

Berufsbegleitender Studiengang (in Entwicklung)

## **Master Gesundheitsmanagement in der Rehabilitation (M.A.)**

im BMBF geförderten Verbundvorhaben: PuG



Diplom-Ergotherapeut (FH) Daniel Siemer

## **Evidenzbasierte Therapie**

Evaluation und Nachhaltigkeit rehabilitativer Leistungen in Pflege und Therapie

## Impressum

---

Autor: Daniel Siemer

Herausgeber: Carl von Ossietzky Universität Oldenburg – Center für lebenslanges Lernen C3L

Redaktion und Layout: Fakultät VI – Medizin und Gesundheitswissenschaften; Andreas Altvater; Franziska Buß-Vondrik

Auflage: Erstausgabe 2019

Copyright: Vervielfachung oder Nachdruck auch auszugsweise zum Zwecke einer Veröffentlichung durch Dritte nur mit Zustimmung der Herausgeber, 2019

---

Das diesem Bericht zugrundeliegende Vorhaben wurde mit Mitteln des Bundesministeriums für Bildung, und Forschung unter dem Förderkennzeichen 16OH22033 gefördert. Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung liegt bei den Autorinnen.

Oldenburg, August 2019



## Diplom-Ergotherapeut (FH) Daniel Siemer



### Arbeitsschwerpunkte:

- Teilhabeorientierte Angehörigenarbeit in der Neurorehabilitation
  - Vernetzung von neurokompetenten Therapeuten\*innen
  - Somato(bio)psychosoziales Gesundheitsverständnis
  - Interprofessionelles und interdisziplinäres Therapiemanagement
  - Quantitative und qualitative Sozialforschung
  - Evidenzbasierte Therapiepraxis
- Betriebliches Gesundheitsmanagement

### Beruflicher und akademischer Werdegang:

1997 bis 2000 Ausbildung zum Ergotherapeuten in Münster

2000 bis 2007 Ergotherapeut im neurologischen Rehasentrum „Godeshöhe“ in Bonn/ Bad - Godesberg

2007 bis 2011 Ergotherapeut im Evangelischen Krankenhaus Oldenburg, Klinik für Neurorehabilitation (ehemals Station für Schwerst-Schädel-Hirngeschädigte – SSH)

2008 bis 2010 berufsbegleitendes Fernstudium zum Diplom-Ergotherapeut (FH) an der Fachhochschule Nordhessen (Diploma)

Diplomarbeit: „Die Teilhabe der Angehörigen von schädelhirngeschädigten Menschen am Prozess der neurologischen Frührehabilitation“

Seit 2011 als Lehrkraft für besondere Aufgaben (LfbA) an der Hochschule Emden/Leer im Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit

Studiengangskoordination des Bachelorstudiengangs „Interdisziplinäre Physiotherapie-Motologie-Ergotherapie“ (IPME)

Dozierender in den Bachelorstudiengängen IPME, Soziale Arbeit sowie Sozial- und Gesundheitsmanagement

Mitglied im Neuro-Netzwerk Weser-Ems e.V.; dort: Initiator der Arbeitsgemeinschaft 6 „Therapeuten\*innen-Netzwerk“

### Kontakt:

daniel.siemer@hs-emden-leer.de

# INHALTSVERZEICHNIS

EINLEITUNG .....	6	
<b>1</b>	<b>BEGRIFFLICHE KLÄRUNGEN VORWEG .....</b>	<b>20</b>
1.1	Wozu Klärungen? .....	20
1.2	Gesundheit, Krankheit und Rehabilitation .....	20
1.3	Evidenzbasierte Therapie/ Pflege und evidenzbasierte Praxis .....	26
1.4	Partizipative Entscheidungsfindung .....	29
1.5	Zielsetzung .....	32
1.6	Evaluation und Nachhaltigkeit rehabilitativer Leistungen.....	34
1.7	Zusammenfassung .....	40
<b>2</b>	<b>LEITGEDANKEN .....</b>	<b>44</b>
2.1	Einführung .....	44
2.2	<i>Gute</i> Therapie und Pflege = Beziehung + Evidenz.....	45
2.3	Asklepios sei Dank – Das Wort als Ausgangspunkt jeder Intervention .....	50
2.4	Spiegelneurone und Evidenz?.....	54
2.5	Alles, was wirkt, hat auch Nebenwirkungen und Risiken.....	56
2.6	Menschliches Verhalten ist kontextabhängig .....	61
2.7	Zusammenfassung .....	64
<b>3</b>	<b>EVIDENZBASIERTE PRAXIS IN THERAPIE UND PFLEGE.....</b>	<b>67</b>
3.1	Einführung .....	67
3.2	Evidenzen - Differenzierungen .....	67
3.3	Sechs Schritte zur externen Evidenz .....	69
3.3.1	Schritt 1: Die Auftragsklärung .....	70
3.3.2	Schritt 2: Vom Problem zur Fragestellung – PICO .....	74
3.3.3	Schritt 3: Die Literatursuche .....	80
3.3.4	Schritt 4: Fundstellen kritisch bewerten .....	83
3.3.5	Schritt 5 und 6: Ergebnisse anwenden und Bewertung der angewendeten Ergebnisse .....	93
3.4	Wirksamkeit belegen – kritische Anmerkungen .....	97
3.5	Zusammenfassung .....	103

<b>4</b>	<b>FAZIT .....</b>	<b>107</b>
<b>4.1</b>	<b>Zusammenfassung.....</b>	<b>107</b>
<b>4.2</b>	<b>Bedeutsamkeit für das Gesundheitsmanagement in der Rehabilitation? .....</b>	<b>109</b>
<b>4.3</b>	<b>Persönliches Fazit.....</b>	<b>111</b>
<b>5</b>	<b>QUELLENVERZEICHNIS.....</b>	<b>113</b>
<b>6</b>	<b>SCHLÜSSELWORTVERZEICHNIS .....</b>	<b>116</b>

## **ANHANG**

<b>ABC-Liste .....</b>	<b>119</b>
<b>CONSORT 2010 Checkliste einzuschließender Informationen in Berichten über randomisierte Studien* .....</b>	<b>120</b>
<b>Platz für Notizen und Sketchnotes .....</b>	<b>124</b>

## EINLEITUNG

### Ankündigungen

Liebe Leser\*innen,

ich habe mich dazu entschieden, dass ich auf die Verwendung geschlechtsneutraler und kreativer Formulierungen setze. An den Stellen, an denen dies nicht möglich ist, formuliere ich einen **Gender-Star** (\*) und zeige damit an, dass alle Menschen eingeschlossen sind, unabhängig ihrer sexuellen Orientierung.

### Umgang mit den Termini **Rehabilitierende** und **Fachkraft**

Obwohl ich Ergotherapeut bin, wird in diesem Studienmaterial der Terminus **Rehabilitierende** verwendet, statt Klient\*in oder Patient\*in. Diese Entscheidung ist reiflich überlegt und wohl reflektiert. Die jeweiligen semantischen und etymologischen Bestände wurden verglichen und kognitiv verarbeitet.

Wenn ich von **Rehabilitierenden** schreibe, dann meine ich:

Eine Person (Singular und/ oder Plural – je nach Kontext), die mit einer gesundheitlichen Problemlage (Leiden, Störung, Krankheit, Beeinträchtigung) die Hilfe von Fachkräften der Pflege und/ oder Therapie aufsucht bzw. auf die Unterstützung sowie Pflege und/ oder Therapie angewiesen ist und offensichtlich nicht in der Lage ist, sich selbst zu helfen. Wäre sie es, würde sie keine professionelle Unterstützung von Fachkräften nötig haben. Denn in diesem Studienmaterial wird die These vertreten, dass nur Personen sich **selbst heilen** und **helfen** können, und dabei von Fachkräften begleitet und unterstützt werden, aber nicht geheilt oder rehabilitiert werden; dies können sie nur selbst (Selbstheilung). Dasselbe, was für die Heilung gilt, gilt nun auch für die Rehabilitation. Nur der oder die Rehabilitant\*in kann sich selbst rehabilitieren. Wir, die Fachkräfte, unterstützen dieses Bemühen und begleiten ihn oder sie und zeigen Wege und Möglichkeiten auf, um sich selbst zu helfen: Hilfe zur Selbsthilfe oder Selbstbefähigung oder Empowerment<sup>1</sup>.

Meistens schreibe ich von **Rehabilitierenden** – also im **Plural** – das tue ich, um zu betonen, dass ja immer auch **Angehörige** anwesend sind, die den Rehabilitationsweg begleiten und das Gelingen maßgeblich beeinflussen. Ihre Bedeutsamkeit kann gar nicht oft genug hervorgehoben werden, denn, im Gegensatz zu den Betroffenen, haben sie meist keinen adäquaten Rahmen, in denen sie sich ihrer Bewältigung hingeben können.

Ferner haben die Rehabilitierenden stets gesunde und kranke Anteile zugleich, also: Defizite und Ressourcen. Beides ist notwendig, um sie bei der Rehabilitation so teilhabeorientiert wie möglich zu unterstützen.

---

<sup>1</sup> Wir favorisieren den Begriff Hilfe zur Selbsthilfe, statt Empowerment (englisch für Ermächtigung). Denn das Wort Ermächtigung ist im Kontext der deutschen Geschichte problematisch. Hilfe zur Selbsthilfe deutet zudem bereits sehr klar und unmissverständlich an, wer hier was und wozu tut.

Als **Fachkraft** meine ich:

- Gesundheits- und Krankenpfleger\*innen, Altenpfleger\*innen und Heilerziehungspfleger\*innen, die bereits einen Bachelorabschluss in ihrer Disziplin haben.
- Therapeuten\*innen (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie), die bereits einen Bachelorabschluss in ihrer Disziplin haben.
- Alle Studierenden des Studienmaterials. Also Sie!
- Menschen, die bereits über praktische Erfahrungen in der Therapie, Beratung, Behandlung und Pflege von Rehabilitierenden verfügen.
- Menschen, die sich bewusst mit Fragen der Therapie-, Gesundheits- und Pflegewissenschaft auseinandersetzen.

### Ziele und Kompetenzen

Warum sollen wir, die wir in der Pflege und Therapie täglich mit Menschen mit gesundheitlichen Problemlagen arbeiten, auch noch lernen, wie wir *evident* arbeiten?

Weil die evidenzbasierte Medizin seit 20 Jahren und länger nicht mehr wegzudenken ist? Nein, deswegen nicht. Der Grund ist wesentlich gesellschaftlich begründet.

Das 21. Jahrhundert ist das digitale Jahrhundert. Das Internet ist das Medium, in dem aktuell bereits jetzt schon mehr Informationen und Daten zusammenkommen als im gesamten Verlauf der Menschheit. Wir sind also eine Informations- und Wissensgesellschaft. Das Internet ist voll von Informationen über alle möglichen Themen; so auch über Medizin, Therapie und Pflege.

Wenn wir bei Google das Wort *Pflege* eingeben, erhalten wir 147.000.000 Treffer. Eine ungefähre Zahl, wie Google bestätigt. Physiotherapie weist 29.700.000 ungefähre Treffer auf. Ergotherapie immerhin noch 9.230.000 und Logopädie 7.660.000. Wow, was für Dimensionen; unvorstellbar, bei der Menge an Informationen und Wissen den Überblick zu behalten. Und wir haben es ja noch leicht, immerhin sind wir in der Lage die Fachsprache der Internetseite zu verstehen. Wie mag es aber unserer Zielgruppe ergehen, die nicht über diese Kompetenzen verfügt?

Prostatakrebs: 3.240.000 Treffer; Brustkrebs: 8.460.000 Treffer. Was sollen die Menschen damit anfangen? Ist diese Menge an Wissen hilfreich, zur Vorbereitung des Arztbesuches, wenn eine onkologische Untersuchung ansteht? Eher verwirrend, oder?

Und was ist mit uns? Wie wirkt die Bobath-Therapie? Gott sei Dank, nur 80.300 Treffer; also weniger als eine Million Treffer. Haben wir die Zeit alle Treffer zu sichten, um diese Frage zu beantworten? Natürlich nicht.

Es ist somit dringend erforderlich, dass wir Fachkräfte lernen die Spreu vom Weizen zu trennen. Wir müssen die Kompetenzen haben, Ergebnisse schnell und ziel führend zu recherchieren, sie zu bewerten und sie umsetzen zu können, um dann wieder zu bewerten, ob und wie die Maßnahme gewirkt hat. Zumeist sind das Arbeiten, die wir erledigen und nicht bezahlt bekommen. Ich denke da speziell an die

Therapeuten\*innen in den ambulanten Praxen oder die Pfleger\*innen in den ambulanten mobilen Pflegediensten. Wann sollen die denn noch evidente Maßnahmen recherchieren? Vor allem dann, wenn sie nicht gelernt haben, wie sie das Wesentliche erkennen und das Unwesentliche selektieren.

Dafür bedarf es sogenannter Gesundheitskompetenzen – englisch: health literacy. Kompetenzen, die uns dazu befähigen, evidentes Wissen aus Forschung und Wissenschaft mit unserer Berufserfahrung und dem Interesse unserer Zielgruppe zu verknüpfen – stets unter den aktuellen Bedingungen der Arbeitsgemeinschaft Fachkraft und Rehabilitierende\*r.

Wozu also dieses Studienmaterial? Lassen wir Gigerenzer und Muir Gray das beantworten:

„Eine effiziente Gesundheitsversorgung braucht gut informierte Ärzte [und Therapeut\*innen und Pfleger\*innen] und Patienten. Das Gesundheitssystem, welches uns das 20. Jahrhundert hinterlassen hat, erfüllt beide Bedürfnisse nicht. Viele Ärzte [und Therapeut\*innen und Pfleger\*innen] und Patienten verstehen die verfügbaren medizinischen Daten und Forschungsergebnisse nicht.“ (2017:3; Ergänzungen D.S.)

Weiter identifizieren die beiden Autoren sieben Sünden, die für den soeben genannten Missstand an Wissen verantwortlich sind (ebd.):

1. Profitorientierte Finanzierung
2. Irreführende Berichterstattung in Fachpublikationen
3. Einseitige Patientenbroschüren
4. Irreführende Berichterstattung in den Medien
5. Interessenskonflikte
6. Defensive Medizin
7. Lehrpläne an den medizinischen Fakultäten, die nur eine unzureichende Interpretation für Fakten (Statistiken und Evidenzen) vermitteln

Dieses hier vorliegende Studienmaterial leistet einen Teilbeitrag zur Behebung der o. g. Missstände und definiert somit die Ziele:

1. Dass Sie in der Lage sein werden, sog. evidente Berichterstattungen aus entsprechenden Fachpublikationen (Therapie, Pflege und Rehabilitation) und den Alltagsmedien angemessen zu verstehen und ggfs. irreführende Zahlen und Daten korrekt zu interpretieren (Missstand 2 und 4).
2. dass Sie Zahlen, Daten, Fakten und Statistiken korrekt interpretieren können (Missstand 7)

Hierfür fokussieren wir die **Kompetenzen**:

- Sie sind in der Lage grundsätzliche Begriffe im Kontext der evidenzbasierten Praxis nachzuvollziehen und die Bedeutsamkeit mit Ihrem Alltag in Zusammenhang zu bringen.
- Sie können die wesentlichen Voraussetzungen für eine gelungene Therapie oder Pflege beschreiben und in Ihrem Berufskontext anwenden und reflektieren.



- Sie sind in der Lage den grundsätzlichen Aufbau der evidenzbasierten Praxis zu verstehen und seine systematischen Schritte der externen Evidenz durchzuführen.
- Sie können eine gesundheitliche Problemlage analysieren und in eine PICO-Frage überführen, in entsprechenden Datenbanken nach Forschungsergebnissen recherchieren, die Fundstellen kritisch bewerten und die Maßnahme im Berufsalltag anwenden, um die Wirksamkeit dieser Intervention selbst zielorientiert zu bewerten.
- Sie sind in der Lage das Vorgehen der externen Evidenz kritisch zu hinterfragen, um einen eigenen Standpunkt zu entwickeln.

### Aufbau des Studienmaterials

Zunächst ein paar **grundsätzliche Erklärungen**:

- Jedem Kapitel ist ein sogenanntes **Deckblatt** vorgeschaltet.
- Jedes Kapitel beginnt dann mit einer **Einführung**. Hier werden die wesentlichen Inhalte skizziert und mit den vorherigen Kapiteln zusammengefügt.
- Im Hauptteil erfolgen die **theoretischen Ausführungen**. Sie werden begleitet von Aufgabenstellungen.
  - **Wichtig ist, dass Sie erst die Aufgaben bearbeiten, bevor Sie weiterlesen!**
- Jedes Kapitel endet mit einer **Zusammenfassung** der aussagekräftigsten Inhalte.
- Den Schluss jedes Kapitels bildet dann:
  - ein Fragen-/ Aufgabenteil mit sogenannten **Lernergebniskontrollen**.
  - Hinweise auf **Literatur** zur Vertiefung.
  - eine Liste der **Schlüsselwörter**, die sich im Schlüsselwortverzeichnis wiederfinden.

Wir wollen uns nun alle **Kapitel** inhaltlich in einem **Schnelldurchgang** ansehen, damit Sie wissen, was auf Sie zukommt:

**Kapitel 1** klärt **zentrale Begriffe**, die uns während des gesamten Studienmaterials begleiten und die per se über eine Diversität der Verständnisse verfügen. Diese gilt es zu klären, um eine gemeinsame Klarsicht der Begriffe zu entwickeln. So gelingt uns der gemeinsame Start. Die Begriffe sind:

- Gesundheit, Krankheit und Rehabilitation
- Evidenzbasierte Therapie/ Pflege und evidenzbasierte Praxis
- Partizipative Entscheidungsfindung
- Zielsetzung
- Evaluation und Nachhaltigkeit rehabilitativer Leistungen

Im **Kapitel 2** formulieren wir **Leitgedanken**, die eine Leitthese flankieren. Diese begleitet uns durch das gesamte Studienmaterial und wird zum Ende erneut aufgegriffen. Die Leitthese lautet: Gute Therapie/ Pflege braucht eine gute Beziehung zwischen der Fachkraft und den Rehabilitierenden und Evidenz, wobei die Beziehung wichtiger ist. Weitere Leitgedanken sind:

- die Bedeutsamkeit des Wortes und des Dialoges;
- die Relevanz der Spiegelneurone, also auch der Körpersprache;
- dass Nebenwirkungen und Risiken immer auftreten können und berücksichtigt werden müssen;
- dass menschliches Verhalten und Handlungen immer vom Kontext abhängig sind.

**Kapitel 3** entfaltet dann im Wesentlichen das, was wir unter der **evidenzbasierten Praxis** in Therapie und Pflege verstehen. Wir beginnen mit der Differenzierung der internen und externen Evidenz und folgen dann sechs Schritten der externen Evidenz:

- Auftragsklärung
- Vom Problem zur PICO-Fragestellung
- Literaturrecherche
- Literaturbewertung
- Anwendung der Maßnahme
- Bewertung der umgesetzten Maßnahme

**Kapitel 4** fasst die zentralen Erkenntnisse zusammen und klärt die thematische **Bedeutsamkeit** für das Gesundheitsmanagement im Kontext der Rehabilitation. Es endet mit meinem persönlichen **Fazit**.

### **Was Sie zum Bearbeiten benötigen: der lernende Umgang mit dem Material**

Sie brauchen **Schmierpapier**; eine Menge Schmierpapier und bunte **Stifte**. Warum? Ganz einfach: Ich bitte Sie zu **zeichnen**, zu **malen** und zu **skizzieren**.

Nutzen Sie die Fähigkeiten Ihres gesamten Gehirns. Nicht nur die analytische und logisch denkende linke Gehirnhälfte. Nutzen Sie auch die kreative und in Bildern denkende rechte Hemisphäre Ihres Großhirns.<sup>2</sup>

Stellen Sie sich Folgendes vor: Sie lesen ein Wort, beispielsweise *Apfel*. Ihre linke Hemisphäre erkennt das Wort, weil es ein bekannter Begriff ist. Ihr rechtes Gehirn

---

<sup>2</sup> Mir ist bewusst, dass diese hirnanatomische Darstellung vereinfacht ist und dass vermutlich Neurowissenschaftler im Quadrat springen und mir laut zurufen: „Wie können Sie das nur so vereinfacht darstellen?“ Um Nichtneurowissenschaftlern, die wir nun mal sind, klar zu machen, dass wir umfassend unser Gehirn benutzen sollten, um mit den Themen in diesem Studienmaterial umzugehen, ist diese vereinfachte hirnanatomische Funktionszuschreibung jedoch ausreichend und vorstellbarer.

hat sofort ein Bild parat: grün, rund, Stiel, ... , ein einfacher und eindeutiger Prozess. Aber, wie sieht es mit dem Wort *Rationalisierungsmaßnahme* aus? Die linke Hemisphäre reagiert vermutlich gelassen, nur die rechte scheint verwirrt, weil kein klares Bild erscheint. Es ist verschwommen und nicht komplett. Nun spitzen wir die Sache zu. Wie ist es mit dem Begriff *Phylogenese*<sup>3</sup>? Möglicherweise hat nun auch Ihre linke Gehirnhälfte eine Leerstelle. Die rechte sowieso.

Ein Wort, das wir nicht kennen, können wir auch nicht denken – weder sprachlich-analytisch, noch bildlich. Da wir jedoch in unserer Bildungskarriere auf die linke Hemisphäre trainiert sind, ist unsere kreative, phantasievolle und divergent denkende rechte Seite meist unterentwickelter.

Gerade hier wohnt ein schlummerndes Potenzial inne. Wenn wir es wecken, kann es wie ein Lernkatalysator wirken. Hier gilt: **Wort + Bild = lebendiges Denken**.

Darum bitte ich Sie um Folgendes: Fertigen Sie für jedes einzelne Kapitel eine eigene Skizze an. Das kann auch gern ein Mindmap sein, welches im Wesentlichen aus Zeichnungen besteht. Das Studienmaterial bietet Ihnen einen breiteren rechten Rand. Hier können Sie ebenso kleine Skizzen für bedeutsame Begriffe anfertigen.

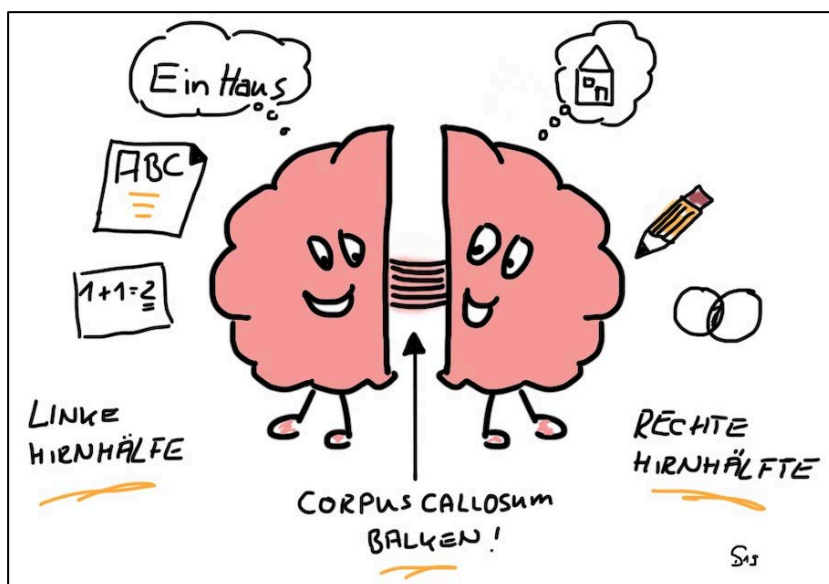


Abb. 1: Skechnote „lebendiges Denken“ (Tiesenhausen 2016: 15; eigene Darstellung)

Für alle Skeptiker\*innen unter Ihnen, die sagen: „Ich kann aber nicht zeichnen!“, empfehle ich Ihnen die unten angegebene Literatur und einen Blick auf meine Skizzen/Skechnotes<sup>4</sup>. Sie brauchen kein\*e Künstler\*in zu sein; meine Sketchnotes sollten dafür ein Zeugnis sein.

<sup>3</sup> Menschheitsentwicklung

<sup>4</sup> Skechnotes verbinden „einfache“ Zeichnungen mit einzelnen Wörtern, mit dem Ziel, Komplexitäten aufzubrechen und zu veranschaulichen, damit sie verstanden werden können.

Das Studienmaterial stellt eine Fülle von Aufgaben bereit, in denen ich Sie bitte Sketchnotes zu zeichnen. Das mag vielleicht im ersten Moment ermüdend wirken, bedenken Sie jedoch bitte das Folgende:

- Das Studienmaterial ist ein Lernmaterial. Sie sollen daran und damit lernen. Sie sollen es also benutzen und nicht bloß lesen. Praktische Aufgaben – und Zeichnen ist sowas von praktisch – erleichtern den kognitiven Zugang zum Gegenstand.
- Nach einer Weile des Zeichnens wird sich das einstellen, was allgemein als Spaß bezeichnet wird. Und Spaß ist ein Schlüssel für Lernerfolge.
- Sie werden merken, dass der kontinuierliche zeichnerische Zugang zu entsprechenden Erkenntnissen führt, die Sie vermutlich ohne diese Methode nicht oder nur unvollständiger erlangt hätten.

Darum gilt:

Entwerfen Sie zum Ende jedes Kapitels eine Zeichnung/ Sketchnote, die die zentralen Aussagen und Ihre wesentlichen Erkenntnisse bildnerisch darstellen. Hierbei fokussiere ich über formulierte Aufgabenstellungen Ihre Aufmerksamkeit

Noch eine weitere tolle Methode, um sich komplexen Themen lern- und somit gehirngerecht zu nähern: Kennen Sie Vera Birkenbihls ABC-Liste? Nein? Na dann: Es geht um **Assoziationen**: Laut Birkenbihl haben unsere Assoziationen zu Begriffen und Themen die Funktion, unser Gehirn auf selbiges vorzubereiten. Sie sollen das Wissen, das tief in unserem Körper (Unterbewusstsein des Gehirns) ist, an die Oberfläche (Bewusstsein) bringen. Dabei stellen wir fest, dass wir, je mehr wir wissen und je mehr Erfahrungen wir zu einem Thema gemacht haben, desto mehr Assoziationen haben.

„Jedes Wort, das Sie hören oder lesen, weckt immer Assoziationen in Ihnen, allerdings rasen die meisten in einem Affentempo an Ihrem Bewußtsein VORBEI. Wenn Sie zu einem Begriff viele Erfahrungen haben, dann können es Hunderte von Assoziationen sein.“ (Birkenbihl 2014: 23; Hervorhebungen im Original)

Somit ist die Aufgabe für jedes Kapitel, dass Sie eine sogenannte **ABC-Liste** ausfüllen (siehe Anhang), bevor Sie die Ausführungen lesen. Diese Aufgabenstellung gilt für jede Gliederungsebene.

Wie gehen Sie vor? Sie schreiben jeden Buchstaben des Alphabetes auf ein Schmierpapier (siehe Anhang). Dann nehmen Sie sich maximal 3 Minuten Zeit und überfliegen das Alphabet solange, bis Sie gedanklich mit einer Assoziation an einem Buchstaben hängen bleiben. Den Gedanken schreiben Sie dann neben den Buchstaben. Hierbei ist wichtig, dass Sie frei assoziieren. Das bedeutet, dass Sie gedanklich den Buchstaben verlassen, wenn Ihnen spontan nichts einfällt. Sie wechseln zum nächsten. Wenn Ihnen dort auch nichts einfällt, springen Sie zum nächsten und so weiter, bis Sie einen Treffer landen.

Diese Art des Zuganges zu einem Thema ist nicht nur gehirn-gerecht – wie Birkenbihl sagt (2014: 24) –, sondern macht auch Spaß.

Wenn Sie das Kapitel zu Ende gelesen haben, nehmen Sie sich Ihre initial ausgefüllte ABC-Liste erneut vor und versuchen Ihre Wortliste nun durch weitere Assoziationen zu ergänzen. Sie können auch eine ganz neue Liste anfertigen und die Ergebnisse mit der ersten Liste vergleichen. Sie können auch Freunde, Bekannte, Verwandte und Kollegen bitten Listen auszufüllen. Wenn Sie diese ganzen Listen dann zusammenfügen, haben Sie einen enormen Wissensschatz.

#### **Aufgabe**

Erstellen Sie eine Vorlage für Ihre ABC-Listen. Als Vorlage dient die Liste im Anhang. Kopieren Sie diese ein paar Mal, damit Sie sie bei diversen Begriffen verwenden können.

Halten wir vorläufig fest: Das Lesen dieses Studienmaterials ist eine notwendige Angelegenheit, die ergänzt werden sollte durch eine bildliche Visualisierung. Dabei gilt: Je einfacher, desto klarer. Je freier gezeichnet, desto kreativer, desto besser gemerkt, umso eher gelernt. Natürlich können Sie auch mit Grafikprogrammen zeichnen; bedenken Sie jedoch: Sie sollten das Grafikprogramm bereits beherrschen, damit Sie nicht zu viel Zeit in den Umgang mit der Software investieren. Dieser Schritt erübrigt sich, wenn Sie das Schmierpapier und die Stifte benutzen. Zeichnen Sie analog.

#### **Empfohlene Literatur zum Thema Sketchnotes:**

- Roam, D. (2009): Auf der Serviette erklärt. Mit ein paar Strichen schnell überzeugen statt lange präsentieren. München: Redline Verlag
- Roam, D. (2012): Bla, Bla, Bla: Spannende Geschichten mit Illustrationen erzählt. München: Redline Verlag
- Rohde, M. (2014): das Sketchnote Handbuch. Heidelberg, München, Landsberg, Frechen, Hamburg: mitp Verlag

#### **Empfohlene Literatur zum Thema Assoziationen/ ABC-Liste:**

- Birkenbihl, V. F. (2014): Stroh im Kopf. Vom Gehirn-Besitzer zum Gehirn-Benutzer. 53. Auflage; München: mvg Verlag

Was Sie sonst noch zum Bearbeiten benötigen, ist **Zeit**. Die Kalkulation der notwendigen Zeit ist ein individueller Prozess. Nur Sie können bestimmen, wie viel Zeit Sie sich für das jeweilige Kapitel geben werden.

Es ist abhängig davon, welche **Erfahrungen** und welches **Vorwissen** Sie bereits zu den jeweiligen Themen haben. Haben Sie bereits Vorwissen und praktische Erfahrungen, dürften Sie den Inhalt leichter nachvollziehen, als wenn Sie es zum ersten Mal lesen. Letzteres habe ich durch eine Zielgruppenanalyse im Vorfeld versucht auszuschließen. Sollte es dennoch vorkommen, dass es Themen und Begriffe gibt, die Sie erstmalig lesen, wird es umso spannender sein, sich dem Inhalt zu nähern. Sollten Sie bereits über Vorerfahrungen verfügen, dann betrachten Sie den

Inhalt als **Vertiefung**. Nutzen Sie dann die Gelegenheit und verknüpfen Sie die Inhalte mit Ihren beruflichen Erfahrungen. Suchen Sie nach Gemeinsamkeiten und nach Differenzierungen. Gehen Sie kritisch mit dem Studienmaterial um.

Ich empfehle Ihnen, dass Sie die Inhalte des Studienmaterials mit anderen Menschen besprechen. Diskutieren Sie nicht nur in einem inneren Dialog, sondern besprechen Sie sich mit Freunden, Verwandten und Kollegen\*innen. So bekommen Sie heraus, welche anderen Perspektiven und Wahrheiten ebenso existieren, die wir nicht gemeinsam in unserem Dialog – also Sie und ich - entfalten.

Denn schließlich geht es bei dem ganzen Unternehmen um das Lernen.

Der deutsche Astrophysiker und Philosoph Harald Lesch formuliert treffend, wenn er sagt,

„dass aus Informationen dann Wissen wird, wenn Sie die Zeit haben, die Informationen in sich kontextbedingt zu vernetzen, so dass daraus eine Erkenntnis wird.“ (Lesch 2016: o.S.)

### **Evidenzbasierte Therapie und Pflege – Umsetzung in der Praxis?**

Wie nähert man sich einem komplexen Thema an? Am besten mit einer Geschichte, einer wahren Geschichte<sup>5</sup>. Und die geht so:

Unser Protagonist – wir nennen ihn ab hier *Patient* – klagt seit Wochen bei körperlichen Anstrengungen – wie Sport – über Atembeschwerden. Also geht er zu seiner Hausärztin. Nach der Konsultation steht fest: Ein\*e Spezialist\*in muss her, ein\*e Lungenfacharzt oder -ärztin.

Nach der obligatorischen dreimonatigen Wartezeit bis zum Termin betritt unser Patient die Praxis für Pneumologie. Das Begrüßungsritual mit dem Tresenpersonal fällt knapp aus und besteht im Wesentlichen aus: Name, Anliegen, Versicherungskarte und Überweisungsvordruck.

Dann, zum Erstaunen des Patienten, erfolgt die Aufforderung EUR 25,- zu entrichten. Nach Möglichkeit in bar, denn das EC-Kartenlesegerät sei defekt. „Wofür?“, ist die berechtigte Frage. „Na, für die Untersuchung“, lautet die irritierende Antwort. „Welche Untersuchung?“, erwidert unser Patient. „Na, Sie haben doch eine Überweisung mit der Verdachtsdiagnose auf Asthma bronchiale und das muss schließlich untersucht werden, was eben EUR 25,- kostet.“

Manchmal ist das Erstaunen über die kommunikative Vielseitigkeit des Lebens so groß, dass angemessene Reaktionen unmöglich sind. „Aha!“ lautet somit die minder präzise und verwirrte Antwort.

Nun denn, EUR 25,- tun gerade nicht weh und bar sind sie ebenso verfügbar. Also bezahlt unser Patient artig die Rechnung und nimmt im Wartezimmer Platz.

---

<sup>5</sup> Sie werden feststellen, dass der Duktus des Geschriebenen mitunter leichte Einbußen an Seriosität hat. Dies ist voll beabsichtigt und dient der *dezenten* Überzeichnung eines wirklichen Erlebnisses, eines echten Menschen mit einer echten Problemlage.

Nachdem alle ausliegenden Zeitschriften auf ihre Lesbarkeit untersucht wurden, steht das Resultat fest: Sie sind es nicht. Also werden die Mitpatienten in Augenschein genommen. Erkrankungen der Atemwege haben also Gesichter und zeichnen sich durch Schweigen aus. Ein Gespräch ist in dieser Atmosphäre kaum möglich: Alle starren auf ihre mobilen Endgeräte. Die Luft ist stickig. Der Patient will ein Fenster öffnen und scheitert am Vorhandensein selbiger. Na, toll. Ein Wartezimmer beim Arzt mit vielen Viren in der Luft und kein Fenster.

Nach 50 Minuten verbessert sich die Luft ein wenig, was dem Umstand zu verdanken ist, dass unser Patient endlich aufgerufen wird. „Bitte nehmen Sie dort hinten im Flur Platz!“, bellt es hinterm Tresen hervor. Er tut, wie ihm geheißen ist.

Weder die Zeitschriften noch die Luft haben sich verbessert. Nur die Wartezeit ist auf 15 Minuten geschrumpft. Immerhin: ein Highlight.

Dann, Eintritt in das Besprechungszimmer des Arztes. Jener sitzt hinter seinem Schreibtisch und wird nur aufgrund seiner Stimme erahnt. Er ist nicht zu sehen, verbirgt er sich doch komplett hinter dem massigen Computerbildschirm. „Was kann ich für Sie tun?“, lautet die offensichtliche Standardfrage, die irgendwie unpersönlich wirkt. Mag daran liegen, dass kein Augenkontakt entsteht. Frische Luft und eine gute Zeitschrift denkt unser Patient, spricht aber: „Ich habe Probleme mit der Luft, wenn ich Sport mache und...“. Zu mehr kommt er nicht. „Okay, dann wollen wir das mal untersuchen. Bitte nehmen Sie schräg gegenüber dem Wartezimmer auf den Stühlen Platz, meine Mitarbeiterin ruft sie dann auf.“

Hä? Was war das denn? War das schon die Anamnese, der erste Zugang zu jedem Patientenkontakt? Das zentrale professionelle Element, dass die Krankheitsgeschichte narrativ aus der Ersten-Person-Singular-Perspektive – dem Ich - des Patienten erschließen soll und eine Vertrauensbasis aufbaut, durch Mitgefühl, Partizipation und Beziehungsgestaltung? Und, was will er untersuchen? Wird das wehtun? Wie lange wird das dauern? Fragen über Fragen, über Fragen und weit und breit keine Antworten in Sicht. Jetzt heißt es Ruhe bewahren, cool bleiben: Contenance.

An dieser Stelle überspringen wir die Eindrücke der dritten Wartezeit, gleichen sie den ersten beiden doch nahezu bis ins Detail.

Der Untersuchungsraum: Ein Labor mit Tresen, Schränken, allerlei Utensilien, die man wohl benötigt, wenn man eine Fachärztepraxis für Lungenheilkunde führt. Nach einigen offenbar routinemäßigen Tests folgt folgender Untersuchungsablauf: Das Messgerät besteht aus einem flexiblen Röhrchen, welches an einem gameboy-großen Gerät mit Display steckt und zeigt auf dem kleinen Bildschirm einen unteren und einen oberen Balken. Dazwischen befindet sich eine Wolke. Diese sei durch das angemessene Hineinpusten möglichst mittig zu halten. Wenn zu viel Luft ins Röhrchen gepustet würde, ginge die Wolke über den Balken, wenn zu wenig Luft, dann eben unter den Balken. Beides gelte es zu vermeiden; mittig solle die Wolke sein.

Nach dreiminütigem Wolkenpusten, erfolgt die Anweisung: „Okay, gut gemacht. Nehmen Sie bitte wieder vor dem Arztzimmer Platz.“

Wir spulen die erneute Wartezeit auf dem Flur vor und springen in das Besprechungszimmer zum Arzt. Dieser erklärt den Sachverhalt, also die Ergebnisse und ihre Interpretation. „Na, das ist ja eindeutig: Asthma bronchiale. Da verordne ich ihnen ein Cortisonspray und sehe Sie in einem halben Jahr wieder.“, spricht die Koryphäe und machte sich daran, das soeben Gesagte im Computer zu dokumentieren.

„Ich hätte noch ein paar Fragen!“, spricht es zart aus des Patientenstimme. „Gibt es eine Alternative zu Cortison?“ „Nein!“ Gut, wer geschlossene Fragen stellt, darf sich nicht wundern, wenn sie entsprechend beantwortet werden. Ein neuer Versuch: „Bitte sagen Sie mir, was passieren würde, wenn ich das Spray nicht nähme!“ „Na, was wohl, das Asthma geht nicht weg!“, ist die Antwort, die in Lakonien sicherlich gefeiert würde.

Irgendwann, so erinnert sich unser Patient, reißt sein Geduldsfaden; jedenfalls bedarf es einer Richtungsänderung, die in der folgenden Sentenz endet: „Sagen Sie mal, dieser Test, der bei mir durchgeführt wurde, wie aussagekräftig ist der eigentlich? Also, wie steht es um die falsch-positiv-Rate, bzw. wie hoch ist denn die Sensitivität? Und, ist die Therapie mit dem Cortisonspray eigentlich evidenzbasiert?“

Wenn Sie, liebe Lesenden, bisher nicht wussten, was Kommunikationsdefizite sein können, dann spätestens nach dem nächsten Absatz.

Selbstverständlich sei „alles, was in dieser Praxis passiere, leitliniengestützt und evidenzbasiert. Bisher habe sich auch noch nie ein Patient beschwert und all das könne schließlich nachgelesen werden“, entfährt es, einer Detonation gleichkommend, aus des Arztes Mund.

Und dann: Stille, gefühlte unendliche Stille.

An einen weiteren Versuch zum partizipativ-kommunikativen Gespräch, in die profunde Welt der wissenschaftlichen Medizin einzudringen, die sich durch diagnostische Verfahren und Therapieempfehlungen aus aktuellen Forschungsergebnissen und der klinischen Expertise des Heilers zusammensetzt, ist nicht mehr zu denken.

Was ist Scheitern? Das muss es wohl gewesen sein.

Unser Patient schickt sich an die Praxis zu verlassen; um mindestens eine Erfahrung reicher.

„Vergessen Sie nicht Ihre Versicherungskarte und Ihr Rezept für den Inhalator!“ brummt die Tresenbeamtin. Meine Karte? - ganz sicher nicht aber Ihre Praxis – die auf jeden Fall.

Ende.

Und die Moral von der Geschichte? Was denken Sie? Was hat diese Geschichte mit unserem Thema zu tun, außer, dass das Wort „evidenzbasiert“ aufgetaucht ist?



**Aufgabe**

Nehmen Sie sich einen Moment Zeit und beantworten Sie folgende Fragen:

- Was ist Ihrer Ansicht nach schiefgelaufen? Was war die Problematik?
- Was hat das bisher erzählte mit evidenzbasierter Therapie zu tun?

Die Chronistenpflicht gebietet eine kleine Nachreichung:

1. Zuhause angekommen, recherchiert unser Patient, nachdem er sich von den Folgen seines passageren Schocks erholt hat, die erwähnte Leitlinie und wird tatsächlich fündig, auf der Internetseite der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften). Eine über 100 Seiten starke Version für Patienten. Schwach, und erst im zweiten Blick erkennbar, ist das Wasserzeichen, welches jeder einzelnen Seite unterlegt ist: **abgelaufen!** Die Leitlinie befindet sich in der **Überarbeitung**. Der Facharzt war also nicht auf dem neusten Stand der wissenschaftlichen evidenten Erkenntnisse.
2. Bisher ging unser Patient davon aus, dass **80 % der korrekten Diagnose<sup>6</sup>** aus der Anamnese gebildet wird und dass diese auch wichtig sei, um ein Vertrauensverhältnis aufzubauen. Diese nach nur wenigen Augenblicken bereits abzubauen, bzw. gänzlich zu negieren, wirkt nicht nur irritierend, sondern erscheint auch vor dem Hintergrund des abzulegenden Eides auf Hippokrates von Kos sehr fragwürdig.
3. Des Weiteren ging unser Patient auch davon aus, dass zunächst das Gespräch zwischen Arzt und Patient (Anamnese) klärt, welche Untersuchungen erfolgen sollen und diese nicht vorher schon feststehen.
4. Die EUR 25,- waren für eine sogenannte **IGeL** – eine individuelle Gesundheitsleistung. Diese Leistungen werden mit den Patienten individuell abgerechnet, weil sie kein Bestandteil der gesetzlichen Kassenleistung sind. Und warum nicht? Nun, weil ihr wissenschaftlich-medizinischer Nachweis fehlt, dass sie wirken.
5. Das falsch-positive-Testergebnis einer Untersuchung gibt an, dass der Test zwar einen positiven Befund anzeigt (krank), der Patient jedoch nicht unter der Krankheit leidet. Also, ein Irrtum vorliegt. Die Sensitivität eines Tests gibt prozentual an, inwiefern der Test auch wirklich die Krankheit anzeigt. Es handelt sich hierbei um einen Wahrscheinlichkeitswert.

Wir stellen also fest, dass in dieser kleinen Geschichte, die sich noch weiter hätte ausschmücken lassen, eine Menge Brisanz steckt. Die Verbindungslinien zu unserem Thema der evidenzbasierten Therapie lassen sich in allen Phasen der Erlebnis-

---

<sup>6</sup> Vgl. hierzu die herausragenden Schilderungen des US-amerikanischen Arztes und Friedensnobelpreisträgers Bernhard Lown (2012): Die verlorene Kunst des Heilens. Anleitung zum Umdenken. 11. Aufl.; Stuttgart: Suhrkamp Taschenbuch Verlag

se reflektieren. Das könnten wir natürlich an dieser Stelle tun. Das wäre aber zu einfach. Spannender und auch erkenntnisreicher ist es, wenn Sie es selbst tun. Außerdem stehen wir erst am Anfang unserer gemeinsamen Reise.

Tipp: Wenn Sie das Studienmaterial lesen, nehmen Sie sich von Zeit zu Zeit die Geschichte erneut vor und entdecken Sie die angesprochenen Verbindungslinien.

Und nun wünsche ich Ihnen eine erkenntnisreiche Exkursion durch das Thema der evidenzbasierten Therapie und Pflege. Ich freue mich darauf, Sie dabei begleiten zu dürfen.

Ihr Daniel Siemer

P.S. Wenn Sie wissen wollen, wie die Geschichte ausgegangen ist:

Unser Patient hat die Praxis nicht wieder betreten – verständlich. Das Cortison-spray hat er nur einmal benutzt, danach nie wieder, weil auch kein Anlass bestand, weil keine Atemnot. Die Problematik der Luftnot trat nur noch selten auf und stellte keinen Leidensdruck dar, der eine erneute fachärztliche Konsultation nach sich gezogen hätte. Also, wir halten fest: Unser Patient ist gesund und nicht krank; zumindest aus seiner Perspektive und darauf kommt es schließlich an, oder?