnis sollte die Teilnahme in jedem Fall mit den ArbeitgeberInnen abgesprochen werden, um eventuelle Freistellungen zu regeln. Auch wenn die eigentliche therapeutische Leistung ohnehin erbracht wird, fallen im Rahmen einer (Einzelfall-)Studie Aufgaben wie das Dokumentieren und Übermitteln von Daten, ggfs. die Teilnahme an Schulungen sowie organisatorische Absprachen mit der Projektleitung an. Manche Forschungsprojekte haben hierfür ein Budget und können den Mehraufwand finanziell kompensieren, bei anderen ist dies nur durch den Kompetenzzuwachs und die eigene Qualitätssicherung entlohnt. Es kann auch sein, dass notwendige Testungen von Projektmitarbeitenden durchgeführt werden, sodass statt des Zeitaufwandes die Räumlichkeiten zur Verfügung gestellt werden.

Aus unserer Perspektive wäre es wünschenswert, wenn die Mitarbeit der Praktizierenden insofern institutionalisiert wäre, als dass KostenträgerInnen von therapeutischen Maßnahmen diese Kooperationstätigkeit finanziell mittragen würden. Durch Praxis- bzw. Versorgungsforschung wird die Arbeitsqualität einer ganzen Berufsgruppe gestärkt, indem z. B. Wirksamkeit von therapeutischen Maßnahmen verifiziert (= bestätigt) oder falsifiziert (= nicht bestätigt) werden. Wie oben dargestellt, ist es im ausdrücklichen Interesse von KostenträgerInnen, Wirksamkeitsnachweise über die von ihnen bezahlten Maßnahmen zu erhalten und die Qualitätssicherung zu unterstützen.

Fazit

Einzelfallstudien und einzelfallorientierte Studien im Kontext der Versorgungsforschung haben ein großes Potenzial für die Evidenzbasierung der Sprachtherapie

KURZBIOGRAFIE

Prof. Dr. Anja Starke lehrt und forscht an der Universität Bremen im Bereich der inklusiven Pädagogik mit dem Schwerpunkt Sprache. Einer ihrer Forschungsschwerpunkte ist dabei der selektive Mutismus, wozu sie Einzelfallstudien in therapeutischen und schulischen Settings durchführt.

(Ewers et al., 2012; Wissenschaftsrat, 2012). Die Praxis kann WissenschaftlerInnen dabei wichtige Hinweise zu Problemen und Phänomenen geben, die untersucht werden sollten. Forschende erhalten über praxisnahe, anwendungsbezogene Forschung Einblick in die Komplexität von Praxisabläufen und können ihre Projekte zunehmend auf die Verwertbarkeit für die Praxis ausrichten. Und als Berufsgruppe hätten alle gemeinsam die Möglichkeit, eine passende Form der Evidenzbasierung zu etablieren und sich damit im Gesundheitswesen zu positionieren.

Literatur

- Beushausen, U. (2014). Chancen und Risiken einer evidenzbasierten Praxis. *Logos*, 22(2), 96–104.
- Beushausen, U., & Grötzbach, H. (2018). *Evidenzbasierte Sprachtherapie*. Schulz-Kirchner.
- Bickenbach, J., Cieza, A., Rauch, A., & Stucki, G. (2012). *Die ICF Core Sets. Manual für die klinische Anwendung*. Huber.
- Borgetto, B., Tomlin, G., Trickes, C., Max, S., & Pflingsten, A. (2015). Die Forschungspyramide – Evidenz für die ergotherapeutische Praxis. Ein Update. *Ergoscience*, 10(1), 35–40.
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., & Petticrew, M. (2008). Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *British Medical Journal*, 337, a1655.
- Dollaghan, C. (2007). *The handbook for evidence-based practice in communication disorders*. Paul H. Books.
- Döring, N., & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. Springer.
- Ernstmann, N. (2011). Zur Bedeutung der Versorgungsforschung: Ein Überblick. *Der Urologe*, 50, 673–677.
- Ewers, M., Grewe, T., Höppner, H., Huber, W., Sayn-Wittgenstein, F., Stemmer, R., Voigt-Radloff, S., & Walkenhorst, U. (2012). Forschung in den Gesundheitsfachberufen: Kernaussagen. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 137(2), S34–S36.

KURZBIOGRAFIE

Prof. Dr. Anke Kohmäscher lehrt an der FH Münster professionsübergreifend Therapiewissenschaften und Forschungsmethoden. Seit 2018 leitet sie die vom Gemeinsamen Bundesausschuss geförderte Versorgungsstudie „PMS KIDS“ zur Wirksamkeit ambulanter Stottertherapien unter Alltagsbedingungen.

- Flick, U., Kardorff, E. von, Krupp, H., Rosenstiel, L., & Wolff, S. (Hrsg.). (2012). *Handbuch qualitative Sozialforschung: Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen*. Beltz.
- GKV Spitzenverband (Hrsg.). (2016). *Qualität der Heilmittelversorgung verbessern und finanzierbar halten*. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/service_1/publikationen/Positionspapier_Heilmittelversorgung_GKV-SV_06-2016.pdf
- Julius, H., Schlosser, R. W., & Goetze, H. (2000). *Kontrollierte Einzelfallstudien: Eine Alternative für die sonderpädagogische und klinische Forschung*. Hogrefe.
- Kazdin, A. E. (2011). *Single-case research designs: Methods for clinical and applied settings*. Oxford Univ. Press.
- Kohler, J. (2016). Zur Bedeutung qualitativer Studien. In M. Grohnfeldt (Hrsg.), *Kompendium der akademischen Sprachtherapie und Logopädie* (Bd. 1, S. 77–95). Kohlhammer.
- Kohler, J., & Braun, W. (2020). *Früherkennung, Ersterfassung und Erstberatung bei beginnendem Stottern. Die Erforschung und Entwicklung von RedeflussKompass und StotterKompass zu einem digitalen Instrumentarium*. Schulz-Kirchner.
- Kohmäscher, A. (2020, März, 6). *Wie wirksam ist ambulante Stottertherapie? Erfahrungen aus der multizentrischen Versorgungsstudie zu Stottern PMS KIDS*. 9. Forschungssymposium von dbl & dbs, Erlangen.
- Kuckartz, U. (2014). *Mixed methods: Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren*. Springer.
- Kuckartz, U. (2018). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Beltz Juventa.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. Beltz.
- Moser, H. (2001). Einführung in die Praxisforschung. In T. Hug (Hrsg.), *Wie kommt Wissenschaft zu Wissen? Band 3: Einführung in die Methodologie der Sozial- und Kulturwissenschaften* (S. 314–325). Schneider.
- Moser, H. (2015). *Instrumentenkoffer für die Praxisforschung: Eine Einführung*. Lambertus.
- Petermann, F. (1996a). *Einzelfallanalyse*. Oldenbourg.
- Petermann, F. (1996b). *Einzelfalldiagnostik in der klinischen Praxis*. Beltz PsychologieVerlagsUnion.
- Pfaff, H., Neugebauer, E., Glaeske, G., & Schrappe, M. (Hrsg.). (2017). *Lehrbuch Versorgungsforschung: Systematik – Methodik – Anwendung*. Schattauer.
- Reichert, M., & Genoud, P. A. (2015). *Einzelfallanalysen in der psychosozialen Forschung und Praxis*. ZKS.
- Starke, A., Subellok, K., & Pickhinke, I. (2018). Förderung selektiv mutistischer Kinder im schulischen Kontext – Ergebnisse aus zwei kontrollierten Einzelfallstudien. In T. Jungmann, B. Gierschner, M. Meindl, & S. Salat (Hrsg.), *Sprache und Bildungshorizonte. Wahrnehmen – Beschreiben – Erweitern* (S. 351–358). Schulz-Kirchner.
- van der Donk, C., van Lanen, B., & Wright, M. T. (2014). *Praxisforschung im Sozial- und Gesundheitswesen*. Huber.
- Wissenschaftsrat. (2012). *Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen*. Geschäftsstelle des Wissenschaftsrates.



Korrespondenzanschrift der AutorInnen

Prof. Dr. Jürgen Kohler
 Institut für Verhalten, sozio-emotionale und
 psychomotorische Entwicklung (IVE)
 Interkantonale Hochschule
 für Heilpädagogik
 Schaffhauserstrasse 239
 Postfach 5850
 CH-8050 Zürich
 juergen.kohler@hfh.ch

d8 xanto

d8xanto® Zungentrainer
 Die nachhaltige Lösung gegen
Zungenschnarchen!
 Trainieren Sie sich gesund zu
 einem erholsamen Schlaf ohne Schnarchen!

Jetzt bestellen:

Integriert in die
 Logopädische
 Schnarchtherapie
nonron® Methode