

Reflektierte Praxis

- 2.1 Herkunft und Konzept der reflektierten Praxis – 10
- 2.2 Reflektierte Praxis in Medizinalfachberufen und in der Medizin – 10
- 2.3 Praktische Vorgehensweise – 11
- 2.4 Fallbeispiel 1: siehe Box Fallbeispiel 1 – 14
- 2.5 Unterstützende Aktivitäten bei der reflektierten Praxis – 18
- 2.6 Güte der Evidenz aus der reflektierten Praxis – 18
- 2.7 Vor- und Nachteile der reflektierten Praxis – 19
- Literatur – 20

Das A und O im Therapiealltag ist das Miteinander zwischen Patient und Therapeut. Klappt es nicht, so gefährdet das nicht nur den Behandlungserfolg, sondern die Therapie wird auch eine Tortur für beide Seiten. Wirkt der Patient unkooperativ, misstrauisch, ablehnend, sollten beim Therapeuten die Alarmglocken klingeln. Den Kopf nun in den Sand zu stecken und nach dem Motto »Augen zu und durch« weiterzufahren, wäre vollkommen falsch. Häufig lässt sich das Problem lösen! Aber wie? Ist gerade kein Kollege zur Hand, den man um Rat fragen kann, muss man die Lösung selbst finden, am besten mit einer systematischen Vorgehensweise – so, wie sie die reflektierte Praxis bietet.

2.1 Herkunft und Konzept der reflektierten Praxis

Die reflektierte Praxis entwickelte **Donald A. Schön**¹ in den 1980er-Jahren für die Pädagogik. Die Methode sollte den Lehrern unter anderem helfen herauszufinden, warum ein Schüler nicht die erwartete Antwort gab oder warum er die Aufgabe nicht »richtig« löste, anstatt diesen Schüler einfach einer Kategorie der langsam Lernenden oder einer ähnlichen Kategorie zuzuordnen. Lehrer sollten vielmehr den gesamten Kontext überdenken, in welchem der Schüler die unerwartete Antwort oder »falsche« Lösung gab: Waren vielleicht die Instruktionen nicht eindeutig? Könnte ein anfängliches Missverständnis die spätere Verwirrung verursacht haben? Oder hätte der Lernende die Aufgabe besser visuell statt durch Erklärungen verstanden? Daher sei es notwendig, die Situation differenziert zu betrachten und genau zu analysieren, und hierfür entstand die reflektierte Praxis.

Zur reflektierten Praxis gehören die **reflection-in-action**, d. h. die Überlegung während der Situation, und die **reflection-on-action**, d. h. die Überlegung nach der Situation. Zusammengefasst beinhalten sie zunächst eine Überraschung, z. B. eine unerwartete Antwort des Schülers, dann die Analyse des eigenen Verhaltens und desjenigen des Schülers, eine erneute Aufgabenstellung und die Überprüfung, wie der Lehrende und Lernende die neue Situation wahrnehmen. Diese Schritte sollen helfen, die Situation zum Besseren zu verändern.

2.2 Reflektierte Praxis in Medizinalfachberufen und in der Medizin

Im Laufe der Zeit wurde die Methode der reflektierten Praxis auch für die Medizinalfachberufe und den medizinischen Bereich angepasst (Perkins et al. 1999, S. 10). Sie besteht aus mehreren Schritten:

- Der 1. Schritt beinhaltet gutes Zuhören und Beobachten, Hinterfragen, Ziehen vorläufiger Schlussfolgerungen und somit überlegtes Handeln während der Therapie.
- Im 2. Schritt reflektiert die Fachperson nach der Behandlung die Beobachtungen, die sie während der Therapie gesammelt hat, nochmals und analysiert die eigene, praktische Arbeit. Zudem sucht sie Gründe für die Beobachtungen. Wiederum zieht sie Schlussfolgerungen, um die Behandlungsstrategie entsprechend anzupassen. Danach setzt sie die Evidenz in die Praxis um, überprüft die Wirksamkeit und überlegt, ob sich auch Schlüsse für zukünftige Patienten daraus ziehen lassen.

➤ **Das 1. bzw. ursprüngliche Ziel der reflektierten Praxis ist, für den Klienten unbefriedigende und unpassende Vorgehensweisen aufzudecken, z. B. zweideutige Instruktionen oder eine für den Schüler ungünstige Lehrmethode.**

Dieses Ziel lässt sich direkt auf die Therapie übertragen. Wenn ein Therapeut z. B. bei einem Muskelstatus die Anleitung »Spannen Sie bitte den Armbeuger an« gibt, wird er auf Unverständnis stoßen. Fordert er dagegen den Patienten auf, die rechte Hand zur rechten Schulter zu bringen, führt er dies zudem noch selbst vor oder – noch besser – führt er die Bewegung zur Demonstration am Patientenarm durch, so erkennt der Patient, was von ihm erwartet wird.

Zusätzlich zum ursprünglichen Ziel der reflektierten Praxis lässt sich noch eine weitere Hilfe für die praktische Arbeit erkennen: Man kann diese Methode dazu benutzen, um individuelle psychologische Faktoren des Patienten und des Therapeuten im Kontext der Therapie zu analysieren, um die daraus gewonnenen Erkenntnisse in der Therapie mitzuberücksichtigen. Daraus ergibt sich ein weiteres Ziel:

➤ **Das 2. Ziel der reflektierten Praxis ist, die Therapiesituation besser zu verstehen und das Miteinander zwischen Patienten und Therapeuten zu erleichtern.**

1 In den englischen Texten und Referenzen findet man statt »Schön« häufig den Namen »Schon«.



■ Abb. 2.1 Problemlösung

Dies ist ein nicht zu unterschätzender Punkt, denn es reicht nicht aus, selbst die bestmögliche Therapieform zu finden und anzubieten. Sie muss auch beim Patienten ankommen, er muss kooperieren, und dazu ist eine gute Atmosphäre zwischen Patienten und Therapeuten sehr hilfreich.

Die folgenden Abschnitte zeigen die verschiedenen Schritte der reflektierten Praxis auf und schlagen eine Reihe von Fragen vor, deren Beantwortung zur Lösung des Problems führen soll (■ Abb. 2.1). Die Grundthemen stammen als Basis von Schön (1987), Perkins et al. (1999) und Wright (1999). Sie wurden hier erweitert und konkretisiert. Anwender und Anwenderinnen der reflektierten Praxis sollten die Liste für ihr Arbeitsfeld anpassen, d. h. für sie unpassende oder unwichtige Fragen ignorieren und weitere Fragen ergänzen.

2.3 Praktische Vorgehensweise

2.3.1 1. Schritt: Überlegungen während der therapeutischen Situation (reflection-in-action)

Der 1. Schritt der reflektierten Praxis ist die reflection-in-action, d. h. die Überlegung während der Situation. Er beinhaltet eigene Beobachtungen, Zuhören und Hinterfragen, die Analyse der daraus gewonnenen Informationen und das Treffen erster Entscheidungen, wie die folgenden Abschnitte differenzieren.

Beobachten, Zuhören, Hinterfragen

Zunächst einmal sind gutes Beobachten, Zuhören und Hinterfragen notwendig. Wie bei allen Schritten der reflektierten Praxis sollte dies auch bei der reflection-in-action überlegt und systematisch erfolgen. Anhand geeigneter Fragen lassen sich wichtige Faktoren identifizieren, welche zum Problem beitragen könnten. Die Fragen helfen, Informationen gezielter zu sammeln. Zu berücksichtigen sind nicht nur solche zum Patientenverhalten, sondern auch zur Therapie-situation und zur eigenen Person, dem Therapeuten.

Die nachfolgend aufgeführten Fragen geben Beispiele zu diesen verschiedenen Aspekten.

2

Fragen zur Therapiesituation

- In welcher Therapiephase befinden Sie sich (z. B. Erstkontakt zum Patienten, chronische Therapiephase eines Langzeitpatienten)?
Dabei könnten z. B. folgende Fragen auftauchen:
 - Bei Erstkontakt: Sind Hemmungen vorhanden? Sind der Patient und Sie sich spontan sympathisch oder unsympathisch? Weiß der Patient, wozu er in die Therapie geht, weiß er, was ihn dort erwartet?
 - Bei der chronischen Behandlung eines Langzeitpatienten: Ist der Schwung in der Therapie dahin? Erwarten Sie oder der Patient so langsam ein besseres Ergebnis? Ist er übersättigt mit Therapie?
- Wird eine Gruppen- oder Einzeltherapie durchgeführt?
- Liegt eine vielschichtige Problematik vor?
 - Hat der Patient zusätzlich zur Behandlungsindikation (z. B. Schienenversorgung in der Handtherapie) andere gesundheitliche Einschränkungen (z. B. Schizophrenie, schwere Depression etc.)?
 - Liegen die Probleme nicht nur im Patienten begründet, sondern auch in seinem sozialen Umfeld?
- Ist die Therapieeinrichtung mit ihren Behandlungsschwerpunkten, Räumlichkeiten, Therapiegeräten und Material überhaupt geeignet für den Patienten?

Fragen zum Verhalten und Befinden des Patienten

- Was beobachten Sie am Patienten?
 - Versteht der Patient, was von ihm verlangt wird?
 - Gibt er die erwarteten Antworten (z. B. beim kognitiven Training), kann er die Bewegungsübungen entsprechend der Anleitung durchführen (motorisch-funktioneller Bereich) etc.?
 - Stellt er selbst Fragen, z. B. über sein Krankheitsbild oder über die Therapie?
 - Macht er Fortschritte? Entsprechen die Fortschritte Ihren eigenen Erwartungen bzw. Ihren Erfahrungen mit anderen Patienten?
 - Macht er einen über- oder unterforderten Eindruck?

- Wie reagiert der Patient?
 - Kooperiert er, wie ist seine Compliance?
 - Ist er fröhlich, verkrampft, unsicher, euphorisch, verschlossen, aggressiv, gelangweilt etc.?
 - Läuft er während der Therapie fort?
- Welche wichtigen verbalen und nonverbalen Informationen gibt der Patient?
 - Akzeptiert der Patient die Vorgehensweise?
 - Ist er mit der Therapie zufrieden?
 - Nimmt er Fortschritte wahr?
 - Äußert er selbst Therapieziele, die ihm wichtig sind?
 - Welche positive oder negative Kritik übt er an Ihnen?
 - Findet er es schade, wenn die Therapiesitzung zu Ende ist?
- Welches Verhalten empfinden Sie als besonders störend oder besonders motivierend?

Fragen zu Ihrem eigenen Verhalten und Befinden

- Was beobachten Sie an sich selbst?
 - Fühlen Sie sich bei der Behandlung des Krankheitsbildes kompetent genug?
 - Wo haben Sie Wissenslücken?
 - Fühlen Sie sich wohl im Umgang mit dem Patienten?
 - Sind Sie mit dem bisherigen Behandlungsergebnis zufrieden?
 - Bemühen Sie sich herauszufinden, was der Patient will oder nicht will?
 - Nehmen Sie eine für den Patienten geeignete therapeutische Haltung ein?
 - Bevormunden Sie den Patienten?
 - Haben Sie die notwendige Nähe zu dem Patienten, aber auch die notwendige Distanz?
 - Leiden Sie mit dem Patienten?
 - Identifizieren Sie sich mit dem Patienten?
 - Färbt sein Verhalten auf Sie ab?
- Wie reagieren Sie auf den Patienten?
 - Behandeln Sie den Patienten gerne?
 - Sind Sie fröhlich, entspannt, aggressiv, gelangweilt, etc.?
 - Haben Sie Angst vor dem Patienten?
- Welche eigenen Reaktionen empfinden Sie selbst als negativ?

Fragen zur therapeutischen Handlung

- Ist die therapeutische Methode für die gegebene Situation die beste?
- Behandeln Sie zu vorsichtig oder zu forciert?

- Über- oder unterfordern Sie den Patienten?
- Bieten Sie genug Abwechslung oder sogar zu viel?
- Ist Ihr Umgangston angemessen?

Analyse

Die Informationen, Beobachtungen und Eindrücke sind nun genauer zu analysieren. Wichtig ist dabei, mögliche Ursachen herauszufinden. Dies geschieht anhand der oben aufgeführten Fragestellungen, welche nun nach dem **Warum** fragen:

- Warum haben Sie (so) gehandelt?
- Warum haben Sie sich so dabei gefühlt?
- Warum hat der Patient Ihre Aufgabenstellung nicht verstanden oder nicht richtig gehandelt?
- Warum hat der Patient so reagiert?
- ...

Praxistipp

Damit Sie die Problemstellung sowohl umfassend als auch effizient beleuchten und bearbeiten, empfiehlt sich Folgendes:

- Stecken Sie beim Schritt »Beobachten, Zuhören, Hinterfragen« mithilfe breit gefächelter Fragen das Feld ab, um keine möglicherweise relevanten Aspekte zu übersehen.
- Konzentrieren Sie sich ab den Warum-Fragen bereits nur noch auf diejenigen Fragen, welche für die Problemstellung relevant sein könnten.

Treffen erster Entscheidungen

Der Therapeut zieht aus diesen Beobachtungen, Informationen, In-Frage-Stellen und Überlegungen bereits während der Therapie erste Schlussfolgerungen. Daraus trifft er Entscheidungen darüber, welche therapeutischen Handlungen er durchführen möchte und welche eigenen Verhaltensweisen sinnvoll sind.

Eine detailliertere Anleitung, wie man zu Lösungen kommt, findet sich erst unten im 2. Schritt, denn die Suche nach sinnvollen Änderungen und Alternativen sollte man möglichst schriftlich festhalten, was während der Therapie kaum möglich ist.

2.3.2 2. Schritt: Überlegungen nach der therapeutischen Situation (reflection-on-action)

Der 2. Schritt der reflektierten Praxis ist die reflection-on-action, d. h. die Überlegung nach der Situation.

Dazu gehören die nochmalige Reflexion der vorhergehenden Überlegungen und Handlungen sowie die Entwicklung und die Auswahl verschiedener Lösungen.

Nochmalige Reflexion

Die Fachperson reflektiert die Situation und die Handlungen im Nachhinein nochmals. Dabei kann sie sich dieselben Fragen wie im 1. Schritt nochmals stellen.

Da man in diesem Augenblick nicht mehr am Patienten arbeitet, lassen sich die Fragen etwas mehr aus der Distanz beantworten, was häufig zu einer objektiveren Beurteilung führt. Außerdem sind noch folgende Überlegungen sinnvoll:

- Aufdecken von Lücken
 - Gibt es Informationen, die Ihnen während der Therapiesituation entgangen sind und welche in dem Moment nützlich gewesen wären? Warum ist das passiert?
 - Welche fachlichen Kenntnisse wären von Nutzen gewesen?
- Erstes Feedback während der Therapie
 - Wenn Sie bereits während der Therapiesituation die eigene Verhaltensweise oder die Behandlungsstrategie aufgrund der reflection-in-action geändert haben: Führte diese Änderung zu einer besseren Situation oder zu einem besseren Verständnis der Situation?

Praxistipp

Wenn Ihnen kaum Zeit direkt nach der Behandlung für die Reflexion bleibt, empfiehlt es sich, in 4, 5 Sätzen bzw. in Stichpunkten das Wichtigste zu notieren, um die Reflexion später wieder aufnehmen zu können. Dazu gehören:

- Beobachtungen, was Ihnen am Patienten aufgefallen ist, z. B. »versteht mich nicht«, »wirkt mürrisch«.
- Überlegungen, welches die möglichen Ursachen sind, z. B. »unklare Anleitungen?«, »kognitive Einschränkungen des Patienten?«, »Schmerzen, die er nicht äußert?«.
- Ideen, welche Maßnahmen sinnvoll sein könnten, z. B. »weitere Informationen einholen«.

Falls das Problem in der Therapie bereits gelöst wurde, sind keine weiteren Schritte notwendig.

Entwickeln von Lösungen

Nach der Reflexion erfolgt die Suche nach Lösungen. Dazu erstellt der Therapeut schriftlich eine Liste mit möglichst vielen Lösungsvorschlägen zu der Problemstellung, wie beispielsweise:

- Bezüglich der Behandlungsmethode gäbe es als Alternative noch: ...
- Über folgende Themen muss ich mehr Informationen einholen: ...
- Ich sollte den Patienten vor der weiteren Therapie zunächst nach seinen persönlichen Zielen fragen.
- Ich muss dem Patienten zuerst folgende Informationen geben: ...
- Ich muss meine Erwartungen etwas zurückschrauben und den Patienten weniger unter Druck setzen.
- Der Patient wäre besser in einer Gruppen- als in einer Einzeltherapie aufgehoben.
- Ich werde den Angehörigen dringend ans Herz legen, ...
- Alleine kann ich das Problem nicht lösen. Es wäre besser, einen Kollegen einmal mit in die Behandlung zu nehmen und mich beraten zu lassen.
- Der Patient sollte in einer anderen Therapieeinrichtung behandelt werden, die besser auf das Krankheitsbild zugeschnitten ist.
- ...

Auswahl von Lösungen

Schließlich wählt die Fachperson aus der Liste diejenige(n) Lösung(en) aus, welche sie für besonders geeignet hält und welche sich voraussichtlich in die Praxis umsetzen lassen.

Zudem ist sinnvoll, sowohl bei den Beobachtungen als auch bei der Erarbeitung der Lösungsvorschläge die Meinung anderer einzuholen, falls diese Möglichkeit besteht, beispielsweise von Kollegen und Kolleginnen oder Experten und Expertinnen.

2.3.3 3. Schritt: Umsetzen der Evidenz in die Praxis und Überprüfen der Wirksamkeit

Die Beobachtungen, deren Analyse und die daraus resultierenden Schlussfolgerungen verschaffen – wenn auch in bescheidenerem Maß als in der Wissenschaft – Zugang zur Evidenz. Ob diese wirklich zutrifft, muss sich erst in der Praxis beweisen, indem man die therapeutischen Handlungen oder das Verhalten entsprechend ändert und wiederum reflektiert, ob diese Änderungen zu einer Verbesserung geführt haben.

Praxistipp

Selbstverständlich könnten auch andere Faktoren zu einer Verbesserung beigetragen haben. Wenn nichts dagegen spricht – warum nicht den Patienten fragen, was er dazu meint? Dabei ist zu berücksichtigen, dass Sie als Therapeutin oder Therapeut eine subjektive Sichtweise haben. Sie sollten das Gespräch nicht beginnen mit »Am Anfang haben Sie meine Anleitung nicht verstanden«, sondern: »Zu Anfang hatte ich den Eindruck, dass Sie nicht richtig wussten, was Sie auf meine Anleitung hin tun sollten«. Es empfiehlt sich im Anschluss eine offene Frage, damit der Patient noch unvoreingenommen von Ihren umgesetzten Maßnahmen ist, z. B. »Haben Sie Ideen, was Ihnen geholfen hat, diese Schwierigkeit zu überwinden?« Danach können Sie Ihre eigenen Lösungsstrategien aufzeigen, um sie vom Patienten beurteilen zu lassen.

Die Überprüfung – ob ohne oder zusammen mit dem Patienten – führt dann zu den letzten Fragen:

- Was haben Sie aus der Situation gelernt, was für zukünftige Entscheidungen wichtig sein könnte?
- Sind die Problemstellung des Patienten und die getesteten Lösungen eher als Einzelfall aufzufassen oder lassen sich die Schlussfolgerungen auch auf andere Patienten übertragen? Gibt es bei der Verallgemeinerung gewisse Voraussetzungen zu beachten (z. B. bestimmte Eigenschaften des Patienten, welche vorhanden sein müssen)?

Praxistipp

Ihnen steht ein Übungsblatt zur Durchführung der reflektierten Praxis zur Verfügung (Internet-Link für Download: ► <http://extras.springer.com>).

2.4 Fallbeispiel 1: siehe Box Fallbeispiel 1

2.4.1 Durchführung der reflektierten Praxis

Aufgrund ihrer mangelnden Routine im therapeutischen Alltag überfordert es die Therapeutin, bereits Ursachen und Lösungen während der Therapie zu suchen. Deshalb beschränkt sie sich darauf, Eindrücke

Fallbeispiel 1

Eine Ergotherapeutin, die gerade ihr Examen abgelegt hat, nimmt ihre erste Stelle in einer Rehabilitationsklinik im Bereich Querschnittslähmung an. Ihr erster Patient, seit ein paar Tagen im Paraplegiker-Zentrum, ist ein ca. 80-jähriger Mann mit kompletter Paraplegie. Er stammt aus der französischen Schweiz und versteht kaum

Deutsch. Sie soll nun einen Befund aufnehmen.

Beim Erstkontakt nimmt sie einen ergotherapeutischen Befund auf, der die soziale Situation, Wohnungssituation, Mobilisation etc. umfasst. Da der Patient nur Französisch spricht, verläuft die Konversation mit ihrem Schulfranzösisch aus längst vergangenen Tagen nicht ganz

reibungslos, aber eine Verständigung ist trotzdem möglich. Trotz aller Bemühungen wirkt der Patient mürrisch und abweisend, was dazu führt, dass die noch unerfahrene Therapeutin verunsichert ist. Sie fühlt sich mit dem Patienten unwohl und die Vorstellung, ihn über mehrere Monate in der Rehabilitation zu begleiten, machen ihr eher Angst.

zu sammeln und die Schwierigkeiten wahrzunehmen und führt die Analyse sowie die weiteren Schritte im Nachhinein durch.

(Anmerkung zum Fallbeispiel: Aufgrund der Vielfalt des Fragenkatalogs wurden beim Fallbeispiel nicht-relevante Fragen z. T. ausgelassen und manchmal die übergeordneten statt der sehr detaillierten Fragen gewählt).

Beobachten, Zuhören, Hinterfragen Fragen zur Therapiesituation

Die Therapeutin beantwortet die Fragen und schreibt weitere Gedanken dazu auf.

- In welcher Therapiephase befinden Sie sich?
Es ist der Erstkontakt zum Patienten. Ich werde den Patienten ca. 5 Monate im Rehabilitationszentrum behandeln.
- Sind Hemmungen vorhanden? Sind der Patient und Sie sich spontan sympathisch oder unsympathisch?
Es könnte sein, dass der Patient eine kleine Anlaufphase braucht, dass er nicht spontan auf andere zugehen kann. Unsympathisch ist mir der Patient eigentlich nicht, umgekehrt kann ich es nicht beurteilen. Sicherlich ist hinderlich, dass er kaum Deutsch redet oder versteht und mein Französisch etwas holprig ist.
- Weiß der Patient, wozu er in die Therapie geht, weiß er, was ihn dort erwartet?
Ich nehme an, dass der Patient mit Therapien bereits vertraut ist, da er bereits aus einem anderen Krankenhaus überwiesen wurde und schon ein paar Tage hier ist.
- Wird eine Gruppen- oder Einzeltherapie durchgeführt?
Einzeltherapie.

- Liegt eine vielschichtige Problematik vor?
Dafür liegen keine Anhaltspunkte vor, aber sicher ist das nicht.
- Ist die Therapieeinrichtung mit ihren Behandlungsschwerpunkten, Räumlichkeiten, Therapiegeräten und Material überhaupt geeignet für den Patienten?
Die Einrichtung ist eine Spezialklinik für dieses Krankheitsbild.

Fragen zum Verhalten und Befinden des Patienten

- Versteht der Patient, was von ihm verlangt wird, gibt er die erwarteten Antworten?
Der Patient versteht alles und liefert passende Antworten.
- Stellt er selbst Fragen, z. B. über sein Krankheitsbild oder über die Therapie?
Nein. Er selbst stellt weder Fragen über sein Krankheitsbild noch über die Therapie.
- Macht er einen über- oder unterforderten Eindruck?
Der Befragung (Erstbefund) nach zu beurteilen macht er keinen überforderten Eindruck.
- Kooperiert er, wie ist seine Compliance?
Der Patient kooperiert, indem er passende Antworten gibt, er scheint sich aber auf das Notwendigste zu beschränken.
- Ist er fröhlich, verkrampft, unsicher, euphorisch, verschlossen, aggressiv, gelangweilt etc.?
Er ist höflich-distanziert, etwas mürrisch und abweisend.
- Welche wichtigen verbalen und nonverbalen Informationen gibt der Patient?

Der Patient übt weder Kritik noch äußert er sich zur Ergotherapie. Eigene Wünsche und Ziele nennt er außerhalb der direkten Fragen im Rahmen des Befundes nicht. Nonverbal signalisiert er, dass er nicht sehr glücklich mit der (Therapie-)Situation ist.

- Welches Verhalten empfinden Sie als besonders störend oder besonders motivierend?
Seine mürrische Art finde ich störend und demotivierend. Durch seine Kooperation ist es zwar möglich, mit ihm zu arbeiten, aber hinsichtlich der langen Behandlungszeit würde es die Therapie sehr erleichtern, eine entspanntere Atmosphäre zu erreichen. Zudem wäre es sogar denkbar, dass seine Kooperationsbereitschaft mit der Zeit abnimmt.

Fragen zum eigenen Verhalten und Befinden

- Fühlen Sie sich bei der Behandlung des Krankheitsbildes kompetent genug?
Ich habe noch keine Therapieerfahrung, da ich neu bin. Das verunsichert etwas – vielleicht merkt das auch der Patient.
- Wo haben Sie Wissenslücken?
Ich kenne mich z. B. noch nicht detailliert mit Hilfsmitteln aus oder wie eine Wohnungsabklärung durchgeführt wird. Mein Französisch ist etwas holprig, und mir fehlen Fachausdrücke.
- Fühlen Sie sich wohl im Umgang mit dem Patienten?
Ich fühle mich nicht sehr wohl im Umgang mit dem Patienten und behandle ihn so, wie er sich jetzt gibt, nicht sehr gerne.
- Bemühen Sie sich herauszufinden, was der Patient will oder nicht will?
Vielleicht habe ich mich zu wenig darum bemüht herauszufinden, was der Patient will, evtl. auch wegen der Sprachprobleme.
- Haben Sie die notwendige Nähe zu dem Patienten, aber auch die notwendige Distanz?
Ich habe beim Erstkontakt eine zu große Distanz empfunden.
- Färbt sein Verhalten auf Sie ab?
Bisher noch nicht, aber auf Dauer kann das passieren.
- Wie reagieren Sie auf den Patienten?
Er verunsichert mich und ich fühle mich angespannt.
- Welche eigenen Reaktionen empfinden Sie selbst als negativ?

Die zunehmende eigene Zurückhaltung empfinde ich als negativ und kontraproduktiv.

Fragen zur therapeutischen Handlung

- Ist die therapeutische Methode für die gegebene Situation die beste?
Bezüglich der therapeutischen Handlung (Aufnahme des Erstbefundes) halte ich mich an den Standard, welcher in der Rehabilitationsklinik besteht. Ich gehe aufgrund der Spezialisierung und der jahrelangen Erfahrung meiner Kollegen und Kolleginnen davon aus, dass die Handlung gut ist.
- Behandeln Sie zu vorsichtig oder zu forciert?
Ich habe noch keine Übung darin, den Erstbefund aufzunehmen, und die Gesprächsführung selbst ist eventuell noch nicht gut genug. Vielleicht gehe ich z. B. zu sehr ins Detail, oder vielleicht vermittele ich dem Patienten zu wenig, warum ich welche Frage stelle.
- Ist Ihr Umgangston angemessen?
Ja, freundlich und respektvoll.

Analyse der Informationen, Beobachtungen und Eindrücke

Die Therapeutin analysiert die Problemstellung folgendermaßen:

Ich selbst bin neu im Rehabilitationszentrum, und ich gehe bei einem neuen Arbeitsplatz immer davon aus, dass alle anderen schon vertrauter mit der Situation sind. Daher habe ich zu wenig bewusst wahrgenommen, dass er ein frisch betroffener Patient und damit genauso ein »Neuling« ist. Dies könnte ihn verunsichern haben und es könnte sein, dass er einen hohen Informationsbedarf hat, auch wenn er selbst keine Fragen stellt. Diesen Informationsbedarf, vor allem über die Ziele und das Vorgehen in der Ergotherapie, habe ich sicher nicht befriedigend abgedeckt. Vielleicht hat er auch gemerkt, dass ich neu bin, und hat Angst, dass er nicht gut betreut wird. Die Sprachbarriere ist ein weiterer ungünstiger Faktor. Außerdem ist für den Patienten die Diagnose Querschnittslähmung ein sehr harter Schicksalsschlag. Psychische Verstimmungen bis hin zu schwerwiegenden Depressionen können bei einer solchen Diagnose auftreten und sind verständlich. Es ist auch möglich, dass er unabhängig von der Diagnose eine Depression hat. Zudem kenne ich den Menschen noch nicht, vielleicht war und ist es ja einfach seine Art, mit anderen (Fremden, Jüngeren, Frauen) umzugehen.

Nochmalige Reflexion

Zur Sicherheit, ob die Therapeutin nichts übersehen hat, schaut sie sich nochmals den Fragenkatalog an und überlegt, ob vielleicht noch weitere Fragen wichtig sein könnten. Ihr Eindruck ist, dass sie das Problem umfassend beschrieben hat. Zudem resultieren daraus schon einige mögliche Maßnahmen (s. u.), welche sie zunächst ausprobieren möchte. Sollten diese fehlschlagen, kann sie ja immer noch erneute Beobachtungen und Analysen durchführen.

Entwicklung und Auswahl von Lösungen

Die Therapeutin stellt sich eine Liste mit Lösungsvorschlägen zusammen. Daraus wählt sie folgende aus, welche voraussichtlich geeignet sind:

- Ich stelle mir eine Liste zusammen, welche Ziele in der Ergotherapie für Querschnittsgelähmte verfolgt werden und wie der Ablauf und die Methoden sind. Ich strukturiere die Liste nach den Inhalten und dem zeitlichen Ablauf in der Rehabilitation, damit er einen Überblick bekommt. Ich spreche aber auch an, dass Therapie immer individuell ist und dass es wichtig ist, dass der Patient mit seinen Vorstellungen und Wünschen die Therapie mitgestaltet. Die Liste schreibe ich auf Französisch auf und nehme sie zum Patienten mit, damit ich sie flüssig vortragen kann.
- Ich fordere ihn auf, frei heraus Fragen zu stellen, Wünsche zu äußern etc.
- Ich suche das wichtigste Fachvokabular, das regelmäßig in den Therapien auftauchen wird, in Französisch heraus und lerne die Begriffe, damit ich sie immer präsent habe.
- Ich bitte den Patienten, auf jeden Fall nochmals nachzufragen, wenn er aufgrund meiner Sprache oder aus anderen Gründen etwas nicht versteht.
- Ich sage dem Patienten, dass ich zwar neu bin, aber regelmäßig eine erfahrene Kollegin dazukommen und mich beraten wird und dass sie bei komplexeren Problemstellungen, wie z. B. der Wohnungsabklärung die Hauptverantwortung übernimmt.
- Wenn sich auch nach Durchführen der bisher genannten Lösungsvorschläge das Verhalten des Patienten nicht ändert, so werde ich Folgendes tun:
 - Ich erkundige mich beim Arzt, ob eine Depression vorliegt.
 - Ich frage den Patienten, ob und was ihn konkret in der Rehabilitationsklinik, an der Ergotherapie oder an mir stört (die Fragen stelle ich einzeln).

- Wenn ich den Eindruck habe, dass ich sein Verhalten nicht beeinflussen kann, da es nicht auf Faktoren beruht, die ich ändern kann, werde ich versuchen, mich mit seinem Verhalten abzufinden.

Umsetzung der Evidenz in die Praxis

Die Therapeutin bereitet die nächste Therapie entsprechend der oben genannten Problemlösungen vor und setzt die Strategien um. Den letzten Lösungsvorschlag, der nur als Notlösung gedacht ist, braucht sie nicht, denn der Patient nimmt die Informationen interessiert entgegen, bedankt sich dafür und das Eis ist gebrochen. Die weitere ergotherapeutische Rehabilitation verläuft in freundlicher und entspannter Atmosphäre.

Schlussfolgerungen für die Zukunft

Die Therapeutin fragt sich, was sie aus der Situation gelernt hat, was für zukünftige Entscheidungen wichtig sein könnte. Sie kommt zu folgenden Schlussfolgerungen:

Zunächst muss ich abklären, was der Patient von der Ergotherapie schon weiß, zumal gerade dieser Beruf unbekannter als z. B. die Physiotherapie, die Medizin und die Krankenpflege ist. Erwartungen und Wünsche des Patienten gilt es abzuklären. Ich sollte versuchen, eventuelle Vorurteile bzw. falsche Vorstellungen von der Therapie bei ihm abzubauen. Ich muss dem Patienten, wenn er sich in einer umfassenden Erst-Rehabilitation wie der unsrigen befindet, möglichst strukturiert einen Überblick verschaffen, was ihn in der Therapie erwartet, welche Ziele wir normalerweise aus unserer Sicht bei Menschen mit seiner Behinderung anstreben und was von ihm erwartet wird, z. B. eigene Ziele zu formulieren, Entscheidungen zu treffen etc.

Vielleicht gibt es jedoch auch Patienten, welche noch nicht mit den umfassenden Einschränkungen und Problemen, die mit der Behinderung einhergehen, zu Anfang konfrontiert werden können, um nicht jegliche Motivation zu verlieren. In diesem Fall könnte es besser sein, z. B. nur die **Nahziele** zu erläutern und die **langfristigen Behandlungsziele** erst zu einem späteren Zeitpunkt zu erläutern. Da sollte ich einmal erfahrene Kollegen und Kolleginnen nach ihren Erfahrungen fragen.

Wichtig ist sicherlich auch, dem Patienten Sicherheit zu geben. Momentan sollte ich mich noch auf erfahrene Kollegen berufen, wenn ich das Gefühl habe, der Patient sei diesbezüglich verunsichert. Mit zunehm-

mender eigener Erfahrung wird sich dieses Problem automatisch lösen.

2.5 Unterstützende Aktivitäten bei der reflektierten Praxis

Die reflektierte Praxis lässt sich durch verschiedene Maßnahmen unterstützen, um größere Objektivität zu erreichen und um sie im eigenen therapeutischen Alltag bzw. am Arbeitsort zu etablieren.

2.5.1 Erhöhung der Objektivität

Die reflektierte Praxis beruht auf subjektiver Evidenz. Das birgt die Gefahr, das eigene therapeutische Vorgehen verzerrt wahrzunehmen. Je nach Persönlichkeit des Therapeuten beurteilt er seine eigene Arbeit vielleicht als zu negativ oder – als Selbstschutz oder aus Selbstüberschätzung – zu positiv. Im einen Fall ändert er daher das therapeutische Vorgehen unge-rechtfertigt oder verstärkt es im anderen Fall, anstatt es kritisch unter die Lupe zu nehmen.

Praxistipp

Sie können versuchen, das Problem von außen zu betrachten. Stellen Sie sich dabei vor, der Therapeut wären nicht Sie selbst, sondern ein anderer, und Sie wären ein neutraler, fachkompetenter Beobachter. Schließlich fragen Sie sich: Was hätte ich von außen beim Patienten und beim Therapeuten beobachtet? Würde ich zu den gleichen Ergebnissen bei der Analyse und zu denselben Schlussfolgerungen kommen?

Sofern realisierbar, empfiehlt es sich, einen erfahrenen Kollegen im Sinne einer Supervision hinzuzuziehen. Wenn es notwendig und möglich ist, sollte dieser bereits bei der Therapie zugegen sein, damit er Beobachtungen aufzeichnen kann. Andernfalls greifen Sie nur auf Ihre eigenen Notizen und Analysen zurück. Abweichende Beobachtungen, Interpretationen und Schlussfolgerungen diskutieren Sie zusammen, um eine gemeinsame Lösung zu finden. Wichtig ist, dass der Kollege nicht einfach sagt, was Sie tun sollen, sondern dass er Ihre eigene Analyse des Problems und Entwicklung der Lösungsstrategien unterstützt.

Eine weitere Lösung ist, eine Gruppe zu gründen, welche die Problemstellungen bespricht.

2.5.2 Etablierung der reflektierten Praxis im Alltag

In der Hektik des Berufsalltags gehen gute Vorsätze wie die reflektierte Praxis schnell unter. Die aufgeführten Tipps sollen helfen, diese Methode zu etablieren.

➤ Die reflektierte Praxis soll dann zum Einsatz kommen, wenn es Probleme gibt.

In der Regel wird das nur wenige Patienten betreffen, wodurch sich die zusätzliche zeitliche Belastung auf Ausnahmen beschränkt.

Praxistipp

Verinnerlichen Sie (inhaltlich, d. h. kein Auswendiglernen) mögliche relevante Fragen für Problemsituationen im eigenen Arbeitsfeld. Das hilft, bereits während der Therapie umfassend zu reflektieren und es spart Zeit.

Führen Sie ein Tagebuch über den Praxisalltag.

Tritt eine problematische Situation auf, sollten Sie eine bestimmte Zeit (z. B. eine Stunde) reservieren, um die Arbeit zu reflektieren, falls es Ihre Arbeitssituation erlaubt. Vielleicht fällt auch in zeitlicher Nähe ein anderer Patient aus, wodurch eine Lücke entsteht? Notfalls müssten Sie einmal Freizeit dafür opfern – ein ernsthaftes Problem bei der Arbeit lässt viele Arbeitnehmer sowieso auch nach Feierabend nicht in Ruhe. Lieber eine Stunde konstruktiv an dem Problem arbeiten, als es den gesamten Feierabend mit sich herumzutragen.

Vermutlich kennen die eigenen Fachkollegen und -kolleginnen sowie Vorgesetzte die reflektierte Praxis nicht. Es kann sich als notwendig oder vorteilhaft erweisen, ihnen den Sinn, den Nutzen und die Vorgehensweise der reflektierten Praxis zu erklären und sie ihnen, sofern möglich, anhand eines Beispiels aus dem Berufsalltag zu veranschaulichen.

2.6 Güte der Evidenz aus der reflektierten Praxis

Wie bereits erwähnt wurde, ist die Evidenz, welche aus der reflektierten Praxis resultiert, eher **subjektiver** als objektiver Natur. Zudem entspringt sie keiner im wissenschaftlichen Sinne systematischen Untersuchung und stammt von nur einem Patienten. Aus diesen Gründen ist die **Güte der Evidenz geringer**

als bei den anderen Methoden des evidenzbasierten Arbeitens. Die Möglichkeit der Verallgemeinerung, also der **Generalisierbarkeit** der Ergebnisse, welche ein Kriterium für wertvolle Evidenz im wissenschaftlichen Sinn darstellt, ist nicht gegeben. Die Evidenz bezieht sich streng auf diejenigen Patienten, den der Therapeut behandelt hat. Für dessen Behandlung ist sie aber sehr wertvoll. Sorgfältige Überlegungen lassen zudem **Rückschlüsse über mögliche Verallgemeinerungen** bzw. Übertragungen der Erkenntnisse auf ähnliche Patienten zu, welche nach der Umsetzung in die Praxis aber einer Überprüfung bedürfen.

2.7 Vor- und Nachteile der reflektierten Praxis

Ein klarer Vorteil der reflektierten Praxis ist ihre **ausgeprägte Klientenzentriertheit**. Sie hilft bei der Arbeit mit dem eigenen Patienten. Im Hinblick auf die Nutzung für die Wissenschaft lassen sich zwar die Erkenntnisse aus der reflektierten Praxis nicht generalisieren, aber aus der individuellen Problemlösung könnten durchaus praxisrelevante Fragen als Grundlage für ein größeres Forschungsprojekt resultieren.

Weitere Vor- und Nachteile der reflektierten Praxis gingen bereits aus den vorhergehenden Abschnitten hervor. Sie lassen sich wie folgt ergänzen und zusammenfassen:

1. Vorteile

- **Know-how:** Die reflektierte Praxis kann man sich schnell aneignen. Wissenschaftliche Kenntnisse sind nicht notwendig.
- **Zeitfaktor:** Die reflektierte Praxis nimmt im Vergleich zu den anderen Methoden des evidenzbasierten Arbeitens wenig Zeit in Anspruch.
- **Finanzieller Aspekt:** Der finanzielle Aufwand ist gering und bezieht sich auf die investierte Arbeitszeit. Die Überlegungen während der Therapie bedeuten keinen finanziellen Verlust, da ja die Kostenträgerin die Therapie mit dem Patienten vergütet. Die Reflexion nach der Therapie lässt sich dagegen – je nach gesetzlichen Grundlagen des Landes – nicht oder evtl. nicht in vollem Umfang verrechnen.
- **Infrastruktur:** Die reflektierte Praxis benötigt meistens keine zusätzliche Infrastruktur. Ausnahmen bilden Messinstrumente und Therapiegeräte, bei denen die reflektierte Praxis mangelnde Qualität oder Eignung aufdeckt, sodass man sie durch neue ersetzt.

- **Unabhängigkeit:** Man kann die reflektierte Praxis immer durchführen, unabhängig davon, ob bereits Literatur zu der Problemstellung existiert oder nicht. Es spielt auch keine Rolle, ob sich das Problem auf nur einen oder auf mehrere Patienten bezieht.
- **Individuelle psychologische Faktoren:** In der Therapie können Situationen oder Therapeut-Patient-Konstellationen entstehen, welche auf der inter-individuellen Ebene schwierig sind. Diese psychologischen Faktoren des Patienten und des Therapeuten lassen sich mithilfe der reflektierten Praxis analysieren, damit der Therapeut die Therapiesituation besser verstehen und das Miteinander mit dem Patienten erleichtern kann.
- **Erfolgsbilanz:** Die reflektierte Praxis bezieht sich direkt auf den eigenen Patienten und zieht dort Bilanz, während z. B. Ergebnisse aus der Forschungsliteratur statistische Daten für Patientengruppen angeben, deren Schlussfolgerungen auf den eigenen Patienten evtl. nicht zutreffen.

2. Nachteile

- **Evidenz:** Die reflektierte Praxis erbringt im Vergleich zu den anderen Methoden die schwächste Evidenz, da sie auf subjektiven Wahrnehmungen und Interpretationen beruht und nicht systematisch im Sinne eines Experimentes geplant und durchgeführt wird. Die Generalisierbarkeit der Ergebnisse ist nicht möglich.
- **Argumentationsgrundlage:** Die Qualität der Therapie lässt sich zwar mithilfe der reflektierten Praxis verbessern, aber es mag bezweifelt werden, dass Kostenträger diese Art der Evidenz als schlagkräftige Beweise akzeptieren würden.

➤ **Ein Therapeut, der sich um die reflektierte Praxis bemüht, nimmt eine Grundhaltung ein, seine Arbeitsweise verbessern zu wollen. Allein darin liegt schon eine große Chance. Versucht er, größtmögliche Objektivität zu erreichen, ist die reflektierte Praxis eine praktikable Methode zur erwünschten Qualitätssteigerung.**

Literatur

- 2 Perkins ER, Simnett I, Wright L (1999) Creative tensions in Evidence-based Practice. In: Perkins ER, Simnett I, Wright L (Hrsg) Evidence-based Health Promotion. Wiley, Chichester, England
- Schon D (1987) Educating the reflective practitioner: towards a new design for teaching and learning. Jossey-Bass, San Francisco
- Wright L (1999) Doing things right. In: Perkins ER, Simnett I, Wright L (Hrsg) Evidence-based Health Promotion. Wiley, Chichester, England

Evidenzbasiertes Arbeiten in der Physio- und
Ergotherapie

Reflektiert - systematisch - wissenschaftlich fundiert

Mangold, S.

2013, XIX, 321 S. 40 Abb. Mit Online-Extras., Softcover

ISBN: 978-3-642-40635-5