



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Welches sind die Ursprünge, aktuellen Strömungen und
weiteren Entwicklungsperspektiven evidenzbasierter
Forschung in der Sonder- und Heilpädagogik?
Eine Diskursanalyse.

Verfasserin

Mag. phil. Lang Stefanie

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. Phil.)

Wien, September 2012

Studienkennzahl: A 297
Studienrichtung: Diplomstudium Pädagogik
Betreuer: Univ. Prof. Dr. Gottfried Biewer

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere:

- dass ich die Diplomarbeit selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe.
- dass ich dieses Diplomarbeitsthema bisher weder im Inland noch im Ausland einem Beurteiler/einer Beurteilerin zur Begutachtung in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.
- dass diese Arbeit mit der vom Begutachter beurteilten Arbeit übereinstimmt.

.....
Datum

.....
Unterschrift

Danke

- an meine Familie, die mich während meiner ganzen Studienzeit immer unterstützt und an mich geglaubt hat und ohne die alles nicht möglich gewesen wäre.
- an meine Freunde, die mich immer wieder positiv bestärkt haben und mir mit Rat und Tat zur Seite gestanden sind.
- an Univ. Prof. Dr. Gottfried Biewer, für die unkomplizierte Betreuung und die Heranführung an das spannende Thema.

Zusammenfassung

Die vorliegende Diplomarbeit beschäftigt sich mit der Frage „Worin liegen die Ursprünge, die aktuellen Strömungen und die Entwicklungsperspektiven evidenzbasierter Forschung in der Sonder- und Heilpädagogik?“.

Mit Hilfe einer Diskursanalyse wird versucht die Fragestellung zu beantworten.

Zu Beginn wird dargestellt, wie sich die evidenzbasierte Forschung entwickelt hat. Es wird das Konzept der „Evidence Based Medicine“ vorgestellt, welches von britischen Ärzten entwickelt wurde, da die evidenzbasierte Forschung zum ersten Mal im Bereich der Medizin ihre Anwendung fand. Unter dem Begriff der evidenzbasierten Medizin versteht man eine Richtung innerhalb der Medizin, welche verlangt, dass bei jeder medizinischen Intervention patientenorientierte Entscheidungen getroffen werden müssen. Es sollen nur jene medizinischen oder auch therapeutischen Behandlungen angewendet werden, die empirisch untersucht worden sind, und deren Wirksamkeit auch empirisch nachgewiesen wurde.

Die evidenzbasierte Praxis beruht auf den Entwicklungen der evidenzbasierten Medizin. Nachdem dieses Konzept rasch an Bedeutung gewonnen hat, wurde es auch in anderen Bereichen des Gesundheitssektors angewandt, und der Begriff der evidenzbasierten Praxis wurde vermehrt verwendet, da die Arbeitsfelder sich nun auch auf nicht-medizinische Bereiche bezogen.

Daher behandelt diese Diplomarbeit auch die evidenzbasierte Praxis innerhalb der Sozialen Arbeit, um aufzuzeigen, wie man evidenzbasierte Forschung und Arbeit im Bereich der sozialen Arbeit und somit auch in weiterer Folge in heilpädagogischen Arbeitsfeldern integrieren kann. Die aktuellen Strömungen der evidenzbasierten Forschung innerhalb der Sonder- und Heilpädagogik werden an Hand aktueller Studien im Bereich der Sprachstörung und des Autismus dargestellt.

Dabei werden auch die Probleme und Vorteile von evidenzbasierter Forschung in der Sonder- und Heilpädagogik angesprochen, da diese Forschungsmethode im medizinischen Bereich zwar relativ einfach angewendet werden kann, im sonderpädagogischen Bereich jedoch adaptiert werden muss, denn es bestehen sehr viele unterschiedliche Formen von Behinderungen, die meist auch noch mit anderen Diagnosen einhergehen, und es ist somit fast unmöglich, auf ein festgelegtes Behandlungsschema zurückzugreifen.

Diese Problematik wird auch bei der Beantwortung der Entwicklungsperspektiven eingehend diskutiert und erläutert.

Zusammenfassend kann man festhalten, dass die evidenzbasierte Forschung innerhalb des heilpädagogischen Arbeitsfeldes eine gute Möglichkeit darstellt, wissenschaftlich und empirisch fundierte Forschungsergebnisse zu erhalten, die im Rahmen der evidenzbasierten Forschung als empirisch gültig und nachgewiesen gelten. Im Bereich der Sonder- und Heilpädagogik muss jedoch immer darauf geachtet werden, dass die Individualität des Klienten und des Therapeuten den empirischen Wirksamkeitsnachweisen untergeordnet ist, jedoch nicht verloren oder aufgegeben wird.

Die evidenzbasierte Forschung ist eine Möglichkeit, wissenschaftlich fundierte Forschungsergebnisse im heilpädagogischen Bereich zu erhalten, es sollte jedoch nicht auf die einzelnen Erfahrungen von Therapeuten, Angehörigen oder Betreuern etc. verzichtet werden, da dieses Wissen zwar nicht unbedingt empirisch belegt werden kann, jedoch für die Weiterentwicklung von Menschen mit Beeinträchtigungen von großer Bedeutung sein kann, da jeder Mensch einzigartig ist und eine individuelle Betreuung und Unterstützung benötigt.

Abstract

The present thesis deals with the question „Which are the roots, current methods and future perspectives of evidence-based research in curative and special needs pedagogy?“ I try to answer this question by means of discourse analysis.

First, I point out how evidence-based research has developed and present the concept of “evidence based medicine”, created by British doctors since evidence-based research has first been used in the field of medicine. Evidence-based medicine is a certain sector of medicine demanding patient-oriented decisions whenever a medical intervention takes place. Merely those medical or therapeutic treatments shall be administered which have been empirically investigated before and, furthermore, whose effectiveness and efficiency have been empirically proven.

Evidence-based practical experience is rooted in evidence-based, medical developments. Having rapidly gained a foothold, it has been further applied to different sectors of the public health service. At the same time, the notion of evidence-based practical experience has been used more frequently as fields of work started to comprise non-medical domains.

My thesis therefore includes a study of evidence-based practical experience within the field of social work to mirror how evidence-based research as well as employment within the area of social work and, consequently, within curative pedagogy can be integrated. Current methods of evidence-based research in curative and special needs pedagogy are displayed according to present studies of speech disorder and autism.

Thereby, difficulties and advantages of evidence-based research in curative and special needs pedagogy are mentioned since evidence-based research methods can be easily applied to the medical sector. They are, however, more complex to be implemented into curative pedagogy as there are numerous different kinds of disabilities which are often closely related to other diagnoses making it almost impossible to refer to specific and determined schemata of treatment.

Also, this complex of problems is illustrated and discussed more intensively to find a response regarding development perspectives.

In summing up, one might state that evidence-based research within the field of work of curative and special need pedagogy offers a good opportunity of maintaining scientific and empirical research results defined as empirically valid within the framework of evidence-based research.

As far as curative and special needs pedagogy is concerned, one must, however, continuously see the patient's and therapist's individuality which is subordinate to empirical proof of effectiveness, but not lost or abandoned. Evidence-based research within curative pedagogy helps prove scientifically the efficiency of methods and therapeutic treatment.

INHALTSVERZEICHNIS

1.	<u>EINLEITUNG</u>	<u>16</u>
2.	<u>ZUR ENTSTEHUNG DER HEIL- UND INTEGRATIVEN PÄDAGOGIK</u>	<u>17</u>
2.1	DER TERMINUS HEILPÄDAGOGIK	17
2.1.1	ANSÄTZE ZUM VERSTÄNDNIS VON HEILPÄDAGOGIK.....	18
2.2	SONDERPÄDAGOGIK, REHABILITATIONSPÄDAGOGIK, BEHINDERTENPÄDAGOGIK,.....	21
	INTEGRATIONSPÄDAGOGIK UND INTEGRATIVE PÄDAGOGIK BZW. INKLUSIVE PÄDAGOGIK.....	21
2.2.1	SONDERPÄDAGOGIK	21
2.2.2	REHABILITATIONSPÄDAGOGIK.....	21
2.2.3	INTEGRATIONSPÄDAGOGIK.....	22
2.2.4	INTEGRATIVE PÄDAGOGIK BZW. INKLUSIVE PÄDAGOGIK	22
2.3	DIE ANFÄNGE HEILPÄDAGOGISCHEN HANDELNS.....	23
2.4	DAS VERHÄLTNISS DER HEILPÄDAGOGIK ZUR MEDIZIN.....	26
2.4.1	DER KRANKHEITSBEGRIFF UND SEINE BEDEUTUNG FÜR DIE MEDIZIN	28
2.4.2	DER KRANKHEITSBEGRIFF UND SEINE BEDEUTUNG FÜR DIE HEILPÄDAGOGIK	28
2.4.3	WAS IST DER MENSCH?	29
2.4.4	DAS MENSCHENBILD IN DER MEDIZIN	30
2.4.5	DAS MENSCHENBILD IN DER HEILPÄDAGOGIK.....	32
2.4.5.1	DAS EGALISIERENDE MENSCHENBILD	33
3.	<u>FAKTOREN UND MITTEL HEILPÄDAGOGISCHEN HANDELNS.....</u>	<u>34</u>
3.1	DIE HALTUNG DES ERZIEHERS	35
3.2	UMGEBUNG.....	37
3.3	DAS KIND SELBST	38
4.	<u>AUTISMUS</u>	<u>40</u>
4.1	ENTSTEHUNG	41
4.2	FORMEN VON AUTISMUS.....	42
4.2.1	FRÜHKINDLICHER AUTISMUS (KANNER SYNDROM)	43
4.2.3	HIGH-FUNCTIONING AUTISMUS	45
4.2.4	ATYPISCHER AUTISMUS	46
4.3	AUSWIRKUNGEN.....	46

5.	<u>SPRACHSTÖRUNGEN</u>	47
5.1	DIE BEGRIFFE SPRACHSTÖRUNG, SPRACHBEHINDERUNG UND SPRACHSCHÄDIGUNG	47
5.2	URSACHEN UND ERSCHEINUNGSFORMEN VON SPRACHSTÖRUNGEN	48
5.2.1	ORGANISCH VERURSACHTE SPRACHSTÖRUNGEN	49
5.2.2	KOMMUNIKATIV-REAKTIVE SPRACHSTÖRUNGEN	52
6.	<u>ABLEITUNG DER FORSCHUNGSFRAGE</u>	53
7.	<u>METHODE</u>	55
7.1	DER DISKURSBEGRIFF	56
7.2	EINSTIEG IN DIE DISKURSANALYSE	58
7.2.1	BILDUNG DES DATENKORPUS	59
7.2.2	ANALYSE DER DATEN	60
7.2.3	REKONSTRUKTION DES GESAMTDISKURSES	63
7.3	PRAKTISCHES VORGEHEN BEI DIESER ARBEIT	63
8.	<u>URSPRÜNGE DER EVIDENZBASIERTEN FORSCHUNG</u>	65
8.1	INHALTLICHE INTENTION DER EBM	67
8.2	DAS KONZEPT DER EVIDENCE-BASED MEDICINE	68
8.2.1	BEGRIFFSKLÄRUNG NACH SACKETT	69
8.3	EVIDENZBASIERTE LEITLINIEN	71
8.4	RANDOMISED CONTROLLED TRIALS (RCT)	72
8.4.1	AUFBAU UND DURCHFÜHRUNG DES RCT	72
8.5	ASPEKTE DER WIRKSAMKEIT UND GÜLTIGKEIT VON STUDIENERGEBNISSEN	75
8.5.1	INTERNE VALIDITÄT	76
8.5.2	EXTERNE VALIDITÄT	76
8.5.3	EFFICIENCY-NACHWEIS	77
8.6	SYSTEMATISCHE REVIEWS	78
8.7	METAANALYSEN	79
9.	<u>PRAKTISCHE UMSETZUNG DER EVIDENCE BASED MEDICINE</u>	80
9.1	LEVELS OF EVIDENCE	81
9.2	EMPFEHLUNGSGRAD	83
9.3	LEITLINIEN DER EBM	84
9.4	KRITIK AM KONZEPT DER EBM	86

10.	<u>EVIDENCE BASED PRACTICE</u>	<u>89</u>
10.1	<u>EBP IN DER SOZIALEN ARBEIT</u>	<u>90</u>
10.1.1	DIE SCHRITTE DER EBP IM RAHMEN DER SOZIALEN ARBEIT	93
10.2	<u>UNTERSCHIEDE ZWISCHEN EVIDENZBASIERTER PRAXIS UND ANDEREN PRAXISFORMEN.....</u>	<u>94</u>
10.2.1	RESPEKT VOR DEM INDIVIDUUM	95
10.2.2	BENEFIZIENZ.....	95
10.2.3	GERECHTIGKEIT.....	96
11.	<u>AKTUELLE STRÖMUNGEN UND FRAGESTELLUNGEN EVIDENZBASIERTER PRAXIS IN DER HEILPÄDAGOGIK AM BEISPIEL VON SPRACHSTÖRUNGEN UND AUTISMUS.....</u>	<u>97</u>
11.1	<u>EVIDENZBASIERTE FORSCHUNG BEI SPRACHSTÖRUNGEN</u>	<u>97</u>
11.1.1	EXTERNE EVIDENZ IN DER SPRACHTHERAPIE	102
11.1.2	INTERNE EVIDENZ IN DER SPRACHTHERAPIE.....	103
11.2	<u>EVIDENZBASIERTE FORSCHUNG BEI AUTISMUS.....</u>	<u>105</u>
11.2.1	EVIDENZBASIERTE PRAXIS UND AUTISMUS	105
11.2.2	DER TEACCH-ANSATZ ALS EVIDENZBASIERTE FÖRDERMETHODE	107
11.3	<u>HERAUSFORDERUNGEN BEI INTERVENTIONSSTUDIEN MIT AUTISTISCHEN PROBANDEN</u>	<u>109</u>
11.4	<u>VOR- UND NACHTEILE EVIDENZBASIERTER FORSCHUNG BEI AUTISMUS.....</u>	<u>111</u>
12.	<u>ENTWICKLUNGSPERSPEKTIVEN VON EVIDENZBASIERTER FORSCHUNG IN DER HEILPÄDAGOGIK</u>	<u>113</u>
12.1	<u>KRITISCHE BEMERKUNGEN ZU EVIDENZBASIERTER PRAXIS IN DER HEILPÄDAGOGIK.....</u>	<u>114</u>
12.1.1	DAS PROBLEM DER ÜBERTRAGBARKEIT AUF DEN EINZELFALL	115
12.1.2	DAS PROBLEM DER INDIVIDUALITÄT	116
12.1.3	DAS PROBLEM DER EXTERNEN EVIDENZ	116
12.1.4	DER NACHWEIS DER WIRKSAMKEIT – EIN PROBLEM?	120
13.	<u>RESÜMEE</u>	<u>121</u>
14.	<u>LITERATURVERZEICHNIS.....</u>	<u>126</u>
15.	<u>ABBILDUNGSVERZEICHNIS</u>	<u>137</u>
16.	<u>LEBENS LAUF</u>	<u>138</u>

1. Einleitung

In den letzten Jahren wird der Einfluss der evidenzbasierten Praxis in der Sozialen Arbeit vermehrt diskutiert. Kann der wachsende Bestand an Forschung in der Praxis der Sozialen Arbeit fruchtbar gemacht werden? Kann man empirisch überprüfen, ob Interventionen von Fachkräften in der Sozialen Arbeit nutzbringend sind, sprich eine höhere Effektivität im Vergleich mit deren Unterlassung oder anders formuliert mit nicht-professioneller Unterstützung haben (SOMMERFELD/HÜTTEMANN 2007, S. 1)?

Zum ersten Mal bin ich mit diesem Thema während eines Seminars bei meinem Betreuer Univ. Prof. Dr. Gottfried Biewer in Berührung gekommen. Im Zuge dieses Seminars hielt ich ein Referat zum Thema „Evidenzbasierte Forschung in der Sonder- und Heilpädagogik“, mit einem relativ dürftigen Ergebnis, da ich zum damaligen Zeitpunkt nicht sehr viel Literatur fand, die für die Pädagogik relevant war. Trotzdem begeisterte mich dieser Forschungszweig und mein Interesse war geweckt. Daher entschied ich, mich in meiner Diplomarbeit intensiver mit dem Thema der evidenzbasierten Forschung auseinanderzusetzen.

In dieser Arbeit soll geklärt werden wo die Ursprünge der evidenzbasierten Forschung liegen, in welchen Bereichen der Pädagogik sie derzeit verwendet wird und ein Ausblick soll aufzeigen, worin ihre weiteren Entwicklungsmöglichkeiten liegen.

Zu Beginn der Arbeit möchte ich jedoch einen kurzen Einblick in die Entstehung der Heilpädagogik geben und das Verhältnis zwischen Heilpädagogik und Medizin schildern, da ich der Meinung bin, dass dieses Hintergrundwissen für die Beantwortung meiner Forschungsfrage von Bedeutung ist.

2. Zur Entstehung der Heil- und Integrativen Pädagogik

In diesem Kapitel wird der Terminus Heilpädagogik erläutert und die Entstehung der Heilpädagogik dargestellt. Es wird beschrieben, wie sich die Heilpädagogik zu einer eigenständigen Disziplin entwickelt hat und unabhängig von der Medizin besteht.

2.1 Der Terminus Heilpädagogik

Was versteht man unter Heilpädagogik? Dieser Begriff wurde vielfach diskutiert und es gibt unterschiedliche Meinungen dazu. Die folgenden Zitate sollen einen Überblick liefern und den Terminus Heilpädagogik näher beschreiben:

„Heilpädagogik wird als die Theorie und die Praxis der Erziehung unter erschwerten personalen und sozialen Bedingungen verstanden“ (MEINERTZ/KAUSEN 1999).

„Heilpädagogik orientiert sich an ganzheitlicher Sichtweise (...) des Menschen und seiner Welt, betont die ökologische Denkweise und eine interdisziplinär komplementäre wissenschaftliche Arbeit. Sie fordert mehr Berücksichtigung der Lebenszusammenhänge und Chancen für die Selbsthilfe behinderter Menschen“ (KERKHOFF 1992, S. 274).

„...eine spezialisierte Pädagogik, die von einer Bedrohung durch personale und soziale Desintegration ausgeht, und bei der es im Besonderen um die Herstellung oder Wiederherstellung der Bedingungen für eigene Selbstverwirklichung und Zugehörigkeit, für den Erwerb von Kompetenz und Lebenssinn, also um ein Ganzwerden geht, soweit es dazu spezieller Hilfen bedarf“ (SPECK 2003, S. 59).

„Wir lieben diesen Ausdruck Heilpädagogik. Es liegt darin das Bekenntnis, dass nur das Pädagogische, im weitesten Sinn freilich, imstande ist, einen Menschen wirklich zum Besseren zu verändern, aus den verschiedenen Entwicklungsmöglichkeiten des Kindes durch überlegene Menschenführung die beste Auszuwählen“ (ASPERGER 1952, S. 5).

Der Begriff Heilpädagogik wurde erstmals im Jahr 1861 durch die Pädagogen Jan Daniel Georgens und Heinrich Marianus Deinhard eingeführt. Im Jahr 1856 gründeten die Beiden in Baden bei Wien die „Heilpflege- und Erziehungsanstalt Levana“ für geistig zurückgebliebene und auch verwaarloste Kinder.

In dieser Erziehungsanstalt sollten Arzt und Pädagoge eine Arbeitsgemeinschaft bilden, zusammen arbeiten und medizinische Behandlung und pädagogisches Wissen sollten die Aufgabe ergänzen und begleiten. Für Georgens und Deinhard hat die Heilpädagogik ihre Mitteln und Methoden aus dem Bereich der allgemeinen Erziehung zu gewinnen, mit dem Unterschied, dass es in der Heilpädagogik um ein verfeinertes und detailliertes Bewusstsein für das hilfsbedürftige Kind geht. Dies nennen die Beiden „Modification“ und kann auch dem pädagogischen Helfen gleichgesetzt werden (BIEWER 2009, S. 20f; BUNDSCHUH et al. 2007, S. 119).

Georgens und Deinhard betrachteten die Heilpädagogik als einen Teil der Pädagogik, jedoch auch als Bindeglied der Pädagogik hin zur Medizin. Dadurch sollte die Heilpädagogik die Zusammenarbeit zwischen den beiden Fachbereichen unterstreichen, aber nicht die Rolle einer untergeordneten „Handlungswissenschaft“ der Medizin einnehmen (KLEIN 2004, S. 15; SPECK 2003, S. 46-51). Haerberlin war der Auffassung, dass auch keine Heilpädagogik im Sinne einer „Medico-Pädagogik“ installiert werden sollte (HAEBERLIN 2005, S. 23f).

2.1.1 Ansätze zum Verständnis von Heilpädagogik

Mit Hilfe von Haerberlin und Speck können aus der historischen Perspektive aus gesehen, drei unterschiedliche Ansätze zum Verständnis von Heilpädagogik herausgearbeitet werden:

1. Heilende Erziehung
2. Mediko Pädagogik
3. Heilserziehung

Im 17. Jahrhundert wurde der Begriff der **heilenden Erziehung** verwendet. Comenius sprach von Heilmitteln, der Begriff stammt aus dem Lateinischen und kommt von „remedium“, was übersetzt soviel Arznei, Heilmittel bzw. Heil- und Hilfsmittel bedeutet, als Maßnahmen der Erziehung. Diese wurden notwendig, da sonst übliche Erziehungsmethoden scheiterten. Im englischsprachigen Raum hat sich daher der Begriff „remedial education“ eingebürgert. Im nachfolgenden Jahrhundert, der Zeit der Aufklärung, wurden Begriffe wie pädagogisch-moralische Heilkunde und Heilmethode gebraucht. Man sprach von Erziehungsfehlern. Die zu „Kinderfehlern“ führen können. In der Zeit der Aufklärung konnte man diese „Kinderfehler“ mit den typischen Erziehungsmitteln der damaligen Zeit, nämlich Lob und Tadel „heilen“ (KLEIN 2007, S 123). Herbart schlug als Mittel zur Heilung von Kinderfehlern schulorganisatorische Maßnahmen vor. Er empfahl für lernschwache Schüler die Schaffung von „Übungsklassen“, im weiteren Sinne also Sonder- oder Hilfsklassen.

Der Taubstummenlehrer Ernst Stötzner gab im Jahre 1864 die Gründungsschrift der Hilfsschule „Schulen für schwachbefähigte Kinder. Erster Entwurf und Begründung derselben“ heraus und fasste die Heilpädagogik als Abänderung und Akzentuierung der Erziehung auf (KLEIN 2009, S. 123f). Seiner Meinung nach wird im weitesten Sinne jede Pädagogik zur Heilpädagogik, sobald man den falsch ausgebildeten Willens- und Gemütsrichtungen im Kinde versucht entgegenzuarbeiten. In seinen Augen beschäftigt sich die Heilpädagogik mit Kindern, bei denen auf Grund mangelhafter Körperbeschaffenheit oder durch teils noch unbekannte Ursachen die normale Entwicklung des Geistes gehemmt wird. Er spricht von Blinden und Taubstummen, den Kretinen und den Blöd- und Schwachsinnigen (ebd.).

Mit Beginn des 20. Jahrhunderts trat das Heilen von Kinderfehlern mit pädagogischen Mitteln in den Hintergrund und der autonome pädagogische Ansatz wurde zunehmend stärker abhängig vom medizinischen Ansatz. Die **Medico Pädagogik**, sprich die medizinisch dominierte Heilpädagogik, war vor allem in den deutschsprachigen Ländern stark verbreitet. Homburger und auch Asperger sowie andere Kinderärzte und Kinder- und Jugendpsychiater verwendeten den Terminus Heilpädagogik (KLEIN 2009, S. 123).

Der Begriff **Heilserziehung** arbeitet das theologische Anliegen der Heilpädagogik heraus.

„Alles Erziehenwollen ist zuerst Heilswille am Kinde.“ (BOPP zit. nach Klein 2007, S. 123)

Für Bopp und Montana war Heilpädagogik eine Erziehung hin zum Heil im religiösen Sinne. Es geht hierbei um eine Hinführung zum Heil der eigenen Seele.

Die eben vorgestellten Strömungen zum Verständnis von Heilpädagogik verwendeten alle denselben Terminus, nämlich Heilpädagogik, es gibt jedoch weitere geschichtliche und inhaltliche Argumente die für die Beibehaltung des Begriffs der Heilpädagogik sprechen. Heinrich Hanselmann, er bekam 1931 die erste Universitätsprofessur für Heilpädagogik an der Universität in Zürich zugesprochen, begründet, dass es sich bei der Heilpädagogik in erster Linie um Pädagogik handelt. Für ihn ist Heilpädagogik die *„Lehre vom Unterricht, von der Erziehung und Fürsorge aller jener Kinder, deren körperlich-seelische Entwicklung dauernd durch individuelle und soziale Faktoren gehemmt wird“* (HAEBERLIN 2005, S. 11). Hanselmann sieht Behinderung also als ein soziales Phänomen, Behinderung wird also als ein Ergebnis entwicklungsbeeinträchtigter Gesellschaftsverhältnisse gesehen.

2.2 Sonderpädagogik, Rehabilitationspädagogik, Behindertenpädagogik,

Integrationspädagogik und Integrative Pädagogik bzw. Inklusive Pädagogik

Heilpädagogik als wissenschaftliche Disziplin entwickelte sich im 20. Jahrhundert sehr verschiedenartig. Der Grundbegriff der Heilpädagogik führt auf Grund des Präfix „heil“ bis heute zu endlosen Fachdiskussionen. Aus verschiedenen Standpunkten heraus versuchte man immer wieder alternative Begriffe zu finden. Diese sollen nun kurz dargestellt werden.

2.2.1 Sonderpädagogik

Schon in den 1940er Jahren verwendete Heinrich Hanselmann in seinen Schriften immer wieder den Begriff der Sondererziehung. Richtig durchsetzen konnte sich der Begriff der Sonderpädagogik jedoch erst im Jahr 1960 und wurde im Sinne von Sonderschulpädagogik gebraucht, und ging mit dem Ausbau des Sonderschulwesens im deutschsprachigen Raum einher (BIEWER 2009, S. 29). Der Begriff der Sonderpädagogik ist im heutigen Sprachgebrauch eher negativ besetzt, eine noch heute oft geäußerte Kritik am Begriff der Sonderpädagogik liegt im Verweis auf Sondereinrichtungen, die dem Partizipationsgedanken entgegenwirken könnten, daher auch der Begriff „Absonderungspädagogik“ (BIEWER 2009, S. 29) Trotzdem muss dieser negative Sinngehalt nicht zwingend auftreten, denn mit dem Terminus Sonderpädagogik kann auch das Besondere eines Menschen betont werden (FORNEFELD 2002, S. 12; HAEBERLIN 2005, S. 19f).

2.2.2 Rehabilitationspädagogik

Auch der Begriff der Rehabilitationspädagogik ist ein relativ häufig gebrauchter Terminus und wurde in erster Linie in der DDR in ausdrücklicher Abgrenzung zum Begriff der „Heil- und Sonderpädagogik“ verwendet. Diese Bezeichnung ist im österreichischen Gebrauch geschichtlich nicht autochthon und erlebte daher auch keine Ausdifferenzierung (SPECK 2003, S. 55ff). Diskutiert man den Begriff der Rehabilitationspädagogik jedoch als Begriffsalternative zur Heilpädagogik muss man festhalten, dass die Rehabilitation nicht zu den Kernaufgaben der Pädagogik zählt (BIEWER 2009, S. 31).

2.2.3 Integrationspädagogik

Der Begriff der Integrationspädagogik entwickelte sich in den achtziger Jahren „zu einer Sammelbezeichnung für solche pädagogische Reflexionen, die die Nichtaussonderung von Kindern und Jugendlichen aus Allgemeinen Bildungseinrichtungen zum Ziel haben“ (BUNDSCHUH et al. 2007, S. 141).

Hans Eberwein prägte den Begriff der Integrationspädagogik stark. Er war der Auffassung, dass die Integrationspädagogik ein transitorischer, also ein Übergangsbegriff sei (EBERWEIN 1995, S. 37f) und erst dann ihren Auftrag erfüllt hat, wenn die Ausgrenzung von Kindern und Jugendlichen mit Beeinträchtigungen in Schulen Geschichte ist (EBERWEIN 1995, S. 33). Eberwein sieht den Übergang von einem sonderpädagogischen Ansatz hin zu einem integrationsbezogenen Ansatz als einen Paradigmenwechsel (EBERWEIN 1995 In: Biewer 2009, S. 27).

Während in der Sonderpädagogik eine defizitorientierte Sichtweise von Behinderung vorherrscht, steht in der Integrationspädagogik eine Sichtweise im Vordergrund, die sich an den jeweiligen Kompetenzen der Menschen orientiert. Somit zählt die Forderung nach einer „Pädagogik der Vielfalt“ (PRENGEL 1995, zit. nach: Bundschuh et al. 2007, S. 144) zum allgemeinen Konsens der Integrationspädagogik (BUNDSCHUH et al. 2007, S. 144).

2.2.4 Integrative Pädagogik bzw. Inklusive Pädagogik

Integrative Pädagogik bzw. Inklusive Pädagogik sind Begriffe jüngerer Ursprungs. Sie unternehmen den Versuch einer von Altlasten befreiten neuen Nominalisierung, die einen eingliedernden bzw. (schon) gleichgestellten - partizipierenden Schwerpunkt vorweist. Im Zusammenhang damit ergeben sich intensive fachinterne Diskussionen um Bestand und Gültigkeit spezialisierter (sonder)pädagogischer Richtungen und Ausbildungen in einem veränderten Kontext. Da das Wort „Integration“ etwa auch im Hinblick auf die Eingliederung von Menschen mit Migrationshintergrund Verwendung findet, kommt es hier teilweise zu Missverständlichkeiten (SPECK 2003, S. 59 - 63).

Parallel dazu entstehen häufig begriffliche Verwischungen und Überschneidungen der Ausdrücke „Integration“ und „Inklusion“ (MARKOWETZ 2007, S. 209). Diese Benennungen kommen dem historisch gefärbten Thema nur ungenügend entgegen.

2.3 Die Anfänge heilpädagogischen Handelns

Laut Möckel stehen „Scheitern und Neuanfang der Erziehung“ (MÖCKEL 1988, S. 13) im Mittelpunkt der Geschichte der Heilpädagogik. Die Anfänge und Ursprünge von heilpädagogischer Arbeit sind pädagogischer Natur. Schon im 16. und 17. Jahrhundert gab es die ersten Bildungsversuche für Menschen mit beeinträchtigter Kommunikation. Für Menschen die nicht sprechen konnten, stumm oder taub waren, aber auch für blinde Menschen. Daher ist es sinnvoll, die Anfänge der Heilpädagogik *„mit dem Blick auf spezifische Schädigungen des menschlichen Funktionsapparates anzugehen“* (BIEWER 2009, S 12).

Wie schon in Kapitel 1.1 erwähnt, wurde der Begriff der Heilpädagogik von Georgens und Deinhardt 1861 eingeführt. Doch es gab schon vor dieser Zeit heilpädagogisches Handeln. Die Anfänge der heilpädagogischen Arbeit sind pädagogischen Ursprungs. Bereits im 16. bzw. 17. Jahrhundert gab es Bildungsversuche für Menschen mit beeinträchtigter Kommunikation.

Die Heilpädagogik beschäftigte sich in ihren Anfängen vorwiegend mit somatisch bedingten Behinderungen wie zum Beispiel Gehörlosigkeit, Blindheit oder kognitive Retardierung (BIEWER 2009, S. 12).

Wie oben erwähnt lag das Hauptaugenmerk der heilpädagogischen Arbeit in der damaligen Zeit bei Menschen, die stumm oder taub waren. Die Heilpädagogik beschäftigte sich damals also mit Menschen mit Sinnesschädigungen. Dies geschah zu Beginn durch die Vermittlung mit Zeichen und Gebärden, zuerst im Einzel- oder Hausunterricht, später dann in Institutionen.

Als erster entwickelte Jerome Cardano (1501 – 1575) *„eine gestische Sprache zur Unterweisung Gehörloser“*, welche von Benedictine Pedro Ponce de Leon (1520 – 1584) erweitert wurde. Er verwendete als Hilfsmittel ein Fingeralphabet und wenig später wurde von Pereira in Frankreich die Gebärdensprache eingeführt (BIEWER 2009, S. 15f).

Rund 200 Jahre später trat schließlich der französische Mönch Abbé de L'Épée (1712 – 1789) auf den Plan: Aufbauend auf Gebärden Gehörloser schuf er eine Gebärdensprache, die er bald als Unterrichtssprache einsetzte. Er entwickelte ein System von Gesten, welches Wörter und Sätze meinte, während Pereira ein Fingeralphabet schuf und auf die Anbindung der Lautsprache setzte (MÖCKEL 2007, S. 36f).

Das 1771 von Abbé de L'Épée gegründete *Institution Nationale des Sourds-Muets de Paris* gilt weltweit als die erste Schule für Gehörlose (KUGLER-KRUSE 1988, S. 5).

Auch in anderen Ländern gab es zur damaligen Zeit eine Vielzahl von Unterrichtsversuchen mit gehörlosen Kindern, wobei sich der Methodenstreit von Pereira und Abbé de l'Épée vertiefte. Es gab die Vertreter welche auf die Anbahnung der Lautbildung, also möglichst ähnlich zu sprechen wie Hörende, plädierten und die lautsprachliche Richtung, welche in der deutschsprachigen Taubstummenpädagogik lange Zeit vorrangig war (BIEWER 2009, S. 15).

Zwischen den frühen Versuchen der Bildung von gehörlosen Kindern und blinden Kindern lag jedoch nur eine relativ kurze Zeitspanne. In Paris entstand 1784 die erste Blindenschule durch Valentin Haüy, welcher als Dolmetscher im Außenministerium arbeitete (BIEWER 2009, S. 15). Seine Ideen zur Bildung von gehörlosen Menschen galten damals als revolutionär. Er wollte den Gesichtssinn durch den Tastsinn ersetzen, und setzte seine Idee, Buchstaben haptisch erfahrbar zu machen in die Realität um, indem er Buchstaben in Reliefform herstellte, die sich betasten ließen. Somit erreichte er, dass blinde Menschen lesen lernten (ebd.).

Nachdem Louis Braille 1825 die Punktschrift (Blindenschrift oder auch „Braille“ genannt) erfunden hatte, konnte auch für sehgeschädigte Menschen die Bildungsarbeit institutionalisiert werden (BUNDSCHUH et al. 2007, S. 121).

Trotz der Erfolge in der Bildung von blinden und gehörlosen Kindern hielten Pedro Ponce und Abb'e de l'Épée die Bildung von blinden Kindern für ein nicht sehr aussichtsreiches Unterfangen (Möckel 2007, S. 44f).

Die Arbeit mit blinden und tauben Menschen gilt als klassisches Arbeitsfeld in der Heilpädagogik und Möckel weist in seinen Schriften auf den institutionellen Schutz als „*lebensnotwendigen Ausweg*“ hin (MÖCKEL 1988, S. 245). Dieser Weg bietet spezielle Hilfen durch spezielle Methoden der Kompensation an. Ist ein Mensch auf Grund eines organischen Mangels in seinem Tun und Handeln eingeschränkt, sollen spezielle Methoden und Mittel helfen, diese Einschränkungen zu überwinden. Für Möckel lässt sich die Heilpädagogik als „*die Suche nach neuen Wegen in der Erziehung, wenn Erziehungsprozesse nicht in Gang kommen, ins Stocken geraten oder vorzeitig abbrechen*“ (MÖCKEL 1988, S. 210) beschreiben.

Nachdem man Möglichkeiten geschaffen hat, blinde und gehörlose Kinder zu unterrichten, wollten die ersten Blinden- und Taubstummenpädagogen versuchen, diese Kinder mit normalen, nicht sinnesgeschädigten Kindern zu unterrichten. Hierbei ging es den Pädagogen jedoch nicht in erster Linie darum, dass die blinden und gehörlosen Kinder integriert werden, sondern vielmehr um ein verfeinertes methodisches Bewusstsein und vertieftes erzieherisches und unterrichtliches Handeln, da sie von der These ausgingen, dass dort, wo keine Sinne vorhanden sind, die Kunst um so größer sein muss (MÖCKEL 1988, S. 110).

Die Bildung von taubblinden Kindern wurde von Pionieren in den USA stark beeinflusst. Im Jahre 1832 wurde von dem Chirurg Samuel G. Howe eine Blindenstiftung in Boston, die „Perkins School for the Blind“, gegründet. Unter den dort aufgenommenen Kindern befand sich auch ein taubblindes Mädchen, Laura Bridgmann. Infolge einer Scharlacherkrankung verlor es im Alter von nur drei Jahren sein Gehör und nach und nach auch sein Sehvermögen. Im Alter von 10 Jahren war es schließlich komplett erblindet (MÖCKEL 2007, S. 61f). Für seine Bildungsversuche ging Howe ebenfalls von der Reliefschrift aus, ergänzte sie aber durch Berührungen am Körper, welche Lob oder Tadel bedeuteten. Ganz bestimmte Berührungen des Körpers entsprachen dem Gleichheitszeichen, so war es möglich auszudrücken, dass ein erfüllter Gegenstand durch ein bestimmtes Wort in Reliefschrift repräsentiert wurde (BIEWER 2009, S. 16).

Die ersten Hilfs- und Bildungsmaßnahmen für Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen sind mit der Entstehung und Entwicklung neuer medizinischer Einrichtungen verbunden, wie zum Beispiel den orthopädischen Anstalten. Diese wurden zu Beginn nur von den Angehörigen der oberen Schicht benutzt. Die erste Einrichtung wurde 1816 in Würzburg von Johann Georg Heine gegründet. Im Vordergrund stand die medizinische Behandlung, es gab jedoch auch Aktivitäten, die als eine Form von Unterricht verstanden werden konnten (BIEWER 2009, S. 17). Die ersten Anstalten für Menschen mit geistiger Behinderung entstanden ebenfalls in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts. Sie wurden als Anstalten für Kretine, Blödsinnige oder Idioten bezeichnet, die Bezeichnungen hatten damals jedoch keine so negative Färbung wie heute (BIEWER 2009, S. 17).

2.4 Das Verhältnis der Heilpädagogik zur Medizin

In diesem Kapitel beschäftige ich mich mit der Heilpädagogik als wissenschaftliche Disziplin und ihre Verbindung zur Medizin. Dieses Kapitel empfinde ich als sehr wichtig, da die evidenzbasierte Forschung im Bereich der Medizin entstanden ist und somit medizinische Wurzeln hat. Wie man in diesem Kapitel nachlesen kann, war die Ablösung der Heilpädagogik von der Medizin, hin zu einer eigenständigen Wissenschaft nicht ganz so einfach und daher erachtete ich es als besonders wichtig, dieses Verhältnis kurz dar zu stellen.

Zwischen den Disziplinen der Heilpädagogik und der Medizin besteht ein schon fast traditionelles (Konflikt-) Verhältnis. Heilpädagogisches Denken und Handeln ist seit der Einführung des Begriffs Heilpädagogik von Georgens und Deinhardt ungebrochen von medizinischen Denkmodellen mehr oder weniger geprägt, durchgedrungen und auch bestimmt (STRACHOTA 2002, S. 14f). Laut Müller hat es eine ausschließlich medizinische Heilpädagogik nie gegeben, trotz alledem verhinderte die Ätiologie- und Therapieforschung der Medizin über einen langen Zeitraum „eine über das beschreibend-erklärende Element hinausgehende Theoriekonstituierung“ (MÜLLER 1991, S. 64) für die Heilpädagogik, obwohl es Versuche gab, pädagogische Akzente zu setzen.

Obwohl die Heilpädagogik in der Mitte des 19. Jahrhunderts Fuß fassen konnte und versuchte, sich als pädagogische Disziplin zu begründen, zeichnete sich die Heilpädagogik in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts laut Moser „*durch eine starke Affinität zur sich entwickelnden medizinisch-psychiatrischen Disziplin aus...*“ (MOSER 1998, S. 82). Mitte der 60er Jahre im 20. Jahrhundert änderte sich diese Einstellung und Paul Moor wies die „*pädagogische Aufgabenstellung*“ und nicht mehr den medizinischen Sachverhalt als heilpädagogische Aufgabenstellung aus (MOOR 1974 b, S. 268). Das in den 70er Jahren publizierte Werk von Bleidick „*Pädagogik der Behinderten*“ stellte das erste umfassende Werk dar, welches die Heilpädagogik als pädagogische Disziplin begründete und dabei versuchte, die „*durch die Medizinierung verursachten fachlichen Unzulänglichkeiten und Verkürzungen*“ zu überwinden (THEUNISSEN/PLAUTE 1995, S. 27).

Die Tatsache, dass Bleidick in seinem Werk die Heilpädagogik als wissenschaftliche Disziplin mit einer wissenschaftlichen Grundlage darstellte, ermöglichte und erforderte eine auch theoretisch begründbare Abgrenzung von der Medizin.

In den 1980er Jahren wurde das Heilpädagogik-Medizin-Verhältnis ausführlich diskutiert, in den 1990er Jahren schlofen die Diskussionen darüber ein (STRACHOTA 2002, S. 313).

Für die Medizin hat Krankheit eine andere Bedeutung als für die Heilpädagogik. Die Medizin möchte Krankheiten heilen, kranke Menschen „gesund machen“. Das medizinische Handeln beinhaltet Diagnose und Therapie und der medizinische Leitbegriff ist die Heilung. Die heilpädagogische Praxis beschäftigt sich allerdings um das gezielte Einwirken Erwachsener auf Kinder und Jugendliche. Dabei ist die Leitidee die Bildung und nicht die Heilung (STRACHOTA 2002, S. 220). In den nachfolgenden Kapiteln sollen diese Bedeutungen geklärt werden.

2.4.1 Der Krankheitsbegriff und seine Bedeutung für die Medizin

Der Krankheitsbegriff und seine Bedeutung für die Medizin hat eine lange Vergangenheit. Diese zu erläutern würde den Rahmen dieser Diplomarbeit sprengen, daher möchte ich mich nur kurz auf die gegenwärtige Bedeutung des Krankheitsbegriffes für die Medizin beziehen. Gegen Ende des 19. Jahrhunderts und zu Beginn des 20. Jahrhunderts wird die Krankheit in der Medizin zu einem biologischen Defekt, der sich größtenteils wegoperieren lässt. Ende des 19. Jahrhunderts wird die Medizin zu einer sehr wirksamen Behandlungswissenschaft und das 20. Jahrhundert zum Jahrhundert der Therapie und Diagnose (STRACHOTA 2002, S. 198). Allmählich wird der Mensch zu einem durchsichtigen Objekt einer Maschinenmedizin, die es sich zur Aufgabe gemacht hat, kranke Menschen zu heilen (STRACHOTA 2002, S. 199). Medizinisches Handeln besteht im Großen und Ganzen aus Vorbeugung, Diagnose und Therapie. Die Krankheit gilt als die „*Conditio sine qua non*“ (= die Bedingung ohne die nicht...) medizinischen Denkens und Handelns. Sie wird als der Baustein der medizinischen Logik angesehen und zählt zu den Grundbegriffen des medizinischen Denkens (STRACHOTA 2002, S. 201f)

2.4.2 Der Krankheitsbegriff und seine Bedeutung für die Heilpädagogik

Seit sehr langer Zeit kreist das heilpädagogische Denken und Handeln um das Phänomen „Behinderung“, dieser Begriff lässt sich analog zum Begriff „Krankheit“ in der Medizin verwenden. Schon lange kannte man so genannte blinde und taube, krüppelhafte und blödsinnige und gaunerhafte Individuen (KOBİ 1985, S. 121).

„Die Abnormalität, der Mangel und die Einschränkung wurden zwar - zumindest in ihren Umrissen und sozialen Auswirkungen - registriert, und es wurde im Umgang damit auch darauf reagiert: Sie wurden jedoch – von Einzelfällen abgesehen - nicht zum Anlass genommen, „Behinderte“ als eine spezielle Kategorie von Menschen zu betrachten und für diese ein besonderes System schulisch-unterrichtlicher bzw. rehabilitativ-medizinischer Aktivitäten aufzubauen.“ (KOBİ 1985, S. 121)

Im Vergleich zum Begriff Krankheit ist das Wort Behinderung ein relativ junges Wort und der „ursprünglich physikalische Behinderungsbegriff“ (KOBİ 1985, S. 122) wurde erst zu Beginn des 20. Jahrhunderts auf den Menschen angewandt.

Doch warum entstehen unterschiedliche Auffassungen und Bedeutungen von Wörtern? Dies liegt unter anderem auch in der unterschiedlichen Betrachtungsweise des Menschen. Daher wird nun ein kurzer Überblick über das Menschenbild in der Medizin und der Heilpädagogik gegeben.

2.4.3 Was ist der Mensch?

Was ist der Mensch? Was macht den Menschen aus? Diese Fragen können mit Hilfe von unterschiedlichen Menschenbildern beantwortet werden. In der heutigen Zeit, wie auch schon in der Vergangenheit, herrscht ein Menschenbild, in welchem der Mensch als leistungsfähig, autonom, gesund und schön dargestellt wird.

„Es ist auf Anhieb sichtbar, daß dieses Menschenbild vom Ideal des Gesunden, Schönen, Tüchtigen, Intakten, Erfolgreichen bestimmt wird. Das Menschenbild atmet den Zeitgeist der modernen Welt. Es blickt von jeder Litfaßsäule herab und leuchtet in Reklamespots allabendlich über die Mattscheibe“ (BLEIDICK 1994, S. f).

Nicht immer entsprechen Menschen diesen Menschenbildern voll und ganz. In den nächsten beiden Kapiteln möchte ich kurz auf das mechanische Menschenbild in der Medizin und das Menschenbild in der Heilpädagogik nach Haerberlin eingehen. Ich habe mich bewusst für die Darstellung dieser beiden Menschenbilder entschieden, da sie die unterschiedlichen Auffassungen beider Disziplinen sehr gut erläutern.

2.4.4 Das Menschenbild in der Medizin

Von welchem Menschenbild wird die Medizin geleitet? Eine berechtigte Frage, die jedoch nach Maio falsch gestellt ist, da es sich um keine uniforme Medizin handelt. Daher gibt es in der Medizin auch kein einheitliches Menschenbild, sondern viele verschiedene. Das Menschenbild in der Psychiatrie ist ein anderes als in der Chirurgie, und das Menschenbild in der Sozialmedizin ist wiederum ein anderes als in der Pädiatrie usw. (MAIO 2004, S. 41). Es lässt sich aber nicht bestreiten, dass die Erfolge der Medizin Mitte des 19. Jahrhunderts einem ganz bestimmten Menschenbild zu verdanken sind, nämlich dem Bild, das den Mensch als Mechanismus darstellt. Die Vorstellung des Menschen als Mechanismus wurde stark von Rene Descartes geprägt. In seinen Überlegungen ist die Frage nach der Existenz einer vom Körper unabhängigen Seele eine zentrale Fragestellung. Descartes bricht allerdings mit der alten Tradition, die z.B. auch Platon vertreten hat, dass die Seele die Lebenden von den Toten unterscheidet und der Dualismus zwischen Körper und Seele von folgenden vier Thesen gekennzeichnet ist (BECKERMANN 1986, S. 11ff):

1. Jeder Mensch hat nicht nur einen Körper, sondern einen Körper und eine Seele.
2. Die Seele macht das eigentliche Selbst jedes Menschen aus (d.h. genau genommen ist jeder Mensch nur eine Seele).
3. Die Seele eines Menschen (sein Selbst) ist eine von seinem Körper verschiedene Substanz und kann daher auch ohne diesen Körper existieren, ebenso wie der Körper auch ohne die Seele existieren kann.
4. Die Seele ist ihrer Natur nach ein ganz anderer Gegenstand als der Körper.

Descartes streitet diese Thesen zwar nicht ab, aber für ihn stellt sich das Leib-Seele-Problem dringlicher dar als für Platon. Descartes sieht nämlich die Seele nicht mehr als das Prinzip des Lebens (BECKERMANN 1986, S. 14). Descartes lehnt es auch ab, mit Hilfe des Vermögens und der Kräfte der Seele, vitale Vorgänge eines lebenden Wesens zu erklären, denn alle Lebensvorgänge (z.B. das Wachstum der Pflanzen, die Fortpflanzung von Mensch und Tier) seien rein mechanische Vorgänge, „*die sich aufgrund der in der ganzen Natur in gleicher Weise geltenden Gesetze allein aus dem Aufbau und der Anordnung der in einem Lebewesen enthaltenen Teile ergeben*“ (BECKERMANN 1986, S. 16).

Der Unterschied eines toten und eines lebenden Lebewesens ist nicht das Vorhandensein einer Seele, sondern ist vielmehr der gleiche, der zwischen einer funktionsfähigen und einer „defekten“ Maschine besteht. Es wäre nun aber falsch zu behaupten, dass Descartes aufzeigen wollte, dass der menschliche Körper eine Maschine im wörtlichen Sinne sei, sondern er wollte eine Maschine beschreiben, um danach in der weiteren Argumentation darauf hinzuweisen, dass der menschliche Körper sich von einer Maschine in keinem wesentlichen Punkt unterscheidet (BECKERMANN 1986, S. 22) Diese Eigenschaften waren:

1. Die einzelnen Teile der Maschine (ihre Organe) gleichen den Organen des menschlichen Körpers soweit wie möglich.
2. Alle Funktionen der Maschine ergeben sich allein aus den materiellen Eigenschaften ihrer Teile (den Dispositionen ihrer Organe).
3. Die Maschine ist dazu in der Lage, alle Funktionen des menschlichen Körpers auszuführen.

In Descartes indirekter Auffassung des Menschen als Maschine ist also kein Platz mehr für die Seele, das Leben ist für ihn durch eine Maschine simulierbar. Diese Maschine unterliegt nur den Gesetzen der Mechanik (BECKERMANN 1986, S. 22).

Bei diesem Menschenbild wird der Mensch als ein Wesen betrachtet, das von den naturwissenschaftlichen Gesetzen gesteuert wird. Dieses Menschenbild war der Schlüssel zum Erfolg für die Medizin, da er nur unter dieser Betrachtungsweise beobachtbar und verfügbar gemacht werden konnte (MAIO 2004, S. 41f). Basierend auf diese Betrachtungsweise des Menschen konnten naturwissenschaftlich nachweisbare Zusammenhänge entdeckt werden, die bis dato übernatürlichen Kräften zugeschrieben wurden (MAIO 2004, S. 42). Nun allerdings zu behaupten die Medizin orientiere sich nach wie vor an der Vorstellung der Mensch sei wie eine Maschine aufgebaut, wäre gelogen, denn eine Medizin, die sich nur als angewandte Wissenschaft versteht, wäre ratlos, wenn sie das Wissen auf den einzelnen kranken Menschen anwenden muss. Im Hinblick auf die Generierung von Wissen war die Vorstellung des Menschen als Mechanismus eine sehr aufschlussreiche und erfolgreiche Vorstellung in der Medizin, in Anbetracht des ärztlichen Handelns hingegen, erweist sich dieses Menschenbild als äußerst defizitär, „*weil es die Frage nach dem Guten in reduktionistischer Weise auf die Frage nach dem Funktionsfähigen reduziert und die Lebenswelt des kranken Menschen selbst dadurch ausklammert*“ (MAIO 2004, S. 43).

2.4.5 Das Menschenbild in der Heilpädagogik

Wie schon im vorherigen Kapitel erwähnt liegen die Anfänge der mechanischen und defizitorientierten Sichtweise der Medizin auf die Heilpädagogik in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts. Zu der damaligen Zeit arbeiteten Mediziner, Pädagogen und auch Theologen gemeinsam in der Behindertenbetreuung. Der Heilpädagogik fehlte zu der damaligen Zeit ein wissenschaftlich fundierter Theorie- und Praxisrahmen, und während der Gründung der ersten Anstaltspraxen fand der medizinisch-psychiatrische Einfluss seine Verbreitung im Bereich der Schwachsinnigenversorgung. Somit war der Weg für die „...*Angleichung der Schwachsinnigenanstalten an die medizinisch-verwahrend orientierten Heil- und Pflegeanstalten für Geisteskranke*“ (JACOBS 2000 zit. Weidenbach 2006, S.31) geebnet. Durch das medizinisch-defizitäre Menschenbild, das man zu der damaligen Zeit von Menschen mit geistiger Behinderung von Seiten der Anstaltspädagogen bzw. Psychiater hatte, erhielten diese „schwerstblödsinnigen und erwachsenen Idioten“ (ebd.) zu Beginn nur eine pflegerische verwahrende Versorgung und Unterbringung. Die so genannten Idiotenanstalten breiteten sich immer weiter aus, bis gegen Ende des 19. Jahrhunderts die vom Grundgedanken her heilpädagogisch ausgerichteten Anstalten ebenso wie die Psychiatricanstalten zur Massenverwahrung genutzt wurden. Daraus resultierte eine lebenslange Institutionalisierung, und in weiterer Folge wurde die medizinisch-defizitäre Sichtweise des Menschen immer weiter verstärkt (JACOBS 2000 zit. nach Weidenbach 2006, S. 32f). Die möglichen Ursachen von bestimmten Auffälligkeiten wurden charakterisiert als pathologische Auffälligkeiten oder auch als Behinderung bezeichnet und nur in der betreffenden Person selbst gesucht. Andere mögliche Gründe für die Verursachung wurden gar nicht in Betracht gezogen. Dies führte auch dazu, „dass die Krankheit, die Behinderung als solche mehr interessiert, als das Individuum“ (KOBI 1983, S. 29). Erst in den 80er-Jahren begann man, Menschen mit Behinderung nicht mehr nur auf ihr Defizit zu reduzieren. Die Defizitorientierung verschob sich hin zu einer Menschenorientierung (FREDERICKS/BALDWIN 1987 zit. nach Weidenbach 2006, S. 38) und der Mensch wurde als ein Individuum angesehen, dessen Bedürfnisse sich nicht von denen nicht behinderter Menschen unterscheiden. Auch in der Fachwelt kam immer mehr die Meinung auf, dass Behinderung kein Aspekte des Menschen überlagerndes Phänomen ist und die Forschung begann, nicht Verschiedenheiten und Unterschiedlichkeiten zu suchen sondern nach Gemeinsamkeiten zu forschen. Der Mensch steht in der heutigen Zeit in seiner Wichtigkeit vor der Behinderung bzw. Nichtbehinderung (HÖSS/GOLL 1986, S. 28f).

2.4.5.1 Das egalisierende Menschenbild

In einem egalisierenden Menschenbild wird die Gleichheit aller Menschen gefordert.

„Alle Menschen sind gleich. Alle Menschen sind in ihrem Wesen gleich. Und alle sind auch darin gleich, dass alle individuell unterschiedlich, in unendlicher Vielfalt unterschiedlich sind. Kein noch so großer Unterschied von einem Durchschnitt oder von einem subjektiven Maß berechtigt zu einer Einschränkung des Gleichheitsgrundsatzes.“ (Behindertenreferat des. Ev. Stadtkirchenverbandes Essen 1990, S. 104-108)

Das egalisierende Menschenbild umfasst alle Menschen und geht davon aus, dass alle Menschen gleich sind. Es besteht die Intention, Randgruppen zu integrieren und es wird nicht bestritten, dass es Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Behinderung gibt, allerdings gelten diese Unterschiede als normal (GOLL 1993 zit. nach: Weidenbach 2006, S. 39). Bei diesem Menschenbild stehen die „Gemeinsamkeiten und positiven Eigenschaften“ von Menschen mit Behinderung im Vordergrund, und das Phänomen Behinderung wird als etwas Normales angesehen, welches viele positive Seiten hat. Dadurch wird der Weg für einen normalen Umgang mit diesen Menschen bereitet (GOLL 1993 zit. nach Weidenbach 2006, S. 40).

3. Faktoren und Mittel heilpädagogischen Handelns

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit den Faktoren und Mitteln heilpädagogischen Handelns. Es soll kurz dargestellt werden, wie in der Heilpädagogik gearbeitet wird und welche Faktoren für die praktische Arbeit in der Heilpädagogik von Bedeutung sind.

Grundsätzlich kann man sagen, dass die Heilpädagogik nur wenig „Rezepte“ (MEINERTZ/KAUSEN 1987, S. 103) für heilpädagogisches Handeln bereithält. Meinertz und Klausen gehen davon aus, dass jedes Kind den Heilpädagogen vor eine neue, schwierige und umfassende Erziehungsaufgabe stellt, da jedes Kind individuell ist und unterschiedliche Bedürfnisse hat. Daher muss man immer wieder nach neuen Mitteln und Wegen suchen, um diese Kinder zu unterstützen und zu fördern, so dass sich ein nachhaltiger Erziehungserfolg einstellen kann. Für Meinertz und Kausen sind dafür pädagogische und heilpädagogische Kenntnisse notwendig, diese alleine genügen jedoch nicht aus (ebd.).

Im Folgenden sollen nun die zusätzlichen Faktoren dargestellt werden, die für den erzieherischen Erfolg ebenso von Bedeutung sind.

3.1 Die Haltung des Erziehers

Von großer Bedeutung ist die erzieherische Haltung, welche hinter dem einzelnen Verhalten steckt. Das bedeutet, dass sich Pädagogen ungeschickt verhalten können, bzw. ihnen Fehler unterlaufen können, diese jedoch nicht so tragisch gewertet werden, wenn im Großen und Ganzen gesehen ihre erzieherische Haltung in Ordnung ist (ebd.) *„Fehlhaltungen des Erziehers wirken sich in der pädagogischen Praxis naturgemäß noch weit nachteiliger aus als in der allgemeinen pädagogischen Arbeit“* (MEINERTZ/KAUSEN 1987, S. 103). Die von den Autoren geforderte Haltung des Erziehers setzt sich aus nachfolgenden Merkmalen zusammen:

- **Geduld**

Ein wichtiges Merkmal für die Haltung des Erziehers ist der Faktor Geduld. Viel zu oft wird besonders auf dem Gebiet der Leistungen viel zu schnell auf Erfolg gedrängt. Haben Kinder an der Arbeit keinen Spaß, helfen ständige Nörgeleien und Kritiken nicht weiter. Im Gegenteil, damit wird den Kindern auch noch der letzte Antrieb genommen.

Dasselbe gilt in der Erziehung für kindliche Unarten. In der Normalerziehung gewöhnt man Kindern Unarten wie z.B. Daumen lutschen, Nase bohren etc. ab, in der heilpädagogischen Arbeit misslingt dies des Öfteren (ebd.).

In diesem Fall muss man sich in Geduld üben und auch beachten, dass diese Unarten *„vielleicht nur vordergründige Zeichen einer hintergründigen Fehlentwicklung sind“* (ebd.). Diese Geduld steht auch sehr oft in einem direkten Verhältnis zu dem Vertrauen des Kindes und dem pädagogischen Optimismus.

- **Abstand**

Abstand ist ein weiterer Faktor, der für die erzieherische Haltung von großer Wichtigkeit ist. Zu Beginn muss allerdings beachtet werden, dass man Abstand nicht mit Kühle oder etwa Lieblosigkeit verwechseln darf, da laut Meinertz und Kausen (1987, S. 103) *„die Verbindung stärkster menschlicher Hingabe und Zuwendung mit sachlicher Besonnenheit“* hier notwendig ist.

- **Kritische Aufgeschlossenheit**

Als letzter wichtiger Punkt für die Haltung des Erziehers wird in der Literatur die kritische Aufgeschlossenheit genannt. Darunter versteht man, dass neue Ideen und Vorschlägen gegenüber zwar eine offene Haltung eingenommen werden soll, trotzdem soll man diese immer kritisch hinterfragen und diese weder blindlings ablehnen noch unbeleuchtet nachahmen (MEINERTZ/KAUSEN 1987, S. 104). Dadurch bewahrt man sich größtmögliche Aufgeschlossenheit gleichzeitig erhält man jedoch auch eine weitest mögliche Vorurteilsfreiheit, nicht nur im Umgang mit Kindern und Eltern sondern auch bei der Beurteilung der eigenen wissenschaftlichen Grundlage (ebd.).

Geduld, Abstand und kritische Aufgeschlossenheit sind wesentliche und grundlegende Bestandteile einer heilpädagogischen Haltung (ebd.). Eine optimistische und gleichzeitig realitätsbezogene Grundhaltung gilt als eine wesentliche Voraussetzung für das Gelingen der heilpädagogischen Arbeit in problematischen Situationen. Diese Haltung kann man erlernen, in dem Heilpädagogen die eigenen Erfolge aber auch Misserfolge immer wieder kritisch hinterfragen (MEINERTZ/KAUSEN 1987, S. 105).

Weitere Faktoren, welche die heilpädagogische Arbeit beeinflussen werden nun genannt:

3.2 Umgebung

Das pädagogische Handeln des Erziehers wird von seiner inneren Haltung geleitet, aber auch andere Faktoren wie die Umgebung des Kindes beeinflussen das pädagogische Handeln. Der Heilpädagoge muss seine Haltung nicht nur dem Kind gegenüber verkörpern sondern auch dessen Umgebung, z.B. den Eltern oder Verwandten. Dabei muss er beachten, dass er jede Form von Gegenübertragung vermeidet, auch wenn die Versuchung dazu nahe liegt (MEINERTZ/KAUSEN 1987, S. 108), denn manchmal kann es sehr einladend wirken, den Ärger über das Kind bei den Eltern abzuladen.

Je nachdem in welchem Umfeld das Kind lebt, kann dies die heilpädagogische Arbeit erleichtern oder aber auch erschweren. Man muss mit den Eltern des Kindes oftmals sehr behutsam umgehen und darf den Eltern gegenüber keinerlei Vorwürfe auszusprechen. (MEINERTZ/KAUSEN 1987, S. 106f). Liegt für das Kind „*ein dauerndes Ungenügen der Umgebung vor*“ (MEINERTZ/KAUSEN 1987, S. 109) muss versucht werden für das Kind eine neue Umgebung zu schaffen, wobei hier der Grundsatz gelten sollte, dass das Kind nach Möglichkeit wieder in eine Familienatmosphäre gelangen soll. Dabei müssen jedoch alle speziellen Möglichkeiten und auch Gefahren eines Milieu-Wechsels beachtet werden (ebd.). Auf diese möchte ich in dieser Arbeit allerdings nicht mehr näher eingehen, da dies den Rahmen der Diplomarbeit sprengen würde.

3.3 Das Kind selbst

Auch das Kind selbst nimmt Einfluss auf die heilpädagogische Arbeit. Dabei sind folgende Maßnahmen für die Entwicklung des Kindes von Bedeutung (MEINERTZ/KAUSEN 1987, S. 112ff):

- Gemeinschaft und Gruppe

Die erzieherische Wirkung von Gemeinschaft und Gruppe ist nicht bestreitbar, hier lernt das Kind von „klein auf“ Rücksicht zu nehmen. Die Erziehungsmittel sind auch im späteren Alter auf die Gemeinschaftsfähigkeit ausgerichtet und ist diese Gemeinschaftsfähigkeit vorhanden, halten sich Rivalitätsgefühle in einem normalen Maß.

In einer Gemeinschaft kann ein Kind sehr viel lernen und auch das Bedürfnis entwickeln, anderen helfen zu wollen (MEINERTZ/KAUSEN 1987, S. 112)

- Spiel

Das Kind soll spielerisch lernen. Im Spiel kann sich das Kind seine eigene Welt erschaffen und eignet sich so Formen des Umgangs mit anderen Menschen und auch Dingen an. Außerdem entsteht innerhalb des Spiels Freiheit, welche sich auch äußern kann. Für das Kind ist die Spielwelt wirkliche Welt obwohl es zwischen Spielwelt und realer Welt unterscheiden kann. Es spielt Vater, Mutter, Prinzessin und auch Teufel, und damit kommt man zu einer der wichtigsten Aufgaben des Spiels. *„Es überlässt sich seiner Rolle und bleibt doch es selbst“* (MEINERTZ/KAUSEN 1987, S. 116).

- Arbeit

Wird das Kind älter, möchte es seine spielerischen Kräfte nutzbringend einsetzen. Können oder dürfen Kinder und Jugendliche nicht einer ihrem Alter gemäßen Arbeit nachgehen, kann dies zu einem Gefühl der Unbefriedigung führen. Man muss jedoch darauf achten, dass sie nicht überfordert werden (MEINERTZ/KAUSEN 1987, S. 119).

- Übung

Der Nutzen der Übung wird oftmals unterschätzt. Richtig angewandte Übungen sind nach Meinertz und Kausen (1987, S. 120) nach wie vor das ABC jeder Erziehung. Alles was in Fleisch und Blut übergegangen ist fällt einem leichter. Hat ein Kind einen täglichen Tagesablauf, und weiß, wann es Mittagessen gibt, wann Hausaufgaben zu machen sind, muss es sich nicht täglich überwinden und täglich seinen Alltag neu strukturieren (ebd.).

- Ermutigung und Lob

Ermütigung kann nicht zu oft stattfinden. Ermütigung kann einem Minderwertigkeitsgefühl entgegenwirken und kann somit auch helfen, Neurosen vorzubeugen. Somit sollte man Situationen schaffen, in denen das Kind ermutigt werden kann.

Lob ist eine von vielen ermutigenden Maßnahmen, muss jedoch richtig dosiert werden denn zu viel Lob stumpft ab und falsches Lob kann das Kind unter Druck setzen (MEINERTZ/KAUSEN 1987, S. 121)

- Tadel und Drohung

Tadel und Drohung werden als negative Erziehungsmaßnahmen angesehen. Eine Drohung gilt nicht als Erziehungsmittel, sondern lediglich als gebräuchliches Instrument um reelle Notwendigkeiten durchzusetzen. Auch Tadel ist kein erzieherisches Instrument, wenn nicht zumindest eine Aufmunterung im Sinne von „Du kannst es besser“ mitschwingt (MEINERTZ/KAUSEN 1987, S. 122).

- Strafe

Die Berechtigung der Strafe ist in der Erziehungswissenschaft umstritten, und Meinertz und Kausen sind der Annahme, dass in der Erziehung zu sehr bestraft wird. Oftmals kann eine Strafe auch eine indirekte Folge des Versagens des Erziehers sein. Bestraft man trotzdem, muss man darauf achten, dass die Strafe den Bestraften nicht ausgrenzt, sondern zu einer Wiederaufnahme verhelfen soll (ebd.).

Durch all die oben genannten Maßnahmen wird die Entwicklung des Kindes beeinflusst und diese Faktoren beeinflussen auch die heilpädagogische Arbeit.

4. Autismus

Der Begriff Autismus geht auf das griechische Wort „autos“ zurück und bedeutet soviel wie selbst oder selbstbezogen. (BUNDSCHUH et al. 2007, S. 23). Die Endung –ismus stammt aus dem Lateinischen und kann mit der Substantivierung „heit“ im deutschen Sprachgebrauch gleichgesetzt werden. Dadurch wird ausgedrückt, dass autistische Menschen auf ungewöhnliche Art und Weise in sich selbst gekehrt sind und nur wenig Interesse an ihrer Umwelt zeigen.

Der Begriff wurde von dem Schweizer Psychiater Eugen Bleuler erstmals 1911 für jene schizophrenen Menschen eingeführt, die sich von ihrer Umwelt abkapselten und sich in ihre eigene psychische Welt zurückzogen (ebd.).

Der amerikanische Kinder- und Jugendpsychiater Leo Kanner und Hans Asperger, ein bekannter österreichischer Kinderarzt, haben in den Jahren 1943 und 1944 als Erstbeschreiber des Autismus die Symptomatik eingehend beobachtet (ebd.), um die Abgrenzung des Autismus als eigenständiges Syndrom gegenüber der kindlichen Schizophrenie zu begründen.

Völlig unabhängig voneinander wurden von Kanner und Asperger schwere Beziehungs- und Kommunikationsstörungen von einer Gruppe von Kindern beschrieben (ebd.).

Kanner schrieb im Jahre 1943 den ersten allgemein anerkannten Artikel über die psychologischen Merkmale von Kindern, welche er als frühkindliche Autisten bezeichnete. Die Kriterien die von Kanner aufgelistet wurden, beziehen sich vor allem auf den frühkindlichen Autismus, welcher auch unter dem Namen Kanner-Autismus bekannt ist (KANNER 1943, S. 40). Kanner listete folgende Hauptmerkmale auf, die er als autismusspezifisch empfand (KANNER 1943, S. 42f):

- Unfähigkeit, soziale Beziehungen herzustellen
- Unfähigkeit, Sprache in gewöhnlicher Weise zur Kommunikation zu nutzen
- Zwanghafter Wunsch, einen gleichen Zustand aufrecht zu erhalten
- Fasziniert sein von Gegenständen
- Gutes kognitives Potential

Da es nicht die eine Bezeichnung von Autismus gibt, wird in der heutigen Diskussion der Begriff Autismus-Spektrums-Störungen (ASS) verwendet.

Dies soll verdeutlichen, dass zu diesem Krankheitsbild ein Kontinuum von Symptomen und Schweregraden gehört (BERNARD-OPITZ 2007 zit. nach: Horn 2009, S.6).

Das nachfolgende Kapitel beschäftigt sich mit der Entstehung von ASS.

4.1 Entstehung

Man muss darauf hinweisen, dass die Frage nach den Ursachen der autistischen Störung wissenschaftlich noch immer nicht befriedigend gelöst ist.

Am Entstehen dieser Störung dürften aber vor allem

- hirnorganische
- stoffwechselbedingte
- psychogenetische
- oder psychosoziale

Faktoren eine Rolle spielen (BUNDSCHUH et al. 2007, S. 23).

In der Literatur lassen sich 4 Grundkonzepte der Ätiologie und Therapie am Beispiel wesentlicher Vertreter unterscheiden:

a. Hereditär-genetischer Ansatz

Asperger und Kanner gelten als Vertreter dieses Ansatzes und sind der Auffassung, dass die Konstitution zur Ausprägung autistischer Verhaltensweisen vorrangig auf eine erbliche Disposition zurückzuführen ist (BUNDSCHUH et al. 2007, S. 23).

b. Psychogener Ansatz

Bettelheim und Tustin, psychoanalytisch orientierte Forscher, vertreten die Annahme, dass die soziale Umgebung und soziale Umstände in den ersten Lebensmonaten und –jahren zu einer ASS führen können (ebd.). Das Hauptaugenmerk liegt dabei auf der engsten sozialen Umgebung des Kindes (Mutter-Kind-Dyade).

Tinbergen, Welch und Zaslów, ethologisch orientierte Forscher, hingegen richten ihr Hauptaugenmerk auf die Wirkung gesamtgesellschaftlicher autistoider Entwicklungen.

c. Organologischer Ansatz

Delecató, Rimland, Lempp und Weber sind Vertreter des organologischen Ansatzes und sehen die Ursachen für Autismus in einer Störung der neurologischen Funktion, welche in weiterer Folge zu Störungen der Wahrnehmung in den fünf Sinneskanälen führen (ebd.).

d. Polyätiologischer Ansatz

Sehr viele Autoren gehen mittlerweile davon aus, dass dem autistischen Syndrom viele Ursachen zugrunde liegen. Nissen und Kehrer, Vertreter dieses Ansatzes, sehen beim frühkindlichen Autismus eine zentrale Persönlichkeitsstörung, welche mit einer Kombination aus erblicher Disposition, Hirnfunktions- und Wahrnehmungsstörungen und auch psychischer Faktoren einher geht (BUNDSCHUH et al. 2007, S. 24).

4.2 Formen von Autismus

In diesem Kapitel werden nun die unterschiedlichen Formen des Autismus dargestellt.

4.2.1 Frühkindlicher Autismus (Kanner Syndrom)

Kanner bezeichnete diese psychotisch gestörten Kinder als „frühkindliche Autisten“ (BUNDSCHUH et al. 2007, S. 22). Kanner fand bei diesen Kindern folgende Kardinalsymptome:

- extreme Abkapselung von der personalen Umwelt
- ängstliches Beharren auf Gleichhaltung der dinglichen Umwelt

Neben dieser Grundbeeinträchtigung gehen auch Beeinträchtigungen der Sprache (Echolalie, pronominale Umkehr, Wortneuschöpfungen, geringe Flexibilität im Sprachausdruck), der Motorik (häufig Bewegungsstereotypen, bizarre Bewegungsabläufe), der Intelligenz (oftmals erheblich retardiert, sehr uneinheitliches Intelligenzprofil) und der Emotion (disharmonisch wirkendes Gefühlsleben zwischen Wutausbrüchen und apathisch erscheinendem Verhalten, erhebliche Angst) einher (ebd.).

Unter frühkindlichem Autismus versteht man *„eine abnorme, oder beeinträchtigte Entwicklung, die sich vor dem dritten Lebensjahr manifestiert, sowie eine gestörte Funktionsfähigkeit in den drei psychotherapeutischen Bereichen der sozialen Interaktion, der Kommunikation und im eingeschränkten repetitiven Verhalten“* (REMSCHMIDT et al. 2002, S. 21).

Beeinträchtigungen zeigen sich beispielsweise auch in einem Mangel an Phantasie und Kreativität im Denkprozess. Dies kennzeichnet sich durch das Ausbleiben von emotionaler Resonanz auf verbale und nonverbale Annäherungen anderer Menschen. Die sprachliche Kommunikation ist arm an Gestik, Mimik und Blickkontakt (REMSCHMIDT et al. 2002, S. 23).

Ab und zu haben diese Kinder Sonderinteressen auf differenziertem, kognitivem Niveau. Auch ihr Spielverhalten ist eher stereotyp und dem Aufforderungscharakter des Spielzeugs an sich wird nicht oder nur hinreichend entsprochen (BUNDSCHUH et al. 2007, S. 22).

4.2.2 Asperger Syndrom

Das Asperger Syndrom wurde nach Hans Asperger benannt. Er beschreibt diese Kinder als „*autistische Psychopathen*“ (BUNDSCHUH et al 2007, S. 22). Die eingeschränkte Beziehung zur personalen Umwelt und das Fehlen der affektiven Begleiterscheinungen sieht Asperger als Grundstörung im Verhalten. Mit dieser Grundstörung gehen Beeinträchtigungen oder Auffälligkeiten der Sprache (besondere Originalität der Sprache, Wortneuschöpfungen), der Motorik (motorische Ungeschicklichkeit, Bewegungsstereotypien), der Intelligenz (eher durchschnittlich) und der Emotionalität (disharmonisch wirkendes Gefühlsleben, hohe passive Empfindlichkeit, Depressionsneigung, angstvolles Verhalten) einher (BUNDSCHUH et al. 2007, S. 22f).

Häufig entwickeln diese Kinder auch Sonderinteressen, welche mit Unverdrossenheit und pfiffigem Einfallsreichtum verfolgt werden (BUNDSCHUH et al. 2007, S. 23). Diese Interessen führen oft nur zu lexikalischen Kenntnissen. Beruflich können es Menschen mit Asperger Syndrom zu begabten Spezialisten bringen (ebd.).

Die nachfolgende Tabelle soll die Unterschiede zwischen dem frühkindlichen Autismus und dem Asperger Syndrom verdeutlichen:

	Frühkindlicher Autismus	Asperger-Syndrom
Erste Auffälligkeiten	Meist in den ersten Lebensmonaten	Markante Auffälligkeiten etwa vom 3. Lebensjahr an
Blickkontakt	Zunächst oft fehlend, später selten, flüchtig, ausweichend	Selten, flüchtig
Sprache	Später Sprachbeginn, häufig sogar Ausbleiben einer Sprachentwicklung (etwa 50%)	Früher Sprachbeginn
	Stark verzögerte Sprachentwicklung	Rasche Entwicklung einer grammatisch und stilistisch hochstehende Sprache
	Die Sprache hat anfänglich keine kommunikative Funktion (Echolalie)	Die Sprache hat immer eine kommunikative Funktion, die allerdings gestört ist (Spontanrede)
Intelligenz	Meist erheblich eingeschränkte intellektuelle Leistungen, charakteristische Intelligenzstruktur	Gute bis überdurchschnittliche intellektuelle Leistungen, Intelligenzschwäche selten
Motorik	Keine Einschränkungen, sofern nicht eine zusätzliche Erkrankung vorliegt	Auffällige Motorik: motorische Ungeschicklichkeit, grob- und feinmotorische Koordinationsstörungen, ungelenke und linkische Motorik

Abbildung 1: Unterschiede zwischen Frühkindlicher Autismus und Asperger Syndrom (GRÜBEL 2009, S. 34)

4.2.3 High-functioning Autismus

Der Begriff High-functioning Autismus wird derzeit häufig verwendet für die ASS von Menschen mit mindestens durchschnittlicher Intelligenz, und guten verbalen Fähigkeiten. Diese Menschen haben in ihrer Kindheit die Diagnose „frühkindlicher Autismus“ erhalten, im Laufe der Entwicklung gleicht diese Störung jedoch mehr dem Bild eines Menschen mit Asperger Syndrom (SCHIRMER 2006 zit. nach Horn 2009, S. 8).

4.2.4 Atypischer Autismus

„Der atypische Autismus wird entsprechend den Kriterien für den frühkindlichen Autismus diagnostiziert. Erst nach dem dritten Lebensjahr zeigen sich Auffälligkeiten und Symptome aus dem Bereich der Triade von Beeinträchtigungen“ (SCHIRMER, 2006, S. 28).

Diese drei Bereiche beinhalten die Beeinträchtigung der Kommunikation, der sozialen Interaktionsfähigkeit und der Phantasie.

4.3 Auswirkungen

„Der Autismus betrifft alle Aspekte einer Persönlichkeit. Es handelt sich um ein umfassendes Phänomen mit zahlreichen Facetten. Die autistische Welt erscheint bruchstückhaft, die einzelnen Fragmente wirken unzusammenhängend. Sie alle sind jedoch Teile der ganzen Person.“ (O’NEIL 2001, S. 15)

Das zentrale Merkmal aller hier erwähnten Ausprägungsformen wird in der qualitativen Beeinträchtigung des Kontakts zur gesamten Umwelt gesehen und wird als *„autistische soziale Dysfunktion“* (KUSCH/PETERMANN 2001, S. 26) bezeichnet.

Diese Dysfunktionen äußern sich durch

- eine Beeinträchtigung der sozialen Interaktion und nonverbalen sozialen Kommunikation,
- dem mangelnden Verstehen und Äußern von Gefühlen und
- dem veränderten Kontaktverhalten (ebd.).

Diese Merkmale sind eng mit der Wahrnehmungsfähigkeit, dem Spielverhalten, der sprachlichen Entwicklung, der Lernfähigkeit und dem Beziehungsverhalten der Betroffenen verbunden.

5. Sprachstörungen

In diesem Kapitel soll der Begriff der Sprachstörung dargestellt werden. Sprachstörungen können Personen aller Altersgruppen betreffen, also Kinder, Jugendliche und Erwachsene gleichermaßen. Personen die unter einer Sprachstörung leiden erleben ihre sprachliche und kommunikative Handlungsfähigkeit subjektiv als beeinträchtigt und/oder sie werden von ihrer Mitwelt als beeinträchtigt wahrgenommen. Betroffene Personen benötigen bzw. wünschen sich oft auch individuelle therapeutische Unterstützung beim sprachlich-kommunikativen Lernen (ebd.).

Zusätzlich zu den sprachlichen Störungen können auch emotionale, kognitive, motorische und sensorische Beeinträchtigungen vorliegen.

5.1 Die Begriffe Sprachstörung, Sprachbehinderung und Sprachschädigung

Sprachstörung ist auch unter dem Begriff der Sprachbehinderung bekannt, wobei der Terminus der Sprachstörung in unserem Sprachraum geläufiger ist.

Als synonym verwendete Begriffe findet man in der Literatur auch Bezeichnungen wie Sprachauffälligkeiten, Sprachschwierigkeiten, Sprachbeeinträchtigungen oder Sprachschädigungen (BUNDSCHUH et al. 2007, S. 259). Des Weiteren werden mit den Begriffen Kommunikationsstörung, Stimmstörung, Hörstörung oder Schluckstörung etc. Differenzierungen und Erweiterungen vorgenommen (ebd.).

Um die Jahrhundertwende hat sich die Sprachheilpädagogik als eigenständige Disziplin innerhalb der Pädagogik etabliert (BRAUN 2006, S. 28). Begriffe wie krankhafte Sprachanomalie, Sprachgebreden oder auch Sprachkrankheiten waren früher übliche Ausdrücke für Sprachstörungen, ohne diese jedoch näher zu beschreiben (ebd.).

Diese synonym verwendeten Ausdrücke stellen im Allgemeinen Sammelausdrücke für verschiedene Formen der Sprachstörungen dar wie zum Beispiel Stottern und Poltern, Stammeln und Näseln, Apharsie und Dysarthrie (ebd.).

In den 60er Jahren, im Zuge der Eigenständigkeitsbewegungen der Sprachheilpädagogik und einem verstärkten Ausbau ihrer Institutionalisierung entsteht die Notwendigkeit einer genaueren Wesensbestimmung der Sprachstörung (BRAUN 2006, 28f).

Dazu meint ORTHMANN (1969, S. 111):

„Grundsätzlich sei gesagt, dass weniger die Sprachstörung an sich, sondern die Folgen der Störung für auszulösende pädagogische Maßnahmen determinierend werden.“

Die Begriffe Sprachstörung, Sprachbehinderung und Sprachschädigung können wie folgt definiert werden.

Eine **Sprachschädigung** betrifft den organismischen Bereich der Sprache. Damit meint man Mängel oder Abnormitäten der organischen, physiologischen und neuropsychologischen Strukturen und Funktionen als Voraussetzung einer intakten und normal funktionierenden Sprachfähigkeit (BRAUN 2006, S. 34).

Bei einer **Sprachstörung** fehlt die Fähigkeit für einen regelhaften Gebrauch der Muttersprache beziehungsweise ist dieser normabweichend eingeschränkt. Eine Sprachstörung erscheint somit als Funktionsmangel, als Funktionseinschränkung oder aber einer Desintegration der sprachlichen Prozesse auf Grund einer Schädigung. Diese betrifft die phonetische, psycholinguistische und pragmatische Ebene der Sprache (ebd).

Kommt die Komplexität der Störung zum Ausdruck dann spricht man von **Sprachbehinderung**. Eine Sprachbehinderung umfasst nach Braun die durch die Schädigung bedingte Einschränkung beziehungsweise auch den Ausfall der Sprachfähigkeit und die daraus resultierende belastete personale und soziale Gesamtsituation. Das dominante Merkmal einer Sprachbehinderung ist die Behinderung sprachlichen Handelns. Besonders davon betroffen ist die Kommunikation und somit die gesamte soziale Ebene (ebd.).

5.2 Ursachen und Erscheinungsformen von Sprachstörungen

Grundsätzlich kann man Sprachstörungen in folgende Kategorien unterteilen. Es gibt:

- Organisch verursachte Sprachstörungen
- Entwicklungsbedingte Sprachstörungen
- Kommunikativ-reaktive Sprachstörungen oder Redestörungen

5.2.1 Organisch verursachte Sprachstörungen

Zu den organisch verursachten Sprachstörungen zählen laut Braun folgende Störungen (BRAUN 2006, S. 49ff):

- Dyspnoe
- Dysphonie
- Dysglossie
- Orofaziale Dysfunktion
- Dysphegie
- Dysarthrie
- Sprechapraxie
- Aphasie

Unter **Dyspnoe** versteht man eine Atemstörung bzw. eine Atemnot, welche subjektiv als stark erhöhtes Luftbedürfnis oder auch Atemnot erlebt wird. Als Ursache für diese Atemnot werden pulmonale, kardiale, zirkulatorische, laryngeale, abdominale und zerebrale Dyspnoen genannt. Eine plötzlich auftretende Dyspnoe kann auch psychische Ursachen haben (BRAUN 2006, S. 49).

Dysphonie meint eine „*gestörte Stimme*“ (BRAUN 2006, S. 55) und gilt als der Oberbegriff für alle Formen der Störung des Stimmklangs und der Leistungsfähigkeit der Stimme bis hin zur Stimmlosigkeit, der Aphonie, bei der die Stimme tonlos bis hin zur Flüsterstimme erscheint (ebd.). Störungen der Singstimme werden als Dysodie bezeichnet. Heiserkeit, schwache oder zu laute Stimme, eingeschränkter Stimmumfang, harte Stimmeinsätze oder abnorme Stimmermüdung zählen zu den häufigsten Symptomen der Dysphonie. Weitere Symptome können unter anderem die stimmliche Leistung, die Resonanz, das Sprechtempo und die Atmung betreffen (ebd.).

Dysglossie ist eine Sammelbezeichnung für Störungen welche die Aussprache betreffen. Diese entstehen in Folge einer Schädigung der peripheren Artikulationsorgane. Außerdem bezeichnen sie eine Schädigung der an der Artikulation beteiligten peripheren Anteile der Hirnnerven (BRAUN 1999, S. 102).

Unter einer **Orofazialen Dysfunktion** versteht man eine Störung im Mund- und Gesichtsbereich (daher auch der Name). Diese umfasst als Organsystem Nase, Lippen, Kinn, Kiefer, Zunge, Gaumen und Rachen (BRAUN 2006, S. 109).

Eine Störung des Ess- beziehungsweise Schluckvorgangs wird in der Fachsprache eine **Dysphegie** genannt. Dabei kann der Schluckvorgang als Ganzes oder in einzelnen Phasen gestört sein (BRAUN 2006, S. 111). Dysphegien können aus den unterschiedlichsten Gründen entstehen wie z.B. Veränderungen, Verletzungen oder Erkrankungen der am Schluckakt beteiligten Organe.

Eine **Dyarthrie** „bezeichnet zentral-organische Störungen der Sprechmotorik“ (BRAUN 1999, S. 143). Diese zeichnet sich durch eine Auffälligkeit der Sprechatmung, der Stimmbildung und der Lautbildung aus und äußert sich durch Prosodie oder Sprachakzente. Die Ursachen dafür liegen in einer zentralnervösen Störung der äußeren Sprechmuskulatur und entstehen durch organische Beeinträchtigungen der zerebralen Zentren, Bahnen und Kerngebiete, der Nerven, die am Sprechvorgang beteiligt sind (ebd.).

Bei der **Sprechapraxie** unterscheidet man zwischen verbaler, oraler oder artikulatorischer Apraxie und ist eine neurologisch bedingte apraktische Störung des Sprechens (BRAUN 1999, S. 156). Dabei wird die Programmierung, sprich der Entwurf und auch die Planung der Sprechbewegungen durch Schädigungen in der sprachdominanten Hemisphäre gestört (ebd.).

Aphasien stellen eine Sammelbezeichnung für etymologische Sprachlosigkeit im Sinne eines Sprachverlusts in Folge einer plötzlich eintretenden, umschriebenen Schädigung des Hirns dar (BRAUN 1999, S. 162). Der Verlust der Sprache kann dabei vollständig sein oder nur partiell reduziert sein.

5.2.1 Entwicklungsbedingte Sprachstörungen

Entwicklungsbedingte Sprachstörungen sind auch unter dem Begriff Entwicklungsdysphasie bekannt und dieser wird als Begriff für spezifische Sprachentwicklungsstörungen verwendet, die jedoch kein einheitliches Störungsbild aufweisen, sondern nur Symptomkomplexe sprachspezifischer Entwicklungsauffälligkeiten (BRAUN 1999, S. 200). Eine entwicklungsbedingte Sprachstörung kann *„eine ausbleibende, eine verspätet einsetzende, eine verlangsamte oder verzögerte, auch unterbrochene oder teilweise stagnierende oder rückfällige und eine fehlerhaft gestörte, von der Norm abweichende Sprachentwicklung sein“* (BRAUN 1999, S. 200). Man spricht von Alalie, wenn die Sprachentwicklung bis zum dritten Lebensjahr vollständig ausbleibt (ebd.).

Zu den entwicklungsbedingten Sprachstörungen zählen:

- Dyslalie
- Dysgrammatismus
- Lexikalische Erwerbsstörung

Der Begriff **Dyslalie** wird gleichbedeutend mit Entwicklungsstörungen der Aussprache verwendet und damit sind entwicklungsbedingte Störungen die Artikulation betreffend gemeint. Dabei fehlen einzelne Laute oder aber Lautverbindungen bzw. werden diese falsch gebildet. Dabei unterscheidet man die phonetische Dimension (= audio-motorische Funktion der Lautbildung) von der phonologischen Dimension (=kognitive Fähigkeit, Laute in ihrer bedeutungsunterscheidenden Funktion zu erfassen) (BRAUN 1999, S. 213). Daher werden bei der Dyslalie auch phonetische Entwicklungsstörungen von phonologischen Entwicklungsstörungen unterschieden (BRAUN 1999, S. 214).

Eine Störung bei der Verwendung des grammatischen Sprachgebrauchs kennt man unter dem Namen **Dysgrammatismus** und entsteht auf Grund der Beeinträchtigung der Fähigkeit, das morphologisch-syntaktische Regelsystem der Muttersprache normgerecht anwenden zu können (BRAUN 1999, S. 234). Der Dysgrammatismus tritt selten als isolierte Entwicklungsstörung auf, sondern äußert sich meistens im Zusammenhang mit dyslalischen und lexikalischen Entwicklungsauffälligkeiten (ebd.).

Unter einer **lexikalischen Erwerbsstörung** versteht man Wortschatzdefizite. Das bedeutet diese Menschen haben einen eingeschränkten, verminderten, retardierten oder fehlerhaften Wortschatz und diese Störung kann zwei Ebenen betreffen. Zum einen die Ebene des konzeptuellen und grammatischen Bedeutungswissens und die morpho-phonologische Ebene der Wortformen (BRAUN 1999, S. 246).

5.2.2 Kommunikativ-reaktive Sprachstörungen

Zu den kommunikativ reaktiven Sprachstörungen oder auch Redestörungen zählen die unten aufgeführten (BRAUN 1999, S. 257ff):

- Stottern
- Poltern
- Logophobie
- Mutismus

Stottern ist ein sehr bekanntes und verbreitetes Phänomen, welches aber kaum verstanden wird. Es handelt sich hierbei um ein sehr auffälliges und vielgestaltiges Störungsbild (BRAUN 1999, S. 257). Man unterscheidet zwischen klonischem, tonischem bzw. klonisch-tonischem oder tonisch-klonischem Stottern (BRAUN 1999, S. 259).

Poltern bezeichnet eine durch „*Hastigkeit auffallende Störung des Redeflusses*“ (BRAUN 1999, S. 272). Dabei wird der Sprechablauf überstürzt und ohne das Einhalten von Pausen vollzogen. Dieses sehr schnelle Sprechtempo beeinflusst die Verständlichkeit des Gesprochenen (ebd.).

Unter **Logophobie** wird die krankhafte Sprechangst in Publikumssituationen verstanden (BRAUN 1999, S. 281). Die Symptomerfassung erfolgt auf der verbalen, der physiologischen und der kognitiven Ebene (BRAUN 1999, S. 281ff).

Mutismus beschreibt in passiver Bedeutung einen Zustand des Stummseins oder Stummheit, in seiner aktiven Bedeutung bezeichnet er ein Verhalten des Schweigens oder des Nichtsprechens. Dieser Zustand kann von einem Zeitraum von einigen Tagen bis hin zu einigen Jahren anhalten (BRAUN 1999, S. 285).

6. Ableitung der Forschungsfrage

Das Konzept der evidenzbasierten Medizin verfügt über ein großes Potential zur Verbesserung der ärztlichen Praxis. Daher fand die evidenzbasierte Forschung auch in anderen, nicht-medizinischen Bereichen wie der Psychologie, Soziologie oder aber auch der Erziehungswissenschaft, hier vor allem in der Bildungspädagogik ihren Platz. In den letzten Jahren hat auch die Sonder- und Heilpädagogik die evidenzbasierte Forschung für sich entdeckt. Vor allem im englischsprachigen Raum wird die evidenzbasierte Forschung immer mehr für die Bearbeitung heilpädagogischer Fragestellungen verwendet. Daher möchte ich mich in meiner Diplomarbeit mit dem Thema evidenzbasierter Forschung innerhalb der Sonder- und Heilpädagogik beschäftigen. Da dieses Thema sehr weitläufig und umfassend ist, möchte ich in der vorliegenden Arbeit zuerst versuchen, die Geschichte der evidenzbasierten Forschung näher zu beleuchten und darzulegen, was sie für die sonder- und heilpädagogische Forschung leisten kann und worin ihre Zukunft liegt. Daher lautet meine Forschungsfrage für die Diplomarbeit:

Welches sind die Ursprünge, die aktuellen Strömungen und die weiteren Entwicklungsperspektiven evidenzbasierter Forschung in der Sonder- und Heilpädagogik?

Diese Forschungsfrage ist so formuliert, dass die Entwicklung der evidenzbasierten Forschung dargestellt werden kann, und auch jene Entwicklungen - sowohl positive als auch eventuell negative - welche die evidenzbasierte Forschung für die Heilpädagogik mit sich bringen thematisiert werden. Dadurch kann der Einsatz der evidenzbasierten Forschung im heilpädagogischen Forschungsalltag gut diskutiert werden und auch ein Ausblick auf die weitere Verwendung dieser Forschungsmethode gewährleistet werden.

Die Ursprünge der Evidenzbasierten Forschung liegen im Bereich der Medizin, hier wird das von britischen Ärzten entwickelte Konzept der „Evidence Based Medicine“ vorgestellt. Die aktuellen Strömungen der evidenzbasierten Forschung möchte ich mit Hilfe von Beispielen aus der evidenzbasierten Forschung bei Sprachstörungen und Autismus diskutieren und erläutern. Dadurch soll aufgezeigt werden, inwieweit das Konzept der

evidenzbasierten Forschung schon Einzug in das sonderpädagogische Forschungsfeld gefunden hat und wie es in der Praxis angewendet wird.

Im Anschluss daran möchte ich versuchen Entwicklungsperspektiven für die evidenzbasierte Forschung in der Heilpädagogik aufzuzeigen. Dieser Teil soll sich auch kritisch mit dem Konzept der evidenzbasierten Forschung auseinandersetzen und Vor- sowie Nachteile dieses Ansatzes für die Sonder- und Heilpädagogik herausarbeiten.

7. Methode

Die vorliegende Forschungsfrage soll mit Hilfe der Diskursanalyse nach Reiner Keller bearbeitet werden. Ich habe diese Methode für die Bearbeitung meiner Forschungsfrage gewählt, da ich der Überzeugung bin, dass mit Hilfe der Diskursanalyse diese breit gefächerte Forschungsfrage sehr gut bearbeitet werden kann.

Der Begriff der Diskursanalyse gilt als Oberbegriff für die sozial-, sprach-, politik- oder aber auch geschichtswissenschaftliche Analyse von Diskursphänomenen. Je nachdem, was als so genannter Diskurs betrachtet wird, gibt es dafür unterschiedliche Herangehensweisen.

Seit Anfang der siebziger Jahre entwickelt sich die Diskursanalyse im Fahrwasser der kulturalistischen Wende, die im Englischen als *linguistic* oder *cultural turn* bezeichnet wird (RORTY 1967 In: Keller 2011, S. 19f) als ein neues, fächerübergreifendes Forschungsprogramm. Da verschiedene Disziplinen über Jahre sehr unterschiedliche, teilweise länderspezifische Ansätze entwickelt haben, ist Diskursanalyse heute ein Sammelbegriff für eine Reihe äußerst heterogener Strömungen (KELLER 2011, S. 20ff).

Innerhalb dieses heterogenen Feldes kann zwischen *Diskurstheorien*, die allgemeine theoretische Grundlagenperspektiven entwickeln, und eigentlichen *Diskursanalysen*, welche die (empirische) Untersuchung von Diskursen zum Ziel haben, unterschieden werden.

Im nachfolgenden Kapitel soll zu Beginn der Begriff des Diskurses dargestellt werden.

7.1 Der Diskursbegriff

Laut Keller liegen die Sprachwurzeln des Diskursbegriffs in den altlateinischen Wörtern „discurrere“ bzw. „discursus“. Der Begriff des Diskurses wird im „normalen, alltäglichen“ Sprachgebrauch in vielen unterschiedlichen Zusammenhängen verwendet (KELLER 2011, S. 14).

Die Vielzahl der Definitionen von Diskursen bzw. auch Diskursanalysen bringt einerseits gewisse Schwierigkeiten mit sich, bietet aber auch viele Chancen, insbesondere, weil die Diskursanalyse ein Forschungsprogramm bezeichnet, jedoch keine spezifisch, feststehende, definierte methodische Praxis (DUNN/MAUER, S. 1).

Für den Begriff des Diskurses gibt es eine breite Vielfalt, die unterschiedlicher nicht sein könnte. Bevor der Diskursbegriff in der Literaturwissenschaft eine Rolle spielte, war er vor allem in der Philosophie und in den Sozialwissenschaften präsent. **Habermas** sieht Diskurse als rationale Argumentationsprozesse, sozusagen als kommunikative Veranstaltungen. Darunter versteht er laut Keller (2001, S. 141) kommunikative Veranstaltungen, die spezifischen Kriterien des argumentativen Austausches folgen. Im Gegensatz zu Foucault versteht Habermas den Diskurs als eine Diskussion und gesteht dem Subjekt auch ein gewisses Maß an Autonomie zu, dies bedeutet, dass ein Autor zum Beispiel aus verschiedenen Diskursen auswählen kann (LANDWEHR 2009, S. 63ff).

Im Gegensatz dazu richtet sich **Foucaults** Auffassung vom Diskursbegriff sehr auf institutionelle Orte und Formen der Bedeutungskonstruktion. Er bezieht sich dabei sehr stark auf wissenschaftliche Disziplinen beziehungsweise auf gesellschaftliche Felder der Problembearbeitung, wie zum Beispiel auf das Recht (KELLER 2011, S. 141). Michel Foucault gilt als Begründer der Diskursanalyse, 1966 veröffentlichte er sein Werk „Ordnung der Dinge“, in welchem er Wissensordnungen beziehungsweise allgemeine Erkenntnisstrukturen in verschiedenen Zeitaltern der Menschheit unterscheidet (LANDWEHR 2009, S. 66ff). In seinem nachfolgenden Werk, der „Archäologie des Wissens“ versucht er ein konzeptuelles Gerüst für die Diskursanalyse zu entwickeln.

Foucault spricht von Diskursen als Denk- und Sprechpraxis, die systematisch die Dinge erzeugen, von denen sie sprechen. In diesem Werk beschreibt Foucault sein Vorhaben folgendermaßen:

Es ist eine Aufgabe, die darin besteht, nicht - nicht mehr - die Diskurse als Gesamtheit von Zeichen [...], sondern als Praktiken zu behandeln, die systematisch die Gegenstände bilden, von denen sie sprechen. Zwar bestehen diese Diskurse aus Zeichen; aber sie benutzen diese Zeichen für mehr als nur zur Bezeichnung der Sachen. Dieses mehr macht sie irreduzibel auf das Sprechen und die Sprache. Dieses mehr muß man ans Licht bringen und beschreiben. (FOUCAULT 1982, S. 74)

Diskurs im Sinne von Foucault kann also als sprachlicher Sinnzusammenhang gesehen werden, der eine bestimmte Vorstellung forciert, die wiederum bestimmte Machtstrukturen und gleichzeitig Interessen zur Grundlage hat und diese auch erzeugt. Wird der Diskurs also fälschlicherweise in öffentlichen Diskussionen mit dem Wort „Diskussion“ gleichgesetzt, geht die Eigenschaft des Diskurses, nämlich Realität zu erzeugen und diese zu strukturieren, verloren (LANDWEHR 2009, S.56).

Auch wenn Foucault als der Begründer der Diskursanalyse gilt, hat er kein allgemein gültiges und konsequent strukturiertes Theoriegebäude hinterlassen (LANDWEHR 2009, S. 65ff).

Der Literaturwissenschaftler Jürgen Link knüpft an die Überlegungen von Michel Foucault an und versucht diese direkt für die Literaturwissenschaft nutzbar zu machen.

7.2 Einstieg in die Diskursanalyse

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit der Vorgehensweise der Diskursanalyse. Es soll geklärt werden, wie man mit Hilfe dieser Forschungsmethode arbeitet und zu seinen eigenen Forschungsergebnissen kommt.

Laut Keller ist die „*Diskursforschung durch ein unhintergehbare Reflexivitätsverhältnis gekennzeichnet*“ (KELLER 2011, S. 84). Das bedeutet, dass die Diskursforschung keine Wahrheit produziert, sondern Aussageereignisse hervorbringt, die wiederum auch Teil eines Diskurses sind. Die Diskursforschung unterliegt gewissen sozialen Strukturierungsprozessen (wie zum Beispiel der Transparenz methodischer Schritte) welche Gegenstand von weiteren Beobachtungen und Untersuchungen werden (ebd.).

Mit Hilfe der Diskursforschung werden Regeln und auch Regelmäßigkeiten von Diskursen, deren Möglichkeiten zur Wirklichkeitskonstruktion, sowie die gesellschaftliche Verankerung und auch die historische Veränderung des Diskurses untersucht.

Vor allem Fragen nach sozialen und institutionellen Zusammenhängen, in denen Aussagen des Diskurses auftauchen, können mit Hilfe der Diskursforschung behandelt werden (KELLER 2011, S. 69f).

Die Diskursforschung setzt „multi-methodisch“ an und setzt unterschiedliche Daten und Methoden unter der Voraussetzung einer bestimmten Fragestellung zueinander in Beziehung. Daher gibt es für das Vorgehen bei Diskursanalysen auch keinen „Standard-Leitfaden“, sondern nur Orientierungshilfen im Sinne eines Orientierungsleitfadens, der die wichtigsten Schritte und Stufen der empirischen Diskursforschung nennt und einem somit mögliche Varianten für die Gestaltung der eigenen Forschung aufzeigt (KELLER 2011, S. 75).

Wann, was, wie und warum von wem gesagt wird, ist somit innerhalb eines Diskurses bestimmt. Foucault spricht von bestimmten Ausschließungsmechanismen die darüber entscheiden, was zu einer bestimmten Zeit an einer bestimmten Stelle gesagt wird. Bedingungen die darüber entscheiden, welches Wissen innerhalb eines Diskurses vorherrscht oder bestehen kann, wer daran teilnimmt und wer darin nichts zu sagen hat (FOUCAULT 1974).

Weder bei Foucault noch bei Keller, Jäger, Riceur oder anderen Diskurstheoretikern kann eine genaue Anleitung zur „richtigen“ diskursanalytischen Vorgehensweise gefunden werden. Ein allgemein gültiges „Rezept“, welches DAS genaue methodische Vorgehen bestimmen würde, wäre im diskurstheoretischen Sinne ein Zeichen vorherrschender Macht und Unterdrückung einer anderen Form von Wahrheit.

Keller geht jedoch davon aus, dass „Diskursanalyse immer und notwendig ein Prozess hermeneutischer Textauslegung“ ist (KELLER 2011, S. 76). Spricht man im Zusammenhang mit der Diskursanalyse von Hermeneutik und Interpretation meint man damit jedoch nicht, dass man nach subjektiven, möglicherweise zwischen den Zeilen verborgenen Aussagen des Autors sucht oder einen „Klassenstandpunkt“ findet. Auch einem Aussageereignis eine „wahre, absolute bzw. objektive Bedeutung zuzurechnen“ (ebd.) ist nicht im Aufgabenbereich der Diskursanalyse. Vielmehr geht es bei der Diskursanalyse um die methodische Kontrolle von Interpretationsprozessen. Bei der Auseinandersetzung mit dem Datenmaterial spielen abduktive Schlüsse wie Einfälle, Ideen oder Geistesblitze eine wichtige Rolle (KELLER 2011, S. 77).

Auch wenn es keine allgemein gültige Vorgehensweise bei der Diskursanalyse gibt, können doch drei Arbeitsschritte ausgemacht werden, die für die Diskursanalyse notwendig sind. Diese sollen nun in den folgenden Kapiteln dargestellt werden.

7.2.1 Bildung des Datenkorpus

Empirische Grundlagen der Forschung sind in der Regel Texte bzw. textförmige Daten (Dokumente, Artikeln, Bücher, vertextete Beobachtungen etc.) (KELLER 2011, S. 86). Die Diskursanalyse bezieht sich in der Regel auch nicht auf ein einziges Einzeldokument, sondern befasst sich nach der Definition des Forschungsproblems mit einem größeren *Datenkorpus*. Bei der Zusammenstellung des Dokumentenkorpus bietet es sich an, möglichst viele, durchaus heterogene Dokumente zusammen zu tragen. Diese (mehr oder weniger) umfangreiche Konstruktion des Korpus nimmt meistens sehr viel Zeit in Anspruch. Laut Keller muss sie auch permanent begleitet und hinterfragt werden in Bezug auf ihre anvisierte Zusammensetzung und den notwendigen Grad der Vollständigkeit (Vgl. KELLER 2011, S. 89). Der Datenkorpus kann auch während der Untersuchung noch nachträglich erweitert und ergänzt werden.

7.2.2 Analyse der Daten

Hat man seinen Datenkorpus zusammengetragen, kommt es zu der eigentlichen Analyse der Daten. Wie man den Interpretations- und Analyseprozess bei der Diskursanalyse gestaltet, liegt im Ermessen des Forschenden. Laut Jäger liegt das Augenmerk bei der Analyse der Daten jedoch auf formalen und sprachlich-rhetorischen Strukturen (JÄGER 2009, 104ff), außerdem orientiert sich die Analyse der Daten an der offenen Forschungslogik der qualitativen Sozialforschung (KELLER 2011, S. 97). Die gesammelten Daten werden mit Hilfe von unterschiedlichen Auswertungsverfahren analysiert (quantitativ oder qualitativ), werden jedoch immer durch einen Prozess interpretativer, hermeneutischer Textauslegung begleitet (KELLER 2011, S. 98f).

Generell lässt sich sagen, dass viele Diskursanalysen mit Hilfe von Kodier- und Memostrategien (Konzepte aus der Grounded Theory) arbeiten (ebd.). Das Kodieren „*stellt die Vorgehensweise dar, durch die die Daten aufgebrochen, konzeptualisiert und auf neue Art zusammengesetzt werden. Es ist der zentrale Prozess, durch den aus den Daten Theorien entwickelt werden.*“ (STRAUSS/CORBIN 1996, S. 39).

Dabei werden drei Haupttypen des Kodierens unterschieden: das offene Kodieren, das axiale Kodieren und das selektive Kodieren (STRAUSS/CORBIN 1996, S. 40).

- **Offenes Kodieren**

In diesem Teil der Analyse kommt es zur Benennung und Kategorisierung der Phänomene. Dies geschieht durch eine eingehende Untersuchung des gesamten Datenmaterials. Dies bedeutet, dass das Datenmaterial aufgebrochen, untersucht und auch miteinander verglichen wird (STRAUSS CORBIN 1996, S. 43).

Der erste Schritt innerhalb der Analyse ist das Konzeptualisieren der Daten (STRAUSS/CORBIN 1996, S. 45). Dabei nimmt man eine Beobachtung oder eine Aussage aus dem Datenmaterial heraus und benennt diesen Abschnitt. So selektiert man das gesamte Datenmaterial und erhält dann zu diversen Oberbegriffen einzelne, zusammenpassende Abschnitte. Im weiteren Forschungsverlauf kommt man so auf viele verschiedene so genannte konzeptuelle Bezeichnungen. Danach beginnt man die Konzepte rund um diese Einheiten zu ordnen. Im Anschluss daran reduziert man diese konzeptuellen Einheiten und fasst sie in Gruppen zusammen.

Dieser Vorgang kann auch als Kategorisierung angesehen werden. Die Namen der Kategorien stammen dabei vom Forscher selbst. Diese Benennungen können im Laufe der Forschung auch noch abgeändert werden (STRAUSS/CORBIN 1996, S. 45ff). Beim offenen Kodieren gibt es unterschiedliche Möglichkeiten des Prozessbeginns. Man kann Aussagen oder Beobachtungen mit Hilfe der Zeile-für-Zeile Analyse kodieren. Dabei untersucht man einzelne Phrasen oder sogar einzelne Wörter. Diese Form der Analyse ist zwar sehr detailliert, dafür erhält man aber auch sehr viele Ergebnisse. Andererseits kann man aber auch Sätze oder ganze Abschnitte kodieren. Dabei stellt man sich die Frage, was die Idee in diesem Satz oder in diesem Abschnitt ist und benennt diese Hauptidee. Die letzte Möglichkeit besteht darin, dass man das gesamte Dokument als Ganzes bearbeitet. Dabei stellt man sich die Frage: Was steckt hier dahinter? Was geht hier vor? (STRAUSS/CORBIN 1996, S. 53f)

- **Axiales Kodieren**

Beim axialen Kodieren werden die durch das offene Kodieren gewonnenen Daten neu zusammengefügt. Dies geschieht, indem die „*Verbindung zwischen einer Kategorie und einer Subkategorie ermittelt wird*“ (STRAUSS/CORBIN 1996, S. 76). Dabei wird versucht, eine Kategorie auf die Bedingungen zu spezifizieren, die das untersuchte Phänomen verursachen. Außerdem erarbeitet man den Kontext, in dem sich das Phänomen befindet. Danach eruiert man die Handlungs- und interaktionalen Strategien und erschließt die Konsequenzen dieser Strategien. Da diese eben genannten Kennzeichen der Kategorie ihren Charakter verleihen, werden sie in der Literatur auch Subkategorien genannt (ebd.).

Diese Subkategorien werden nun laut Strauss und Corbin beim axialen Kodieren mit Hilfe des paradigmatischen Modells mit der dazugehörigen Kategorie verbunden. Dabei wird es dem Forscher ermöglicht, über die gesammelten Daten nachzudenken und diese in Beziehung zueinander zu setzen (STRAUSS/CORBIN 1996, S. 78).

- **Selektives Kodieren**

Nach dem offenen und axialen Kodieren müssen nun die gesammelten Kategorien zu einer Grounded Theory integriert werden. Dieser Prozess ist nicht einfach und auch erfahrene Forscher stellt das Integrieren des Materials vor eine schwierige Aufgabe (STRAUSS/CORBIN 1996, S. 94).

Zu Beginn des selektiven Kodierens sollte der rote Faden der vorliegenden Untersuchung präsentiert werden. Danach wählt man eine Kernkategorie, und setzt diese in Beziehung mit den anderen gefundenen Kategorien. Als Kernkategorie wird jenes Phänomen bezeichnet, um das alle anderen Kategorien integriert werden können (ebd.).

Beim Kodieren des Materials kann es vorkommen, dass man sich innerhalb dieser drei Kodierungsmöglichkeiten hin und her bewegt. Dies kann auch geschehen, ohne dass es dem Forscher bewusst ist.

Wichtig bei der Kodierung der Daten ist, dass sich der Prozess der Datensammlung mit dem Prozess der Datenanalyse abwechselt (ebd.).

Die eher linguistische Diskursanalyse bedient sich zum Teil statistisch-quantifizierender Methoden, mit Hilfe derer innerhalb eines so genannten Textkorpus nach Verbindungen und Streuungen von Wort- und Aussageformen gesucht und deren Wandel im Falle einer historischen Analyse im Zeitverlauf analysiert wird. Michel Pêcheux hat dafür eine computergestützte „Automatische Diskursanalyse“ entworfen (1969). Diese Verfahren der quantitativen Inhaltsanalyse müssen sich jedoch oft der Kritik stellen, dass sie aufgrund ihrer reduktionistischen und atomistischen Grundhaltung diskursanalytischen Fragestellungen nicht gerecht werden können.

7.2.3 Rekonstruktion des Gesamtdiskurses

Hat man die beiden oben genannten Schritte durchgeführt, kommt es zu der Rekonstruktion des Gesamtdiskurses aus den gesammelten und analysierten Teilstücken. Dies erfolgt laut Keller mit Hilfe der minimalen und maximalen Kontrastierung. Das Prinzip der minimalen Kontrastierung zielt darauf ab, dass der spezifische Diskurs bzw. ein Teilphänomen vollständig erfasst wird, indem ähnliche, sich nur geringfügig unterscheidende Texte analysiert werden, um so das jeweils gemeinsame Grundmuster zu vervollständigen. Die maximale Kontrastierung wiederum dient dazu, das vorhandene Datenmaterial in seiner gesamten Breite zu erschließen, wobei möglichst stark voneinander abweichende Fälle untersucht werden. Beide Methoden sollten parallel zueinander und so lange eingesetzt werden, bis das Material erschöpfend analysiert ist und sich aus zusätzlichem Material keine neuen Erkenntnisse mehr ergeben (KELLER 2011, S. 113f).

Hat man diese Arbeitsschritte durchgeführt, bleibt noch die Interpretation und Bilanzierung der empirischen Ergebnisse, im Hinblick auf die mit der Untersuchung verfolgten Fragestellungen.

7.3 Praktisches Vorgehen bei dieser Arbeit

In diesem Kapitel möchte ich nun das praktische Vorgehen in meiner Diplomarbeit erläutern. Zu Beginn legte ich den Diskurs meiner Diplomarbeit fest. Diesen definierte ich als evidenzbasierte Forschung in der Sonder- und Heilpädagogik.

Danach kam es zu der genauen Formulierung meiner Forschungsfrage, welche wie folgt lautet: „Welches sind die Ursprünge, die aktuellen Strömungen und die weiteren Entwicklungsperspektiven evidenzbasierter Forschung in der Sonder- und Heilpädagogik?“

Nachdem diese Hürde geschafft war, kam es zu der eigentlichen Literaturrecherche. Ich recherchierte nach allgemeiner Grundlagenliteratur zu evidenzbasierter Forschung in den Online - Datenbanken der Universität, und auf vielen verschiedenen wissenschaftlichen Datenbanken suchte ich mit Hilfe einiger Stichwörter in englischer und deutscher Sprache nach Artikeln zum Thema evidenzbasierter Forschung in der Sonder- und Heilpädagogik.

Dies ergab eine große Fülle an Informationen. Um möglichst schnell geeignete und wissenschaftlich relevante Artikel für die Beantwortung meiner Fragestellung zu erhalten, begann ich nur die Zusammenfassungen der einzelnen Artikeln durchzulesen, um im Anschluss daran sofort zu entscheiden, ob dieser Artikel für meine Fragestellung relevant ist oder nicht. Nach einer ungefähr zwei- bis dreiwöchigen Literaturrecherche hatte ich meinen Datenkorpus im Großen und Ganzen zusammen, behielt mir aber die Option, diesen jederzeit erweitern zu können.

Dies stellte sich im Nachhinein als wichtig heraus, da ich während des Verfassens meiner Diplomarbeit immer wieder die Online Journale durchforstete und so auch noch sehr aktuelle Artikel für die Beantwortung meiner Fragestellung einarbeiten konnte.

Bei der Frage nach den aktuellen Strömungen der evidenzbasierten Forschung in der Sonder- und Heilpädagogik begrenzte ich mich auf die Bereiche Autismus und Sprachstörung, da ich im Zuge meiner Literaturrecherche sehr viel Informationen zu diesen beiden Bereichen fand.

Nachdem meine Literaturrecherche abgeschlossen war, begann ich meine gesammelte Literatur zu sichten und diese in Kategorien einzuteilen. Diese Kategorien entstanden durch meine Fragestellung und lauteten wie folgt:

- Ursprünge evidenzbasierter Forschung
- Aktuelle Strömungen evidenzbasierter Forschung in der Sonder- und Heilpädagogik
- Entwicklungsperspektiven evidenzbasierter Forschung in der Sonder- und Heilpädagogik

Die Literatur, die ich für die Beantwortung der aktuellen Strömungen verwenden wollte, teilte ich zusätzlich noch in zwei Untergruppen, Autismus und Sprachstörung.

Danach begann ich die Literatur gründlich durchzuarbeiten. Während des Lesens entstanden durch das Kodieren immer wieder Unterkategorien, denen ich einzelne Passagen zuordnen konnte. Nach und nach nahmen diese Kategorien Form an, und ich begann mit der Rekonstruktion des Gesamtdiskurses.

8. Ursprünge der evidenzbasierten Forschung

Die grundsätzliche Idee der evidenzbasierten Forschung lässt sich zeitlich gesehen in die zweite Hälfte des 18. Jahrhunderts einordnen. Die evidenzbasierte Forschung wurde zum ersten Mal im Bereich der Medizin verwendet. Sie lässt sich auf ein von britischen Ärzten entwickeltes Konzept der „*medical arithmetic*“ zurückführen (STOCKER 2003, S. 14). Die Bezeichnung findet sich zum ersten Male in dem 1793 erschienenen Artikel „An Attempt to Improve the Evidence of Medicine“ des schottischen Arztes George Fordyce (FORDYCE 1793).

Der moderne Begriff der Evidence Based Medicine, kurz EBM, wurde Anfang der 1990er Jahre von Gordon Guyatt geprägt (GORMAN 2007, S. 1-3).

Guyatt war Mitglied der Gruppe um David Sackett, welcher an der McMaster University in Hamilton/Kanada seinen Forschungen nachging. Dort war Sackett im „Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics“ tätig (ebd.). Genauer gesagt wurde das Konzept der EBM von einer Evidence-Based-Working-Group, also einer Gruppe von Ärzten und Epidemiologen unter der Führung von Sackett entwickelt. Das Ziel war zunächst, ein problemorientiertes Instrumentarium bezogen auf den konkreten klinischen Entscheidungsprozess zu entwickeln und zu etablieren (GRAY 1997 zit. nach Stocker 2003, S. 3).

Der Begriff der Evidence Based Medicine fand im deutschen Sprachraum erst etwas später, nämlich im Jahre 1995 Anklang. Bei der Übersetzung des Begriffs kam es allerdings zu einem Missverständnis.

Während der Begriff „evidence“ im Englischen je nach Kontext die Bedeutung „Beweis, Ergebnis“, „Augenscheinlichkeit“, „Zeichen, Spur“ oder aber auch „Zeugenaussage“ hat, ist die Bedeutung von Evidenz im deutschen Sprachraum eine Andere. Im deutschen Sprachgebrauch bedeutet der Begriff der Evidence nämlich so viel wie „Offensichtlichkeit“. Näher betrachtet versteht man aber unter Offensichtlichkeit etwas, was keinerlei Beweis benötigt, da es klar ist. Diese Offensichtlichkeit wird im englischen Sprachraum aber mit „obviousness“ übersetzt. Um diesen Unstimmigkeiten in der deutschen Übersetzung entgegenzuwirken und keine Verwirrung zu erzeugen wurde der Begriff der „*nachweisorientierten Medizin*“ verwendet (BILGER 2004, S. 74).

Das Konzept der EBM verfügt über ein erhebliches Potential zur Verbesserung der ärztlichen Praxis, kann aber auch den Leistungen in anderen Bereichen des Gesundheitswesens von großem Nutzen sein.

Daher wird die Verwendung der EBM mittlerweile auch für globale Entscheidungen im Bereich des Gesundheitswesens diskutiert. Aus diesem Grund kam es zu der Einführung des Begriffs „Evidence Based Health Care (EBHC) (GRAY, 1997). Hierbei werden die Prinzipien und Grundlagen der Evidence Based Medicine auf organisatorische und institutionelle Ebenen übertragen. Durch diese Adaption beziehen sich nun Behandlungsempfehlungen nicht mehr nur auf den einzelnen kranken Menschen, sondern auf eine Gruppe von Patienten. Dies weitet sich schließlich auf die ganze Bevölkerung aus in Form von Behandlungsempfehlungen und Behandlungsrichtlinien und Regulierungen. Dieses schließt die Anwendung in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung, einschließlich der Entscheidung zur Steuerung des Gesundheitssystems mit ein.

Obwohl das Konzept der EBM eine relativ junge Wissenschaft darstellt, hat sie sich zu einer populationsorientierten Denkrichtung ausgeweitet. Begriffe wie EBHC, Evidence Based Management, Evidence Based Public Health oder aber auch Evidence Based Community Medicine sind nur einige wenige Schlagworte einer „anwendungsorientierten Wissenschaftlichkeit“ im Gesundheitswesen und der Bemühung um Qualitätsverbesserung in der medizinischen Praxis (STOCKER 2003, S.3).

8.1 Inhaltliche Intention der EBM

Wie schon in der Einleitung erwähnt, wird unter dem Konzept der EBM eine Richtung innerhalb der Medizin verstanden, die verlangt, dass bei jeder medizinischen Behandlung patientenorientierte Entscheidungen getroffen werden. Diese Entscheidungen müssen jedoch ausdrücklich auf der Grundlage von empirisch nachgewiesener Wirksamkeit getroffen werden.

Anders formuliert sollen jene medizinischen oder therapeutischen Behandlungen angewendet werden, die empirisch untersucht und deren Wirksamkeit auch empirisch überprüft worden sind.

Der zentrale Ansatz der Evidence Based Medicine besteht also in der Unterstützung der Entscheidungsfindung im klinischen Alltag. Dies geschieht in der Praxis durch die systematische und explizite Nutzung von Erkenntnissen aus der klinischen, patientenorientierten Forschung und der expliziten Unterscheidung zwischen einer statistisch gesicherten Wirksamkeit von Maßnahmen und dem klinischen Nutzen für die Patienten (SACKETT/GREY 1996).

Die Forderungen der EVB lassen sich also als eine Kombination der folgenden Forderungen zusammenfassen (ebd.):

- beste externe wissenschaftliche Evidenz
- klinische Expertise des Einzelnen in ärztlichen Entscheidungsprozessen

Im nachfolgenden Kapitel wird nun das Konzept der EBM in seinen Einzelheiten näher erklärt und die einzelnen Grundlagen werden dargestellt.

8.2 Das Konzept der Evidence-based Medicine

Der angloamerikanische Begriff „evidence-based“ wurde unlängst auch ins Deutsche adaptiert und ist im Wesentlichen in Bereichen des Gesundheitswesens angesiedelt. Doch wie bereits in der Einleitung aufgezeigt wurde, ist dieser Begriff „Evidenz“ in beiden Sprachräumen mit unterschiedlichen Bedeutungen behaftet. Im deutschen alltagssprachlichen Sinne steht der Begriff „Evidenz“ für etwas, das unmittelbar einleuchtet und offensichtlich ist und somit auf Grund von Offensichtlichkeit und Klarheit keiner weiteren Untersuchung oder Ausweisung bedarf. Die englische Bedeutung von „evidence“ kann jedoch eher mit den Begriffen „Nachweis“ oder „Beweis“ übersetzt werden. „Evidence“ ist somit ein „Mittel der Bestätigung und Rechtfertigung einer Annahme“ und hat daher eine begründende Funktion (Historisches Wörterbuch der Philosophie 1972, Spalte 829). In diesem Zusammenhang wird der englische Begriff „evidence“ im Sinne einer „Nachweis-orientierten“ Wissenschaft bzw. Medizin dem deutschen Begriffsverständnis vorgezogen (BARTENS/FISCHER 1999, S.10). Diese Übertragung kann gerade im Bereich der Bildungswissenschaften Missverständnisse hervorrufen. So kann in der Praxis pädagogischen Handelns sehr wohl etwas offenkundig sein und somit über Evidenz (im deutschen Begriffsverständnis) verfügen, das jedoch um verstanden zu werden, erst in der theoretischen Reflexion rückblickend untersucht und begründet werden muss. Deshalb kann etwas im praktischen Tun sehr wohl (ohne eine weitere Form der Begründung) plausibel erscheinen, dennoch aber das Erfordernis einer wissenschaftlichen Bestätigung nach sich ziehen (JORNITZ 2008, S.207). Was nun explizit unter dem Begriff „evidenz-basierte Medizin“ zu verstehen ist und was nicht, kann sehr deutlich durch die mittlerweile bekannteste Stellungnahme von Sackett (1996) aufgezeigt werden.

8.2.1 Begriffsklärung nach Sackett

Sackett definiert EBM wie folgt:

„Evidence-based medicine is the conscientious, explicit and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients. The practice of evidence-based medicine means integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research“ (SACKETT et al. 1996, zit. nach The Cochrane Collaboration 2010).

Der Begriff der Evidenz-basierten Medizin (EBM) ist somit primär den Bereichen des Gesundheitswesens zuzuschreiben. Er bezieht sich auf den gewissenhaften, ausdrücklichen und vernünftigen Gebrauch der gegenwärtig besten Evidenz für Entscheidungen über die Behandlung individueller Patienten (SACKETT et al. 1996, zit. nach HAESKE-SEEBERG 2008, S.259). EBM verbindet somit die Expertise praktizierender Ärzte, die Wünsche und Möglichkeiten von Patienten sowie bestmögliche wissenschaftliche Nachweise um eine optimale medizinische Versorgung anzustreben. Die Grundlage der EBM bilden individuelle klinische Erfahrung, deklarative und prozedurale Wissensaspekte die systematisch in klinische Entscheidungen integriert werden, um Nachweise über die Wirksamkeit bestimmter Interventionsverfahren zu gewinnen. Damit wird das Ziel verfolgt, die Effektivität und Effizienz von Behandlungsmaßnahmen zu stärken und einen größeren Erfolg im Gesundheitswesen anzustreben (NUSSBECK 2007, S.147).

Eine Orientierung am Konzept der EBM trägt somit zu einer qualitativen Aufwertung der ärztlichen Handlungskompetenz und zu einer Minimierung nicht-effektiver Maßnahmen bei und fungiert somit aus ökonomischer Sicht auch (aber nicht ausschließlich) als Kostendämpfungsinstrument (SACKETT et al.1996, zit. nach CHOLEWA 2010, S.53).

Diese starke Orientierung an wissenschaftlicher Evidenz ergibt sich aus der gegenwärtigen Lage unseres Versorgungssystems bzw. aus der Fülle des sich rasant entwickelnden medizinischen Wissens.

Eine ständig wachsende Anzahl an viel versprechenden Interventionskonzepten, die teilweise in ihrer Wirksamkeit nicht überzeugend belegt und häufig überflüssig oder sogar schädlich sind, machen es praktizierenden Ärzten nicht nur fast unmöglich, sich über aktuelle Forschungserkenntnisse auf dem Laufenden zu halten, sondern erschweren auch die Wahl zuverlässiger Behandlungskonzepte für individuelle Problemlagen (CHOLEWA 2010; NUSSBECK 2007; JORNITZ 2008).

In der Folge wurde eine evidenz-basierte Medizin gefordert, die sowohl klare Standards für medizinische Studien sowie für ihre Bewertung und Relevanz in Bezug auf die Praxis festlegt (JORNITZ 2008, S.208). Ärztliches Handeln auf der Grundlage von biomedizinischem Faktwissen und klinischem Erfahrungs- und Handlungswissen kann im Kontext einer EBM somit nicht als Basis und Garantie einer bestmöglichen Behandlung angesehen werden. Damit wird nicht nur Kritik an der Qualität gegenwärtiger, traditioneller medizinischer Praxen ausgeübt, sondern auch die Einhaltung und Erfüllung des Hippokratischen Eids praktizierender Ärzte in Frage gestellt.

Eine Arbeit nach „bestem Wissen und Gewissen“ zieht demnach Fragen nach wissenschaftlichen Beweisen, systematischen Antworten (in Bezug auf die Validität und Anwendbarkeit klinischer Praxis) und somit zweckmäßige Änderungen der praktischen Vorgehensweise nach sich (BARTENS/FISCHER 1999, S.15).

EBM ist somit „eine Methodik, die Entscheidungsalternativen für Diagnostik, Therapie und Prognose nach wissenschaftlichen Kriterien gewichtet, so dass mit Hilfe ärztlicher Erfahrungen sowie der Patientenpräferenz die jeweils optimale Alternative selektiert und im Entscheidungsprozess zu einer Handlungsleitlinie umgesetzt werden kann“ (BARTENS/FISCHER 1999, S.211f).

Sackett (1996) weißt jedoch ausdrücklich darauf hin, dass EBM fälschlich nicht als „Kochbuchmedizin“ mit einer Reduktion ihres Interesses auf „reine Wissenschaftlichkeit“ bzw. „externe Evidenz“ zu verstehen ist, sondern als Handlungs- bzw. Entscheidungsleitlinie für Ärzte zur Optimierung der Versorgungsqualität von Patienten in Bezug auf die Effektivität und Effizienz individueller Behandlungen (SACKETT et al. 1996, zit. nach ZUHORST 2003, S.99).

8.3 Evidenzbasierte Leitlinien

Evidenzbasierte Leitlinien sind systematisch entwickelte Aussagen zur Unterstützung der Entscheidungsfindung von Ärzten und anderen im Gesundheitswesen tätigen Personen und Patienten. Sie beziehen sich auf Bereiche von Wissen und Praxis mit dem Ziel, die Transparenz medizinischer Entscheidungen zu fordern und eine angemessene individuelle, gesundheitsbezogene Versorgung zu gewähren. Leitlinien entstehen, indem zu speziellen Versorgungsproblemen Wissen aus unterschiedlichen Quellen zusammengetragen und bewertet wird (Deutsches Cochrane Zentrum). Durch ein systematisches und transparentes Vorgehen, können (unverbindliche) ärztliche Entscheidungshilfen für spezifische Situationen geschaffen werden. Dadurch können Qualitätsveränderungen in folgenden Bereichen angestrebt werden (ZUHORST 2003, S. 99):

- Verbesserung der Versorgungsqualität durch das Schaffen einer rationalen Handlungs- und Entscheidungsgrundlage
- Verbesserung der Versorgungseffizienz, Standardisierung von Interventionen und somit Reduktion ineffektiver Therapieformen
- Verbesserung der Aus- und Weiterbildung
- Verbesserung der Patienteninformation und –partizipation

Um diesen Zielen gerecht zu werden, orientiert sich die EBM an der „bestverfügbaren Evidenz“ aus systematischer Forschung. Die Grundlage evidenz-basierter Leitlinien und somit evidenz-basierter Praxis bilden Erkenntnisse aus randomisiert kontrollierten Studien, systemischen Übersichtsarbeiten und Metaanalysen.

Während im Kapitel neun dieser Arbeit ausführlicher auf die praktische Anwendung der EBM eingegangen wird gilt es zuvor noch die Basis valider Evidenzen zu klären.

In Kapitel 9.3 wird allerdings noch einmal näher auf die Leitlinien der EBM eingegangen.

8.4 Randomised controlled trials (RCT)

Die systematische und umfassende Suche nach der bestmöglichen Evidenz ist ein zentraler Aspekt evidenzbasierter Verfahren. Durch methodisch optimal durchgeführte und dokumentierte randomisierte Kontrollversuche bzw. randomisierte-kontrollierte Studien (RCT) kann die höchste Evidenz (sog. Niveau-I-Evidenz) für die Wirksamkeit von Therapieverfahren nachgewiesen werden (Deutsches Cochrane Zentrum). Diese gelten als „Goldstandard“ medizinischer Forschung und als Garant der EBM.

8.4.1 Aufbau und Durchführung des RCT

Der erste Schritt bei der Planung eines RCTs ist die Eingrenzung der Zielpopulation auf eine möglichst klar definierte Patientengruppe. Dafür sind möglichst explizite und detaillierte Definitions- und Ausschlusskriterien für die Zielpopulation zu erarbeiten. In einem zweiten Schritt wird aus der klar bestimmten Patientengruppe eine Zufallsstichprobe gezogen, die bei hinreichendem Umfang als repräsentativ gilt. Genaue Angaben über die erforderliche Quantität einer Stichprobe in Bezug auf ihre Repräsentativität und die Generalisierbarkeit von Resultaten liegen nicht vor. Im Allgemeinen gilt, dass je geringer die Anzahl der an einer Stichprobe beteiligten Versuchspersonen ist, die Schwierigkeit in Bezug auf die Interpretation der Resultate und ihrer Generalisierbarkeit zunimmt (BARTENS/FISCHER 1999, S.168). Somit gelten jene Studien als am aussagekräftigsten, die eine hohe konvergierende Stichprobenpopulation umfassen.

Um den Einfluss von bekannten und unbekanntem Störvariablen (Bias) auf den Therapieerfolg möglichst gering zu halten, und kausale Aussagen über bestimmte Interventionsformen treffen zu können, werden bei einem RCT die Teilnehmer der Stichprobe in eine Interventionsgruppe (experimentelle Gruppe) und einer Kontrollgruppe unterteilt.

Diese Randomisierung (Zuteilung) folgt im Idealfall einem blinden oder doppelblinden Studiendesign (BARTENS/FISCHER 1999, S. 165ff):

- Um die Einflussfaktoren (positive bzw. negative Wahrnehmung) von Patienten auf Grund von Erwartungshaltungen oder Einstellungen einer bestimmten Therapie gegenüber auszuschalten, wissen bei einem blinden Studiendesign die Versuchspersonen nicht, welcher der beiden Gruppen sie angehören.
- Um das Outcome einer Studie nicht durch individuelle ärztliche Erwartungshaltungen oder unterschiedliche Interpretationen zu verfälschen, wissen bei einem doppelblinden Studiendesign sämtliche an der Studie beteiligten Personen (sowohl Versuchspersonen wie auch medizinisches Personal) nicht, wer was bekommt (BARTENS/FISCHER 1999, S. 167).

Während der experimentellen Gruppe die zu überprüfende Therapie (z.B. medikamentöse Behandlung) verabreicht wird, erhält die Kontrollgruppe in der Regel eine Placebo-Therapie (oder Standardtherapie). Damit bei diesen beiden vergleichbaren Gruppen ein Unterschied im Outcome als Folge einer Therapie gewertet werden kann, müssen die Teilnehmer unabhängig von ihrer Gruppenzugehörigkeit und mit Ausnahme der Studienmedikation gleich behandelt werden. Durch optimale und einheitliche Bedingungen kann der tatsächliche Wirkeffekt einer Intervention gemessen werden. Die Kontrollgruppe ermöglicht es Kriterien festzustellen, die nicht auf die spezifische Wirkung der Therapievariablen zurückzuführen sind, und somit nicht dem Wirkeffekt der Therapiemethode zugerechnet werden können. Erst wenn mögliche Störvariablen festgestellt wurden und die Therapiewirksamkeit unter Idealbedingungen nachgewiesen wurde, kann untersucht werden, ob die Wirkeffekte auch den variablen Alltagsbedingungen standhalten und ob Aufwand und Nutzen in einem vertretbaren Verhältnis zueinander stehen (CHOLEWA 2010, S.61f).

Die Evidenz einer Therapie oder Behandlungsmethode ergibt sich somit aus dem empirisch-statistischen Nachweis ihrer besseren Wirksamkeit gegenüber einer anderen Interventionsform, bzw. keiner.

Um Rückschlüsse auf die Validität von Studienergebnissen zu ermöglichen, müssen in einem RCT klare Angaben zur Zielpopulation, Stichprobencharakteristika und Therapiemethodik (Art der Zusammensetzung des Therapeutikum, Dosierung, Darbietungsdauer, Variablen die sich auf den Therapieverlauf und Erfolg auswirken) vorliegen (CHOLEWA 2010, 52).

Die Replizierbarkeit der Studienergebnisse für praktisches Handeln kann somit nur gewährt werden, wenn ausreichend und genaue Angaben zu folgenden Fragestellungen vorliegen (BARTENS/FISCHER 1999, S.168):

- Wie definiert sich die Zielpopulation (Alter, Geschlecht, Merkmalsausprägungen, weitere Faktoren)?

Eine genaue Ausweisung von Ein- und Ausschlusskriterien garantiert die Vergleichbarkeit der beiden Gruppen und ermöglicht somit die Übertragung der Studienergebnisse auf individuelle, zu behandelnde Patienten.

- In diesem Zusammenhang ist auch die Frage nach der Größe der Stichprobe wichtig. Wie bereits zuvor erwähnt, ermöglichen die Ergebnisse einer Studie mit hoher Stichprobenpopulation eher Schlüsse auf den Einzelfall.
- Welche Therapie wurde getestet und mit welcher wurde sie verglichen? Um z.B. die Wirkung eines Medikaments überhaupt nachzuweisen, ist ein Vergleich mit einem Placebopräparat höchst sinnvoll.
- Welches Studiendesign wurde angewandt? Handelt es sich um ein blindes bzw. doppelblindes Studiendesign?
- Wie können die Ergebnisse der Studie interpretiert werden? Welche positiven und welche negativen Effekte können in Zusammenhang mit der Therapie auftreten?

Präzise Angaben zu diesen Punkten ermöglichen die Transparenz der Wirksamkeitsnachweise und ermöglichen in ähnlichen Situationen eine Vorhersage in Bezug auf Interventionsvariablen - ihre Ausprägungen und Wirkzusammenhänge.

Die Gültigkeit gewonnener Erkenntnisse hängt von der Berücksichtigung und dem Ausschluss von systematischen Fehlern bei der Planung und Durchführung der jeweiligen Testintervention ab. Die Nachweise einer Studie können nach drei wesentlichen Kriterien beurteilt werden (Deutsches Cochrane Zentrum 2011):

- Gültigkeit der Ergebnisse (interne Validität)
- Umfang bzw. Größe und Exaktheit (Präzision) sowie
- Übertragbarkeit und Anwendbarkeit der Ergebnisse (externe Validität)

Während im vorherigen Abschnitt bereits auf Aspekte in Bezug auf Größe und Präzision von Studien und ihrer Durchführung eingegangen wurde, soll nun im folgenden Kapitel näher auf Punkt eins und Punkt drei der eben erwähnten Beurteilungskriterien eingegangen werden.

8.5 Aspekte der Wirksamkeit und Gültigkeit von Studienergebnissen

Bei der Beurteilung der Gültigkeit bzw. Übertragbarkeit von Studienergebnissen und ihrer Wirksamkeit muss zwischen einer internen Validität (Efficiency), einer externen Validität (Effectiveness) und Effizienz (Efficiency) unterschieden werden.

8.5.1 Interne Validität

Interne Validität (Gültigkeit) besitzen jene Ergebnisse einer Studie, die tatsächlich auf den Einfluss der Therapievariablen zurückzuführen sind und somit primär den Effekten einer Therapie zugeschrieben werden können (CHOLEWA 2010, S. 50). Interne Validität oder Efficacy (NUSSBECK 2007, S. 149) beschreibt somit die Wirksamkeit einzelner, isolierter Faktoren die von einer bestimmten Testintervention abhängig sind (abhängige Variable) und somit keinen anderen Faktoren zugeschrieben werden können. Um interne Validität zu ermöglichen, müssen sämtliche systematische Fehler bei der Planung und Durchführung einer Studie berücksichtigt und ausgeschaltet werden. Je besser jedoch die unabhängigen Variablen kontrolliert bzw. ausgeschaltet werden können, desto unnatürlicher wird die Situation (ebd.). Diese Form der Validität bzw. Evidenz bestätigt somit die Wirksamkeit einer Therapiemethode unter idealen Bedingungen bzw. wissenschaftlich streng kontrollierten Laborsituationen, und trägt dadurch zur Einschätzung des maximalen Potentials der Therapiemethode unter optimalen Bedingungen bei (CHOLEWA 2010, S. 61). Demnach bildet interne Validität die Grundlage und Basis zur Gewinnung und Verifizierung externer Evidenz bzw. externer Validität.

8.5.2 Externe Validität

Als externe Evidenz können jene Nachweise bezeichnet werden, die auf Grund der Schlussfolgerungen einer Studie, auch bei ähnlichen Patienten erzielt wurden und somit externe Validität (Gültigkeit) besitzen (CHOLEWA 2010, S. 50f).

Dabei ist zu bedenken, dass stark eingeschränkte Studienpopulationen in einem hohen Maße die Übertragbarkeit von Wirkungsnachweisen auf eine kleine, von den Einschlusskriterien der Studie betroffene Zielpopulation beschränken und somit extern gewonnene Gültigkeitsnachweise erschweren. Externe Validität bezieht sich somit auf die mögliche Anwendung von Studienergebnissen auf individuelle Patienten und beschreibt ob die Wirkeffekte unter den suboptimalen und variablen Bedingungen des Versorgungsalltags in hinreichendem Maß standhalten (Effectiveness - Nachweis).

Die Effektivität externer Evidenzen ergibt sich demnach durch die Gesamtwirksamkeit einer Intervention oder Therapie in Bezug auf den Verbesserungsgrad des Zustandes von Klienten im Alltag. Ausschlaggebend dabei ist, inwieweit sich dieses Konzept gegenüber anderen Interventionsformen bewährt (NUSSBECK 2007, S. 148f).

8.5.3 Efficiency-Nachweis

Das Verhältnis von Aufwand und Erfolg einer Interventionsform wird durch ihre Effizienz beschrieben. Ein Behandlungskonzept ist umso effizienter, je geringer der damit verbundene Aufwand und je höher der erzielte Erfolg ist. Uneffiziente Konzepte sind somit mit minimalen Veränderungen und einem hohen Aufwand verbunden und tragen somit nur in geringem Ausmaß zu einer Verbesserung des Zustandes von Klienten bei (NUSSBECK 2007, S.149).

Diese eben dargestellten Gültigkeitsvariablen und Wirksamkeitsaspekte ermöglichen es den jeweiligen Evidenzgrad und die Qualität von Interventionsverfahren festzustellen. Implizit lassen sich damit Ebenen der klinischen Nützlichkeit von Untersuchungen unterscheiden, auf die zu einem späteren Zeitpunkt dieser Arbeit (siehe Kapitel zur praktischen Umsetzung der EBM) näher eingegangen wird. Als hierarchiehöchster Level von Evidenz gelten interne Evidenzen bzw. Wirkfaktoren, die so klar bestimmt werden können, dass der beobachtete Effekt allein auf sie zurückgeführt werden kann, so dass interne Validität (Efficacy) erzielt wird (NUSSBECK 2007, S. 149).

Bei der Beurteilung von Evidenz werden oft mehrere Studien zu einer ähnlichen Fragestellung herangezogen, verglichen und zusammengefasst, so dass eine höhere Evidenzstufe erreicht werden kann. In diesem Zusammenhang unterscheidet man zwischen systemischen Übersichtsarbeiten und so genannten Metaanalysen.

8.6 Systematische Reviews

Ein weiterer wesentlicher Aspekt evidenz-basierter Forschung sind systematische Reviews. Dies sind Übersichtsarbeiten zu einem spezifischen Thema oder einer klaren Fragestellung. Durch formale und streng standardisierte Vorgehensweisen versuchen sie, möglichst alle Studien zu einem Thema zusammenzufassen.

Unter Berücksichtigung des Forschungsstandes beziehungsweise der gesamten passenden und auffindbaren Literatur können somit Vergleiche mit konvergierenden Wirksamkeitsstudien aufgestellt werden (BARTENS/FISCHER 1999, S.165). Die gesammelten Wirkungsnachweise werden geordnet, zusammengefasst und ausgewertet. Anschließend werden die Ergebnisse dieser verschiedenen Studien zu gemessenen und getesteten Wirkungen konkreter Interventionen narrativ (oder teilweise auch in tabellarischer Form) zusammengefasst und so der Öffentlichkeit bereitgestellt. Somit handelt es sich bei den systematischen Reviews um eine Serviceleistung der Wissenschaft für das praktische Handeln (JORNITZ 2008, S. 212ff). Sie bieten praktizierenden Ärzten eine wissenschaftlich fundierte Informationsgrundlage, um den aktuellen Stand der klinischen Forschung in kurzer Zeit objektiv beurteilen zu können und somit einen Überblick über die Wirksamkeit aktueller Interventionsmaßnahmen zu bekommen. Mittlerweile existieren bereits mehrere Institutionen wie die Cochrane Collaboration und Medline für medizinische Bereiche sowie das WWC (What Works Clearinghouse) und EPPI (Evidence for Policy and Practice Information and Co-ordination Centre) für Bereiche aus Bildung und Politik, die Wissen sammeln und auswerten. Diese Institutionen beschäftigen sich mit dem Transfer von Wissen aus der Forschung in die Praxis im Sinne einer evidenz-basierten Wissenschaft bzw. evidenz-basierten Praxis und charakterisieren sich durch ihre zentrale Aufgabe - dem Erstellen und Sammeln von systematischen Berichten (JORNITZ 2008, S.209).

In der Regel bestehen diese Institutionen aus multidisziplinären Teams (Experten, Methodikern, Recherche-Spezialisten und Statistikern) die gemeinsam an einer systematischen Übersichtsarbeit arbeiten. Diese werden in Datenbanken für systematische Reviews, wie z.B. in der Cochrane Library veröffentlicht und können kostenfrei bzw. kostengünstig eingesehen werden. So kann die Wirksamkeit einer Interventionsform auf einer breiten Datenbasis eingeschätzt und bewertet werden (Deutsches Cochrane Zentrum).

8.7 Metaanalysen

Metaanalysen („analysis of analyses“) werden meist im Rahmen von systematischen Reviews gemacht um die identifizierten Studien quantitativ zu analysieren. Ziel einer Metaanalyse ist es, unabhängige Studien mit ähnlicher Fragestellung zusammenzufassen und somit empirische Aussagen auf eine breitere Basis zu stellen bzw. eine höhere Evidenzstufe zu erreichen (NUSSBECK 2007, S.151). Damit können uneinheitliche Befunde in einem Forschungsfeld geklärt und die Effektivität und Effizienz bestimmter Therapiemethoden bestätigt werden.

Bei einer Metaanalyse werden zunächst geeignete Studien mittels Literaturrecherche identifiziert und deren Ergebnisse nach Effektgröße beurteilt. Diese werden statistisch festgehalten und ihre Varianz durch andere Merkmale der Studie erklärt (TENORTH/TIPPELT 2007, S.503). Eine Metaanalyse ist demnach eine zusammenfassende Bestätigung der Gültigkeit bzw. Überlegenheit einer Behandlungsform, und stellt somit den Verzicht auf weitere Studien zum selben Thema dar.

Auf der Grundlage von RCTs, systematischen Reviews und Metaanalysen können evidenzbasierte Leitlinien erstellt werden, die optimale Interventionsentscheidungen ermöglichen. Der Transfer empirischer Wirksamkeitsnachweise bestimmter Behandlungsformen in die Praxis erleichtert somit den Prozess der Auswahl effektiver Maßnahmen für individuelle Interventionen. Im folgenden Kapitel soll die praktische Umsetzung der EBM in ihren Grundzügen umrissen werden.

9. Praktische Umsetzung der Evidence Based Medicine

In diesem Kapitel wird nun veranschaulicht wie die EBM in der Praxis angewendet wird. Nach welchen Kriterien arbeitet sie und wie kommt sie zu ihren Ergebnissen, die dann im Alltag als wissenschaftlich fundiert angesehen werden.

Das Kernelement der Evidence Based Medicine kann als vierstufiger Prozess angesehen werden (SACKETT et al. 1997, S. 81):

1. Identifikation eines Problems
2. Suche nach geeigneter Literatur
3. Bewertung der Literatur auf Glaubwürdigkeit und Relevanz
4. Anwendung der Ergebnisse auf den individuellen Patienten

Um ein Problem lösen zu können, muss das bestehende (nicht immer klinische) Problem zuerst mit einer präzisen Fragestellung definiert werden. Das Ziel dieser Fragestellung soll die genaue Beschreibung des betroffenen Patienten, die zur Diskussion stehende Behandlungsmöglichkeit bzw. Intervention sein. Außerdem soll sie die Zielkriterien umfassen.

Diese Fragestellung stellt den Ausgangspunkt für die Entwicklung einer bestimmten Suchstrategie dar, welche eine effiziente Suche nach der externen Validität erleichtern soll (SACKETT et al 1997, S. 88).

Danach erfolgt der zweite Schritt – man sucht nach geeigneter Literatur um die zuvor gestellte Frage beantworten zu können. Die dabei entstehende externe Validität soll aus der klinischen, patientenorientierten Forschung stammen. Dabei sollte auf große biomedizinische und sozialwissenschaftliche Datenbanken, aber auch auf andere verfügbare Quellen wie Zeitschriften, Journale etc. zurückgegriffen werden (ebd.).

In dem nachfolgenden Schritt wird nun die Gültigkeit, die so genannte Validität der gefundenen Evidenz mit Hilfe von klinisch epidemiologischen Methoden geprüft und beurteilt. Dieser Prozess wird auch „critical appraisal“ genannt. Zentrales Thema dabei ist die Frage, ob die in der gefundenen Untersuchung gewählte Methodik geeignet ist, die klinische Fragestellung zu beantworten. Dabei sollte auch darauf geachtet werden, dass die Methode systematische aber auch zufällige Fehler auf das Ergebnis minimiert (SACKETT et al., 1997, 93ff).

Im vierten und auch letzten Schritt wird geprüft, ob die gefundene wissenschaftliche Evidenz auf das vorgegebene klinische Problem angewendet werden kann. Danach wird beurteilt, ob es durch diesen Prozess zu einer Qualitätssteigerung im eigenen ärztlichen Handeln kommt oder nicht (SACKETT/GRAY 1996, S. 86).

Hierbei kommt natürlich die Frage auf, welche Kriterien für die Beurteilung der Qualität einer Studie ausschlaggebend sind. Um nicht unterschiedliche Ergebnisse auf Grund persönlicher Präferenzen zu erhalten, entwickelte sich eine international akzeptierte Hierarchie nach Evidenzstärken („Levels of Evidence“). Diese Skala dient der Unterstützung der Beurteilung der Studienvalidität und wird in Kreisen der Wissenschaft und Forschung als sehr hilfreich angesehen. Im nachfolgenden Kapitel wird diese Skala nun näher beschrieben.

9.1 Levels of Evidence

Die „Levels of Evidence“ dienen der Beurteilung der Studienvalidität. Dabei gewichtet die Evidence Based Medicine Evidenz in Bezug auf die Methodik die angewendet wurde, um zu Erkenntnissen zu gelangen. Mit der Hilfe dieser Evidenzklassen (= Evidenzebenen) erfasst man also die wissenschaftliche Aussagefähigkeit von klinischen Studien (LAUTERBACH/SCHRAPPE 2001; S. 322). Die Evidenzlevels werden in der so genannten Oxford-Skala nachgewiesen. In vielen Studien spricht man in diesem Zusammenhang auch von der Jadad Skala beziehungsweise dem Jadad Score.

Der Name leitet sich von Alejandro Jadad, einem kolumbianischen Mediziner und Verfechter der Evidence Based Medicine ab, der dieses Modell in Oxford entwickelte, daher auch Oxford Skala als die zweite Bezeichnung (JADAD et al. 2000, S. 362 – 365).

In der nachfolgenden Tabelle werden die einzelnen Evidenzlevels in der Jadad Skala dargestellt:

Evidenzstufe	Art des Erkenntnisgewinns
Ia	Meta-Analysen aus randomisierten, kontrollierten Studien
Ib	Einzelne randomisierte, kontrollierte Studie
IIa	Gut geplante nicht randomisierte, kontrollierte Studie
IIb	Gut geplante quasi-experimentelle Studie
III	Gut geplante nicht-experimentelle deskriptive Studie
IV	Expertenmeinungen, Konsensuskonferenzen

Abbildung 2: Levels of Evidenz (JADAD et al., 2000, S. 364)

In dieser Tabelle von Kunz und Neumeyer (KUNZ/NEUMEYER 1998, S. 29) lassen sich die unterschiedlichen Evidenzlevels sehr gut erkennen. Die höchste Evidenz bilden demnach systematische Übersichtsarbeiten, die randomisierte, prospektiv klinische Studien zusammenfassen. An niedrigster Stelle, und somit die geringste Evidenz bilden Konsensmeinungen und Expertenmeinungen, die nicht durch wissenschaftliche Untersuchungen und Studien belegt werden und deren wissenschaftliche Basis wenig transparent ist (GRUYTER 2003, S. 220).

Die Evidenzlevels erlauben jedoch keinerlei Einschätzung über die klinische Relevanz der Studienergebnisse. Daher gibt es innerhalb der EBM auch so genannte Empfehlungsgrade. Diese Empfehlungsgrade werden im nächsten Kapitel dargestellt.

9.2 Empfehlungsgrad

Im Normalfall stimmt der Grad der Empfehlung mit dem Level der Evidenz überein. Das bedeutet, eine Empfehlung mit einem hohen Evidenzgrad führt auch zu einem hohen Empfehlungsgrad. Mitunter kann es aber auch zu einer begründeten Auf- bzw. Abwertung des Empfehlungsgrades gegenüber dem Evidenzlevel kommen (ABDULLA 2007, S. 7).

Auf Basis der oben angeführten Evidenzlevel werden nun Behandlungsempfehlungen ausgesprochen. Diese Empfehlungsgrade lassen sich in 4 Ebenen einteilen.

- **Grad A:** „Soll“ - Empfehlungen
- **Grad B:** „Sollte“ - Empfehlungen
- **Grad C:** „Kann“ - Empfehlungen
- **„Good Clinical Practice“**

Der Empfehlungsgrad A wird belegt durch schlüssige Literatur von guter Qualität. Sie beinhaltet meist mindestens eine randomisierte, kontrollierte Studie, die sich direkt auf die jeweilige Empfehlung bezieht und nicht extrapoliert wurde. Der Empfehlungsgrad A bezieht sich meistens auf Ergebnisse von Studien die sich auf den Evidenzlevels Ia und Ib befinden (ebd.).

Der Empfehlungsgrad B beinhaltet so genannte Soll – Empfehlungen und zeichnet sich durch gut durchgeführte, nicht randomisierte klinische Studien aus. Dieser Grad beinhaltet vor allem Studien des Evidenzlevel IIa und IIb (Vgl. ebd.).

Studien die sich auf dem Evidenzlevel IV befinden haben den Empfehlungsgrad C.

Sie werden belegt von Expertenmeinungen. Sie weisen auf das Fehlen von direkt anwendbaren Studien guter Qualität hin (ebd.).

Gibt es nun für eine Behandlungsmethode keine experimentellen und wissenschaftlich belegten Studien, wenn diese auch nicht angestrebt werden oder einfach nur nicht durchführbar sind, das Behandlungsverfahren aber dennoch im Alltag üblich ist, so erhält diese Methode die Empfehlungsstärke Good Clinical Practice. Dabei trifft man innerhalb einer Konsensgruppe eine Übereinkunft über das Verfahren, welches sich im Alltag bewährt hat (*Guideline for GCP 2002, S. 5*).

9.3 Leitlinien der EBM

Um das Konzept der Evidence Based Medicine nun in die Praxis umsetzen zu können kommt es zum Einsatz von Leitlinien, die einen gewissen Rahmen gewährleisten können. Sie haben den Zweck, Ärzten und Patienten bei der Entscheidung über die zweckdienlichen Maßnahmen bei der Krankheitsversorgung, wie Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge, unter spezifischen, klinischen Umständen zu unterstützen (STOCKER 2003, S. 27). Es wurde nachgewiesen, dass es durch die Einhaltung dieser Leitlinien zu einer Prozess- und auch Ergebnisverbesserung kommt. Die Leitlinien sollen eine Orientierungshilfe im Sinne von „Behandlungs- und Entscheidungskorridoren“ darstellen. Dabei soll festgehalten werden, dass in individuell begründeten Fällen (im Interesse des Patienten) von diesen Leitlinien abgewichen werden kann oder besser gesagt, wenn es zum Wohle des Patienten ist auch von diesen abgewichen werden muss (LAUTERBACH/SCHRAPPE 2001, S. 322).

Leitlinien geben den derzeit aktuellen Stand des Wissens wieder und müssen in regelmäßigen Abständen wieder überarbeitet werden.

Es gibt 2 unterschiedliche Formen von Leitlinien (ebd.):

- Konsensusleitlinien
- Evidenz-basierte Leitlinien

Bei den Konsensusleitlinien werden von Experten unter Berücksichtigung der Literatur und der eigenen individuellen Erfahrung Leitlinien entwickelt. Ausgangspunkt dafür sind wichtige klinische Fragestellungen. Bei den evidenz-basierten Leitlinien geht man noch einen Schritt weiter, in dem man die zur Erstellung der Leitlinien verwendete Literatur standardisiert auswertet. Nur durch diese Auswertung können Störvariablen wie Einflüsse des Zufalls oder auch wissenschaftliche bzw. fachlich tradierte Vorurteile erkannt und vermieden werden.

Aufgrund dieses Zusatzschrittes und der Wissenschaftlichkeit dieser Leitlinien sind die evidenz-basierten Leitlinien den Konsensleitlinien methodisch überlegen (ebd.).

Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften kurz AWMF, hat 1995 begonnen einheitliche Leitlinien zu entwickeln. Im Rahmen der ersten Leitlinienkonferenz am 4. Oktober 1995 in Hamburg wurde ein dreistufiger Prozess zur Erarbeitung von Leitlinien erarbeitet (LAUTERBACH/SCHRAPPE 2001, S. 323).

Dieser Prozess zur Erstellung von Leitlinien lässt sich wie folgt darstellen (ebd.):

- S1: von einer Expertengruppe im informellen Konsens erarbeitet
- S2: eine formale Konsensfindung oder eine formale Evidenz-Recherche hat stattgefunden
- S3: Leitlinien mit zusätzlichen/allen Elementen einer systematischen Entwicklung (Logik-, Entscheidungs- und „Outcome“ - Analyse, Bewertung der klinischen Relevanz wissenschaftlicher Studien und regelmäßige Überprüfung)

Laut Lauterbach und Schrappe müssen Leitlinien der dritten Entwicklungsstufe den vorliegenden wissenschaftlichen „Beweis“ in ihre Empfehlungen explizit mit einbeziehen (ebd.).

Im nachfolgenden Kapitel wird noch kurz auf die Kritik an der Evidence Based Medicine eingegangen um im Anschluss die Fragestellung der Diplomarbeit zu bearbeiten.

9.4 Kritik am Konzept der EBM

Wie bei vielen anderen Konzepten und Theorien gibt es auch zum Konzept der Evidence Based Medicine die eine oder andere kritische Stimme. Die Umsetzung der Lehre in die Praxis stößt also nicht immer auf Befürworter.

Einer der wohl größten Kritikpunkte an der Evidence Based Medicine liegt darin, dass es für den Nutzen der EBM noch keine eigene Studie und somit keine eindeutigen Ergebnisse für die Sinnhaftigkeit und den Nutzen dieses Konzeptes gibt. Dabei muss allerdings auch festgehalten werden, dass es keinerlei Studie gibt, die das Gegenteil beweist.

Es gibt also bislang keine wissenschaftlich fundierten Aussagen, die den Nutzen von Evidence Based Medicine nachvollziehbar nachweisen.

Des Weiteren wurden immer wieder Stimmen laut, dass die Verwendung der EBM mit einem enormen, überdurchschnittlich hohen Zeitaufwand verbunden ist und damit in ihrer Handhabung ineffizient sei. Dieses Argument konnte jedoch von David Sackett entkräftet werden, da er durch Berechnungen aufzeigte, dass die EBM keinen höheren Aufwand habe im Vergleich zu anderer gängiger Fortbildungspraxis (DEGNER 2011, S.86).

Die Methode der Evidence Based Medicine stößt oftmals auch an ihre Grenzen. Dies geschieht dann, wenn es zu einer bestimmten Forschungsproblematik zu wenig fundiertes Datenmaterial, also zu wenige Nachweise in Form von Studien und Publikationen gibt. Ohne geeignetes Material würde nämlich die Evidenz (siehe Evidenzlevels) sehr hoch angesetzt werden und hätte somit einen negativen Empfehlungsgrad, der nur von Expertenkreisen bestätigt werden würde, diesen Meinungen innerhalb des Konzeptes der EBM jedoch keine besonders große Evidenz zugeschrieben werden.

Es kommt auch vor, dass die Evidence Based Medicine in Bereichen der Medizin beziehungsweise auch in Ländern in denen sie weitgehend akzeptiert ist, nicht konsequent und aktiv durchgeführt werden kann. Dies liegt an folgenden Punkten:

- Je mehr Daten in einer großen Studie zusammengefasst werden, umso schwieriger wird es, die Ergebnisse dieser Studie wieder auf den Einzelnen anzuwenden. Große Mengen an Zahlen liefern zwar ein statistisch gesehen genaues Ergebnis, aber man weiß nicht, wie dieses Ergebnis bei dem einzelnen Menschen wirkt. Kleinere Mengen an Zahlen liefern statistisch gesehen ungenauere, unpräzise Ergebnisse, können aber auf genau den einen Menschen angewandt werden (STOCKER 2003, S. 11).
- Ein weiterer Punkt, warum die EBM nicht konsequent durchgeführt wird liegt darin, dass sie individuelle Entscheidungen und Emotionen nicht berücksichtigt. Gerade im Umgang mit Patienten können diese Merkmale jedoch nicht außer Acht gelassen werden, da man in der heutigen Zeit sehr viele Beweise für den Einfluss der Psyche auf den eigenen Gesundheitszustand und Heilungsprozess hat (RAHAMN/KELION 2004, S. 37ff).
- Auch die Studien von großen Pharmakonzernen tragen dazu bei, dass die EBM nicht immer durchgeführt werden kann. Viele dieser Konzerne bewerten ihre Metaanalysen oft falsch-positiv, damit ihr Produkt auf dem bestehenden Markt konkurrenzfähig ist, und der Konzern damit Profit schlagen kann (YANK 2007, S. 7).
- Studien, bei denen ein negativer Effekt erzielt worden ist, werden oftmals nicht veröffentlicht, oder erzielen ähnlich wie die Analysen der Pharmakonzerne ein falsch-positives Ergebnis. Obwohl innerhalb der Verwendung der EBM besonderes Augenmerk auf die Qualität der verwendeten Studien gelegt wird, gibt es immer wieder „schwarze Schafe“ in Bezug auf die Güte dieser Studien (TURNER 2008, S. 254).

Ein weiterer Kritikpunkt, der im Zusammenhang mit dem Ansatz der Evidence Based Medicine immer wieder genannt wird ist die Behauptung EBM sei eine „Kochbuchmedizin“. Dadurch sei eine auf den Patienten abgestimmte, individuelle Behandlung nicht mehr möglich (www.evidence.de/Ueber_EBM/ueber_ebm.html). Dazu möchte ich allerdings anmerken, dass dies auch immer von den Fähigkeiten und dem Einfühlungsvermögen des behandelnden Arztes abhängig gemacht werden muss, ob und unter welchen Bedingungen eine wissenschaftliche Erkenntnis zu einer für den Patienten sinnvollen Entscheidungsfindung beiträgt und auch eingesetzt werden kann.

Um dieses Kapitel abzuschließen soll noch erwähnt werden, dass es keinerlei Beweise dafür gibt, dass eine Behandlung nach den Maßstäben der Evidence Based Medicine für den einzelnen Betroffenen besser ist, als eine Behandlung nach den herkömmlichen und individuellen Therapieentscheidungen durch den behandelnden Arzt. Die hier angeführten Kritikpunkte sollen aber keine Abwertung dieser Methode darstellen, sondern nur aufzeigen, dass noch nicht alle Unstimmigkeiten der EBM beseitigt worden sind, und sie noch weiterentwickelt gehört. In meinen Augen sollte die EBM in jenen Bereichen angewendet werden, in denen es möglich ist und auch ausreichendes Datenmaterial von guter Evidenz vorhanden ist. Trotz alledem sollte man nicht darauf vergessen, dass dabei mit Menschen gearbeitet wird, von denen jeder für sich einzigartig und individuell ist. Daher sollte man auch die herkömmlichen, individuellen Therapieentscheidungen nicht aus den Augen verlieren. Nur durch eine gute Kombination beider Verfahren und einer funktionierenden Kommunikation (auch zwischen Arzt und Patient) kann es meines Erachtens zu einer erfolgreichen Verwendung des Konzeptes der Evidence Based Medicine kommen.

Die vorherigen Kapitel beschäftigten sich mit den Ursprüngen der evidenzbasierten Forschung und deren Entstehung innerhalb der Medizin. Im nachfolgenden Kapitel soll dargestellt werden, wie sich die evidenzbasierte Forschung in die Sonder- und Heilpädagogik integriert hat.

10. Evidence based Practice

Bevor ich auf die aktuellen Strömungen in der Heilpädagogik mit Hilfe von ausgearbeiteten wissenschaftlichen Studien eingehe, möchte ich noch darstellen, was man unter evidenzbasierter Praxis versteht und hierbei ein besonders Augenmerk auf die evidenzbasierte Praxis in der sozialen Arbeit legen.

Eine Weiterentwicklung des Konzepts der Evidence Based Medicine stellt die Evidence Based Practice (EBP) dar. Diese wurde in den 1980er Jahren immer populärer (DEGNER 2011, S. 64). Ihre Hintergründe liegen in den umfangreichen Forschungen zu der Wirksamkeit von pharmazeutischen Präparaten und medizinischen Techniken aber auch mit der daraus resultierenden Schwierigkeit, das wirksamste Medikament beziehungsweise die beste Behandlungsmöglichkeit zur Heilung einer spezifischen Krankheit zu eruieren (NUSSBECK 2007 zit. nach DEGNER 2011, S. 64).

Die Verwendung der evidenzbasierten Praxis in der sozialen Arbeit ist eine Debatte die sehr kontrovers ist. Auf internationaler Ebene gibt es sowohl befürwortende als auch ablehnende Positionen. Besonders im deutschsprachigen Raum ist die evidenzbasierte Praxis derzeit eine sehr einflussreiche Strömung innerhalb der Kommunikationsgemeinschaften der Forschenden, Lehrenden und praktisch tätigen Fachkräfte (SOMMERFELD/HÜTTEMANN 2007, S. 2). Die Evidenzbasierung der Praxis in der sozialen Arbeit wird im anglophonen und skandinavischen Raum bereits seit mehreren Jahren ausführlich diskutiert. Im Vergleich dazu gab es im deutschen Sprachraum viele hunderte Publikationen in englischer Sprache, jedoch nur vereinzelte Reaktionen im deutschen Sprachraum (SOMMERFELD/HÜTTEMANN 2007, S. 3f).

Nachdem im vorhergegangenen Kapitel ausführlich geschildert wurde, wie die evidenzbasierte Forschung in der Medizin arbeitet, soll nun der Prozess der Evidence Based Practice in der sozialen Arbeit dargestellt werden.

10.1 EBP in der sozialen Arbeit

Evidenzbasierte Praxis (EBP) innerhalb der sozialen Arbeit ist ein breit angelegtes Konzept. Es soll als Leitfaden für die Entscheidungsfindung auf allen Interventionsebenen der sozialen Arbeit Anwendung finden. Dieses Konzept wurde mit der Absicht entwickelt, Fachkräfte der sozialen Arbeit darin zu unterstützen, effizient und wirkungsvoll arbeiten zu können und sich dabei die in unserem Informations- und Globalisierungszeitalter entwickelten Technologien zunutze zu machen (SOMMERFELD/HÜTTEMANN 2007, S. 10). Diese Technologien können dazu beitragen, dass wir die Flut an Informationen, die uns über das Internet oder andere Medien zugänglich gemacht wird, erfolgreich bewältigen können, ohne davon irregeleitet zu werden. EBP verbessert also die Informationsweitergabe zwischen Wissenschaftlern, praktisch tätigen Fachkräften und Klienten (ebd.).

Vereinfacht gesagt, stellt die EBP nichts anderes dar, als eine mögliche Form der praktischen Arbeit. Eine möglich Form zu bewerten, zu intervenieren und zu evaluieren.

In der unten angeführten Graphik soll das Konzept der EBP graphisch dargestellt werden:

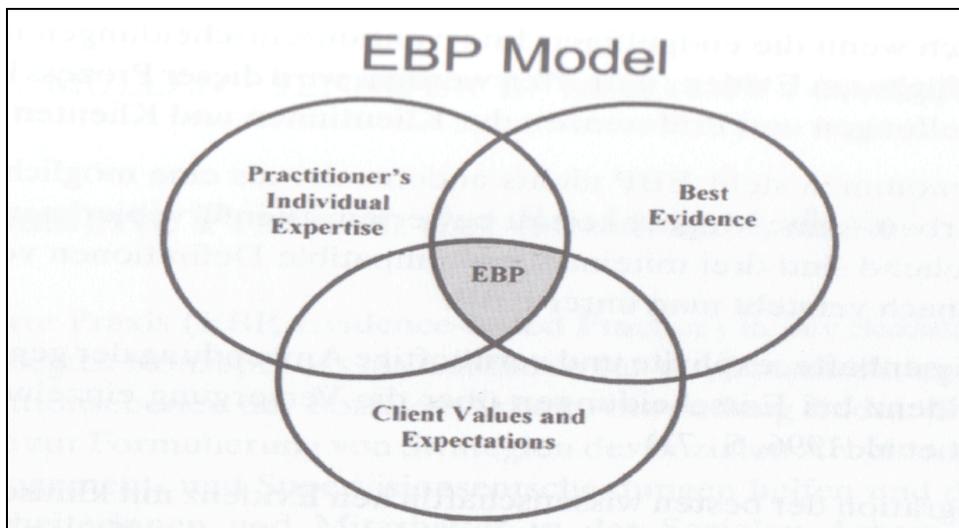


Abbildung 3: Das EBP-Modell (SHLONSKY/GIBBS 2004, S. 144)

Man kann erkennen, dass hier ein Entscheidungsfindungsprozess von statten geht, bei dem Entscheidungen von Mal zu Mal unter Berücksichtigung der zum jeweiligen Zeitpunkt verfügbaren besten wissenschaftlichen Belege (= Evidenz) getroffen werden (SOMMERFELD/HÜTTEBERGER 2007, S. 11).

Wie man an der nächsten Abbildung erkennen kann, handelt es sich dabei um einen Prozess, der einem Kreislauf ähnelt:

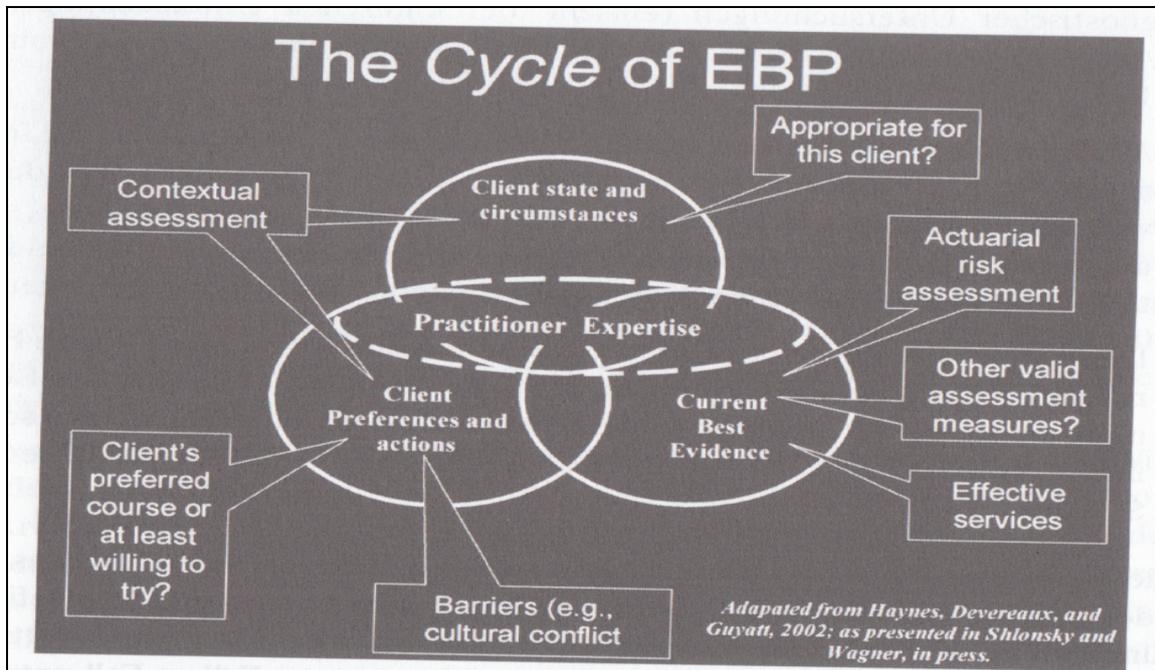


Abbildung 4: Evidenzbasierte Praxis als zyklisches Modell

(SHLONSKY/WAGNER 2005, S. 415)

Die gegenwärtig beste Evidenz ist der Einstiegspunkt an dem eine auf statistischen Berechnungen beruhende Risikobewertung erfolgt, um zu einem gezielten Einsatz von knappen Ressourcen zu gelangen. Die kontextuelle Bewertung benützt die Expertise der Profession, um die wichtigsten Stärken und Bedürfnisse der Klienten sowie ihre Präferenzen auszumachen, wenn es um die Erbringung einer Dienstleistung oder die Durchführung einer therapeutischen Maßnahme geht (SOMMERFELD/HÜTTEMANN 2007, S. 13).

Grundsätzlich kann man also sagen, dass EBP ein Prozess ist, in dem es darum geht, „die empirische Evidenz über die Wirksamkeit und/oder Effizienz verschiedener Interventionsmöglichkeiten zu identifizieren und dann über die Relevanz dieser Option für die spezifischen Klientinnen und Klienten zu entscheiden“ (SOMMERFELD/HÜTTEMANN 2007, S. 12). Meistens erhält man durch die Evidenz z.B. für eine therapeutische Intervention Faktoren, die besagen, dass sowohl positive als auch negative Wirkungen auftreten können. In diesen Fällen muss man die positiven und negativen Effekte zusammen mit anderen Faktoren gegeneinander abwägen und auch die Klienten müssen dies bei ihrer endgültigen Interventionsentscheidung tun (ebd.).

In der Zwischenzeit kennt man die positive Wirksamkeit von vielen Interventionen, welche im Rahmen der sozialen Arbeit relevant sind. Das bedeutet, dass ihre positive Wirksamkeit schon oftmals unter kontrollierten wissenschaftlichen Bedingungen und sorgfältiger Kontrolle für mögliche Störfaktoren nachgewiesen wurde. Dabei kann man unter „efficacy studies“ und „effectiveness studies“ unterscheiden (SOMMERFELD/HÜTTEMANN 2007, S. 13f):

a. efficacy studies

Im Fall von „efficacy studies“ wird die Wirkung einer Intervention auf die interessierende Zielgröße isoliert betrachtet. Dieser Studientyp ist dann wünschenswert, wenn es zu entscheiden gilt, ob eine Intervention das gewünschte Ziel erreicht hat oder nicht. Möchte man jedoch wissen, ob eine Intervention auch unter realen Bedingungen wirksam ist, sollte man sich für „effectiveness studies“ entscheiden.

b. effectiveness studies

Diese Studien werden unter Alltagsbedingungen durchgeführt. Um den Erfolg einer Studie zu untersuchen, werden Interventionen innerhalb von Situationen untersucht, denen man auch im Alltag begegnet.

10.1.1 Die Schritte der EBP im Rahmen der sozialen Arbeit

Die Schritte zur praktischen Umsetzung der EBP in der sozialen Arbeit sind ziemlich identisch mit den Schritten der praktischen Umsetzung der EBM.

Will man in der sozialen Arbeit evidenzbasiert arbeiten, ist es sinnvoll folgende 6 Schritte (SACKET et.al 1996, S. 71 f) zu beachten, wobei diese nicht zwingend in der angegebenen Reihenfolge stattfinden müssen:

1. Formulieren Sie Ihre Informationsbedürfnisse als eine beantwortbare Frage!
2. Suchen Sie zur Beantwortung dieser Frage nach der besten Evidenz!
3. Führen Sie eine kritische Bewertung der Evidenz in Bezug auf ihre Validität, ihre Auswirkungen und ihre Anwendbarkeit durch!
4. Führen Sie Ihre kritische Bewertung und Ihre praktischen Erfahrungen mit den Stärken, Wertvorstellungen und Lebensumständen Ihres Klienten zusammen!
5. Beurteilen Sie Ihre eigene Effektivität und Effizienz bei der Durchführung der Schritte 1 bis 4 und suchen Sie nach Möglichkeiten, wie Sie diese das nächste Mal verbessern können!
6. Lehren Sie andere ebenfalls nach diesem Konzept zu arbeiten!

Die eben genannten Schritte sollen „*kooperativ erfolgen*“ (SOMMERFELD/HÜTTEMANN 2007, S. 18), das heißt andere Teammitglieder oder Klienten sollen in den Entscheidungsprozess mit einbezogen werden. Dadurch hat man die Möglichkeit, von anderen Standpunkten und Erfahrungen profitieren zu können. Des Weiteren sollten laut Sommerfeld „*bei jedem Schritt in diesem Prozess die professionelle Expertise, die Erfahrungen und Restriktionen (z.B. praktische, finanzielle, ethische) zusammen mit den Wertvorstellungen und Präferenzen von Betreuungspersonen, Klientinnen und Klienten Berücksichtigung finden*“ (SOMMERFELD/HÜTTEMANN 2007, S. 18).

10.2 Unterschiede zwischen evidenzbasierter Praxis und anderen Praxisformen

Das Aufkommen der evidenzbasierten Praxis im 21. Jahrhundert kann als „*die natürliche Entwicklung eines seit langem bestehenden Engagements der Profession für die Sozialwissenschaften und die Sozialforschung gewertet werden*“. (SOMMERFELD/HÜTTEMANN 2007, S. 18). Innerhalb der EBP kann man eine bedeutende Veränderung im Verhältnis zwischen Forschung und Praxis feststellen.

Während man früher Forschung und Praxis unabhängig voneinander, nämlich als zwei getrennte Berufsfelder verstanden hat - früher forschte man, um mehr Wissen zu produzieren und damit die Wissensbasis zu vergrößern, auf die sich dann die praktische Arbeit stützte - haben sich im Rahmen der EBP diese Unterschiede verwischt, teilweise sogar aufgehoben (ebd.). In der EBP gibt es viele praxisbezogene Fragen denen jedoch wissenschaftliche Fragen innewohnen. In der EBP kommt es zu einer Verschmelzung von Wissenschaft und Praxis und infolge dieser Verbindung unterscheidet sich auch die Herangehensweise an die Praxis in ihrer Qualität von allen anderen früheren Formen der sozialen Arbeit. Fachkräfte der sozialen Arbeit, die evidenzbasiert arbeiten, müssen neue Fertigkeiten erwerben, wie zum Beispiel das Bewerten der Qualität der Evidenz welche auf die praktischen Fragen Bezug nimmt (SOMMERFELD /HÜTTEMANN 2007, S. 19). Dieser wie schon erwähnt recht junge Denkansatz, hat jedoch laut Sommerfeld noch nicht in sehr vielen praktischen Berufsfeldern Eingang gefunden.

Im Zuge der aktuellen Strömungen der EBP möchte ich an dieser Stelle auch auf die Wertvorstellungen der evidenzbasierten Praxis in der sozialen Arbeit eingehen.

Folgende drei Prinzipien betonen die ethischen Standards für die Forschung am Menschen und spielen auch eine wesentliche Rolle für die EBP (SOMMERFELD/HÜTTEMANN 2007, S. 19ff):

1. Respekt vor dem Individuum und seiner Autonomie
2. Benefizienz („Handeln zum Wohle der Klientin/des Klienten“)
3. Gerechtigkeit

Im Anschluss möchte ich diese drei Prinzipien innerhalb der evidenzbasierten Praxis näher erläutern.

10.2.1 Respekt vor dem Individuum

„Eine wichtige Grundlage der evidenzbasierten Praxis ist die Freiwilligkeit und informierte Zustimmung (= informed consent) der Klienten bei jedem Angebot einer sozialen Dienstleistung zu unterstützen“ (SOMMERFELD/HÜTTEMANN 2007, S. 19). Klienten müssen über Interventionsalternativen aufgeklärt werden und man sollte auch relevante Informationen aus wissenschaftlichen Artikeln oder auch anderen Quellen mit den Klienten und deren Betreuungspersonen teilen. Auch muss der Klient Informationen über die Wirksamkeit alternativer Interventionen erhalten. Dies geschieht in einem Umfang, den das Prinzip des Respekts und der Autonomie gebietet (SOMMERFELD/HÜTTEMANN 2007, S. 19f). Dieses Einbeziehen der Klienten erkennt die Selbstbestimmung der Klienten als Wertprinzip der sozialen Arbeit an. Können Klienten wichtige und relevante Informationen nicht verstehen oder sind sie nicht in der Lage am Entscheidungsfindungsprozess teilzuhaben, müssen die zuständigen Betreuer oder andere Personen, die für das Wohlergehen des Klienten verantwortlich sind, in den Prozess mit eingebunden werden (SOMMERFELD/HÜTTEMANN 2007, S. 20).

10.2.2 Benefizienz

Unter dem Namen der Benefizienz sollten alle nur möglichen Anstrengungen unternommen werden, um den Nutzen für den Klient zu maximieren und den Schaden zu minimieren. Die positiven Wirkungen müssen möglichst groß und die schädlichen Nebenwirkungen sollen möglichst gering gehalten werden (ebd.). Daher müssen in der evidenzbasierten Praxis auch alle Informationen über mögliche Auswirkungen einer Intervention zusammengetragen werden. Diese Informationen werden dann mit dem Klienten und auch dem Team, welches die Intervention durchführt geteilt, denn so kann durch das Abwägen der Vor- und Nachteile dieser Intervention eine freiwillige und informierte Entscheidung von Seiten des Klienten stattfinden (SOMMERFELD/HÜTTEMANN 2007, S. 20f).

Das Prinzip der Benefizienz wurde jedoch nicht immer berücksichtigt. Viele Jahre ging man einfach davon aus, dass die Leistungen der Fachkräfte innerhalb der sozialen Arbeit, wenn sie denn eine gute Ausbildung hatten, prinzipiell als effektiv angesehen wurden. Erst seit den 1960er Jahren wurde diese Auffassung mit Hilfe von wissenschaftlichen Untersuchungen widerlegt und man erkannte, dass allgemeine Interventionen in der sozialen Arbeit für den Klienten keine Vorteile brachten, in weiterer Folge die Interventionen dem Klienten sogar schaden. In der heutigen Zeit wird, wenn man evidenzbasiert arbeitet, dem Klienten alles mitgeteilt, was über mögliche Vor- und Nachteile der Intervention bekannt ist (SOMMERFELD/HÜTTEMANN 2007, S. 21).

10.2.3 Gerechtigkeit

Das Prinzip der Gerechtigkeit ist besonders wichtig. Es wird erwartet, dass alle Klienten gleichermaßen effektive Leistung angeboten bekommen. Man muss sich also bemühen, die Leistungen fair und gerecht anzubieten. Man bemüht sich in der evidenzbasierten Praxis in der sozialen Arbeit ganz bewusst, alle Menschen gleichermaßen zu respektieren und das Klientenwohl zu steigern, zu maximieren. Früher wurden im Rahmen der sozialen Arbeit immer wieder bestimmte Personengruppen durch bessere Leistungen bevorzugt, egal ob diese Bevorzugung mit Rasse, ethnischer Zugehörigkeit, Geschlecht, nationaler Herkunft, Behinderung oder sexueller Orientierung zu tun hatte. Dies wird in der evidenzbasierten Praxis verhindert in dem gilt: Alle Informationen werden mit allen Klienten geteilt (SOMMERFELD/HÜTTEMANN ebd.).

Im nächsten Kapitel soll der Ansatz der evidenzbasierten Praxis in der Heilpädagogik eingegangen werden.

11. Aktuelle Strömungen und Fragestellungen evidenzbasierter Praxis in der Heilpädagogik am Beispiel von Sprachstörungen und Autismus

Die Wurzeln der Evidenzbasierten Praxis liegen in der Medizin, doch dieser Forschungszweig drängt immer mehr auch in den Bereich der Bildungswissenschaft. Als ich im Zuge meines Seminars bei Univ. Prof. Biewer begann mich mit diesem Thema auseinanderzusetzen, erwies es sich noch als sehr schwierig, Studien, Artikel und Bücher zum Thema evidenzbasierter Praxis in der sozialen Arbeit und der Heilpädagogik zu finden, in den letzten 5 bis 6 Monaten änderte sich dies jedoch rasant. Immer mehr wissenschaftliche Artikel im Bereich der Heilpädagogik konnte man auf den Online-Datenbanken finden und die evidenzbasierte Praxis fand immer mehr Anschluss.

11.1 Evidenzbasierte Forschung bei Sprachstörungen

Besonders bei der Behandlung von Sprachstörungen wird in den letzten Jahren viel mit evidenzbasierter Forschung gearbeitet.

Im Bereich der Sprachheilpädagogik und der Logopädie wird das Thema der evidenzbasierten Praxis schon vielfältig diskutiert und ruft sowohl positive als auch negative Reaktionen hervor. Die Logopädie stellt den Anspruch, Menschen mit einer Sprachbehinderung bzw. Sprachstörung kompetente und professionelle Hilfe zukommen zu lassen. Dieser Anspruch zieht sich durch die Geschichte und die aktuelle Praxis der Logopädie. Das Ziel ist, sprachlichen und kommunikativen Fähigkeiten von betroffenen Menschen nachhaltig positiv zu beeinflussen (HARTMANN 2012, S. 60). Die Integration einer evidenzbasierten Praxis in der Sprachheilpädagogik gestaltet sich jedoch nicht als ganz so einfach. Logopäden und Sprachheilpädagogen möchten zwar eine wissenschaftliche Untermauerung ihrer praktischen Arbeit, vertrauen und arbeiten in der Praxis jedoch primär auf ihre Fachkompetenz und / oder professionelle Expertise (HARTMANN 2012, 60f). Hartmann nennt dies ein „Konglomerat aus erfahrungsbasiertem Wissen, Fähigkeiten, Einstellungen, Intuitionen und Werten“ (ebd.).

Dies ist auch nachvollziehbar, da durch eine individuelle professionelle Expertise eine subjektive Orientierung und auch Sicherheit für das eigene praktische Handeln gegeben wird. Dies gilt in Fachkreisen auch als Schlüssel zu einer erfolgreichen Arbeit mit sprachbehinderten Menschen schlechthin (HARTMANN 2012, S. 61).

Die Praxis der Sprachheilpädagogik orientiert sich an einem traditionellen Entscheidungs- und Handlungsmodell. Das bedeutet, dass die Diagnostik und Intervention auf Grund von Erfahrungswissen der Praktiker und auf der Expertise von anderen Fachpersonen beruhen (ebd.).

Unter dem Einfluss der evidenzbasierten Praxis jedoch wird genau diese Expertise bemängelt, da hierbei nicht mehr die bestmögliche Praxis garantiert wird, und mit diesem Quellenwissen der beruflichen, traditionellen Expertise sind somit einige Probleme verknüpft (HARTMANN 2012, S. 61). Hierbei muss man zuerst die teilweise beachtliche Variabilität von durchgeführten Interventionen für Personen mit vergleichbaren sprachlichen Problemen wie z.B. Stottern nennen. Je nach Therapeut wird zur Behandlung dieser Störung mit einer behavioristischen, kommunikativ-pragmatischen, systemischen, psychodynamischen oder erlebnispädagogischen oder einem anderen eklektischen Therapieansatz gearbeitet. Hinzu kommt noch die Tatsache, dass in der Praxis der Sprachheilpädagogik die Tendenz vorherrscht, an „bewährten“, sprich schon immer praktizierten Verfahren festzuhalten. Dies geschieht sogar dann, wenn empirische Forschung deren Nutzen als fraglich erscheinen lässt wie z.B. Mundmotorikübungen bei Sprechstörungen (HARTMANN 2010, S. 247).

Auch Cholewa spricht in seiner Studie „Strategien der Sprachheiltherapieforschung bei Störungen der Sprachentwicklung“ in der er die flächendeckende Einführung eines Screenings auf spezifische Sprachentwicklungsstörungen (SSES) diskutiert, das Problem der empirischen Evidenz für die Wirksamkeit von Sprachtherapie bei Kindern und Jugendlichen an (CHOLEWA 2010, S. 54). Eine SSES liegt dann vor, wenn der Spracherwerb eines Kindes ohne manifeste sensorische, neuronale oder psychosoziale Primärbeeinträchtigung und bei normaler Intelligenz drastisch beeinträchtigt ist. Es gibt zwar Belege für kurzfristige Effekte zur Verbesserung von Sprachstörungen, für deren Nachhaltigkeit und Langzeitwirkung und auch deren Relevanz für die schulische und psychosoziale Entwicklung gibt es jedoch keine überzeugende empirische Evidenz (ebd.). Die zu diesem Thema bisher veröffentlichten Studien sind überwiegend von zweifelhafter Qualität oder zeigen keine positiven Effekte von professioneller Sprachtherapie. Auf Grund der oft undurchsichtigen und subjektiven Auswahl an Studien in „*traditionellen Übersichtsarbeiten*“ (ebd.) steht die evidenzbasierte Praxis den bisherigen Studien mit großer Skepsis gegenüber.

Cholewa beschreibt weiters, dass zu vielen spezifischen Erscheinungsformen und Therapieverfahren überzeugende Wirkungsnachweise bisher völlig fehlen und nennt dazu beispielhaft die Untersuchungen von Glogowska. Glogowska et al.(2000) untersuchten für einen Zeitraum von 12 Monaten die Wirkung von Sprachtherapie des britischen Gesundheitssystem, welche routinemäßig in so genannten „community-clinics“ angeboten wird. Die Stichprobenpopulation bestand aus 70 Vorschulkindern. Da an der Studie 16 verschiedene Behandlungszentren im Großraum Bristol teilnahmen, kam zwangsläufig ein breites Spektrum sehr unterschiedlicher sprachtherapeutischer Methoden zum Einsatz. Die sprachlichen Fortschritte der sprachtherapeutisch behandelten Kinder erwiesen sich im Endeffekt als genauso gering wie die Fortschritte der unbehandelten Kontrollgruppe, wie man am nachfolgenden Zitat erkennen kann:

„The study provides little evidence for the effectiveness of speech and language therapy compared with watchful waiting over 12 months. Providers of speech and language therapy should reconsider the appropriateness timing, nature, and intensity of such therapy in preschool children. The lack of resolution of difficulties for most of the children suggests that further research is needed to identify effective ways of helping this population” (GLOGOWSKA et al., 2000 zit. nach CHOLEWA 2010, S.55).

Und auch Law et. Al (2003; 2004) kamen in ihren systematischen Analysen des Forschungsstandes zur Sprachheiltherapie zu einer sehr differenzierten und pessimistischen Einschätzung in Bezug auf die Wirkungseffekte von Sprachtherapie bei sprachentwicklungsgestörten Kindern wie man an Hand des nachfolgenden Ausschnittes der Studie erkennen kann:

„The results indicated that speech an language therapy might be effective for children with phonological or expressive vocabulary difficulties. There was mixed evidence concerning the effectiveness of intervention for children with expressive syntax difficulties and little evidence available considering the effectiveness of intervention for children with receptive language difficulties. No significant differences were found between interventions administered by trained parents and those administered by clinicians.“ (LAW et al. 2004 zit. nach CHOLEWA 2010, S. 55)

In einer weiteren evidenzbasierten Untersuchung zum Thema Sprachheilpädagogik aus dem Jahr 2008 kommt man ebenfalls zu dem Schluss, dass es sehr wenig evidenzgestützte Untersuchungen zu der Wirkung von Sprachheiltherapie gibt, die derzeit bei Schulkindern eingesetzt wird (CHOLEWA 2010, S. 56).

Für Ulla Beushausen ist das Ziel einer evidenzbasierten Praxis in der Sprachtherapie „*wissenschaftliche Forschung und berufliche Praxis neu miteinander zu verknüpfen*“ (BEUSHAUSEN 2012, S. 100). Damit wird die evidenzbasierte Praxis in der Sprachtherapie zum einen eine ethische Grundhaltung und zum anderen auch eine Strategie für eine lebenslange selbstständige Weiterbildung. Beushausen betont auch die Wichtigkeit von Leitlinien für die Therapie mit sprachbeeinträchtigten Personen (BEUSHAUSEN 2012, S. 102). Wir erinnern uns, dass die Qualität von Leitlinien in drei hierarchischen Stufen (S1-S3) gemessen wird (siehe Kapitel 9.3). Dies bedeutet für die Entwicklung von sprachtherapeutischen Leitlinien, dass diese nur auf den Ebenen S1 und S2 herausgegeben werden können, da für die Entwicklung von S3 Leitlinien hinsichtlich der Evidenzbasierung noch erheblicher Nachholbedarf besteht.

Dies liegt daran, dass es zum gegebenen Zeitpunkt nur sehr wenige brauchbare Studien oder auch Metaanalysen zu den in der Sprachtherapie verwendeten Methoden gibt (BEUSHAUSEN 2012, S. 103). In den vergangenen Jahren nahm sich die Sprachtherapie dieser Aufgabe und Herausforderung an und mehrere sprachtherapeutische Verbände entwickelten zu einigen Störungen (z.B. Dysarthrie, Aphasie) mehrere Leitlinien.

Diese Leitlinien sind unabhängig voneinander, da sie durch verschiedene Fachgesellschaften entwickelt wurden (BEUSHAUSEN 2012, S. 104):

Beeinträchtigung	Entwickelt von	Stufe	Aktueller Stand	Gültig bis
Sprachentwicklungsstörungen	DGPP	1	09/2008	09/2013
Umschriebene Artikulationsstörungen	DGKJPP	1	11/2006	11/2011
Umschriebene Entwicklungsstörungen der Sprache	DGKJPP	1	11/2006	11/2011
Elektrischer Mutismus	DGKJPP	1	11/2006	11/2011
Näseln/Gaumenspaltsprache	DGPP	1	03/2005	03/2010
Poltern	DGPP DGKJPP	1 1	03/2005 11/2006	03/2010 11/2011
Stottern	DGPP DGKJPP	1 1	03/2005 11/2006	03/2010 11/2011
Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung	DGPP	1	03/2005	03/2010
Periphere Hörstörungen im Kindesalter	DGPP	2	03/2005	03/2010
Neurogene Dysphagie	DGN	1	10/2008	10/2013
Idiopathische Facialisparesie	DGN	1	10/2008	10/2013
Rehabilitation aphasischer Störungen nach Schlaganfall	DGN GAB	1 1	10/2008 2002	10/2013 k. Angabe
Dysarthrie	DGN GAB	1 1	10/2008 2002	10/2013 k. Angabe
Parkinson-Syndrom	DGN	2	10/2008	10/2013
Multiple Sklerose	DGN	1	10/2008	10/2013
Stimmstörungen	DGPP	1	01/2011	01/2016

DGPP: Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie
 DGKJPP: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
 DGN: Deutsche Gesellschaft für Neurologie
 DGPP: Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie
 GAB: Gesellschaft für Aphasieforschung und -behandlung

Abbildung 5: Verfügbare Leitlinien im deutschsprachigen Raum
(BEUSHAUSEN 2012, S. 103)

Das Ziel wäre, diese Leitlinien weiterzuentwickeln und sie zu vereinheitlichen. Dadurch würden nämlich laut Beushausen eine neue und vor allem qualitativ bessere (Leitlinien der Stufe 2) Leitlinie entstehen, die auch als Grundlage für eine Leitlinie der Stufe 3 verwendet werden könnte (BEUSHAUSEN 2012, S. 104). Ein weiterer Punkt der von Beushausen angesprochen wird und für die evidenzbasierte Praxis in der Sprachtherapie wichtig ist, ist die Gewinnung von externer und interner Evidenz. Der Prozess der evidenzbasierten Sprachtherapie lässt sich in fünf Schritten beschreiben. Die ersten drei Schritte beschreiben die Suche und Bewertung von externer Validität, in einem vierten Schritt werden die gefundenen und überprüften Ergebnisse auf die Übertragbarkeit im konkreten Fall untersucht um danach im letzten Schritt das gewählte therapeutische Verfahren zu evaluieren (BEUSHAUSEN 2012, S. 104).

11.1.1 Externe Evidenz in der Sprachtherapie

Bei der Suche der externen Evidenz ist die Grundlage eine relevante, pädagogisch-therapeutisch beantwortbare Frage, welche sich auf einen speziellen Fall oder auch auf eine konkrete Problematik bezieht. In dieser Frage soll sich das Problem des Klienten widerspiegeln, es sollen aber auch klare Suchstrategien erkennbar sein, damit man zu entsprechend genauen Antworten gelangen kann (ebd.). Um dies zu gewährleisten verwendet man die so genannte „Pico-Strategie“ (BEUSHAUSEN/GRÖTZBACH 2011). Die gestellte Frage sollte folgende Elemente enthalten:

- **P**: das Problem
- **I**: die Intervention
- **C**: die Vergleichsbehandlung (Placebo oder Standard- oder Alternativtherapie)
- **O**: Zielgröße, Endpunkt („outcome“: z.B.: Mortalität, Lebensqualität, Effektivität)

Hat man seine Frage ordentlich ausformuliert, kommt man zu Schritt 2 und 3. Man sucht die beste verfügbare Evidenz in Datenbanken, danach kommt es zu einer kritischen Beurteilung der gewonnenen Ergebnisse. Anschließend wird überprüft ob die Ergebnisse dieser Studien im konkreten Fall tauglich sind, das bedeutet sie *müssen* „mit den Präferenzen sprachbeeinträchtigter Personen und der eigenen pädagogisch-therapeutischen Expertise abgeglichen werden“ (BEUSHAUSEN 2012, S. 105). Als letzter Schritt wird das gewählte Vorgehen reflektiert und bewertet (BEUSHAUSEN 2012, S. 106).

11.1.2 Interne Evidenz in der Sprachtherapie

Die interne Evidenz in der Sprachtherapie setzt sich zum einen aus dem Wissen, welches in der therapeutischen Aus-, Fort- und Weiterbildung vermittelt wird zusammen und zum anderen besteht es aus „*Erfahrungen, die während der Berufsausübung gesammelt werden*“ (BEUSHAUSEN 2012, S. 108). Arbeitet man über Jahre in einem Beruf entwickelt sich eine Expertise aus Fachkenntnissen in der Diagnose und Therapie, analytischen Fähigkeiten zur Lösung von Problemen aber auch im Bereich des adäquaten Umganges mit sprachbehinderten Personen. Dabei darf man nicht vergessen, dass jeder Sprachtherapeut seinen eigenen, individuellen Wissensstand hat, seine eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten (BEUSHAUSEN 2012, S. 108).

Diese pädagogisch-therapeutische Expertise, die auch als „stilles Wissen“ in jedem Therapeuten steckt, meint formalisiertes Wissen. Darunter versteht man Kenntnisse und Fähigkeiten, die nicht ausdrücklich formuliert sind, diese können jedoch durch eine Analyse des therapeutischen Denk- und Entscheidungsprozesses explizit und damit auch verbalisiert werden (BEUSHAUSEN 2012, S. 108f).

Ulla Beushausen bringt es in ihrem Aktuellen Artikel „Logik der Evidenz-basierten Sprachtherapie“ welcher 2012 in der Vierteljahreszeitschrift der Heilpädagogik erschienen ist auf den Punkt. Für sie ist die Entwicklung einer evidenz-basierten Sprachheiltherapie mit dem Aufbau einer eigenständigen Sprachtherapieforschung eng verbunden (BEUSHAUSEN 2012, S. 109). Daraus ergibt sich jedoch die Frage, wie viel Aufwand die Sprachheilpädagogik betreiben muss, um qualitativ hochwertige und aussagekräftige sowie unabhängig gewonnene Daten zu eruieren?

Für Bürki und Steiner gestaltet sich dieser Aufwand als enorm, da „*Nachweise für die sehr unterschiedlichen Störungsbilder mit sehr unterschiedlichen Ausgangslagen und divergierender „Ko-Morbiditäten“ in sehr unterschiedlichen Altersstufen mit einer nicht kontrollierbaren Eigenentwicklung, die mit sehr unterschiedlichen Methoden behandelt werden, in mindestens zwei unabhängigen Studien erbracht werden müssen*“ (BÜRKI/STEINER 2012, S. 188).

Erschwerend kommt hinzu, dass die „Sprachlichkeit“ nicht als eine simple Beobachtungsfacette betrachtet werden kann, sondern als ein Konglomerat aus übereinander liegenden Netzwerken gesehen werden muss.

Aus Sicht der beiden Autoren wäre ein *Mehr* an datenbasiertem Wissen natürlich wünschenswert. Sie vertreten aber auch die Meinung, dass eine große Objektivität von Studien generell relativiert werden muss, vor allem mit dem Hintergrund, dass Wissen generiert wird nach dem Motto „Gemessen wird das Messbare“ (BÜRKI/STEINER 2012, S. 188f). Des Weiteren gehen sie der Frage nach, ob denn aus den gewonnenen Daten dann auch tatsächliche Handlungsempfehlungen abgeleitet werden können. Sie schlagen vor, externe und interne Evidenz zusammenzufügen, da die externe Evidenz datenbasiert argumentiert und die interne Evidenz handlungsbasiert. Da es jedoch kein „probabilistisches Handeln“ (ebd.) gibt, dies bedeutet, dass man keine Handlungsempfehlungen aus einer einzigen Evidenzseite heraus ableiten kann, sollte man auch Personen aus der Praxis in die Diskussion einer „best practice“ mit einbeziehen (BÜRKI/STEINER 2012, S. 189). Dadurch soll aber die systematische Forschung hinsichtlich mehr externer Evidenz nicht verhindert werden, sondern man möchte zu Vorsicht und Bescheidenheit aufrufen.

Systematische Forschung in der Sprachheilpädagogik ist durchaus gewünscht, jedoch muss bedacht werden, dass nicht die Einseitigkeit überwiegt und man sich in Zukunft nur mehr auf systematische Forschungsergebnisse stützt, da in der EBP die subjektiven Erfahrungen und Expertenmeinungen tendenziell abgewertet werden (BÜRKI/STEINER 2012, S. 190).

11.2 Evidenzbasierte Forschung bei Autismus

In diesem Kapitel soll dargestellt werden wie mit Hilfe der evidenzbasierten Forschung mit Menschen mit Autismus gearbeitet wird.

11.2.1 Evidenzbasierte Praxis und Autismus

Susanne Nussbeck wandte das Konzept der evidenzbasierten Praxis 2008 an, um Methoden der unterstützten Kommunikation und umstrittene Autismustherapien zu bewerten (NUSSBECK 2008 zit. nach DEGNER 2011, S. 66). Diese Übersichtsarbeiten bestätigten die grundsätzliche Anwendung der evidenzbasierten Praxis in der Sonderpädagogik (ebd.).

Auch Forschungen zum Thema der evidenzbasierte Frühforderungen bei Kindern mit Autismus fanden statt. Diese brachten wenig überraschend viele unterschiedliche Ergebnisse. Es gab nur wenige Übereinstimmungen in Bezug auf einige Aspekte der Frühforderung für autistische Kinder, auf diese wird in der Studie von Mesibov und Shea jedoch nicht näher eingegangen. Vielmehr kommt man zu der Auffassung *„that there really is no agreement within the field about what constitutes effective, evidence based treatment fort he entire range of people with autism, as desirable as such a determination would be* (Simpson et al. 2007, zit. nach: MESIBOV/SHEA 2011, S. 119).

Besonders im Bereich der unterstützten Kommunikation für Menschen mit Autismus kommt die evidenzbasierte Forschung immer häufiger zum Einsatz. Schlosser und Wendt verstehen unter unterstützter Kommunikation *„ein breites Spektrum an klinischen und pädagogischen Techniken, deren Ziel es ist, die Beeinträchtigung und Behinderung von Menschen mit schweren expressiven Kommunikationsstörungen entweder vorübergehend oder fortdauernd zu kompensieren“* (SCHLOSSE/WENDT 2008, S. 666). In ihrer Definition von evidenzbasierter Praxis in der unterstützten Kommunikation von Menschen mit Autismus beziehen die beiden die Vorstellung aller von der Intervention betroffenen Personen (Klienten, Eltern, Fachpersonal etc.) in den Prozess der Entscheidungsfindung ein, was bei der Definition von Sackett von EBM nicht der Fall ist, denn dabei wird die Entscheidung alleine den Fachleuten überlassen (SACKETT et al. 1996, S. 71).

„Evidence-based Practice ist die Integration der gegenwärtig besten Forschungsergebnisse mit den Vorstellungen und Perspektiven aller Betroffenen sowie klinisch pädagogischer Erfahrung und Expertise, um Entscheidungen herbeizuführen, die als effektiv und effizient für einen direkt Betroffenen gelten“. (SCHLOSSER/WENDT 2008, S. 669)

Das Miteinbeziehen von allen von der Intervention betroffenen Personen ist in meinen Augen besonders im Bereich der Sonder- und Heilpädagogik wichtig, wenn nicht sogar notwendig, da evidenzbasierte Forschung innerhalb der Heilpädagogik nicht so klar Hand zu haben ist wie in der Medizin. Ein Knochenbruch zum Beispiel kann „einfach“ behandelt werden, eine autistische Störung hingegen ist jedoch von Dauer und verschwindet nicht nur, weil man versucht den Betroffenen zu fördern und zu fordern. Von dieser Behinderung sind auch die Menschen im unmittelbaren Umfeld betroffen und auch involviert, daher müssen sie meiner Ansicht nach auch in die Interventionsmaßnahmen involviert werden, vor allem dann, wenn die betroffene Person nicht fähig ist, Entscheidungen (für sich) vollkommen selbstständig zu treffen.

11.2.2 Der TEACCH-Ansatz als evidenzbasierte Fördermethode

Laut Degner basiert der TEACCH Ansatz auf einer Reihe von Prinzipien. Diese finden sowohl in der TEACCH-Methodik als auch im TEACCH-Programm ihre Anwendung (DEGNER 2011, S. 119).

TEACCH steht für „Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children“ und stellt im Wesentlichen einen Ansatz zur Förderung autistischer Menschen in deren natürlichem Lebensumfeld dar (MESIBOV et al. 2005 zit. nach Degner 2011, S. 11).

Folgende Grundsätze bilden die so genannte Philosophie des TEACCH-Ansatzes (DEGNER 2011, S. 120):

- Verständnis der typischen Schwierigkeiten von Menschen mit Autismus
- Individuelle Diagnostik und Förderung
- Kooperation mit den Eltern und der Familie
- Optimierung der Fähigkeit, sich in seiner Lebenswelt zurechtzufinden
- Ganzheitlichkeit
- Kompetenzorientierung und Respekt vor der Andersartigkeit
- Strukturierung und Bevorzugung kognitiver Ansätze und der Lerntheorie

Degner ging in seiner Diplomarbeit von der Fragestellung aus, ob der TEACCH Ansatz als evidenzbasierte Fördermethode die Selbstständigkeit von Menschen mit Autismus steigert oder nicht.

Im Gegensatz zu anderen Fördermethoden innerhalb der Autismusforschung ist die Evidenz des TEACCH Ansatzes nur unzureichend belegt und es besteht nach wie vor ein erheblicher Forschungsbedarf (DEGNER 2011, S. 171).

In zwei aktuellen Studien aus den Jahren 2011 und 2012 untersuchten Degner und Nußbeck die Wirksamkeit strukturierter Arbeitssysteme zur Förderung der Selbstständigkeit von Kindern mit Autismus mit Hilfe des TEACCH Ansatzes. Dazu verwendeten sie ein Manual zum strukturierten Arbeitssystem welches als „Konzept zum Aufbau von Handlungsmotivation“ (KAHM) bezeichnet wurde (DEGNER/NUSSBAUM 2011, S. 56) und „auf den theoretischen Erkenntnissen zu kognitiven und motivationsnahen Prozessen bei Autismus“ (ebd.) basiert.

Degner und Nussbaum führten zwei kontrollierte Einzelfallstudien mit Tom und Paul durch, welche parallel statt fanden. Die Studie zeigte, dass es möglich ist, zwei schwer beeinträchtigten Kindern mit Autismus ein strukturiertes Arbeitssystem mit Hilfe von KAHM beizubringen. Des Weiteren konnte man feststellen, dass das Arbeitssystem durch die Methodik des KAHM nachhaltig in die Schule übertragen werden kann (DEGNER/NUSSBECK 2011, S. 59ff).

Die Ergebnisse dieser Studie können auf Grund ihrer Qualität und ihres methodischen Vorgehens in die evidenzbasierte Praxis bei Autismus eingebunden werden, daher liegen derzeit neben der Untersuchung von Hume und Odom aus dem Jahr 2007 mit insgesamt drei Probanden, zwei weitere Einzelfallstudien mit methodisch hinreichender Qualität zum Strukturierten Arbeitssystem vor (DEGNER/NUSSBECK 2011, S. 70). Diese Studien tragen zur Verbesserung der Effektivität eines wichtigen Elementes des TEACCH Ansatzes bei und die beiden Autoren weisen darauf hin, dass weiter evidenzbasierte Untersuchungen zum Strukturierten Arbeitssystem folgen sollten, wie z.B. den Wohnbereich, Alltagsfähigkeiten wie An- und Ausziehen oder aber auch sozial-kommunikative Fähigkeiten (ebd.). Somit könnte die Wirksamkeit des TEACCH Ansatzes auch wissenschaftlich belegt werden und würde innerhalb der evidenzbasierten Forschung an wissenschaftlicher Qualität gewinnen.

11.3 Herausforderungen bei Interventionsstudien mit autistischen Probanden

Wie schon in den vorherigen Kapiteln geschildert legt die evidenzbasierte Forschung auf den empirischen Nachweis der Wirksamkeit einer Intervention großen Wert. Im Bereich der Medizin ist dieser Nachweis leichter zu erbringen als in anderen Arbeitsfeldern wie z. B. der Sonder- und Heilpädagogik, daher sind in den betroffenen Arbeitsfeldern „weichere Kriterien“ notwendig, um überhaupt Interventionsforschungen durchführen zu können (DEGNER 2011, S. 93).

In diesem Kapitel sollen nun die Schwierigkeiten bei der Durchführung von aussagekräftigen Interventionsstudien mit autistischen Probanden dargestellt werden.

Innerhalb der Autismusforschung lässt sich die **Größe der Stichprobe** als Problem charakterisieren beziehungsweise stellt diese eine große Herausforderung dar (ebd.). Auf Grund der niedrigen Prävalenz des Autismus ist die Anzahl der zur Verfügung stehenden Probanden in einer Region sehr niedrig, jedoch ist es auch für große Einrichtungen wie Universitäten sehr schwierig, ausreichende Probanden mit Autismus für Interventionsforschungen zu erhalten. Dadurch sind bisherige Autismusforschungen in Bezug auf ihre Aussagekraft und deren Allgemeingültigkeit sehr eingeschränkt. Bei manchen Forschungen lag die Teilnehmeranzahl sogar unter der empfohlenen Mindestzahl, und auch bei Interventionsstudien von Lovaas (1987) oder Ferrante und Zingale (2002) lag die Teilnehmerzahl nur bei 19 beziehungsweise 8 Teilnehmern (DEGNER 2011, S. 93).

Laut Degner (2011, S. 93) liegt eine weitere Herausforderung im Hinblick auf Interventionsforschung mit autistischen Probanden bei dem Fehlen geeigneter Therapieplätze für Menschen mit Autismus und die mit dieser Behinderung zusammenhängenden Belastung für die Familien. Es ist ethisch fast nicht vertretbar neue Fördermöglichkeiten zu evaluieren, bei denen die Hälfte der Teilnehmer einer Kontrollgruppe zugeordnet werden, in der keine Förderung erfolgt (ebd.). Auch Lovaas (1987) kämpfte bei seiner Untersuchung mit dieser Problematik. Ursprünglich wollte er randomisierte Kontrollgruppen bilden, der Druck von Seiten der Eltern wurde jedoch so groß, dass er letzten Endes „*einen Platz in der Experimentalgruppe vergab, sobald ein Therapeut dies ermöglichen konnte*“ (NOLLER 2008 zit. nach. Degner 2011, S. 94). Dies hatte allerdings die Folge, dass die Untersuchungsergebnisse unter Umständen verfälscht wurden.

Ein weitere Herausforderung in Bezug auf Interventionsforschungen mit autistischen Probanden liegt in der Störung selbst, die einen tief greifenden Charakter aufweist, die Betreffenden oftmals sehr unterschiedliche und eingeeengte Spezialinteressen aufweisen und es so sehr schwierig ist, einen standardisierten Zugang zu ihnen zu finden (DEGNER 2011, S. 94) und im Zuge dessen ein festgelegtes **Therapiemanual** anzuwenden.

Zu den eben genannten Hürden kommt auch noch eine Schwierigkeit von außen hinzu. Eltern von autistischen Menschen haben oftmals ein sehr ausgeprägtes Misstrauen gegenüber so genannten psychologischen Experimenten (ebd.). Daher kommt es zu unterschiedlichen Bewertungen von Seiten der Eltern und Fachleuten und daraus resultiert ein Hindernis in der Umsetzung einer evidenzbasierten Praxis.

Die eben vorgestellten Herausforderungen bei Interventionsstudien mit autistischen Probanden führen nun zu den Vor- und Nachteilen einer evidenzbasierten Forschung bei Menschen mit Autismus.

11.4 Vor- und Nachteile evidenzbasierter Forschung bei Autismus

Im Laufe der letzten Jahre konnten einige Vorteile des evidenzbasierten Ansatzes für die Arbeit mit Menschen mit Autismus herausgearbeitet werden.

„First, many years ago empiricism put an end to psychodynamic speculations about parental pathology as the cause of autism. Second, empiricism continues to enable the field to move beyond testimonials and anecdotes from family members, which in autism have resulted in some particularly egregious fads. Third, empiricism in educational settings can potentially counterbalance factors such as historical traditions, philosophical trends, and political pressures that influence how services for student with autism are organized and delivered.“ (ebd.)

Obwohl diese Vorteile wahrgenommen und auch gewürdigt werden, gibt es einige Bereiche der evidenzbasierten Praxis bei Menschen mit Autismus die problematisch werden (MESIBOV/SHEA 2011, S. 120). Hierbei zuerst zu nennen wäre das Problem der Ziele der einzelnen Studien.

Viele Studien über die Wirksamkeit von Förderprogrammen bei Autismus haben den unbeabsichtigten Nebeneffekt, *„of limiting interventions to those whose goals are easy to measure“* (MESIBOV/SHEA 2011, S. 120). So basieren zum Beispiel Untersuchungen zur Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit Autismus auf kurzfristigen Zielen, beschäftigen sich jedoch nicht mit längerfristigen Indikatoren wie *„life satisfaction, community adaption and personal relationships“* (ebd.).

Ein weiteres Problem ergibt sich aus der Grundgesamtheit der Menschen mit Autismus, da diese zu verschiedenartig in ihren einzelnen Ausprägungen ist, so dass es kein einzelnes Förderungsprogramm geben kann, da hierbei die Komplexität von Autismus und seinen Auswirkungen nicht erfasst werden könnte und ein allumfassendes Konzept entweder praktisch oder informativ veranlagt wäre. Ein eigenes Manual wäre nur dann sinnvoll, wenn *„the concept is flexible enough, to take into account individuals patterns of cognitive and language skills, atypical interests, social relations, and variety of treatment setting and agents“*(ebd.).

Die Arbeit mit RTC's gestaltet sich in diesem Zusammenhang ebenfalls als problematisch. Für die Schwierigkeit der Durchführung von „Random Controlled Trials in Autism Treatment“ werden in der Literatur die Untersuchung von Drew et al. und Sallows und Graupner genannt. Bei der Untersuchung von Drew et al. wurden die Kinder zufällig, entweder „treatment or to a controlled condition of local community services only“ (MESIBOV/SHEA 2011, S. 122) zugewiesen. Drei von den insgesamt zwölf Kindern, welche der Kontrollgruppe zugewiesen wurden, begannen in der Mitte der Forschungsstudie eine andere Behandlung. Außerdem waren die Versuchsgruppe und die Kontrollgruppe nicht gleichwertig hinsichtlich ihres nonverbalen IQ's. Bei den Untersuchungen die von Sallows und Graupner durchgeführt wurden ergaben sich ähnliche Probleme (ebd.).

Auch Degner berichtet in seinen Forschungen von Schwierigkeiten in Bezug auf aussagekräftige RCT's (siehe Kapitel 11.3) und weist darauf hin, dass innerhalb der evidenzbasierten Forschung bei Autismus auf andere forschungsmethodische Ansätze ausgewichen werden muss (DEGNER 2011, S. 95).

Eine weitere Schwierigkeit ergibt sich aus der Tatsache, dass nicht jede Forschungsstudie, die sich mit derselben Problematik auseinandersetzt, auch auf dieselbe Konklusion kommt.

Dies hat mehrere Gründe. Zum einen gibt es sehr viele philosophische Unterschiede „*about how we know, what we know*“ (ebd) und des weiteren gibt es bei der Umsetzung von evidenzbasierter Praxis auch Unterschiede in der Operationalisierung und den Standards der Evidenz (MESIBOV/SHEA 2011, S. 122f). „*Reviews may be based on other reviews, so the limitations and shortcomings of the original studies are blurred*“ (MESIBOV/SHEA 2011, S. 123).

12. Entwicklungsperspektiven von evidenzbasierter Forschung in der Heilpädagogik

„The range of evidence for what is needed to improve the lives of disabled people is broad and has been developing over a long period of time.“ (SAPEY 1991, S. 9)

Hat die evidenzbasierte Forschung und auch Praxis eine Zukunft in der Heilpädagogik? Mit dieser Fragestellung möchte ich mich in diesem Kapitel beschäftigen.

Großen Nachholbedarf der evidenzbasierten Forschung innerhalb der Heilpädagogik gibt es in Bezug auf die Lernförderung von Menschen mit geistiger Behinderung. Hauptsächlich setzt sich die Unterrichtung von Menschen mit geistiger Behinderung aus vielen einzelnen Mosaiksteinen zusammen, da sie auf kein einheitliches Konzept zurückgreift. Vielmehr setzt sich der Unterricht aus der Pädagogik, der Psychologie, der Motologie sowie auch unterschiedlichen psychotherapeutischen Ansätzen zusammen (BIEWER 1995, S.).

Die Ursachen dafür sind in der Heterogenität der Schülerschaft zu finden. Anders als für andere Schülergruppen gibt es für Schüler mit geistiger Behinderung im deutschsprachigen Raum kaum evidenzbasierte Trainings- bzw. Förderprogramme. Es werden zwar Unterrichtsmaterialien, Übungsreihen und Förderkonzeptionen von Seiten der Heilpädagogik vorgelegt, diese erscheinen auf den ersten Blick auch didaktisch-methodisch fundiert und werden in der Praxis auch genutzt, allerdings wurde bisher kaum ein empirischer Nachweis für ihre Wirksamkeit erbracht (KUHL/ENNEMOSER 2010). Ein Grund dafür könnte sein, dass sich die deutsche Heilpädagogik über einen langen Zeitraum fast ausschließlich als Geisteswissenschaft verstanden hat (PERRIG-CHIELLO 1999, S.).

Anhand der bearbeiteten Studien zur Darstellung des aktuellen Forschungsstandes konnte man erkennen, dass die evidenzbasierte Forschung in der Heilpädagogik sich besonders mit den medizinnahen Teilbereichen der Heilpädagogik beschäftigt.

12.1 Kritische Bemerkungen zu evidenzbasierter Praxis in der Heilpädagogik

Folgende Fragen bedarf es im Zusammenhang mit der Betrachtung des gegenwärtigen Forschungsstandes kritisch zu beleuchten:

- Wie sinnvoll ist es, evidenz-basierte Forschung in die Sonderpädagogik zu adaptieren?
- Wie aussagekräftig ist die statistisch nachgewiesene empirische Evidenz einer Interventionsmaßnahme im sonderpädagogischen Feld?
- Inwieweit trägt evidenz-basierte Praxis tatsächlich zu einer Optimierung heilpädagogischen Handelns bei?

Es kann als positive Entwicklung betrachtet werden, dass auch in Bereichen der Heilpädagogik, in denen Nachweise über die Wirksamkeit von bestimmten Interventionen nur schwer erbracht werden können da die Heterogenität der „Probanden“ auf Grund ihrer unterschiedlichen Formen der Behinderung sehr groß ist, man sich nun mehr und mehr mit der Frage beschäftigt, wie man zu empirisch gültigen Nachweisen kommen kann, denen auch Aussagecharakter zugeschrieben werden kann. Dadurch wird es zu einer Verbesserung und Erweiterung des Forschungsstandes in den einzelnen Bereichen der Heilpädagogik kommen, was nicht nur für die „Heilpädagogik als Wissenschaft“ gewinnbringend sein kann, sondern auch die Arbeit mit Menschen mit Behinderung positiv beeinflussen kann.

Je länger man sich innerhalb der Sonder- und Heilpädagogik mit dem Thema der evidenzbasierten Forschung auseinandersetzt, desto eher kann man Aussage darüber geben, ob dieser Forschungsmethode für den heilpädagogischen Bereich geeignet ist.

Ein Beispiel dafür lässt sich mit Hilfe der Untersuchungen von Susanne Nussbeck (2007) geben. Nach einer Diskussion, ob die EBP eine empfehlenswerte Vorgehensweise für das sonderpädagogische Arbeitsfeld darstellt, kam sie zu folgendem Fazit:

„In der Sonderpädagogik gibt es kein einheitliches Wissenschaftsverständnis, keine Orientierung an „goldenen Standards“ und eine Flut von mehr oder weniger gut begründeten Konzepten, wie mit den vielfältigen Problemen der Schüler, Klienten oder Betroffenen umzugehen sei. EBP kann eine größere Transparenz und eine Systematik der empirischen Forschungsergebnisse für den Praktiker bedeuten. (...)

EBP bietet (...) eine Struktur systematischen und überprüfbareren Vorgehens für den Praktiker. Richtig verstanden, und flexibel angewendet ist sie eine gute Möglichkeit, heilpädagogisches Handeln transparent und kontrollierbar zu machen.“ (NUSSBECK 2007, S. 153)

Obwohl die evidenzbasierte Forschung und Praxis innerhalb des heilpädagogischen Feldes angewandt werden kann, sieht man sich in der Praxis oftmals mit unten angeführten Hindernissen konfrontiert.

12.1.1 Das Problem der Übertragbarkeit auf den Einzelfall

Die Übertragbarkeit auf den Einzelfall von der erarbeiteten Evidenz hängt sehr stark mit den Fähigkeiten des Therapeuten, Betreuers etc. ab. Die entsprechende Einstellung („attitude“), die wesentlichen Grundkenntnisse über evidenzbasierte Praxis bzw. Forschung („knowledge“) und die individuellen Fähigkeiten des Einzelnen („skills“) sind als Voraussetzung für eine erfolgreiche Integration der evidenzbasierten Forschung in der Heilpädagogik zu betrachten (www.park-klinik.com/pkw_index.htm). Der Ansatz der evidenzbasierten Forschung findet vor allem in medizinnahen Bereichen der Heilpädagogik immer mehr Anschluss, trotzdem kann er nicht eins zu eins von der Medizin übernommen werden, da man die Begriffe Gesundheit und Krankheit in der Heilpädagogik und der Medizin aus zwei verschiedenen Blickwinkeln betrachtet. Erschwerend kommt für die Heilpädagogik noch hinzu, dass die Problematik der Individualität des Einzelfalles in verstärktem Ausmaß ins Auge gefasst werden muss.

12.1.2 Das Problem der Individualität

Je nachdem welche Behinderung ein Mensch hat, benötigt er unterschiedliche Unterstützungsangebote. Abhängig vom Grad und der Schwere der Behinderung ist es diesem Menschen jedoch oftmals nicht möglich Studienergebnisse zu verstehen und zu reflektieren und somit ist er auf die Hilfe von Dritten angewiesen. Dies bedeutet jedoch nicht automatisch, dass diese Person mit dessen Entscheidungen übereinstimmt. Der Schweregrad einer geistigen Behinderung, und die damit verbundene Fähigkeit, Bedürfnisse in verbaler oder nonverbaler Form äußern zu können, beeinflusst die Möglichkeit der Selbstbestimmung enorm (HAEBERLIN 1992, S. 28). Auch der Faktor der Zeit muss miteinbezogen werden, denn Behinderung kann, muss aber nicht auf einen bestimmten Zeitraum begrenzt sein (ebd.).

12.1.3 Das Problem der Externen Evidenz

Systematische Analysen des Forschungsgegenstandes im Bereich der Sonderpädagogik lieferten ein weniger bestärkendes, bestenfalls heterogenes und unklares Bild bezüglich der Wirksamkeit bestimmter Interventionsmaßnahmen (CHOLEWA 2010, S. 54).

Auf Grund der unzähligen, unterschiedlich zusammenwirkenden Faktoren die eine Behinderung verursachen oder in ihrem Ausmaß beeinflussen, scheint es in diesem Bereich beinahe unmöglich zu sein, gesicherten evidenz-basierten Leitlinien in der praktischen Auseinandersetzung mit Menschen mit Behinderung zu folgen. Zudem fehlen hier zu vielen spezifischen Erscheinungsformen und Therapieverfahren überzeugende Wirksamkeitsnachweise oft völlig. Grund dafür sind methodische Mängel in Studien und Forschungsarbeiten, die nur begrenzte Aussagekraft besitzen.

Zudem können die Ergebnisse oft wegen der starken Heterogenität der getesteten Therapiemethoden und behandelten Zielpopulationen, und auch wegen unzureichender Dokumentation des Studiendesigns nicht ausreichend oder sinnvoll miteinander in Zusammenhang gebracht werden, sodass das Erstellen von Übersichtsarbeiten und Metaanalysen mit einem hohen Grad an Evidenz praktisch unmöglich wird (ebd.). Nußbeck kritisiert, dass der Erfolg bzw. Misserfolg eines Therapiekonzeptes in der Sonderpädagogik häufig auf der Grundlage individueller Meinungen von Praktikern oder unbegründeten Leitsätzen von Experten basiert (NUSSBECK 2007, S.148).

Wichtige Fragestellungen im Bezug auf die tatsächliche Wirksamkeit bestimmter Therapieverfahren können auf Grund von komplexen Störungsbildern und ihren individuellen Ausprägungen nicht allein von RCT-Studien gelöst werden. Somit gilt der so genannte „Goldstandard“ wissenschaftlicher Forschung nicht als Ideallösung für das Gebiet der Sonderpädagogik.

Der derzeitige Mangel an hochwertigen vergleichenden, randomisierten Studien im Bereich der Sonderpädagogik lässt somit keine soliden Antworten auf Fragen über die Wirksamkeit von Interventionsformen und ihren Zielgruppen zu.

Zwar bewähren sich in bestimmten Studien einzelne Therapieelemente im Vergleich zu anderen eher, dennoch lassen sich keine brauchbaren Evidenzen feststellen, mit denen gültige Verallgemeinerungen für den Versorgungsalltag getroffen werden könnten.

Im Bereich der Frühförderung von Kindern mit Autismus bestätigt beispielsweise das Ergebnis einer systemischen Übersichtsarbeit des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), dass im Bereich der Frühförderung von Kindern mit Autismus derzeit keine ausreichenden Evidenzen vorliegen.

Diese Schlussfolgerung basiert auf der derzeitigen Studienlage und gilt für sämtliche von ihnen untersuchten verhaltensbasierten Frühinterventionen bei Kindern mit Autismus (WEINMANN et al. 2009, S. 2).

So besagen die von ihnen ausgewerteten Studien, dass *„Vorschulkinder mit Autismus durch verhaltensbasierte Interventionen mit einer Mindestintensität von 20 Stunden pro Woche Verbesserungen in kognitiven und funktionalen Bereichen erreichen können. Es gibt bisher keine Hinweise, dass bei einem substantiellen Anteil der Kinder eine vollständige Normalisierung der Entwicklung erreicht werden kann. Die meiste Evidenz liegt für die ABA¹ vor. Ein Minimum an erforderlicher oder sinnvoller Behandlungsintensität kann jedoch nicht angegeben werden. Eine professionelle Umsetzung eines verhaltensbasierten Frühinterventionsprogrammes in engem und ausführlichem Kontakt mit den Kindern und unter Einbeziehung der Eltern erscheint sinnvoll. Zur Kosten-Effektivität von intensiven Frühinterventionen bei Kindern mit Autismus können keine validen Angaben gemacht werden. Effektive Frühinterventionen könnten jedoch die Gesamtkosten des Autismus langfristig reduzieren, indem die anfallenden hohen Aufwendungen durch eine spätere bessere soziale Anpassung überkompensiert werden“* (ebd.).

¹ Applied behaviour analysis

Diese Ergebnisse können somit zwar als Entscheidungshilfe für Therapeuten fungieren, indem sie sich nach der bestverfügbaren Evidenz richten und somit jene Maßnahme bevorzugen, die eher zu den gewünschten Ergebnissen führen. Frühinterventionen für Kinder mit Autismus gelten somit nicht als Garant für eine „Heilung“ oder Verbesserung sondern bewähren sich auf ökonomischer Stufe gegenüber anderen Maßnahmen.

Interne bzw. externe Validität sind somit Nachweise, die im Bereich der Sonderpädagogik wesentlich schlechter erzielt werden können als in der medizinischen Forschung. Zum einen, weil die Gabe eines Medikamentes wesentlich einfacher in seiner Wirkung getestet werden kann, und weil das Verabreichen der Medikation, also die Interventionsform selbst einfacher ist, als die Therapie einer bestimmten Behinderung.

Andererseits können wesentliche Faktoren wie das Erleben und Verhalten von Menschen nur bedingt bestimmt werden, sodass neben dem Störungsbild selbst noch weitere individuelle Faktoren bestimmt werden müssen um erfolgreiche heilpädagogische Maßnahmen festlegen zu können (NUSSBECK 2007, S.148f).

Doch gerade die besonderen Bedingungen unter denen Menschen mit Behinderung leben, erfordern nach Nußbeck gut gesicherte Interventionsentscheidungen (NUSSBECK 2007, S.149f). Demnach wäre das Ziel einer evidenz-basierten Praxis, die therapeutischen Maßnahmen systematisch empirisch zu überprüfen, um den Praktikern in ihrer individuellen Arbeit mit Menschen mit Behinderung empirisch fundierte Therapiebausteine anbieten zu können. Eine evidenz-basierte sonderpädagogische Praxis wäre somit eine Möglichkeit heilpädagogisches Handeln auf eine transparentere und systematischere Grundlage zu stellen.

Da es bisher jedoch nur wenige Studien gibt, die den evidenz-basierten Kriterien entsprechen, ist der gegenwärtige Stand der sonderpädagogischen Forschung noch weit davon entfernt, gesicherte Handlungs- bzw. Entscheidungsleitlinien für Praktiker zur Verfügung zu stellen.

Demnach bleibt es nur eine utopische Vorstellung, den Markt an Ressourcen und Therapiemöglichkeiten überschaubarer zu machen, zu optimieren und mit gesichertem sonderpädagogischen Wissen zu verdichten.

An dieser Stelle stellt sich jedoch die Frage, wie vorgegangen werden kann, um eine sichere Handlungsgrundlage für die sonderpädagogische Praxis zu gewähren, wenn eine Orientierung am „Goldstandard“ in diesem Forschungsbereich auf Grund der hohen Heterogenität und Individualität keine fruchtbringenden Evidenzen herbeiführen kann.

Entscheidend in der Sonderpädagogik ist nach Wember ja gerade die Tatsache, dass der Erfolg einer Intervention an ihrer individuellen Wirksamkeit gemessen wird (HERBER 2010, S.126). Denn wie zuvor bereits aufgezeigt wurde, muss eine hohe Anzahl an validen Wirksamkeitsnachweisen nicht zwangsläufig zu positiven Ergebnissen führen.

Demnach würden sich gut dokumentierte Einzelfallstudien in diesem Bereich eher bewähren, um das Individuum und nicht die Therapie in den Mittelpunkt der Forschung zu stellen, um davon ausgehend eine individuelle Therapie zu kreieren und nicht eine schon fertige Behandlungsmaßnahme fürs Individuum auszuwählen.

Demnach würde sich die Profession von Heilpädagogen darauf reduzieren, Diagnosen zu erstellen und zwischen evidenten Interventionsmaßnahmen zu wählen. Wo dabei die Individualität und Einzigartigkeit eines jeden Menschen ihren Platz findet, bleibt eine andere Frage.

Bürki und Steiner geben in ihren Ausführungen zu bedenken, dass Wissen etwas sehr Facettenreiches ist. In der evidenzbasierten Praxis geht man jedoch von einer Hierarchie aus, in der empirisches Wissen als oberste Instanz betrachtet wird. Sie gilt quasi als „Gewissen der Praxis“ (BÜRKI/STEINER 2012, S. 186). Sie geben zu bedenken, dass empirisch vorlegbares Wissen nur eine einzige Komponente des professionellen Wissens darstellt. Gerade in der Heilpädagogik kann man sich jedoch nicht immer nur auf empirisch gestütztes Wissen verlassen, denn in vielen verschiedenen Situationen kommt es auch auf Erfahrung und Einfühlungsvermögen an.

12.1.4 Der Nachweis der Wirksamkeit – ein Problem?

Der Nachweis der Wirksamkeit von bestimmten Förderprogrammen oder Interventionen der Heilpädagogik ist für eine evidenzbasierte Praxis unumgänglich, da man ja immer auf der Suche nach der besten externen Evidenz ist. In vielen Bereichen der Heilpädagogik ist es aber auf Grund der Ausgangsmodalitäten sehr schwer RCT's durchzuführen (siehe vorheriges Kapitel). Durch die zunehmenden Einflüsse der evidenzbasierten Medizin werden die Rahmenbedingungen deutlicher, in denen sich mögliche alternative Konzepte zu großen Gruppenstudien realisieren lassen. Eine mögliche Alternative bieten experimentell kontrollierte Einzelfallstudien, die in der Sonderpädagogik benutzt werden (z.B. Julius et al., 2000; Horner et al., 2005; Gast, 2010). „*Single-subject designs may involve only one participant, but typically include multiple participants*“ (HORNER et. Al 2005, S. 166).

In diesem theoretischen Rahmen bestehen aktuelle Vorschläge, wie durch kontrollierte Rahmenbedingungen – vergleichbar mit randomisierten Kontrollgruppen Designs – evidenzbasierte Belege ermöglicht werden (Horner et al., 2005, S. 166). Die aufgestellten Qualitätskriterienkataloge erlauben objektive Vergleiche zwischen den Probanden. Die einzelnen Ergebnisse können demnach wie Mosaiksteine zu einem großen Gesamtbild zusammengefasst werden. Aktuelle Kataloge, die Einzelfallstudien mit evidenzbasierter Forschung zusammenführen, finden sich bei Hartley et al. (2007, S. 429) sowie in abgewandelter Form bei Horner und Kollegen (2005, S. 166f.). Laut Horner et al. müssen Einzelfallstudien folgenden Kriterien entsprechen, damit die Ergebnisse als evidenzbasiert gelten (HORNER et. al 2005, S. 175f):

- *the practice is operationally defined*
- *the context in which the practice is to be used is defined*
- *the practice is implemented with fidelity*
- *results from single-subject research document the practice to be functionally related to change in dependent measures*
- *the experimental effects are replicated across a sufficient number of studies, researchers, and participants to allow confidence in the findings*

13. Resümee

Nachdem ich mich nun einen langen Zeitraum über mit dem Thema der evidenzbasierten Forschung in der Heilpädagogik beschäftigt habe, sehe ich gewisse Vorteile aber auch Nachteile beziehungsweise Probleme bei der Integration der evidenzbasierten Forschung in die Sonder- und Heilpädagogik.

Das Prinzip der evidenzbasierten Forschung hat sich sehr schnell von ursprünglich rein medizinischen Bereichen auf andere Forschungsbereiche im gesamten Gesundheitssektor ausgedehnt, und so zur Verbreitung einer streng nachweis-orientierten Praxis beigetragen. Diese Umwälzung praktischer Vorgehensweisen kam mit dem Ziel einher, medizinisches Wissen auf eine höhere Grundlage zu stellen, um dadurch eine Optimierung des gesamten Gesundheitssystems anzustreben. Ein strengeres systematisches Vorgehen im Bereich von Forschung und Praxis hat somit zwangsläufig positive Auswirkungen auf die Versorgungsqualität von Patienten und auf den ökonomischen Bereich unseres Versorgungssystems, in dem durch die Minimierung uneffektiver Maßnahmen ein Kosten dämpfender Effekt einhergeht. Inwieweit sich dieser Paradigmenwechsel von der medizinischen „Entscheidungsfreiheit“ zur Orientierung an der „reinen“ Wissenschaftlichkeit jedoch auf das jeweilige Fach auswirkt, bleibt eine andere Frage.

Ich erachte es als gut, das sich die Heilpädagogik mehr und mehr als eine wissenschaftliche Disziplin zu verstehen beginnt und nicht mehr eine „reine Handlungswissenschaft“ darstellt, welche immer wieder auf Studienergebnisse anderer wissenschaftlicher Disziplinen zurückgreift (oder zurückgreifen muss), wie etwa auf die der Medizin oder Psychologie. Dadurch erweitert und aktualisiert sich der interne Forschungsstand der Heilpädagogik und es wird einfacher, externe Evidenz im eigenen Bereich zu finden.

Die evidenzbasierte Forschung bietet die Chance, sich dem Ziel einer wissenschaftlich fundierten, effektiven und effizienten z.B. sprachtherapeutischen Versorgung mittel- und auch langfristig zu nähern (CHOLEWA 2010, S. 63).

Dies gilt aber ebenso für andere Bereiche in der Heilpädagogik, beispielsweise bei der Arbeit mit Menschen mit allgemeiner Behinderung, Lern- oder Sinnesbehinderung. Je genauer und je besser man untersucht, wie zum Beispiel gewisse Fördermethoden wirken, desto zielgerichteter können diese zum Einsatz kommen und desto effektiver wird auch die Weiterentwicklung dieser sein.

Eine reine Orientierung am „Goldstandard“ betrachte ich jedoch als ungünstig, da in der Heilpädagogik durch diese Orientierung beinahe sämtliche Interventionsmaßnahmen in ihrer Wirkung angezweifelt bzw. widerlegt werden könnten. Dies wiederum kann zwangsläufig zu Zweifel am Ethos und der Profession von Heilpädagogen führen. Dennoch plädieren einige Vertreter dieses Faches an eine evidenz-basierte Praxis, vor allem im Bereich der Interventionsplanung (JENNESSEN 2006). Evidence Based Practice kann dabei zu einer größeren Transparenz, Kontrolle und Systematik der empirischen Forschungsergebnisse führen und somit für Praktiker eine bessere Möglichkeit und Grundlage für Entscheidungen bilden.

Trotz alledem sehe ich gewisse Probleme bei der Umlegung dieses Forschungsansatzes auf die Heilpädagogik. Zum einen weil dieser Ansatz seine Ursprünge in der Medizin hat, und die Aufgabe der Medizin eine gänzlich andere ist als die der Heilpädagogik.

Die Medizin möchte heilen, möchte einen kranken Menschen wieder gesund machen, die Heilpädagogik jedoch beschäftigt sich oftmals mit Menschen, die nicht geheilt werden können, da dies aufgrund der Art ihrer Beeinträchtigung nicht möglich ist.

Die Aufgabe der Heilpädagogik liegt darin, diese Menschen nach bestem Wissen und Gewissen zu fordern und zu fördern, und es ihnen zu ermöglichen, am gesellschaftlichen Leben mit der für sie höchstmöglichen Lebensqualität teilhaben zu können.

Besonders im Behindertenbereich ist es oftmals so, dass die Behinderung den Menschen ein Leben lang begleitet. Somit muss man beeinträchtigte bzw. behinderte Menschen in allen Bereichen so unterstützen, dass diese ihr Leben als erfüllt und lebenswert betrachten.

Um dies zu erreichen, genügt es jedoch nicht, in groß angelegten Studien den Erfolg oder Misserfolg von Förderinterventionen darzulegen, da dies aus meiner Sicht und meinem Wissen nach auch nur äußerst schwierig zu machen ist - die Heterogenität dieser Population auf Grund der Erscheinungsform und Auswirkungen der Behinderung ist viel zu groß.

Eine Behinderung hat viele Auswirkungen auf das tägliche Leben, die Psyche, die Körperlichkeit, den Charakter des Betroffenen aber auch auf seine Familie und sein Umfeld und viele andere Merkmale, die man in randomisierten und kontrollierten Studien nie wirklich erfassen kann.

Der positive Verlauf einer Intervention ist von dem Verhältnis zwischen dem betroffenen Menschen und dem jeweiligen Therapeuten abhängig. Mangelnde Sympathie und Empathie - „Ich kann dich nicht riechen“ - wird nicht unbedingt zum positiven Erfolg einer Interventionsmaßnahme beitragen. Das unmittelbare Umfeld und die Familien- und Lebenssituation des betroffenen Klienten haben ebenso Einfluss auf die Auswirkungen der begonnenen und durchgeführten Interventionen und Maßnahmen durch nonverbale oder verbale Zustimmung oder Ablehnung der geplanten oder bereits getätigten Maßnahmen.

Eine weitere Problematik sehe ich in der Tatsache, dass der Expertenmeinung innerhalb der evidenzbasierten Forschung so gut wie keine Evidenz zugeschrieben wird. Dies erweckt den Anschein, als wären viele erprobte bzw. in der Praxis oftmals angewendete Förderungsmaßnahmen oder „tools“ in ihrer Wirksamkeit ungültig. Natürlich muss man diese – fremde wie eigene - Meinungen immer wieder hinterfragen und nicht alle möglichen und schon bekannten Maßnahmen und Interventionen unkritisch glauben und anwenden. Die Erfahrungswerte von Fachleuten, die in diesem Bereich schon seit vielen Jahren auch erfolgreich arbeiten sind eine Ressource, die in meinen Augen von ebenso großer Bedeutung ist, wie empirisch nachgewiesene Ergebnisse zur Wirksamkeit.

Unabhängig davon, scheinen auch methodisch-wissenschaftliche Mängel von Praktikern den derzeitigen Forschungsstand zu beeinflussen, sodass auf Grund unzureichenden methodischen Wissens die statistisch nachgewiesene empirische Evidenz von Interventionen in ihrer Bedeutung oft selbst nicht bzw. nur zum Teil beurteilt werden kann (NUSSBECK 2007, S.154). Somit wäre, nach dem Suchen von geeigneten Forschungsmethoden für das sonderpädagogische Feld, auch eine Änderung im Bereich der wissenschaftlichen Ausbildung anzustreben, um valide Wirksamkeitsnachweise gewinnen zu können, die sowohl den speziellen Anforderungen dieses Faches genügen und auch auf den Einzelfall angewandt werden können, um die bestmögliche Evidenz zu gewähren. Wie jedoch sämtlichen negativen Faktoren dieses Konzeptes entgegengewirkt werden kann, um dennoch eine bessere individuelle Versorgung für den einzelnen Menschen zu verfolgen, bleibt noch unklar. Hier stellt sich zwangsläufig auch die Frage, welche Ziele diese Neuorientierung unseres Gesundheitswesens tatsächlich damit anstreben will.

Genügt das Konzept der EBP, gegen den Willen von Sackett (1996) doch nur dem ökonomischen Zwecke, indem durch optimale Zeit-Kosten-Nutzen Therapien Störungsbilder auf effektivste bzw. effizienteste Weise korrigiert werden können, um die jeweiligen Menschen im Sinne unserer wirtschaftlich orientierten Gesellschaft wieder funktionstüchtig zu machen? Ein großes Problem in diesem Diskurs bleibt dabei die ethische Seite der Medaille.

Die Grundidee, evidenzbasierte Forschung in der heilpädagogischen Praxis zu verwenden muss natürlich unterstützt werden. Ich glaube jedoch nicht, dass die Zukunft der Forschung in der Heilpädagogik *ausschließlich* in der evidenzbasierten Forschung liegt, da sie aus meiner Sicht zu wenig auf die Individualität des einzelnen Menschen eingeht und gerade diese Individualität und Einzigartigkeit eines jeden Menschen besonders in der Heilpädagogik von großer Wichtigkeit ist.

Um den Transfer von Wissenschaft in Praxis jedoch genüge zu werden, müssten vorerst auch geeignete Forschungsmethoden gefunden werden, mit denen valide Wirksamkeitsnachweise im breiten Spektrum heilpädagogischer Maßnahmen nachgewiesen werden können. Ein Grund für die derzeitige sonderpädagogische Forschungslage ist, wie schon oft erwähnt, die große Heterogenität an Störungsbildern, die Individualität menschlichen Seins und wesentliche Aspekte des Erlebens und Verstehens, die bisher in ihrer Ausprägung, Wirksamkeit und Verbindung zueinander noch unzureichend erforscht sind. Zudem erweist sich eine Therapie im sonderpädagogischen Bereich auf Grund der unzähligen beeinflussenden Faktoren als wesentlich komplexer als die Medikation eines Krankheitsbildes durch ein bestimmtes Pharmazeutikum. Man muss die Individualität des Menschen im sonderpädagogischen Bereich wahrnehmen und kann sie nicht mit Hilfe des so genannten „Schubladen-Denkens“ kategorisieren, da es zu viele umliegende Faktoren gibt, die im Bereich der Sonderpädagogik beachtet werden müssen.

Daher sehe ich die Zukunft der evidenzbasierten Forschung der Heilpädagogik vor allem in der Arbeit mit kontrollierten Einzelfallstudien, deren Ergebnisse man einander gegenüber stellen kann um so auf Ähnlichkeiten oder auch Übereinstimmungen zu kommen.

Diese Form der Erkenntnisgewinnung hat für mich in der Sonder- und Heilpädagogik mehr Aussagekraft, als groß angelegte, randomisierte Studien, die auf Grund der Heterogenität und dem Vorhandensein von Störvariablen keine eindeutigen und evidenten Schlussfolgerungen zulassen.

Auf Grund des derzeitigen Booms dieser evidenzbasierten Studien werden wir in den nächsten Jahren sehen, wohin diese Forschungsmethode die Heilpädagogik führt. Diese Entwicklung muss weiterhin gefördert dabei aber auch kritisch betrachtet werden. Sie als wissenschaftliche Methode für die Heilpädagogik auszuschließen wäre der größte Fehler den man innerhalb einer wissenschaftlichen Disziplin machen kann.

Ein Mehr an Wissen bedeutet auch immer eine größere Vielfalt an Möglichkeiten für die praktische Arbeit und bringt somit immer eine Verbesserung in der Betreuung und Förderung jener Menschen, die uns in der heilpädagogischen Arbeit anvertraut sind.

14. Literaturverzeichnis

Abdulla, Walid (2007): Interdisziplinäre Intensivmedizin. Urban Fischer Verlag München
3. Auflage

Asperger, Hans (1952): Einführung in die Psychopathologie des Kindes für Ärzte, Lehrer,
Psychologen und Fürsorgerinnen. Springer Wien

Bartens, W. (Hrsg) / Fischer, M. (1999): Zwischen Erfahrung und Beweis. Medizinische
Entscheidungen und Evidence-based Medicine. Hans Huber Bern

Beckermann, Ansgar (1986): Descartes' metaphysischer Beweis für den Dualismus.
Analyse und Kritik. Karl Alber Verlag München

Behindertenreferat des Ev. Stadtkirchenverbandes Essen 1999, S. 104-108

Bellmann, Johannes / Thomas, Müller (Hrsg.) (2011): Wissen, was wirkt. Kritik
evidenzbasierter Pädagogik. Springer Fachmedien Wiesbaden

Bernard-Opitz, V. (2007): Kinder mit Autismus-Spektrums-Störungen (ASS). Ein
Praxisbuch für Therapeuten, Eltern und Lehrer. Kohlhammer 4. Aufl.

Beushausen, U. / Grötzbach, H. (2011): Evidenzbasierte Sprachtherapie: Grundlagen und
Praxis. Urban und Fischer Elsevia

Beushausen, Ulla (2012): Logik der Evidenz-basierten Sprachtherapie. In: VHN 2/2012, S.
99-111 (2012)

- Biewer, Gottfried (1995): Die Schule für geistig Behinderte und die Diskussion über Integration. In: Geistige Behinderung, 34, 275-281
- Biewer, Gottfried (2009): Grundlagen der Heilpädagogik und Inklusiven Pädagogik. Julius Klinhardt Bad Heilbrunn
- Bilger, S. (2004): Allgemeinmedizin. Thieme
- Bleidick, Ulrich (1994): Die Behinderung im Menschenbild und hinderliche Menschenbilder in der Erziehung von Behinderten. In: Schmetz, / Wachtel, P. (Hrsg.) (1994): Texte zur Heilpädagogik. Grundlagen. Erschwerte Lebenssituationen: Erziehung und pädagogische Begleitung. Würzburg: edition bentheim, S. 5 - 37
- Blum, Hubert E. / Haas, Rudolf (Hrsg.) (2004): Über das Menschenbild in der Medizin. Georg Thieme Verlag Stuttgart Band 13
- Braun Otto (1999): Sprachstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Diagnostik-Therapie-Förderung. Kohlhammer Stuttgart
- Braun Otto (2006): Sprachstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Diagnostik-Therapie-Förderung. Kohlhammer Stuttgart
- Bundschuh, Konrad / Heimlich, Ulrich / Krawitz, Rudi (Hrsg) (2007): Wörterbuch Heilpädagogik. Klinkhardt Bad Heilbrunn, 3. Aufl.
- Bürki, M. / Steiner, J. (2012): Die vermessen(d)e Sprachtherapie: Anmerkungen zu einem adäquaten Rahmen für Wirksamkeit. In: VHN 3/2012, S. 185-190

- Busemann, Adolf (1959): Psychologie der Intelligenzdefekte mit besonderer Berücksichtigung der hilfsschulbedürftigen Debität. Reinhardt München
- Bürki, Monika / Steiner, Jürgen (2012): Die vermessen(d)e Sprachtherapie: Anmerkungen zu einem adäquaten Rahmen für Wirksamkeit. In: VHN 3, S. 185-190 (2012)
- Cholewa, J. (2010): Empirische Sprachheilpädagogik: Strategien der Sprachtherapieforschung bei Störungen der Sprachentwicklung. In: Empirische Sonderpädagogik, 3, 48-68 (2010)
- Degner, Martin / Nußbeck, Susanne (2011): Wirksamkeit Strukturierter Arbeitssysteme zur Förderung der Selbstständigkeit von Kindern mit Autismus. In: Empirische Sonderpädagogik, 1, S. 51-74 (2011)
- Dunn, M. / Mauer, V. (2006): Diskursanalyse: Die Entstehung der Nationalen Sicherheitsstrategie der USA. In: Siedschlag, A. (Hrsg) (2006): Methoden der sicherheitspolitischen Analyse. Eine Einführung. VS Verlag Wiesbaden, S. 189-219
- Eberwein, Hans (1995): Zur Kritik des sonderpädagogischen Paradigmas und des Behinderungsbegriffs. Rückwirkungen auf das Selbstverständnis von Sonder- und Integrationspädagogik. In: Zeitschrift für Heilpädagogik, 46 (10), S. 468-476
- Fornefeld, Barbara (2004): Einführung in die Geistigbehindertenpädagogik. Reinhardt München Basel 3. Aufl.
- Foucault, Michel (1974): Von der Subversion des Wissens. München
- Foucault, Michel (1981): Archäologie des Wissens. Suhrkamp Frankfurt am Main 15. Aufl.
- Fordyce, G. (1793): To Improve the Evidence of Medicine. The 18th Century British Origins of a Critical Approach. Royal College for Physicians of Edinburgh

- Gruyter, Walter de: Pschyrembel. Wörterbuch der Pflege. Berlin New York 2003
- Grübel, Christoph (2009): Wahrnehmungskompetenzen und -probleme bei Kindern und Jugendlichen mit autistischem Verhalten.
- Glogowska, M. / Roulstone, S. / Enderby, P. / Peters, T. (2000): Randomised controlled trial of community based speech and language therapy in preschool children. In: British Medical Journal, 321, 908-999
- Haerberlin, U. (1992): Allgemeine Heilpädagogik. Stuttgart
- Haerberlin, U. (2005): Grundlagen der Heilpädagogik. Einführung in eine wertgeleitete wissenschaftliche Disziplin. Bern Wien
- Haeske-Seeberg, H. (2008): Handbuch Qualitätsmanagement im Krankenhaus: Strategien, Analysen, Konzepte. W. Kohlhammer GmbH Stuttgart.
- Hartmann, Erich (2012): Wenn professionelle Expertise zu kurz greift: Auftakt zum Themenstrang „Evidenz-basierte Logopädie/Sprachheilpädagogik“. In: VHN 1/2012, S. 60-63
- Herber, S. (2010): Segmental- und suprasegmental-phonographisches Schreibtraining bei deutschsprachigen Drittklässlern mit schwerer Entwicklungsdysgraphie. Eine multiple Einzelfallstudie. Pädagogischen Hochschule Heidelberg (Dissertationsschrift): Heidelberg.
- Horn, Linda (2009): Wie wirkt sich Sozialtraining bei der Integration eines Kindes mit Autismus in der Regelklasse aus?
- Horner, Robert et. Al (2005): The Use of Single-Subject Research to Identify Evidence-Based Practice in Special Education. In: Council for Exceptional Children, 71/2, S. 165-179 (2005)

Jadad, A. / Haynes, R. / Hunt, D. / Browman, G. (2000): The internet and evidence-based decision making: a needed synergy for efficient knowledge management in health care. In: Canadian Medical Association Journal, 162 (3), 362-365

Jäger, S. (2009): Kritische Diskursanalyse. Eine Einführung. Unrast

Jornitz, S. (2008): Was bedeutet eigentlich "evidenzbasierte Bildungsforschung"? Über den Versuch, Wissenschaft für Praxis verfügbar zu machen am Beispiel der Review-Erstellung. In: Die Deutsche Schule, 2, 206-216.

Kanner, L. (1943). Autistic Disturbances of Affective Contact. In: The Nervous Child, 3, 2, 217-250, wieder abgedruckt in: Kanner, Leo (1973): Childhood Psychosis: Initial Studies and New Insights, Washington, D.C., 1-43.

Keller, Reiner / Hirsland, A. / Schneider, Werner / Viehöver, Willy (2011): Handbuch Sozialwissenschaftliche Diskursanalyse. Band 1: Theorien und Methoden. Springer Fachmedien Wiesbaden, 3. Aufl.

Keller, Reiner / Hirsland, A. / Schneider, Werner / Viehöver, Willy (2010): Handbuch Sozialwissenschaftliche Diskursanalyse. Band 2: Forschungspraxis. Springer Fachmedien Wiesbaden, 4. Aufl.

Klein, Ferdinand (2007): Geschichte der Heilpädagogik. In: Bundschuh, K. / Heimlich, U. / Krawitz, R. (2007): Wörterbuch der Heilpädagogik. Ein Nachschlagewerk für Studium und pädagogische Praxis. Julius Klinkhardt Bad Heilbrunn S. 121-125

Kobi, E.E. (1983): Grundfragen der Heilpädagogik. Bern 4. Aufl.

Kobi, E.E. (1985): Behinderung als pädagogisches Problem. In: VHN 54/2, S. 121-126

Kugler-Kruse, Marianne (1988): *Die Entwicklung visueller Zeichensysteme. Von der Geste zur Gebärdensprache.* Studienverlag Dr. Norbert Brockmeyer Bochum

- Kuhl, J. / Ennemoser, M. (2010): Diagnose und Frühförderung der Konstruktionsfähigkeit bei Menschen mit geistiger Behinderung. In: Psychologie in Erziehung und Unterricht, 57, S. 199-312
- Kunz, R. / Neumeyer, H.-H. (1998): Rationale Gesundheitsversorgung – Liefert Evidence-based Medicine die Antwort? In: Arbeit und Sozialpolitik, 52. Jg., 1-2/1998, S. 28-33
- Kusch, Michael/Petermann, Franz (2001): Entwicklung autistischer Störungen. Hogrefe Göttingen 3. Aufl.
- Landwehr, Achim (2009): Historische Diskursanalyse. Campus Frankfurt
- Lauterbach, Karl W. / Schrappe, Matthias (2001): Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement, Evidence-based Medicine. Eine systematische Einführung. Schattauer Verlag Stuttgart
- Law, J. / Garret, Z. / Nye, C. (2003): Speech and language therapy intervention for children with primary speech and language delay or disorder: update. Cochrane Database of Systematic Reviews, 3. Art. No.: CD004110
- Law, J. / Garret, Z. / Nye, C. (2004): The efficacy of treatment for children with developmental speech and language delay/disorder: a meta-analysis. Journal of Speech, Language and Hearing Research, 47, 924-943
- Markowitz, R. (2007): Soziale Integration, Identität und Entstigmatisierung. Behindertensoziologische Aspekte und Beiträge zur Theorieentwicklung in der Integrationspädagogik. Heidelberg (Digital- BuchVerlag)
- Maio, Giovanni (2004): Das Menschenbild als Grundfrage der medizinischen Ethik. In: Blum, Hubert E. / Haas, Rudolf (Hrsg.) (2004): Über das Menschenbild in der Medizin. Georg Thieme Verlag Stuttgart Band 13

- Meinertz, Friedrich / Kausen, Rudolf (1987): Heilpädagogik. Eine Einführung in pädagogisches Sehen und Verstehen. Klinkhardt Bad Heilbrunn, 7. Aufl.
- Mesibov, Gary B. / Shea, Victoria / Schopler, E. (2005): The TEACCH Approach to Autism Spectrum Disorders. Kluwer New York
- Mesibov, Gary B. / Shea, Victoria (2010): Evidence_Based Practices and Autism. In: Autism, 15/1, S. 114-133 (2011)
- Möckel Andres (1988): Geschichte der Heilpädagogik. Klett-Cotta Stuttgart
- Möckel, Andreas (2007): Geschichte der Heilpädagogik. Klett-Cotta Stuttgart
- Moor, P. (1974b): Heilpädagogik. Ein pädagogisches Lehrbuch.3. unveränderte Auflage. Hans Huber Bern
- Moser, V. (1998): Die wissenschaftliche Grundlegung der Heilpädagogik in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts. Heilpädagogische Forschung, Band XXIV (2), S. 75-83
- Müller, M. (1991): Denkansätze in der Heilpädagogik. Eine systematische Darstellung heilpädagogischen Denkens und der Versuch einer Überwindung der "unreflektierten Paradigmenkonkurrenz". HVA/Ed. Schindler Heidelberg
- Nußbeck, S. (2007): Evidenz-basierte Praxis - ein Konzept für sonderpädagogisches Handeln? In: Sonderpädagogik, 37, (2/3), 146-155.
- O'Neill, Jasmine Lee (2001): Autismus von innen. Nachrichten aus einer verborgenen Welt. Hans Huber Bern
- Orthmann, W. (1969): Zur Struktur der Sprachgeschädigtenpädagogik. Marhold Berlin
- Perrig-Chiello, P. (1999): Differenztheoretische versus entwicklungstheoretische Ansätze zur Erklärung der geistigen Behinderung: Neue Erkenntnisse zu einer alten Debatte. In: Heilpädagogische Forschung, 24, S. 86-92

- Rahman, S. / Kelion, A. (2004): Nuclear cardiology in the UK: Do we apply evidence based medicine? In: *Heart* 2004; August; 90 Suppl. 5: 37-40
- Remschmidt, H., Schmidt, M. & Poustka, F. (2002): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 oder WHO. Mit einem synoptischen Vergleich von ICD-10 und DSM-IV. Hans Huber Bern
- Rogers, S.J. (1998): Empirically Supported Comprehensive Treatments for Young Children with Autism. In: *Journal of Clinical Child Psychology* 27 (2): 168-179
- Rorty, R. (Hrsg) (1967): *The Linguistic Turn*. Chicago
- Sackett, D. et al. (1996): Evidence-based medicine: What it is and what it isn't. In: *British Medical Journal*, 312, 71-72
- Sapey, Bob (2004): Practice for What? The Use of evidence in social work with disabeld people. In: Smith, David (2004): *Social Work and Evidence Based Practice*. London Jessica Kingsley
- Schirmer, B. (2006). *Elternleitfaden Autismus*. Trias Verlag Berlin
- Shlonsky, A. / Gibbs, L. (2004): Will the real evidence based practice please stand up? Teaching the process of evidence-based practice to the helping professions. In: *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 4, S. 137-153
- Shlonsky, A. / Wagner, D. (2005): The Next Step: Integrating Actuarial Risk Assessment and Clinical Judgment into an Evidence-Based Practice Framework in CPS Case Management. In: *Children and Youth Services Review*, 27(3), S. 409-427
- Siedschlag, A. (Hrsg) (2006): *Methoden der sicherheitspolitischen Analyse*. Eine Einführung. VS Verlag Wiesbaden

- Simpson, R.L. / McKee, M. / Teeter, D. / Beytien, A. (2007): Evidence-Based Methods for Children and Youth with Autism Spectrum Disorders. In: Stakeholder Issues and Perspectives, *Exceptionality* 15(4): 203-217
- Smith, David (2004): *Social Work and Evidence Based Practice*. London Jessica Kingsley
- Sommerfeld, Peter / Hüttemann, Matthias (2007): *Evidenzbasierte Soziale Arbeit. Nutzung von Forschung in der Praxis*. Schneider Baltmannsweiler
- Speck, Otto (1987): *System Heilpädagogik. Eine ökologisch reflexive Grundlegung*. Ernst Reinhardt München
- Speck, Otto (2003): *System Heilpädagogik. Eine ökologisch reflexive Grundlegung*. Ernst Reinhardt München
- Strachota, Andrea (2002): *Heilpädagogik und Medizin. Eine Beziehungsgeschichte*. Literas Wien
- Stocker, Christina (2003): *Anwendung des Ansatzes "Evidence Based Medicine" im Bereich der Behindertenhilfe*. Heidelberg
- Strauss, Anselm / Corbin, Juliet: *Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung*. Beltz Verlag Weinheim 1996
- Tenorth, H. E.; Tippelt, R. (Hrsg.) (2007): *Beltz Lexikon Pädagogik*. Beltz Verlag Weinheim und Basel
- Thalhammer, Manfred (1974): *Geistige Behinderung*. In: Speck, Otto: *Die Rehabilitation der Geistigbehinderten*. Ernst Reinhardt München

Theunissen G. / Plaute W. (1995): Empowerment und Heilpädagogik: ein Lehrbuch.
Lambertus Freiburg

Tröhler, U.: To Improve the Evidence of Medicine. The 18th Century British Origins of a
Critical Approach. Royal College of Physicians of Edinburgh. Edinburgh In: Kunz et
al. (2007): Lehrbuch Evidence Based Medicine. Köln, 2. Auflage

Turner, et al. (2008): Selective publication of antidepressant trial and its influence on
apparent efficacy. NEJM S. 252-260

Weidenbach, Pia (2006): Das Menschenbild als fundamentaler Baustein
sonderpädagogischer Theorie und Praxis im historisch-gesellschaftlichen
Wandlungsprozess.

Weinmann, S. et al. (2009): Verhaltens- und Fertigkeitenbasierte Frühintervention bei
Kindern mit Autismus. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und
Information

Yank, V. et al.: (2007): Financial ties and concordance between results and conclusions in
meta-analyses; retrospective cohort study. In: BMJ 2007 Dec. 8; 335 (7631)

Zuhorst, G. (2003): Eminenz-basierte, Evidenz-basierte oder Ökologisch-basierte
Psychotherapie? In: Psychotherapeutenjournal, 2(2), 97-104.

Internetadressen:

http://www.evidence.de/Ueber_EBM/ueber_ebm.html

(Stand 20..02.2011)

<http://www.cochrane.de>

(Stand: 14.02.2011)

<http://www.dimdi.de/dynamic/de/linkgalerie/hta-bericht-248>

(Stand: 24.02.2011)

http://opus.bsz-bw.de/phhd/volltexte/2010/7517/pdf/Heber_Dissertation_2010.pdf

(Stand: 18.02.2011)

<http://www.dimdi.de/dynamic/de/linkgalerie/hta-bericht-248>

(Stand: 24.02.2011)

http://www.ebm-netzwerk.de/grundlagen/images/levels_evidence.pdf

(Stand: 16.01.2011)

http://www.evidence.de/Ueber_EBM/ueber_ebm.html

(Stand: 14.02.2011)

<http://www.dimdi.de/dynamic/de/linkgalerie/hta-bericht-248>

(Stand: 24.02.2011)

<http://www.cochrane.org/about-us/evidence-based-health-care>

(Stand:05.01.2011)

15. Abbildungsverzeichnis

<u>Abbildung 1:</u> Unterschiede zwischen Frühkindlicher Autismus und Asperger Syndrom..	45
<u>Abbildung 2:</u> Levels of Evidenz	82
<u>Abbildung 3:</u> Das EBP-Modell	90
<u>Abbildung 4:</u> Evidenzbasierte Praxis als zyklisches Modell.....	91
<u>Abbildung 5:</u> Verfügbare Leitlinien im deutschsprachigen Raum.....	101

16. Lebenslauf

Persönliche Daten	
Name	Lang Stefanie
Adresse	Markgraf – Rüdigerstraße 6 – 10, 1150 Wien
Telefon	0664 / 883 80088
E-Mail	stefanie_lang@gmx.at
Geburtsdatum	25. Februar 1984
Geburtsort	Linz
Staatsbürgerschaft	Österreich
Familienstand	ledig
Ausbildung	
1990 – 1995	Musikvolksschule, Linz
1995 – 1999	Realgymnasium, Linz
1999 – 2003	Bundesoberstufenrealgymnasium, Linz, Matura
2003 - 2008	Studium des IDS Pflegewissenschaft, Universität Wien
seit 2004	Studium Pädagogik, Universität Wien
Sonstige Tätigkeiten	
1999 - 2002	Leitung und Betreuung Jungschargruppe in der Pfarre Guter Hirte in Linz Regenerierung und Zustellung von Tiefkühlmenüs bei Firma Vertriebsgesellschaft mbH Mahlzeit Linz
2002 – 2003	Markt- und Meinungsforschung bei Firma Jacksch und Partner in Linz
2002 - 2003	Markt- und Meinungsforschung bei Firma Jaksch und Partner
2003 - 2005	Postzustellung (Urlaubsvertretung) bei der Österreichischen Post AG in Linz
Seit Februar 2006	Lebenshilfe, Behindertenbetreuung in Wien
2011 - 2012	Entwicklung und Betreuung eines Workshops für Kinderrechte bei den Youth Olympic Games in Innsbruck für UNICEF