

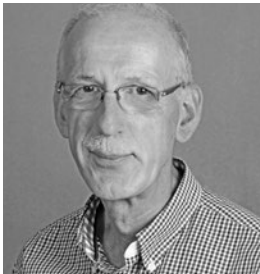
Ulla Beushausen | Holger Grötzbach

EVIDENZBASIERTE SPRACHTHERAPIE



Dr. Ulla Beushausen, M.A., absolvierte ihre Ausbildung zur Logopädin an den Universitätskliniken in Ulm und Heidelberg und studierte anschließend Psycholinguistik, Phonetik und Sprachbehindertenpädagogik an der Ludwig-Maximilians-Universität München. Das Studium schloss sie mit der Promotion zum Dr. phil. ab. Anschließend leitete sie viele Jahre eine stimmtherapeutische Praxis und war als Kommunikationstrainerin und Lehrbeauftragte in

der Erwachsenenbildung tätig. Seit 2001 ist sie Professorin für Logopädie an der HAWK-Hochschule Hildesheim/Holzwinden/Göttingen. Ihr Lehr- und Forschungsgebiet ist u. a. die evidenzbasierte Praxis in der Logopädie. Sie ist Autorin und (Mit)-Herausgeberin zahlreicher Bücher, so z. B. von „Therapeutische Entscheidungsfindung in der Sprachtherapie“ und „Testhandbuch Neurologie“. Sie hält regelmäßig Vorträge und führt Fortbildungsveranstaltungen im In- und Ausland durch.



Holger Grötzbach, M.A., studierte Linguistik, Psychologie und Philosophie, mit den Schwerpunkten Sprach- und Sprechstörungen, in Bonn und Berlin. Nach Ende seines Studiums arbeitete er drei Jahre lang als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Max-Planck-Institut für Psycholinguistik in den Niederlanden. Danach wechselte er in die Abteilung Sprachtherapie der Asklepios Klinik Schauffling, die er seit vielen Jahren leitet. Er unterbrach seine klinische Tätigkeit zwei Mal, um in den USA an postgraduierten Weiterbildungen in den Bereichen Dysphagie und Demenz teilzunehmen. Holger Grötzbach ist seit vielen Jahren nebenberuflicher Dozent an der Berufsfachschule für Logopädie in München. Er betreut Bachelor- und Master-Arbeiten an mehreren Hochschulen und Universitäten und ist Autor einer Reihe von Beiträgen über die Themen Aphasie, Schlaganfallrehabilitation und ICF. So ist er Herausgeber des Buchs „Therapieintensität in der Sprachtherapie/Logopädie“, Mitherausgeber des Buchs „ICF und ICF-CY in der Sprachtherapie“ und Co-Autor des Buchs „Aphasie“. Er hält regelmäßig Vorträge und führt Fortbildungsveranstaltungen im In- und Ausland durch.

Ulla Beushausen | Holger Grötzbach

EVIDENZBASIERTE SPRACHTHERAPIE



**Schulz-
Kirchner
Verlag**

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.

Besuchen Sie uns im Internet: www.schulz-kirchner.de

2., überarbeitete Auflage 2018

ISBN 978-3-8248-1235-6

eISBN 978-3-8248-9938-8

Alle Rechte vorbehalten

© Schulz-Kirchner Verlag GmbH, 2018

Mollweg 2, D-65510 Idstein

Vertretungsberechtigte Geschäftsführer:

Dr. Ullrich Schulz-Kirchner, Nicole Eitel

Lektorat: Doris Zimmermann

Layout: Susanne Koch

Titelfoto: © Julien Eichinger – fotolia.com

Druck und Bindung:

medienhaus Plump GmbH, Rolandsecker Weg 33, 53619 Rheinbreitbach

Die 1. Auflage erschien 2011 im Urban & Fischer Verlag unter der ISBN 978-3-437-44476-0

Die Informationen in diesem Buch sind von den Autoren und dem Verlag sorgfältig erwogen und geprüft, dennoch kann eine Garantie nicht übernommen werden. Eine Haftung der Autoren bzw. des Verlages und seiner Beauftragten für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ist ausgeschlossen.

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes (§ 53 UrhG) ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar (§ 106 ff UrhG). Das gilt insbesondere für die Verbreitung, Vervielfältigungen, Übersetzungen, Verwendung von Abbildungen und Tabellen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung oder Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Eine Nutzung über den privaten Gebrauch hinaus ist grundsätzlich kostenpflichtig. Anfrage über: info@schulz-kirchner.de

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	9
1 Grundlagen der Evidenzbasierten Sprachtherapie	11
1.1 Evidenzbasierte Medizin (EBM)	11
1.2 Evidenzbasierte Praxis (EBP)	17
1.3 Evidenz ₃ -basierte Praxis (E ₃ BP)	19
1.4 Effizienz und Effektivität	21
1.5 Fehlende und vorhandene Effektivitätsnachweise	24
2 Evidenzstufen und Studientypen	27
2.1 Evidenzstufen	27
2.2 Forschungsdesigns	30
2.2.1 Experimentelle Forschungsdesigns	30
2.2.2 Quasi-experimentelle Designs	31
2.2.3 Nicht-experimentelle Designs	32
2.3 Studientypen im Einzelnen	33
2.3.1 Meta-Analysen randomisiert-kontrollierter Therapiestudien (RCTs)	33
2.3.2 Systematische Übersichtsarbeiten („Systematic reviews“)	35
2.3.3 (Doppel-)Blind-Studien	36
2.3.4 Therapiestudien ohne Randomisierung	36
2.3.5 Vorher-Nachher-Studien	37
2.3.6 Kohortenstudien	38
2.3.7 Katamnestiche Untersuchungen	40
2.3.8 Einzelfallforschung im Single Subject-Design	41
2.3.9 Fallstudie/Fallbericht	42
2.3.10 Qualitativ-beobachtende Studien	43
2.3.11 Qualitativ-experimentelle Studien	44
2.4 Ethische Probleme bei Effektivitätsprüfungen	45
2.5 Interessenkonflikte	47
2.6 Auswirkungen von Bias	48
2.7 Limitationen von Evidenzstufen	50
3 Leitlinien	55
3.1 Leitlinienregister der AWMF	57
3.2 Therapeutische Leitlinien	59
3.2.1 Aufbau und Inhalt einer Leitlinie	60
3.3 Konsensfindung	62
3.4 Reha-Therapiestandards	64
3.5 Qualität von Leitlinien	67

3.5.1	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG).	67
3.5.2	Leitlinien in Fachzeitschriften und Büchern	67
3.5.3	Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI).	68
4	Umsetzung der E₃BP-Prinzipien im therapeutischen Alltag	71
4.1	Präferenzen der Patienten	71
4.1.1	Kommunikation im Therapieprozess	72
4.1.2	Evidenzbasierte Patienteninformationen	72
4.1.3	Narrationen	77
4.1.4	Der Zielsetzungsprozess	81
4.2	Klinische Expertise	84
4.2.1	Fachwissen.	84
4.2.2	Wissenschaftliche Grundhaltung.	85
4.2.3	Problemlösende Fähigkeiten	86
4.2.4	Interpersonelle Fähigkeiten	87
4.2.5	Nutzen der klinischen Expertise	89
4.3	Externe Evidenz	91
4.3.1	Schritt 1: Eine relevante Frage stellen	92
4.3.2	Schritt 2: Recherche von Quellen für externe Evidenz	93
4.3.3	Schritt 3: Bewertung der Rechercheergebnisse.	97
4.3.4	Schritt 4: Implementierung der externen Evidenz in die therapeutische Praxis.	104
4.3.5	Schritt 5: Evaluation der erbrachten Leistung.	107
4.4	E ₃ BP durch Clinical Reasoning	110
4.5	Anwendung von E ₃ BP im konkreten Fall.	111
4.5.1	Patientenpräferenzen	111
4.5.2	Klinische Expertise	114
4.5.3	Belege aus der Literatur	115
5	Einführung in die Therapieevaluation	117
5.1	Qualitätssicherung im Gesundheitswesen	117
5.2	Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen	121
5.3	Evaluation	127
5.3.1	Evaluation im sprachtherapeutischen Behandlungsprozess.	128
5.3.2	Qualität durch Evaluation.	128
5.3.3	Evaluation von Therapien.	130
5.3.4	Der Evaluationskreislauf	132
5.3.5	Zielsetzungsmethoden	135
5.3.6	Therapieziele in der Praxis	137

5.3.7	Zusammenhang zwischen Funktionsverbesserungen und Aktivitätsfortschritten.	142
5.3.8	Evaluation logopädischer Therapien: Realität oder Mythos? . . .	144
6	Elemente der Evaluation.	147
6.1	Die Wirksamkeitsprüfung.	147
6.2	Statistische Begriffe.	150
6.3	Die Replikation	157
7	Therapieeffekte erfassen	159
7.1	Einzelfallstudien	160
7.1.1	Variationen des ABA-Untersuchungsplans	162
7.1.2	Multiple Baseline-Versuchspläne	163
7.1.3	Vor- und Nachteile von Studien im Single Subject Design SSD . .	166
7.1.4	Auswertung der Ergebnisse	170
7.2	Arten der Datenerhebung	174
7.2.1	Testungen	174
7.2.2	Die Befragung	177
7.2.3	Die Beobachtung	182
7.3	Evaluation von Langzeiteffekten	184
7.4	Fallbeispiel.	186
7.4.1	Therapieplanung und -durchführung	186
7.4.2	Therapieergebnisse und -auswertung.	187
7.4.3	Diskussion der Ergebnisse	189
8	Dokumentation.	191
8.1	Einführung in die medizinische Dokumentation	191
8.2	Sprachtherapeutische Dokumentation	196
8.2.1	Dokumentationsempfänger	200
8.2.2	Dokumentationsarten	205
8.3	Fallbeispiel.	211
8.3.1	Analyse.	211
8.3.2	Konsequenzen	212
9	Evidenzbasierte Sprachtherapie	217
9.1	Möglichkeiten der EBP	218
9.2	Grenzen der EBP.	219
9.2.1	Meta-Analyse zur Effektivität von Aphasietherapie	220
9.2.2	Ergebnisse der Meta-Analyse	221
9.2.3	Möglichkeiten und Grenzen der Ergebnisse	221
9.3	Stellenwert der EBP in der Sprachtherapie	223
9.3.1	Wirksamkeit der Therapie	223

9.3.2	Therapiemethoden	224
9.3.3	Diagnostikverfahren	226
9.3.4	Therapiematerialien.	230
9.4	Barrieren bei der Umsetzung von EBP in der Sprachtherapie . . .	234
9.4.1	Zeitbarriere	235
9.4.2	Zugriffsbarriere	235
9.4.3	Wissensbarriere	235
9.4.4	Forschungsbarriere	235
9.5	Implementierung von EBP in der Sprachtherapie	236
10	Sprachtherapieforschung	239
10.1	Der Zusammenhang zwischen klinischer Praxis und klinischer Forschung	239
10.2	Möglichkeiten für forschende Kliniker.	241
10.3	Der EBP-Ansatz in der Sprachtherapieforschung.	243
10.4	Forschungsstrategie der Sprachtherapieforschung	245
10.5	Forschung im Rahmen von Gesundheitsförderung und Prävention	248
	Lösungen zu den Übungsaufgaben	253
	Glossar	259
	Abkürzungsverzeichnis	267
	Literatur	269
	Leitfaden zur Bewertung von Einzelfallstudien in der Logopädie	287
	Erläuterungen zum Leitfaden zur Bewertung von Einzelfallstudien in der Logopädie	292

Vorwort

Die evidenzbasierte Praxis (EBP) stellt eine Herausforderung für alle Gesundheitsberufe und damit auch für die Sprachtherapie dar. Der Begriff weckt allerdings unterschiedliche Assoziationen: Manche sehen darin ein Zeitgeistprodukt, ein „Unwort“ oder gar eine Zumutung. Andere sind neugierig, was sich dahinter verbirgt. Einerseits sind viele Sprachtherapeuten verunsichert, was sie als Einzelne tun können, um EBP im klinischen Alltag einzusetzen. Andererseits gibt es bereits viele Kolleginnen, die erfolgreich evidenzbasiert arbeiten.

Ziel des Buches ist es zum einen, Transparenz zu schaffen. Zum anderen wird geklärt, was evidenzbasierte Praxis ist und was sie nicht ist. Schließlich geht es darum, zu zeigen, wie evidenzbasiertes Arbeiten in der Sprachtherapie aussehen kann und muss. Denn es geht schon lange nicht mehr um die Frage, ob Sprachtherapeuten *für* oder *gegen* die EBP sind, da sowohl die Kostenträger als auch die Patienten evidenzbasierte Therapien erwarten. Die Prinzipien der Evidenzbasierten Medizin (EBM) und der EBP lassen sich jedoch nicht ohne eine kritische Analyse und notwendige Anpassung auf die Sprachtherapie übertragen. Das Buch hat daher auch die Aufgabe, die Möglichkeiten der EBM und EBP für sprachtherapeutische Fragestellungen darzustellen. Es versteht sich außerdem als Wegbegleiter, indem es Sprachtherapeuten dabei hilft, den Weg von der EBP zu einer evidenzbasierten Sprachtherapie aktiv mitzugestalten.

Das Buch vermittelt Wissen und Fertigkeiten zur EBM und EBP in zehn Kapiteln, wobei

Kapitel 1 die Grundlagen einer evidenzbasierten Sprachtherapie darstellt und eine Einführung in die Begrifflichkeit der EBM und EBP gibt;

Kapitel 2 Verfahren zur Beurteilung von Therapiemethoden und Studienergebnissen erläutert und klärt, was der Begriff „Evidenz“ bedeutet;

Kapitel 3 beschreibt, was Leitlinien sind, wo man sie findet und welche Bedeutung sie für die Sprachtherapie haben;

Kapitel 4 zeigt, wie sich drei evidenzbasierte Prinzipien (die Patientenpräferenzen, Wissen aus externer Evidenz und die sprachtherapeutische Expertise) verknüpfen und in die klinische Arbeit übertragen lassen;

Kapitel 5 die Therapieplanung anhand partizipativ und alltagsorientiert formulierter Therapieziele beschreibt und verschiedene Zielsetzungsmethoden vorstellt;

Kapitel 6 diejenigen Elemente erläutert, die für jede Evaluation grundlegend sind;

Kapitel 7 eine Auswahl der häufig verwendeten Methoden enthält, mit denen Therapieergebnisse evaluiert werden können;

Kapitel 8 die Fragen beantwortet, wie Therapieergebnisse zu dokumentieren und zu interpretieren sind;

Kapitel 9 sich mit den Möglichkeiten, aber auch den Grenzen einer evidenzbasierten Sprachtherapie auseinandersetzt;

Kapitel 10 den beiden Fragen nachgeht, wie eine auf die Bedürfnisse der Sprachtherapie zugeschnittene Forschung aussehen kann und was EBP mit Sprachtherapieforschung zu tun hat.

Jedem Kapitel sind Lernziele vorangestellt, und am Ende jedes Kapitels finden sich **Lernzielkontrollen** in Form von Fragen. Die Antworten dazu stehen im Anhang. Um die praktische Umsetzung der EBM und EBP in der Sprachtherapie transparent zu machen, wurden **Fallbeispiele** aus unterschiedlichen Störungsbereichen eingefügt. Im Anhang und im Downloadbereich des Verlags finden sich zudem **Arbeitsblätter** für die Fallarbeit in Ausbildung und Lehre.

Unter dem Begriff „Sprachtherapeuten“ verstehen wir alle Berufsgruppen, die mit der Therapie von Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen betraut sind, also z.B. Logopäden, Sprachtherapeuten, (klinische) Linguisten, Sprechwissenschaftler, Atem-, Sprech- und Stimmlehrer.

Obwohl über 90 Prozent der Sprachtherapeuten Frauen sind, verwenden wir im gesamten Text willkürlich wechselnd die männliche oder die weibliche Form. Dennoch sind immer beide Geschlechter gemeint. Dies trifft auch zu, wenn wir von Patientin oder Patient sprechen.

Teile dieses Buchs beruhen auf dem Inhalt von drei Studienbriefen, die für die Hamburger Fern-Hochschule geschrieben worden sind. Große Teile des Buches wurden bereits in einer ersten Auflage 2011 veröffentlicht. Für die jetzt vorliegende neue Auflage haben wir eine Reihe von Ergänzungen vorgenommen, die zum einen aus Aktualisierungen und zum anderen aus einer Präzisierung unserer Gedanken bestehen. Das bewährte didaktische Konzept des Buches ist dabei nicht geändert worden.

Wir möchten uns bei unseren Familien bedanken, die es uns durch ihre Geduld und manchmal auch durch ihren Zuspruch ermöglicht haben, unsere Ideen zu Papier zu bringen.

Ulla Beushausen

Holger Grötzbach

Hildesheim und Schauffling, im Februar 2018

1 Grundlagen der Evidenzbasierten Sprachtherapie

Dieses Kapitel hat zum Ziel

- *die historische Entwicklung der Evidenzbasierten Medizin (EBM) bis hin zur Evidenzbasierten Praxis (EBP) in der Sprachtherapie nachvollziehbar darzustellen,*
- *die Terminologie und Arbeitsweise der EBM zu erklären und verständlich zu machen,*
- *die Zielsetzungen und Fragestellungen evidenzbasierter Praxis in der Sprachtherapie zu erläutern und zu differenzieren.*

1.1 Evidenzbasierte Medizin (EBM)

Fallbeispiel

Meinungen zu Herrn Meuerle

Der 76-jährige Herr Meuerle¹ hat innerhalb von einem Jahr zwei Schlaganfälle erlitten. Während vom ersten Schlaganfall eine Lähmung der linken Hand zurückgeblieben ist, hat der zweite zu einer ausgeprägten Dysarthrie, Dysphagie und zu einer Stand- und Gangataxie geführt. Die Ehefrau von Herrn Meuerle wendet sich an den behandelnden Stationsarzt mit der Bitte, ihren Mann in eine neurologische Rehabilitationsklinik zu überweisen. Der Arzt lehnt die Bitte mit der Begründung ab, dass eine Rehabilitation in dem hohen Alter nichts mehr bringe. Außerdem sei das Gehirn aufgrund der zwei Schlaganfälle so sehr geschädigt, dass es sich nie wieder erhole. Obwohl die Ehefrau die Argumente des Arztes bezweifelt, besteht sie nicht auf ihrer Bitte, da sie sich einer Auseinandersetzung nicht gewachsen fühlt. Herr Meuerle wird daher direkt aus dem Akutkrankenhaus nach Hause entlassen.

Dieses Beispiel zeigt, wie sich Meinungen auf therapeutische Entscheidungen auswirken: Der behandelnde Arzt von Herrn Meuerle geht davon aus, dass sich eine neurologische Rehabilitation bei einem älteren Menschen mit einer zweimaligen Hirnschädigung nicht (mehr) lohnt. Er weigert sich daher, Herrn Meuerle in eine Rehabilitationsklinik zu überweisen. Seine Weigerung wird von der Ehefrau zwar hingenommen, ihre Zweifel deuten aber darauf hin, dass sie den Argumenten des Arztes wenig Glauben schenkt. Sollten ihre Zweifel richtig sein, wäre eine Fehlentscheidung getroffen worden.

1 Alle im Text verwendeten Namen sind frei erfunden.

Geburtsstunde der EBM

Eine kontroverse Diskussion darüber, ob eine bestimmte therapeutische Maßnahme sinnvoll ist oder nicht, beschränkt sich nicht nur auf das Beispiel von Herrn Meuerle. Vielmehr dürfte sie auch bei anderen Patienten auftreten. Der Grund dafür ist, dass es zwar eine Vielzahl von Studien zur Wirksamkeit von Therapien (und Medikamenten) gibt, die Studienergebnisse sind jedoch häufig

- gar nicht oder nur schwer zugänglich,
- nicht nach Themen geordnet auffindbar und
- für Patienten und ihre Angehörigen unverständlich.

Der Zugang zu einigen Studien wird auch mit Absicht erschwert, weil ihre Resultate nicht für den Erfolg einer untersuchten Therapiemethode oder für die Wirksamkeit eines Medikamentes sprechen. Doch selbst wenn unwirksame Therapiemethoden oder gar schädliche Medikamente bekannt sind, kann es dennoch vorkommen, dass sie in der Praxis verwendet werden. Dies liegt zum einen an der oft nur zögerlichen Umsetzung neuer Erkenntnisse in den klinischen Alltag. Zum anderen sorgt die weiter voranschreitende Forschung dafür, dass medizinisches Wissen schnell veraltet. Schließlich fällt es auch Fachkräften schwer, bei geschätzten 400.000 bis 1.000.000 Wirksamkeitsstudien (vor allem aus der Pharmakologie) einen Überblick zu behalten und das Wichtige vom Unwichtigen zu trennen.

Gründer(innen) der EBM

Aufgrund dieser und weiterer Missstände forderte der schottische Arzt und Epidemiologe Sir Archibald Leman Cochrane (1909–1988) bereits vor vielen Jahren (Cochrane, 1972):

- Standards für die Durchführung von Wirksamkeitsstudien zu entwickeln,
- möglichst für jede Therapiemethode (und für jedes Medikament) einen Wirksamkeitsnachweis zu erstellen,
- die Ergebnisse der Wirksamkeitsstudien in einer sinnvoll aufgebauten Datenbank allen interessierten Fachkräften und Laien zugänglich zu machen und
- für eine rasche Umsetzung der Forschungserkenntnisse in den klinischen Alltag zu sorgen.

Mit seinen Forderungen gilt Cochrane heute als einer der Urväter des Konzepts der Evidenzbasierten Medizin (EBM). Inspiriert von seinen Überlegungen begannen britische Wissenschaftler um Iain Chalmers zunächst damit, Wirksamkeitsstudien in der Perinatalmedizin durchzuführen (Chalmers et al., 1989). Es folgten bald Studien in anderen medizinischen Bereichen.

EXKURS

Frühe Quellen zur EBM

Erste Hinweise auf ein evidenzbasiertes Vorgehen finden sich schon im 3. Jahrhundert vor Christus, z. B. bei Buddha, der medizinischen Praktikern ans Herz legte, nichts nur deshalb zu glauben, weil es so überliefert wird, Tradition ist oder schlicht wünschenswert wäre.

Ein frühes und ethisch nicht akzeptables Experiment führte Frederick II. (1194–1250) zur Erforschung von Verdauungsprozessen durch. Er versorgte zwei Ritter mit identischen Speisen, den einen schickte er darauf zur Jagd, den anderen zur Nachtruhe. Am nächsten Tag untersuchte er den Mageninhalt der zuvor getöteten Ritter. Dabei stellte er fest, dass Schlaf eine verdauungsförderndere Bedingung darstellt als körperliche Aktivität.

Die Ergebnisse solcher ersten evidenzbasierten Studien wurden jedoch nur zögerlich in die Praxis umgesetzt. So fand Lind 1753 in einer Therapiestudie mit einer unbehandelten Kontrollgruppe heraus, dass Zitrusfrüchte die Inzidenzrate von Skorbut reduzieren. Es dauerte aber noch 50 Jahre, bis Orangen, Zitronen oder Limonen offiziell dem Speiseplan von Seeleuten hinzugefügt wurden (vgl. Dood, 2007).

Die Verzögerungen in der Übernahme von Forschungsergebnissen in die therapeutische Praxis werden auch heute noch beklagt. Sie sind allerdings nicht überraschend, wenn man bedenkt, dass sich alle zehn Jahre die Anzahl an Forschungsergebnissen verdoppelt. So schätzte die amerikanische Sprachtherapeutin Bernstein Ratner (zit. nach Nail-Chiwetalu & Bernstein Ratner, 2006), dass während ihrer nahezu 30-jährigen Berufstätigkeit etwa 20.000 Publikationen erschienen, die für ihre Tätigkeit relevant gewesen sind. Jeder dieser Artikel hätte kritisch ausgewertet, die Relevanz der Ergebnisse im Vergleich zu anderen Studien eingeschätzt und Konsequenzen für die Praxis gezogen werden müssen.

Der Begriff EBM

In den 1970er Jahren tauchte der Begriff „Evidenzbasierte Medizin“ (EBM) zum ersten Mal auf. Der Epidemiologe Cochrane (1972) forderte damals, regelmäßig aktualisierte systematische Übersichtsarbeiten (sogenannte „systematic reviews“) von randomisiert kontrollierten Studien (**randomized controlled trials; RCTs**) anzufertigen. RCTs gelten in der klinischen Forschung als „Goldstandard“. Sie repräsentieren damit die Stufe der höchsten erreichbaren Evidenz oder des „besten“ Beweises der Wirksamkeit z. B. einer Therapiemethode.

Solche Reviews sollten Forschungsergebnisse zusammenführen, um sie den Praktikern zum Wohle der Patienten im Überblick verfügbar zu machen. Die Notwendigkeit der Reviews leitete Cochrane von der bei seinen Berufskollegen beobachteten Unwissenheit über die Wirkung medizinischer Therapien ab. Der kanadische Wissenschaftler David Sackett und seine Arbeitsgruppe beteiligten sich nicht nur an evidenzbasierten Forschungsaktivitäten, sondern prägten 1999 auch den Begriff EBM (Sackett et al., 1999).

➔ **Definition | Evidenzbasierte Medizin**

„Evidenzbasierte Medizin ist der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der Versorgung individueller Patienten (...) durch die Integration individuellen klinischen Expertenwissens mit der bestauffindbaren externen Evidenz aus systematischer Forschung“ (Sackett & Rosenberg, 1996; zitiert nach Beushausen, 2005, 6).

Was bedeutet Evidenz in der EBM?

Evidenz (gebildet aus den lateinischen Wörtern ex: „aus“ und videre: „sehen“ – das Herausscheinende) bezeichnet im Deutschen das dem Augenschein nach Unbezweifelbare, das durch unmittelbare Anschauung oder Einsicht Erkennbare. Evident ist ein Sachverhalt, der unmittelbar ohne besondere methodische Aneignung klar auf der Hand liegt. Der englische Begriff „evidence“ hat jedoch eine fast gegensätzliche Bedeutung: Mit ihm ist ein Sachverhalt oder eine Meinung gemeint, die auf Beweisen beruhen. Die Evidenzbasierte Medizin („auf Beweismaterial gestützte Heilkunde“) ist also – entgegen der umgangssprachlichen Bedeutung des Wortes Evidenz im Deutschen – eine Richtung in der Medizin, die verlangt, dass bei jeder medizinischen Behandlung patientenorientierte Entscheidungen ausdrücklich auf der Grundlage von empirisch nachgewiesener Wirksamkeit – also aufgrund von Studien – getroffen werden.

Die Güte der Evidenz einer Studie bezieht sich auf den Rang, den eine Studie in einer **Evidenzhierarchie** erreicht (Kap. 2). Evidenzhierarchien beruhen auf der Annahme, dass bestimmte Forschungsmethoden und Studien von besserer Qualität sind als andere. So stellen z. B. deskriptive Studien oder qualitative Methoden weniger gute Evidenzen dar als systematische Übersichtsarbeiten oder RCTs.

International Cochrane Collaboration

1993 schlossen sich Wissenschaftler mit Interesse an der EBM weltweit zur International Cochrane Collaboration zusammen, um ihre vielfältigen For-

schungsaktivitäten zu koordinieren. Heute engagieren sich in ihr etwa 22.000 Wissenschaftler und Ärzte mit dem Ziel, die wissenschaftlichen Grundlagen für Entscheidungen im Gesundheitssystem zu verbessern. Die Cochrane Collaboration ist damit zu einem Synonym für die EBM geworden. Im Rahmen einer Evidenzbasierten Praxis (EBP) werden auf der Basis von Auswertungen bereits vorhandener wissenschaftlicher Ergebnisse Konzepte für die Erstellung künftiger Studien entwickelt. Damit sollen bereits erfolgte Studien nicht unnötig wiederholt und interessante Fragestellungen früherer Arbeiten wieder aufgegriffen werden.

Deutsches Cochrane Zentrum

Organisatorisch setzt sich die Cochrane Collaboration (www.cochrane.org) aus einer Reihe von nationalen Forschungszentren zusammen. Zu ihnen gehört auch das Deutsche Cochrane Zentrum (www.cochrane.de), das an dem Universitätsklinikum Freiburg angesiedelt ist. In Übereinstimmung mit den Zielen der Dachorganisation hat es die Aufgabe, klinische Studien zur Bewertung von Therapien

- zu erstellen,
- zu aktualisieren und
- zu verbreiten.

Cochrane Library

Die Studienergebnisse werden in der Cochrane Bibliothek (Cochrane Library) veröffentlicht, auf die über das Internet (www.cochranelibrary.com) zugegriffen werden kann. Der Umfang der Bibliothek beträgt zurzeit etwas mehr als 9.000 Beiträge, deren (englischsprachige) Zusammenfassungen (sogenannte Abstracts) kostenlos einsehbar sind. Die Beiträge sind in erster Linie für medizinisch-therapeutische Fachkräfte geschrieben und können über das Internet aufgerufen werden. Zur Identifikation derjenigen Arbeiten, die für einen Nutzer von Interesse sind, stehen ein alphabetisch organisiertes Inhaltsverzeichnis sowie eine elektronische Suchfunktion zur Verfügung. Neben den Beiträgen für die Fachkräfte gibt es auch Zusammenfassungen, die sich an medizinische Laien wenden (sogenannte Plain Language Summaries). Eine Reihe von ihnen (zurzeit ca. 600) ist ins Deutsche übersetzt worden.

Cochrane Consumer Network

Mit dem kostenlosen Zugang zu den laienverständlichen Informationen haben Patienten und ihre Angehörigen die Möglichkeit, sich ein qualifiziertes Urteil über Behandlungsoptionen und ihre Risiken zu bilden. Dadurch können sie gleichberechtigt mit Ärzten und Therapeuten über anstehende Entscheidungen diskutieren. Im deutschsprachigen Raum pflegt die Cochrane Collaboration den kostenlosen Blog „Wissen was wirkt“. Der Blog richtet sich an Laien,