



# DIPLOMA

PRIVATE STAATLICH ANERKANNTE HOCHSCHULE  
University of Applied Sciences

Burtchen

## Clinical Reasoning I

Studienheft Nr. 047

3. Auflage 07/2014

## **Verfasser**

### **Prof. Dr. Irene Burtchen**

Professorin im Fachbereich Gesundheitswissenschaften an der DIPLOMA Hochschule

## **Überarbeitung**

### **Dr. phil. Ilona Biendarra, Diplomtheologin (Univ.), Diplompädagogin (Univ.).**

Publikationen, Lehrbeauftragte, Dozentin und Referentin zu (gesundheits-) pädagogischen und theologisch-philosophischen Fragestellungen.

### **Marc Alexander Weeren, Diplom Pflegewirt (FH)**

Krankenpfleger, Rettungsassistent, Sekundarstufenlehrer, Autor und Lehrbeauftragter zu (pflegerisch-) pädagogischen Themen.

Leseprobe

© By DIPLOMA Private Hochschulgesellschaft mbH

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung und des Nachdrucks, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Diploma Hochschule

University of Applied Sciences

Am Hegeberg 2

37242 Bad Sooden-Allendorf

Tel. 05652/587770, Fax 05652/5877729

## Clinical Reasoning I

**Literaturhinweise.** Sie sollten diese Hinweise als ergänzende und vertiefende Literatur bei Bedarf zur Auseinandersetzung mit der jeweiligen Thematik betrachten. Finden Sie auch nach intensiver Durcharbeit keinen Weg zu befriedigenden

Antworten auf Ihre Fragen, geben Sie nicht auf. In diesen Fällen wenden Sie sich schriftlich oder fernmündlich an uns. Wir stehen Ihnen mit Ratschlägen und fachlicher Anleitung stets zur Seite.

Prüfungsaufgaben, die Sie zur Korrektur und Bewertung an uns schicken müssen, sind in der Regel Prüfungsvorleistungen. Diese Aufgaben und grundsätzliche Hinweise zu ihrer Bearbeitung erhalten Sie entsprechend dem Studienablaufplan gesondert.

Wenn Sie ohne Zeitdruck studieren, sind Ihre Erfolge größer. Lassen Sie sich also nicht unter Zeitdruck setzen. Pausen sind wichtig für Ihren Lernfortschritt. Kein Mensch ist in der Lage, stundenlang ohne Pause konzentriert und nutzbringend zu arbeiten. Machen Sie also auch mal Pause! Es kann eine Kurzpause mit einer Tasse Kaffee sein, eventuell aber auch ein Spaziergang in frischer Luft, der Ihnen erst einmal wieder etwas Abstand von Ihren Studienthemen bringt.

Wir wünschen Ihnen viel Erfolg bei der Bearbeitung dieses Studienheftes.

Ihre

DIPLOMA  
Private Hochschulgesellschaft mbH

# Clinical Reasoning I

<b>Inhaltsverzeichnis</b>	<b>Seite</b>
<b>Glossar</b> .....	<b>6</b>
<b>1. Einführung</b> .....	<b>11</b>
<b>2. Grundlagen des Clinical Reasoning</b> .....	<b>13</b>
2.1 Definition des Clinical Reasoning .....	13
2.2 Clinical Reasoning als Problemlösungsstrategie .....	13
2.3 Die Schritte des Clinical-Reasoning-Prozesses .....	14
2.4 Beispiel für die Schritte des Clinical-Reasoning-Prozesses .....	15
2.5 Aspekte der Hypothesenbildung .....	16
2.6 Clinical Reasoning im Kontext der Gesundheitsfachberufe .....	17
2.7 Metakognition: vom Novizen zum Experten .....	18
2.8 Das Krankheitskript .....	20
2.9 Fähigkeiten und Fertigkeiten .....	20
2.10 Diagnosestellung und Befunderhebung .....	21
<b>3. Formen des Clinical Reasoning</b> .....	<b>23</b>
3.1 Scientific Reasoning .....	23
3.2 Interaktives Reasoning .....	26
3.3 Konditionales Reasoning .....	28
3.4 Narratives Reasoning .....	30
3.5 Pragmatisches Reasoning .....	33
3.6 Ethisches Reasoning .....	35
3.7 Zusammenfassung .....	36
<b>4. Multigrade Clinical Reasoning</b> .....	<b>40</b>
4.1 Das Konzept des Multigrade Clinical Reasoning .....	40
4.2 Die Zusammenschau verschiedener Wissenschaften .....	41
4.3 Die Notwendigkeit von Schwerpunktsetzungen .....	48
<b>5. Anwendung des Multigrade Clinical Reasoning</b> .....	<b>52</b>
5.1 Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung als Anwendungsbeispiel .....	52
5.2 Übungen zur Entwicklung von Behandlungsleitlinien .....	59
5.3 Vom "Backward"- zum "Forward"-Reasoning .....	62
<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>66</b>
<b>Lösungsangebote zu den Übungsaufgaben LÖ</b> .....	<b>75</b>

## Clinical Reasoning I

<b>Diuretika</b>	harntreibende Mittel
<b>Dopamin</b>	biochemische Vorstufe von Noradrenalin und Adrenalin
<b>Dysgrammatismus</b>	Unvermögen, die Sprache nach den Regeln der Grammatik und Syntax zu gebrauchen
<b>Endokrin</b>	mit innerer Sekretion verbunden
<b>Epicondylitis humeri radialis</b>	Tennis-Ellenbogen
<b>episodisch</b>	vorübergehend
<b>Exploration</b>	Erhebung der Krankengeschichte
<b>FAO</b>	Abkürzung für „Food and Agriculture Organization“ der Vereinten Nationen
<b>Flashbacks</b>	Rauschzustand wie nach der Einnahme von Drogen, ohne dass eine solche Einnahme erfolgt ist.
<b>hyperkinetisch</b>	sich übermäßig bewegend
<b>Hypertrophie</b>	durch Mehrbeanspruchung bedingte Vergrößerung
<b>Hypokinese</b>	Mangel an Willkür- und Reaktivbewegungen sowie physiologischen Mitbewegungen
<b>Hypoxisch</b>	auf Sauerstoffmangel beruhend
<b>ICD-10</b>	Abkürzung für: International Classification of Diseases (in der 10. Fassung)
<b>ICF</b>	Abkürzung für: International Classification of Functioning, Disability and Health
<b>intentional</b>	zielgerichtet, zweckbestimmt
<b>Intentionstremor</b>	bei Willkürbewegungen auftretendes unkontrollierbares Zittern
<b>intermittierend</b>	mit Unterbrechungen verlaufend
<b>intraindividuell</b>	innerhalb des Individuums verlaufend
<b>Inzidenz</b>	Eintritt eines Ereignisses
<b>Karpaltunnelsyndrom</b>	Daumenballenschwund
<b>Klistier</b>	Darm-Einlauf
<b>Konstruktivistisch</b>	hergeleitet, methodisch konstruierend
<b>Kontext</b>	Zusammenhang
<b>Laxantien</b>	Abführmittel
<b>Lymphozyten</b>	weiße Blutkörperchen
<b>Mazeration</b>	Aufweichen der Haut

## Clinical Reasoning I

<b>Metakognitiv</b>	über die Kognition hinausgehend
<b>Methylphenidat</b>	Psychotonikum
<b>Mm.</b>	Abkürzung für: Musculi = Muskeln
<b>Musculus extensor carpi radialis</b>	Handstreckermuskel
<b>Musculus extensor digitorum communis</b>	Fingersteckermuskel
<b>Musculus scaleneus</b>	Rippenhaltermuskel
<b>Myokardinfarkt</b>	Schwere Herzmuskelschädigung, die zum Tod führen kann
<b>NANDA-I</b>	Abkürzung für: North American Nursing Diagnosis Association – International
<b>Nekrose</b>	Veränderungen des Gewebes, die nach Ausfall der Zellfunktion auftreten
<b>Neurofibrillen</b>	feinste fädige Differenzierungen des Zytoplasmas der Nervenzellen und ihrer Fortsätze
<b>Noradrenalin</b>	im Nebennierenmark und im gesamten sympathischen Nervensystem neben Adrenalin gebildetes Hormon
<b>Nucleus caudatus</b>	Schweifkern, dem Endhirn angehörender langgestreckter Kern
<b>Nystagmus</b>	Augenzittern
<b>Ökotrophologie</b>	Ernährungswissenschaft
<b>OPSI-Syndrom</b>	Abkürzung für "Overwhelming Postsplenectomy Infection"-Syndrom; als Komplikation nach Splenektomie auftretende bakterielle Infektion
<b>Overeaters Anonymous</b>	Selbsthilfegruppe für Übergewichtige, die nach den Regeln der Anonymen Selbsthilfegruppen arbeiten.
<b>Palliativmedizin</b>	aktive, ganzheitliche Behandlung einer progredienten Erkrankung, die auf kurative Behandlung nicht anspricht
<b>Parkinson-Syndrom, Stadium V</b>	extrapyramidales System infolge Degeneration dopaminergener Neurone in der Substantia nigra; Stadium V = ständig hilfebedürftig, Rollstuhl oder Bett
<b>paroxysmal</b>	in Anfällen auftretend
<b>Performanz</b>	Gebrauch, konkrete Realisierung
<b>persistierend</b>	fortdauernd
<b>Placebo</b>	Scheinmedikament (lat.: „ich werde angenehm sein“)
<b>Pneumokokkenvakzination</b>	Impfung gegen Streptokokken-Bakterien

## Clinical Reasoning I

<b>Tubensterilisation</b>	operative Unterbrechung der Eileiter
<b>UN</b>	Abkürzung für: United Nations = Vereinte Nationen
<b>vaskulär</b>	zu den Blutgefäßen gehörend
<b>vasomotorisch</b>	die Gefäßnerven betreffend
<b>Vena cava inferior</b>	untere Hohlvene
<b>Zeitreihenanalyse</b>	statistisches Verfahren zum Vergleich vielfacher Messungen in einem zeitlichen Verlauf
<b>Z.n.</b>	Zustand nach

Leseprobe

# Clinical Reasoning I

## 1. Einführung

Umfassende Veränderungen im Gesundheitswesen stellen an die professionell Handelnden immer neue Anforderungen:

- Durch den zunehmenden Wohlstand und den medizinischen Fortschritt in den Industrienationen steigen die allgemeinen Lebenserwartungen und Überlebens-Chancen auch nach lebensbedrohenden Ereignissen, wobei das Risiko der Pflege- bzw. Therapie-Bedürftigkeit zunimmt.
- Chronische und psychische Erkrankungen haben zugenommen.
- Die Finanzierung des Gesundheitswesens wird durch die Steigerung der Ausgaben und gleichzeitiger Reduzierung der Einnahmen aufgrund des demografischen Wandels zunehmend unsicher.
- Durch den technischen und pharmazeutischen Fortschritt sinkt die Aufenthaltsdauer in Krankenhäusern. Therapie und Pflege werden immer mehr in den ambulanten Bereich verlagert.
- Das soziale Netz hat sich durch die Auflösung von Großfamilien und die Forderung nach beruflicher Mobilität und Flexibilität verändert.
- Viele Berufe im Gesundheitswesen verändert sich kontinuierlich und sind dabei, sich von einer reinen „Erfüllungsgehilfenrolle“ zu einer selbstbewussten Profession mit einem eigenen wissenschaftlichen Anspruch zu emanzipieren. Dies bedeutet für die Professionellen eine stete Entwicklungsnotwendigkeit.

Für die Gesundheitsfachberufe bedeutet diese Entwicklung, dass das berufliche Handeln an die gewandelten Strukturen angepasst bzw. neu orientiert werden muss (vgl. von der Heyden 2008; Biendarra und Weeren 2009). Die Intensivierung des Wettbewerbs um Qualität und Wirtschaftlichkeit zwischen den verschiedenen Leistungserbringern und die Erhöhung der Transparenz über Angebote, Leistungen und Abrechnungen sollen nach dem Willen des Gesetzgebers noch stringenter verfolgt werden. Eine bessere Verzahnung des ambulanten und des stationären Sektors sowie der Ausbau der integrierten Versorgung gehören ebenfalls dazu.

Die Instrumente zur Qualitätssicherung (z. B. Qualitätszirkel, Qualitätsmanagement, Beachtung von Qualitätsstandards, Einholung von qualifizierten Zweitmeinungen) sollen so effektiv wie möglich genutzt werden. Pauschalvergütungen und Abstufungsregelungen werden vorgesehen, um einem systemimmanenten Anreiz zur Erbringung und Abrechnung medizinisch nicht notwendiger Leistungen entgegenzuwirken. Der Abbau von Über- und Unterversorgung soll durch ein neues Vertragsrechtsänderungsgesetz vorangetrieben werden. Die integrierte Versorgung als Instrument zur besseren Kooperation zwischen verschiedenen Leistungsbereichen und unterschiedlichen Heilberufen wird fortgeführt. Auch nichtärztliche Heilberufe können in die zugrunde liegenden Versorgungskonzepte mit einbezogen werden.

Die Liste der politisch gewollten Regelungen ließe sich noch weiter fortführen. Die angestrebte Stoßrichtung wird jedoch bereits an den bisher aufgeführten Punkten deutlich: Die Erwartungen an die Gesundheitsfachberufe steigen weiter. An ihre Kompetenzen werden hohe Maßstäbe angelegt. Zu diesen



# Clinical Reasoning I

## 2.6 Clinical Reasoning im Kontext der Gesundheitsfachberufe

*Untersuchungen zum CR konnten zeigen, dass der Therapeut oder Mediziner vor allem dann einen Lernfortschritt oder eine Weiterentwicklung erfährt, wenn er in der Lage ist, seinen Entscheidungsprozess zu reflektieren und seinen Lösungsweg zu verbalisieren (Aijawi&Higgs 2007 in Schade, Sandrieser 2011).*

*„Man überzeugt im allgemeinen besser durch Gründe, die man selbst gefunden hat, als durch die, die anderen eingefallen sind“. (Blaise Pascal, 17. Jh., französischer Religionsphilosoph)*

Clinical Reasoning ist ein Ansatz, um genau dieses tun zu können: Gründe für oder gegen etwas zu finden, diese gegeneinander abzuwägen und nach außen vertreten zu können. Das Prinzip, auf Grund von logischen und differenzierten Bearbeitens einer Fragestellung zu einer Entscheidung (Diagnose) zu kommen, ist berufsunabhängiges Kennzeichen professionellen Arbeitens. Eine Profession, ein Experte zeichnet sich gegenüber dem Zufall, dem Laien dadurch aus, dass sie, er weiß, warum er etwas tut und dies (wissenschaftlich abgesichert) begründen kann (Stichwort: Profession Pflege [Deutscher Pflegerat 2004]).

Das „Fließschema Clinical Reasoning Prozess im Verlauf der individuellen Diättherapie“ (Pohl 2011, 19) zeigt sehr anschaulich, wie die Schritte des Clinical Reasoning im Bereich der Ernährungstherapie Entscheidungsfindungen objektivieren und strukturieren.

Auch in der Logotherapie kommt Clinical Reasoning zum Einsatz, denn der Therapeut hat die Aufgabe „durch Interaktion die Intentionen, Ziele und Strategien in Bezug auf die klinische Fragestellung anhand klinischer Daten zu strukturieren und gleichzeitig die Anliegen und Werte des Patienten, sein eigenes therapeutisches Wissen und seine professionelle Urteilskraft zu berücksichtigen“ (Schade, Sandrieser 2011, 29). Am Beispiel des 10-jährigen Denis mit einer Stotterproblematik zeigen die Autorinnen auf, dass u.a. das konditionale Reasoning der Therapeutin ermöglicht, in die Welt des Betroffenen einzutauchen und das Problem aus seinem speziellen Sozialisationsprozess heraus zu betrachten (ebd. 30f). Anhand einer Hörgeräteproblematik bei einem 4-jährigen Jungen bearbeitet Rathey-Pötzke die verschiedenen Clinical-Reasoning-Perspektiven und macht deutlich, dass durch systematisches Fragen im Rahmen des Clinical-Reasoning-Prozesses Entscheidungsprozesse durchsichtig und damit reflektierbar werden. Darüberhinaus wird die Entwicklung eines *emotionalen Reasonings* angeregt, da die therapiebeeinflussenden Gefühle des Therapeuten so in das Bewusstsein kommen (Rathey-Pötzke 2011, 24f).

In der Rehabilitation kann man fragen, wie ein Patient als aktiver Akteur in die Behandlungsmaßnahmen eingebunden werden kann (Hengeveld 1998).

Sie sehen, dass Clinical Reasoning als eine Art „Denkrahmen“ (ebd., 26) berufsgruppenübergreifend Anwendung findet.

Des Weiteren teilt Clinical Reasoning das Bestreben, den Menschen im Ganzen seiner Individualität und (Lebens-)Bezüge in den Blick zu nehmen, so zum Beispiel mit der Ernährungstherapie (Lang 2013) und der Pflege (Piechotta, Kampen van, 2006; Juchli 2009). Mittels der verschiedenen Formen (vgl. Studienheft 172) sind Sie in der Lage, diesen Ansatz umsetzen zu können. Sie wissen, wo sie suchen und insbesondere Informationen, welche sich Dank des Internets teilweise zu Hauf generieren lassen, strukturieren können.

*„Das kritische Denken (clinical reasoning)“ (Buchholz et al. 2012, 588)*

## Clinical Reasoning I

1. Eine Diagnose stellen zu können ist eine Technik, die, will sie sich vom Zufall unterscheiden, nach bestimmten Regeln abläuft und den Laien vom Profi trennt. In dem Moment, in dem sich jemand als Professioneller versteht, muss er die Technik professioneller Entscheidungsfindung anwenden können.

2. Es wird immer wieder vorkommen, dass Sie eine angegebene Diagnose oder Therapie nicht teilen bzw. von ihr abweichen wollen. Dies müssen Sie, wollen Sie Gehör finden, begründet tun, und genau darauf bereitet Sie Clinical Reasoning vor.

3. Sowohl die internationale Praxis als auch die angespannte Finanzlage des bundesdeutschen Gesundheitswesens lassen die berechtigte Hoffnung zu, dass eine gewisse Selbstständigkeit auch in diesem Bereich kommen wird: Das deutsche Gesundheitssystem produziert unnötig Kosten, beispielsweise dadurch, dass Pflegemittel vom Arzt verordnet werden müssen.

Sehen Sie deshalb positiv in die Zukunft, und verstehen Sie die Arbeit in diesem Studiengang eben auch als Befähigung zum strukturierten Begründen bzw. Wiederlegen von etwas, mit dem Sie nicht nur im beruflichen Bereich überzeugen und sich behaupten können.

**Merke: Das Clinical Reasoning umfasst Strategien und Phasen der Informationssammlung und -auswertung, die eine gezielte Festlegung der jeweiligen therapeutischen bzw. Pflege-Diagnose ermöglichen.**

### Übungsaufgaben zur Selbstkontrolle:

# SK

1. Kennzeichnen Sie den Unterschied zwischen Fähigkeiten und Fertigkeiten im Clinical-Reasoning-Prozess.
2. Was sind "cues" beim Clinical Reasoning?
3. Wie viele Schritte umfasst der Clinical-Reasoning-Prozess?
4. Inwieweit hat der Schritt "cue acquisition" Einfluss auf weitere Schritte im Clinical-Reasoning-Prozess?

## Clinical Reasoning I

Vorgeschichte und die Perspektive zu beachten, die der Patient durch sein Verhalten zum Ausdruck bringt.

In der Interaktion mit dem Patienten ist bei den nonverbalen Verhaltensweisen immer auch die jeweilige kulturelle Prägung mit zu berücksichtigen. Wir lernen in unserem kulturellen Umfeld ganz bestimmte Zeichen für entsprechende Ausdrucksweisen kennen (vgl. auch Studienheft "Klinische Psychologie"). Was in der einen Kultur als freundliche Zuwendung, Höflichkeit oder Zustimmung gilt, kann in einer anderen als unzulässige Verletzung der Intimsphäre, provokante Aufdringlichkeit oder Ablehnung aufgefasst werden. Kenntnisse unterschiedlicher Umgangsformen bei Patienten aus anderen kulturellen Umgebungen sind unerlässlich, um eine vertrauensvolle Interaktion zu ermöglichen.

Als eine Zielsetzung der Strategie des Interaktiven Reasoning wurde schon die Aktivierung des Patienten genannt. Dazu gehören u.a. folgende Hilfsmittel:

- Anbieten von Auswahlmöglichkeiten
- Individuelles Eingehen auf das, was den Klienten interessiert
- Bestätigen von erfolgreichen Schritten
- Übernehmen von Aufgaben, die der Patient nicht alleine bewältigen kann
- Austauschen persönlicher Geschichten
- Anstreben gemeinsamer Problemlösungen.

Ein Patient kann beispielsweise Kompetenzen aufweisen, über die wiederum der Behandelnde nicht verfügt. Das Gefühl des gegenseitig voneinander Lernenkönnens ermutigt Patienten häufig, ihre Kompetenzen auch im Problembereich zu reaktivieren.

Feiler (2003) nennt mit Bezug auf Fleming (1994) folgende Fragen, die man sich dabei stellen sollte:

- Was weiß ich über den Menschen, den ich behandle (seine Lebenswelt, seine Bezugspersonen)?
- Was denkt und empfindet dieser Mensch in Bezug auf seine Krankheit und Behinderung?
- Wie verlief sein Krankheitserleben bisher?
- Wie sehen seine Einstellungen, Werte, Zukunftsperspektiven aus?
- Was empfinde ich für diesen Menschen? Mag ich ihn, ist er mir sympathisch/unsympathisch? Kann ich ihn akzeptieren, wie er ist?
- Mit welchen seiner Einstellungen, Verhaltensweisen, Meinungen kann ich nur schwer umgehen?
- Gelingt es mir, bei der Behandlung eine gute Beziehung herzustellen?
- Kann ich zuhören, was der Patient sagt und will, oder bin ich zu sehr mit meinen eigenen Gedanken beschäftigt?
- Was beobachte ich? Welche Interpretationen habe ich dazu? Wie überprüfe ich meine Interpretationen?
- Fördern meine Verhaltensweisen unsere Interaktion? Was kann bzw. sollte ich verändern?
- Welche Verhaltensstrategien verwende ich; welche kommen gut an, mit welchen kann der Patient nichts anfangen?
- Kann ich durch Kurse und Literaturstudium meine persönlichen Interaktionsfähigkeiten verbessern?
- Brauche ich kollegiale und professionelle Hilfe (Supervision), um meine Beziehung mit und zu dem Patienten zu reflektieren?

## Clinical Reasoning I

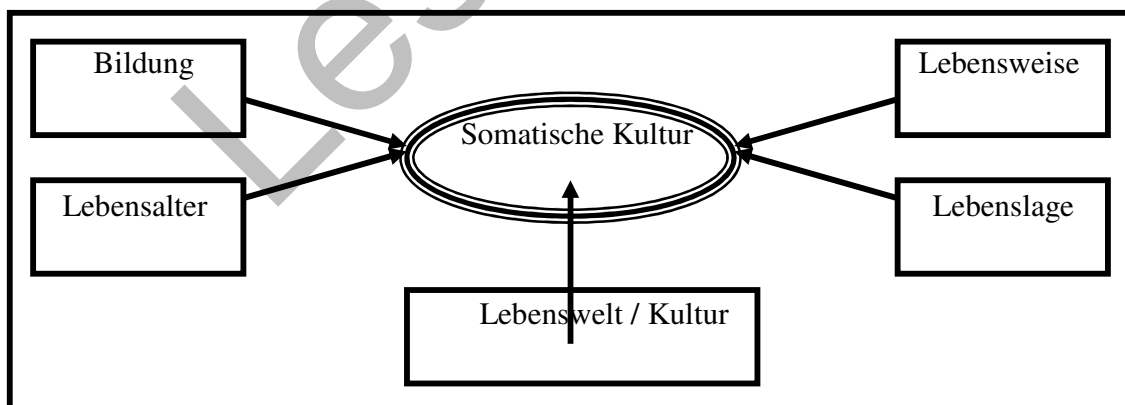
werden soll, sondern es wird das Bild beschrieben, wie beispielsweise die frühere Hotelköchin wieder in ihrer Küche steht und die Zutaten für eines ihrer Lieblingsgerichte zusammenstellt.

Diese Art von Zukunftsgeschichten können motivieren, die gewünschten Ziele baldmöglichst zu erreichen, wobei die Medizinalfachkraft als Katalysator dient, damit der Patient seinem Vorstellungsbild schrittweise näher kommen kann. Der Behandelnde gibt Struktur; er sucht nach bedeutungsvollen Erfahrungen des Patienten, weckt Intentionen und geht mit dem Patienten eine gemeinsame Verpflichtung ein, das selbst gesteckte Ziel auch möglichst zu erreichen. Er begleitet den Patienten ein Stück seines Weges; sie werden eine Zeit lang gemeinsame Geschichte schreiben, so dass der Patient die Fachkraft später als Teil seiner eigenen Geschichte betrachtet (Mattingly 1991).

*Das Leben mit seinen verschiedenen Epochen ist eine Schatzkammer. Wir werden reich in jedem Gewölbe beschenkt; wie reich, das erkennen wir erst bei dem Eintritt in das nächste Gewölbe (Christian Friedrich Hebbel, deutscher Dramatiker).*

Um die Bedeutung dieser Blickrichtung zu veranschaulichen sei zum einen exemplarisch auf Biendarra (2005; 2009) und Weeren (2008; 2009) verwiesen, die sich mit der Bedeutung der Lebensgeschichte und Narration beschäftigten und zum anderen auf den von Zwick (2009) eingeführten Begriff „**somatische Kultur**“ (Boltanski 1976) kurz eingegangen. Für Zwick (2009) erweist sich der menschliche Körper weiterhin als ein soziales Phänomen. Nicht nur seine äußere Erscheinungsform wird nach sozial vorgegebenen Kriterien gestaltet, auch wie er erlebt wird, wie er gedeutet wird, welches Wissen man über ihn hat und welche Einstellung man zu ihm hat ist von der jeweiligen Gesellschaft und Kultur geprägt. Diesem trägt sie mit der Einführung des Begriffes „**somatische Kultur**“ Rechnung, dass nämlich weder körperliche und seelische Prozesse noch Gesundheit und Krankheit verobjektiviert betrachtet werden können. Entscheidend ist vielmehr der reziproke Prozess zwischen dem Individuum und spezifischen Bedingungs- und Einflussfaktoren.

Das Gesamtfeld der Bedingungs- und Einflussfaktoren lässt sich analytisch entsprechend differenzieren und schematisch folgendermaßen darstellen:



Somatische Kultur bringt zum Ausdruck, dass das individuelle Erleben körperlicher Prozesse stets von sozio-kulturellen und biographischen Elementen geprägt ist. Körperliche und seelische Prozesse sowie Gesundheit (und Krankheit) können somit nicht verobjektiviert und entbiographisiert betrachtet werden. Das Erleben körperlicher, seelischer und geistiger Prozesse bzw. das Erleben von Gesundheit (und

# Clinical Reasoning I

geeigneten Weg zu finden, der die Behandlungsziele beachtet und entsprechende Maßnahmen beibehält, ohne in Gewissenskonflikte zu geraten.

*Wer gegen seine Überzeugung handelt, verrät die Wahrheit, verrät sich selbst (Novalis, deutscher Lyriker).*

Ebenso ergeben sich im Rahmen der Einordnung in eine professionelle Hierarchie häufig ethische Konfliktsituationen, wo die Medizinalfachkraft in ein Dilemma zwischen ihren eigenen Überzeugungen und Vorgaben von Vorgesetzten geraten kann, die dieser Haltung entgegenstehen. Wie geht man damit um, wenn man bestimmte Entscheidungen für und mit einem Patienten getroffen hat und von Vorgesetzten diese unter direkter oder indirekter Androhung von Konsequenzen rückgängig gemacht werden sollen? Wie verhält man sich, wenn eine Bevorzugung von Privatpatienten oder bestimmten Persönlichkeiten gefordert wird? Ein professionell Handelnder geht solche Konflikte durch jeweilige Prioritätensetzung an, wobei die eigene ethische Ausrichtung als Richtschnur dient.

In welche eine Spannung hier beispielsweise Pflegende kommen können, zeigt der Fall des jungen Komapatienten Peter K. aus dem Jahre 2001 (Kiefersfeldener Fall). Peter K wurde nach dem Komaeintritt in einem Pflegeheim versorgt und, obwohl er zu Lebzeiten künstliche lebensverlängernde Maßnahmen ablehnte, über eine Magensonde parenteral ernährt. Trotz juristischer Anstrengungen des Vaters in seiner Eigenschaft als Vormund diese Ernährung in Einklang mit dem Hausarzt zu unterlassen, weigerten sich die Pflegenden durch die Instanzen dieses zu tun. dem Wunsch des Vaters (Vormund) auf Einstellung zu entsprechen. „Es sei nicht ihre Aufgabe, das Sterben einzuleiten“ (Grabar 2002, A 1482).

Tolmein (2006) spricht im Kontext von Patientenverfügung darüber hinaus die Spannungssituationen an, wenn Patienten aus Angst vor dem Kostendruck verfügen, am Leben bleiben zu wollen, oder Menschen rechtzeitig angeben, im Falle von Demenz nicht mit Antibiotika behandelt werden zu wollen, dann tatsächlich daran erkranken, aber augenscheinlich das Leben trotz Demenz genießen.

**Merke: Unter Ethischem Reasoning wird das durch Wertvorstellungen, Einstellungen und Haltungen bestimmte Denken und Handeln verstanden.**

## 3.7 Zusammenfassung

Die in den vorherigen Abschnitten erläuterten Formen des Clinical Reasoning weisen teilweise enge Bezüge zueinander auf. Die vorgenommene Trennung der einzelnen Reasoning-Formen ist dabei rein pragmatisch und dient der Herausstellung der Charakteristika der einzelnen Denkweisen, das heißt, keine der beschriebenen Reasoning-Formen kann isoliert vollzogen werden.

Dies betonen auch Klemme und Siegmann (2006) und bieten eine Übersichtstabelle mit den wesentlichen Inhalten der beschriebenen Clinical-Reasoning-Formen an (Tabelle 4.2 in Klemme und Siegmann 2006, 40). Letztendlich bieten die verschiedenen Formen auch einen Weg an, einen komplexen Fall kreativ zu durchleuchten und sich die Fülle von Informationen zu strukturieren.

## Clinical Reasoning I

1. Beim **diagnostischen Reasoning** steht die Ermittlung der richtigen therapeutischen Diagnose im Mittelpunkt. Welche Aspekte des Falles müssen Sie deshalb erfassen?

---

---

2. Im Rahmen des **konditionalen Reasonings** geht es darum, den Patienten beim schwierigen Prozess der Lebensrekonstruktion zu unterstützen. Nennen die hierfür zu berücksichtigenden Punkte des Falles.

---

---

3. Alle therapiebedeutsamen Einflussfaktoren/Begleitumstände außerhalb der direkten Klient-Patient-Beziehung stehen im Mittelpunkt des **pragmatischen Reasonings**. Bei Herrn Engel sind das...

---

---

4. Sobald ein Therapeut auf den Patienten trifft, verändern die hierdurch bedingten Gefühle, Wahrnehmungen und Beobachtungen sein Denken und Handeln. **Interaktives Reasoning** strebt danach, diese Prozesse bewusst zu machen und den ganzen Menschen im Blick zu behalten. Welche Aspekte können in diesem Falls aus dieser Perspektive eine Rolle spielen?

---

---

5. Mit Hilfe des **narrativen Reasonings** sucht der Therapeut danach, die Bedeutung der Krankheit/Behinderung für den Patienten sowie dessen Lebenssituation zu erfassen. Im folgenden Fall könnte eine Geschichte innerhalb der Krankengeschichte wichtig sein. Nennen Sie diese

---

---

6. Das **ethische Reasoning** bezieht sich im Kern auf die behandlungsrelevanten Werte, Normen und Lebensführungsmaximen von Patient und Therapeuten. Im gegenständlichen Fall müsste folgende Problematik gelöst werden.

---

---

# Clinical Reasoning I

## **Fallbeispiel B (Logopädie):**

Ein sechsjähriger Junge wird in einer Logopädiepraxis vorgestellt, der mit der medizinischen Diagnose "Expressive Sprachstörung" (ICD-10:F 80.1) vom Kinderarzt dorthin überwiesen wurde. Es stellt sich heraus, dass das Kind in einer Familie lebt, in der eine "familiäre Sprachschwäche mit Krankheitswert" (Heilmittelkatalog, 2.Teil; II, 2.1) besteht. Die begleitende Mutter hat ebenfalls Schwierigkeiten, sich angemessen auszudrücken. Sie gibt jedoch zu verstehen, dass sie nur gekommen sei, weil man gedroht habe, ihr den Jungen wegzunehmen, wenn sie nicht mit ihm zur Sprech- und Sprachtherapie geht.

Der Junge selbst macht einen gutwilligen Eindruck. Aus seinen spontanen sprachlichen Äußerungen schließt die Logopädin auf einen Dysgrammatismus des Schweregrads 2 nach Lidemann (er spricht in Infinitiven). Die Therapeutin will aber erst einmal eine genauere Befundung vornehmen und fragt die Mutter, ob sie damit einverstanden sei. Diese reagiert nochmals unwirsch, allerdings zugleich auffallend indifferent. Da sie weder "ja" noch "nein" sagt, ergreift die Therapeutin die Initiative und meint, sie werde jetzt also einige Tests mit dem Jungen durchführen. Die Mutter könne solange warten und schon einmal den Aufnahmebogen ausfüllen oder in etwa einer dreiviertel Stunde wiederkommen. Dann könne man gemeinsam überlegen, wie es weitergehen sollte. Die Mutter verlässt daraufhin wortlos die Praxis, ohne allerdings den Sohn zum Mitkommen aufzufordern.

Da der Junge vertrauensvoll zur Therapeutin aufblickt, kann sie nun mit ihm ohne Schwierigkeiten die Befundung durchführen. Sie ist jedoch sehr unsicher, ob sie sich der Mutter gegenüber richtig verhalten hat. Sie fragt sich aber auch, was eine Therapie bewirken kann, wenn das Kind doch weiterhin in einer Umgebung lebt, in der offensichtlich weder die Möglichkeit noch die Bereitschaft besteht, eine Therapie tatsächlich zu unterstützen. Sie beschließt, nach der ausführlichen Befundung des Kindes und einem weiteren Gespräch mit der Mutter auch den überweisenden Kinderarzt und ggf. das zuständige Jugendamt zu kontaktieren, um Näheres abzuklären und möglichst geeignete Vorgehensweisen für eine adäquate Therapie zu entwickeln.

Aus dem Studium der Grund- und Nachbarwissenschaften ist der Logopädin bekannt, dass Behandlungsmaßnahmen, die nicht von der sozialen Umgebung des Betroffenen unterstützt werden, wenig Aussicht auf Erfolg haben. Andererseits sind die familiären Bindungen des Kindes gegenüber einer eventuellen Unterbringung bei einer Pflegefamilie oder in einem Kinderheim sorgfältig abzuwägen. Es könnten sich zusätzliche Schwierigkeiten ergeben, wenn der Junge von seiner Herkunftsfamilie getrennt wird. Die Therapeutin fühlt sich in einem Dilemma.

Was ist Ihre Meinung zu diesem Fall? Tauschen Sie sich bei der nächsten Präsenzveranstaltung mit Ihren Kolleginnen und Kollegen darüber aus.

## **Fallbeispiel C (Physiotherapie):**

Die Patientin hat mit 23 Jahren durch eine Überdosis Heroin einen hypoxischen Hirnschaden erlitten, der zu einem apallischen Syndrom und kompletter Tetraparese führte. Seit acht Jahren liegt die heute 31-Jährige als Rundum-Pflegefall in einem Heim. Sie bekommt seit sechs Jahren Ergo- und Physiotherapie. Die gesetzliche Vertretung hat ihre Schwester übernommen, die sie einmal pro Woche besucht. Zu anderen Familienmitgliedern gibt es keinen Kontakt. Die Schwester der Patientin sieht langsam keinen Sinn mehr in der Fortsetzung der therapeutischen Behandlungsmaßnahmen und bittet die Therapeuten, die junge Frau "endlich in Ruhe zu lassen, damit sie von ihrem Leiden erlöst wird".

Die Therapeuten haben ihre Aufgaben bisher gewissenhaft erfüllt. Da die Patientin vegetativ auf laute Geräusche und plötzliche Berührungen mit dem Öffnen der Augen, spastischen Massenbewegungen oder

## Clinical Reasoning I

Behandlung. Doch steht diese im Falle eines akuten Coronarverschlusses erst einmal im Vordergrund! Ebenso verhält es sich bei der ADHS von Kindern. Es gibt nicht die eine Maßnahme (Stichwort: Medikamente), und alles andere ist schmuckes Beiwerk. Nein, genau die Zusammenschau der verschiedenen Sichtweisen ist der richtige Weg, auch wenn beispielsweise bei dringenden Interventionen eine Richtung am wichtigsten ist (Stichwort: Zwangseinweisung).

Bezogen auf die jeweiligen Fallbeispiele könnte dies folgendes bedeuten:

Bei der Klärung der weiteren Vorgehensweise im Falle der Patientin bei Beispiel **A** könnten die psychologischen Theoriegrundlagen in den Mittelpunkt der Betrachtung gestellt werden. Pädagogische Erwägungen können dann erst zum Tragen kommen, wenn sich die psychische Verfassung der Betroffenen so weit stabilisiert hat, dass sie überhaupt in der Lage ist, auf pädagogische Anregungen zu reagieren.

Im Fall **B** werden die Zukunftsperspektiven des betroffenen Jungen wesentlich davon mitbestimmt sein, inwieweit er sich sprachlich angemessen auszudrücken vermag. Sowohl in der Ausbildung als auch im zwischenmenschlichen Bereich wird man von ihm erwarten, sprachliche Regeln adäquat anzuwenden. Daher spielen hier die pädagogischen und entwicklungspsychologischen Aspekte eine große Rolle. Die emotionalen und psychosozialen Begleitaspekte könnten dadurch berücksichtigt werden, dass der Junge zwar in ein förderlicheres Umfeld kommt, aber die bestehenden Familienbindungen nicht aufgegeben werden. Gegebenenfalls könnten auch die übrigen Familienmitglieder durch ein therapeutisches Förderprogramm betreut werden bzw. man könnte insgesamt eine systemische Perspektive der Familienbehandlung verfolgen.

Im Fallbeispiel **C** sind zunächst die gesetzlichen und ethischen Grundlagen ausschlaggebend. Obwohl die Patientin selbst nur über äußerst eingeschränkte Möglichkeiten der Willenskundgabe verfügt, sollten die Überlegungen der Schwester – die zwar die gesetzliche Vertretung der Patientin übernommen hat – nicht im Vordergrund stehen, da sie subjektiv befangen ist und außerdem nicht den Überblick über mögliche Therapieerfolge zu haben scheint. Aus den Erfahrungen insbesondere im Dritten Reich, wo das so genannte "lebensunwerte" Dasein zur Vernichtung zig-tausender Menschen geführt hat, ist gerade in unserem Kulturkreis die Aufmerksamkeit dafür geschärft worden, die menschliche Existenz nicht mit wertenden Kategorien zu belegen. Es erscheint wichtiger, der Schwester entsprechende Informationen und Hilfestellung zu geben, als die fachliche Versorgung der Patientin zu vernachlässigen. Ökonomische Aspekte sollten hier ebenso eher in den Hintergrund treten.

Zu Fallbeispiel **D** ist festzustellen, dass aus fachlicher Sicht zwar eine vorherige Aufklärung der Patientin stattgefunden hatte, aber die persönliche Situationseinbettung dabei nicht genügend berücksichtigt worden war. Sonst hätten die erst nach der Operation deutlich gewordenen Hintergründe rechtzeitig mit in die Entscheidungsfindung einbezogen werden können. Nun haben die Ärzte den Eingriff vorgenommen, wobei die physischen Folgen wesentlich weniger gravierend sind als die psychischen. Die Pflegeplanung sollte diesen Aspekt unbedingt beachten. Neben der Bereitschaft der Pflegekraft, der Patientin erst einmal in Ruhe zuzuhören und im Gespräch ihr Verständnis zu signalisieren, wären weitere Informationen, z. B. über mögliche psychotherapeutische Ansprechpartner und ggf. auch Refertilisierungsmaßnahmen, wichtig und angemessen, um die Patientin zu einer realistischen Einschätzung ihrer Ängste und Unsicherheiten gelangen zu lassen.

Selbst wenn eine psychotherapeutische Unterstützung im Rahmen des Krankenhausaufenthaltes nicht möglich ist, könnte der mitbehandelnde Psychiater gebeten werden, außer der Medikation einige stützende Beratungsgespräche mit der Patientin zu führen. Zudem sollte der Ehemann in die weiteren Planungsschritte einbezogen werden, um die Gefährdung der Ehe nicht noch zu verstärken.



# Clinical Reasoning I

## Hyperaktivität

- zappelt häufig mit Händen oder Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum,
- steht in der Klasse oder in anderen Situationen, in denen das Verbleiben in Sitzposition erwartet wird, häufig auf,
- läuft häufig herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen und Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegefühl beschränkt bleiben),
- hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen,
- ist häufig "auf Achse" oder handelt oftmals, als wäre er/sie "getrieben",
- redet häufig übermäßig viel.

## Impulsivität

- platzt häufig mit Antworten heraus, bevor eine Frage zu Ende gestellt ist,
- kann nur schwer warten, bis er/sie an der Reihe ist,
- unterbricht und stört andere häufig (platzt z.B. in Gespräche oder in Spiele anderer hinein).

B. Einige Symptome der Hyperaktivität-Impulsivität oder Unaufmerksamkeit, die Beeinträchtigungen verursachen, treten bereits vor dem Alter von sieben Jahren auf.

C. Beeinträchtigungen durch diese Symptome zeigen sich in zwei oder mehr Bereichen (z.B. in der Schule bzw. am Arbeitsplatz und zu Hause).

D. Es müssen deutliche Hinweise auf klinisch bedeutsame Beeinträchtigungen in sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsbereichen vorhanden sein.

E. Die Symptome treten nicht ausschließlich im Verlauf einer Tiefgreifenden Entwicklungsstörung, Schizophrenie oder einer anderen Psychotischen Störung auf und können auch nicht durch eine andere psychische Störung besser erklärt werden (z.B. Affektive Störung, Angststörung, Dissoziative Störung oder eine Persönlichkeitsstörung).

Wenn nur die Kriterien für Unaufmerksamkeit vorliegen, wird das Störungsbild **Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung, vorwiegend unaufmerksamer Typ (ICD-10: F 98.8)** kodiert; wenn nur die Kriterien für Hyperaktivität und Impulsivität vorliegen, wird der Subtypus **Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung, vorwiegend hyperaktiv-impulsiver Typ (ICD-10: F 90.1)** kodiert. Bei Personen (besonders Jugendlichen und Erwachsenen), die zum gegenwärtigen Zeitpunkt Symptome zeigen, aber nicht mehr alle Kriterien erfüllen, wird "teilremittiert" spezifiziert.

Wie Sie dieser Auflistung entnehmen können, sind nicht nur Kinder und Jugendliche von diesem Störungsbild betroffen, sondern auch Erwachsene. Auf diesen Aspekt soll später noch etwas ausführlicher eingegangen werden. Jetzt bleiben wir aber erst einmal beim Kindesalter.

Wie in folgender Tabelle beispielhaft dargestellt, sind folgende Klassifikationssysteme allgemein einschlägig und zu berücksichtigen:

1. die **International Classification of Diseases (ICD-10)** der Weltgesundheitsorganisation und
2. das **Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders** sowohl in der deutschsprachigen vierten Version (**DSM-IV**) als auch in der englischsprachigen Neubearbeitung (**DSM-V**).

## Clinical Reasoning I

		<p>excess of those required to make the diagnosis, or several symptoms that are particularly severe, are present, or the symptoms result in marked impairment in social or occupational functioning.</p> <p>Anmerkung: Differentialdiagnostisch muss ADHS u. a. von neuronalen Entwicklungsstörungen, Autismus, Substanzgebrauchsstörungen oder bipolaren Störungen abgegrenzt werden (American Psychiatric Associon 2013, 63ff).</p>
--	--	---

In den folgenden Abschnitten werden nun zwei gegensätzliche Positionen gegenübergestellt, die zum Einen auf dem XXVII. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie 2002 geäußert wurden (Ameri 2002), zum Anderen aus einer Veröffentlichung eines bekannten Kindertherapeuten (Bergmann 2006) stammen.

**Position A** (aus: Ameri 2002):

In den letzten Jahren wurden zunehmend Kenntnisse über die neurobiologischen Grundlagen der ADHS gefunden. Spezifische Schaltkreise im Gehirn, die Aufmerksamkeit, Motorik und Impulskontrolle regulieren, sind betroffen. Man kennt eine Reihe von Risikofaktoren, wie z.B. Alkoholembryopathien, Geburtskomplikationen und ein niedriges Geburtsgewicht; am wichtigsten scheint allerdings die genetische Disposition zu sein. Eine wesentliche Rolle scheinen dabei Veränderungen am D4-Dopaminrezeptor zu spielen.

Das gesamte Gehirn von ADHS-Patienten ist 4% kleiner, der rechte Frontallappen 8%. Bildgebende Untersuchungen haben Funktionsdefizite im Bereich des Frontallappens nachgewiesen. Auch die Basalganglien und das Cerebellum fallen geringer als bei gesunden Kindern aus. Diese volumetrischen Unterschiede entstehen bereits früh in der Entwicklung und bleiben dann bestehen. Sie werden weder durch Stimulanziengebe noch durch Umwelteinflüsse ausgelöst.

Bei ADHS zeigen verschiedene neuroanatomische und neurochemische Systeme Auffälligkeiten, es gibt z.T. Überfunktionen, z.T. Unterfunktionen. Neben dem Dopamin- ist auch das Noradrenalinssystem betroffen. Die Dichte der striatalen Dopamintransporter ist erhöht. Durch ihre Herabregulung ermöglicht Methylphenidat eine bessere Signalwirkung von Reizen. Fälschlicherweise wurde behauptet, dass die Substanz ein Parkinson-Syndrom auslösen könne.

Wie jüngste Studien zeigten, ist die Pharmakotherapie der ADHS einer alleinigen psychosozialen Therapie klar überlegen, sowohl im Hinblick auf die Symptomreduktion als auch auf sekundäre Fehlentwicklungen. Methylphenidat und Amphetamin werden am häufigsten eingesetzt und zeichnen sich durch ein gutes Nutzen-Risiko-Profil aus. In mehreren Studien wurde die Wirksamkeit des selektiven Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmers Atomoxetin (früher: Tomoxetin) nachgewiesen. Gegenüber

## Clinical Reasoning I

Der Ergotherapeut hält es aber doch für erforderlich, die Hand genauer untersuchen zu lassen. Bill geht also zum Arzt, der ihn nach dem Röntgen zur Physiotherapie überweist. Die Physiotherapeutin weiß nichts von der ADHS-Symptomatik des Jungen und wundert sich nur über sein "ruppig" und verschlossenes Auftreten, obwohl er vom Äußeren her sehr charmant wirkt.

**Übungsaufgabe:** Sollte der Ergotherapeut mit der Physiotherapiepraxis Kontakt aufnehmen? Begründen Sie Ihre Argumentation!  
Welche Maßnahmen sollten sonst noch ergriffen werden und warum?

Inzwischen hat sich sowohl die Hand des Jungen als auch sein unkontrolliert aggressives Verhalten zum Positiven entwickelt. Der Ergotherapeut freut sich, weil Bill langsam auch bessere Noten erzielt, vor allem im Rechnen und in Sachkunde. Nur im Fach Deutsch sind seine Leistungen nach wie vor unterdurchschnittlich. Er ärgert sich zwar darüber, sieht den Grund jedoch in der "blöden Lehrerin", die ihn nicht leiden könne. Ansonsten kommt der Junge in der Schule inzwischen ganz gut zurecht.

Eines Tages fällt dem Ergotherapeuten jedoch auf, dass Bill manchmal Gesichtszuckungen bekommt und dann auch zu stottern beginnt. Er beobachtet genauer, wann diese Störungen auftreten und wie sie ablaufen. Noch will er den Jungen nicht direkt darauf ansprechen, sondern sich erst ausführlicher mit der Symptomatik auseinandersetzen. Wie immer in der Therapiestunde führt er mit Bill ein Gespräch über dessen Erlebnisse und Gefühle in den letzten Tagen. Da platzt dieser heraus, dass er jetzt schon über einen Monat nicht mehr zu seinem Vater konnte. Der habe eine neue Freundin, die die Besuche des Jungen nicht wolle. Sie habe sich beschwert, dass sie dann immer zurückstehen muss und sich alles nur um ihn dreht. Der Vater will Ärger vermeiden und hat Bill deshalb mit Ausreden vertröstet. Das versteht er nicht; er ist wütend und enttäuscht. Aber eigentlich fühlt er sich hilflos. Seine Mutter habe gemeint, er solle doch froh sein, weil er dadurch mehr Zeit habe, sich mit seinen Freunden aus dem Judo-Verein zu treffen. Das sieht Bill jedoch anders.

Der Therapeut vermutet, dass die neuen Störungen durch die innere Anspannung des Jungen ausgelöst wurden. Er spricht zunächst ausführlich mit Bill über die derzeitige Situation und äußert seine Anteilnahme an dessen Gefühlen. Gleichzeitig versucht er ihm jedoch zu vermitteln, dass sein Vater ihn immer noch mag, aber wohl noch keine Idee habe, wie das Problem zwischen seiner Freundin und seinem Sohn zu lösen sei. Das bleibe sicherlich kein Dauerzustand, und Bill könne ja auch einmal selbst überlegen, wie man die Freundin in die gemeinsamen Aktivitäten von Vater und Sohn besser einbeziehen könnte. Nach einigem Nachdenken kommt der Junge auf den Vorschlag, das nächste Mal zu dritt zum Bowling zu gehen. Das befürwortet der Therapeut und bestärkt seinen Klienten darin, dies seinem Vater und der Freundin mitzuteilen.

Als Bill wieder nach Hause gegangen ist, überlegt der Therapeut, ob er weiter abwarten sollte, dass sich der Tic und das Stottern von selbst wieder legen, wenn der Konflikt mit dem Vater gelöst ist, oder ob er sofort schon weitere fachliche Unterstützung einholen sollte. Es gefällt ihm eigentlich nicht, immer wieder andere Behandelnde hinzuziehen zu müssen; er will aber andererseits auch nichts unterlassen, was seinem Klienten helfen könnte. Gefühlsmäßig wäre es ihm am liebsten, wenn er der alleinige Ansprechpartner für Bills Probleme bliebe, der ihm doch so sehr vertraut.

**Übungsaufgabe:** Wie würden Sie an der Stelle des Therapeuten weiter verfahren?  
Welche wissenschaftlichen Erkenntnisse können Sie zu Ihrer Entscheidungsfindung heranziehen?

## Clinical Reasoning I

### **Frage 3: Was antworten Sie hinsichtlich der medikamentösen Behandlung?**

- a) Die Medikation mit Methylphenidat (z. B. Ritalin) sei noch nicht ausreichend überprüft worden, deshalb raten Sie eher davon ab.
- b) Sie verweisen die Klientin an einen Arzt, da Sie für Medikationsfragen nicht zuständig sind.
- c) Sie bestätigen, dass es Studien gibt, die die Wirksamkeit von Methylphenidat bestätigt haben.
- d) Sie weisen darauf hin, dass es kontroverse Auffassungen zu diesem Thema gibt, kennzeichnen die gegensätzlichen Meinungen und überlassen es dann der Patientin, ob sie sich von ihrem Arzt ein entsprechendes Medikament verschreiben lassen möchte.
- e) Sie sagen, dass Sie zunächst eine differenzierte Befundung vornehmen müssen, bevor Sie weitergehende Aussagen treffen können.

Im vorliegenden Fall wurde die gewünschte Befundung durchgeführt. Zur Überprüfung von Konzentrationsleistungen im Erwachsenenalter stehen eine ganze Reihe von standardisierten Testverfahren zur Verfügung, die über die Deutsche Testzentrale in Göttingen zu beziehen sind; so zum Beispiel:

- Test d2 von Brickenkamp (2002)
- Frankfurter Aufmerksamkeits-Inventar (FAIR) von Moosbrugger und Oehlschlägel (1996)
- Frankfurter Adaptiver Konzentrationsleistungs-Test (FAKT-II) von Moosbrugger und Goldhammer (2006)
- Inventar komplexer Aufmerksamkeit (INKA) von Heyde (2000)
- Lern- und Gedächtnistest (LGT 3) von Bäumlner (1974)
- Salzburger Lesetest (SLT)
- Konzentrations-Verlauf-Test (KVT) von Abels (1974)
- Konzentrations-Leistungs-Test (KLT-R) von Düker und Lienert (neu bearbeitet von Lukesch und Mayrhofer (2001).
- ADHS Fremdbefragungsbogen nach DSM-IV.

Bei der besagten Patientin wurde der Test FAKT-II angewendet, da er computergestützt eingesetzt wird und das aktuellste Verfahren darstellt. Nach der Auswertung wird klar, dass die vorhandenen Konzentrationsleistungen zwar eingeschränkt sind, aber nicht so wesentlich, dass ein entsprechendes Training allein das Mittel zur Behebung der Störungen zu sein scheint. In der ausführlichen Anamnese wird dann deutlich, worin die Gesamtproblematik der Frau besteht: Sie wird leicht ungeduldig, ist impulsiv und immer auf der Suche nach einem "Kick". Seit ihr Mann sie verlassen hat, als ihr Sohn noch keine drei Jahre alt war (das ist jetzt fünf Jahre her), ist ihr Leben nur noch auf ihr Kind und das Geldverdienen ausgerichtet. Das empfindet sie als "trotlos"; manchmal möchte sie am liebsten "alles hinschmeißen". Die Verantwortung für ihren Sohn wächst ihr ebenfalls häufig über den Kopf. Sie fühlt sich oft innerlich "total leer".

Nach diesem Gespräch meint die Patientin, es habe ihr unheimlich gut getan, sich einmal aussprechen zu

## Clinical Reasoning I

- Feiler, M. (Hrg.):** Klinisches Reasoning in der Ergotherapie. Springer, Berlin/Heidelberg/New York 2003.
- Fleming, M.H.:** Conditional reasoning: creative meaningful experiences. In: Mattingly, C. und Fleming, M.H. (Eds.): Clinical reasoning: forms of inquiry in a therapeutic practice. F.A. Davis, Philadelphia 1994.
- Fleming, M.H.:** The therapist with the three track mind. American Journal of Occupational Therapy 1991, 45, 1007-1014.
- Flieger, K. et al.:** Das Neueste aus der Medizin 2006. Reader's Digest, Stuttgart 2006.
- Flor, H.; Birbaumer, N. und Turk, D.C.:** Ein Diathese-Stress-Modell chronischer Rückenschmerzen. In: Gerber, W.D. et al. (Hrg.): Verhaltensmedizin. Verlag Chemie- Edition Medizin, Weinheim 1987.
- Freudenberger, H. und North, G.:** Burnout bei Frauen. Fischer, Freiburg, 1992.
- Gadamer, H.-G.:** Über die Verborgenheit der Gesundheit. Suhrkamp, Frankfurt a.M. 1993.
- Gaßmann, R., Merchlewicz, M., Koeppel, A. (Hrsg.): Hirndoping – Der große Schwindel. Beltz Juventa, Weinheim/Basel 2013.
- Geissner, E. und Jungnitsch, G. (Hrg.):** Psychologie des Schmerzes - Diagnose und Therapie. Beltz/PVU, Weinheim 1992.
- Geissner, E.:** Die Schmerzempfindungs- Skala (SES). Hogrefe, Göttingen 1996.
- Geissner, E.:** Psychologische Schmerzmodelle - Einige Anmerkungen zur Gate-Control-Theorie sowie Überlegungen zu einem mehrfaktoriellen prozessualen Stresskonzept. Der Schmerz 1990/4, 184-192.
- Gordon, M. und Bartholomeyczik, S.:** Pflegediagnosen. Urban&Fischer, München 2001.
- Grabar, E.:** Sterbehilfe In den Tod pflegen. Deutsches Ärzteblatt 31. Mai 2002, Heft 22, A1482.
- Gschwend, G.:** Trauma- Psychotherapie. Huber, Bern 2004.
- Guggi, Ch.:** Kritisches Denken in der Pflege und Pflegediagnostik – ein Literaturreview über den aktuellen Stand der Forschung. Bachelorarbeit am Fachbereich Gesundheits- und Pflegewissenschaften an der Universität Graz, 26.09.2011, unter [https://online.medunigraz.at/mug\\_online/wbAbs.showThesis?pThesisNr=29141&pOrgNr=1](https://online.medunigraz.at/mug_online/wbAbs.showThesis?pThesisNr=29141&pOrgNr=1) (07.01.2014).
- Hagedorn, R.:** Occupational therapy - perspectives and processes. Churchill Livingstone, New York 1995.
- Haller, N.:** Die erfolgreiche Diabetesschulung: 150 lebensnahe und pfiffige Schulungsideen, Elsevier GmbH: Urban&Fischer, München 2005.
- Handgraaf, M., Klemme, B. und Nauerth, A.:** Entwicklung eines Schulungskonzeptes zum „Clinical Reasoning“ in den therapeutischen Berufen, Fachhochschule Bielefeld, Bielefeld 2004.
- Harenberg:** Aktuell 2007. Bibliographisches Institut & F.A. Brockhaus AG, Mannheim 2006.
- Hasenbring, M.:** Kieler Schmerz-Inventar (KSI). Hogrefe, Göttingen 1994.
- Hautzinger, M. und Thies, E.:** Klinische Psychologie: Psychische Störungen kompakt. Mit Online-Materialien. Weinheim, 2009, online verfügbar unter <http://www.beltz.de/fileadmin/beltz/downloads/kompakt/127755-Diagnosekriterien.pdf> (01.04.2014).
- Hebebrand, J. and Buitelaar, J. K.:** On the way to DSM-V, in: Eur Child Adolesc Psychiatry 20 / 2011, 57–60; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3038228/> (07.04.2014).
- Hegemann, T. und Salman, R. (Hrg.):** Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen. Bonn, 2001.
- Hengeveld, E.:** Clinical Reasoning in Manueller Therapie - eine klinische Fallstudie. Manuelle Therapie 1998/2, 42-49.
- Herpertz, S.:** Essstörungen und Diabetes mellitus, in: Petrak, F. und Herpertz, S. (Hrg.): Psychodiabetologie, Springer, Berlin/Heidelberg 2013, 169-178, unter: [http://books.google.fr/books?id=wZzjAAAAQBAJ&pg=PA170&lpg=PA170&dq=%E2%80%9EDie+Fra+ge+einer+%C3%BCberzuf%C3%A4llig+h%C3%A4ufigen+Komborbidit%C3%A4t+von+Essst%C3%B6rungen+source=bl&ots=HLgIGJrP53&sig=Eqd\\_2Atbgm5ALZ8eA4yNAfeWfSU&hl=de&sa=X&ei=SY9BU8GvI9KS0QX0yYHoDg&ved=0CCoQ6AEWAA#v=onepage&q=%E2%80%9EDie%20Frage%20eine+r%20%C3%BCberzuf%C3%A4llig%20h%C3%A4ufigen%20Komborbidit%C3%A4t%20von%20Essst%C3%B6rungen&f=false](http://books.google.fr/books?id=wZzjAAAAQBAJ&pg=PA170&lpg=PA170&dq=%E2%80%9EDie+Fra+ge+einer+%C3%BCberzuf%C3%A4llig+h%C3%A4ufigen+Komborbidit%C3%A4t+von+Essst%C3%B6rungen+source=bl&ots=HLgIGJrP53&sig=Eqd_2Atbgm5ALZ8eA4yNAfeWfSU&hl=de&sa=X&ei=SY9BU8GvI9KS0QX0yYHoDg&ved=0CCoQ6AEWAA#v=onepage&q=%E2%80%9EDie%20Frage%20eine+r%20%C3%BCberzuf%C3%A4llig%20h%C3%A4ufigen%20Komborbidit%C3%A4t%20von%20Essst%C3%B6rungen&f=false) (06.04.2014).

# Clinical Reasoning I

## Links

www.dimdi.de: Quicklinks ICD-10 unter <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/kodesuche/onlinefassungen/htmlamtl2013/> (03.04.2014)

Offizielle DSM-V Entwicklungswebsite / Official DSM-5 Development Website: <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx> (07.04.2014)

## Wissenschaftliche Datenbanken

1. <http://bibnet.org>

Enthält derzeit rund 1 Mio. Datensätze aus über 5.000 Zeitschriften aus dem Gesundheitswesen.

2. <http://www.cochrane.de/de/willkommen-auf-unseren-webseiten>

Das Deutsche Cochrane-Zentrum an der Uniklinik Freiburg hat sich zum Ziel gesetzt, die wissenschaftlichen Grundlagen für Entscheidungen im Gesundheitswesen zu verbessern, und erstellt hierfür u.a. systematische Übersichtsarbeiten.

3. <http://www.dimdi.de/static/de/index.html>

Hier finden Sie unter anderem Informationen zum ICD-10 und können medizinische Datenbanken durchsuchen (teilweise kostenpflichtig).

4. [http://www.fachportal-paedagogik.de/fis\\_bildung/fis\\_policy.html](http://www.fachportal-paedagogik.de/fis_bildung/fis_policy.html)

Hier können Sie gezielt nach gesundheitspädagogischer Literatur suchen.

5. <http://www.heclinet.tu-berlin.de>

Hier können Sie nach deutscher oder englischer Literatur zum Thema Krankenhauswesen für den Zeitraum 1969 – 2000 suchen.

6. <http://www.medpilot.de/app/misc/dbinfo?dbid=CCMED>

Über diesen Service der Deutschen Zentralbibliothek für Medizin. Gesundheit. Ernährung. Umwelt. Agrar. können Sie auf Zeitschrifteninhaltsverzeichnisse sowie einzeln dargestellte Artikel zugreifen.

7. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

Auf dieser amerikanischen Datenbank können nach Studien zu psychologischen Themen suchen (Sprache: englisch).

8. <http://www.pedro.org.au/german/>

Eine Datenbank besonders für Physiotherapeuten, die nach klinischen Studien, Reviews oder klinischen Praxisleitlinien suchen.

9. <http://www.zpid.de/index.php?wahl=PSYNDEX>

Psychologische Datenbank mit Tests, Interventionsprogrammen etc. aus deutschsprachigen Ländern.

10. <http://www.subito-doc.de>

Ein Service mit dem Sie sich Aufsatz- oder Buchkopien als PDF-Datei zuschicken lassen können. Zwar ist er kostenpflichtig, doch die Lieferung geht relativ schnell, und es besteht die Möglichkeit zur Expresslieferung. Eine gute Alternative zur Fernleihoption der Heimatbibliothek, wenn es mal schnell gehen muss.

11. <http://www.dip.de/datenbank-wise/informationen-zu-wise/>

Diese Datenbank vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. macht Abschlussarbeiten aus Pflegestudiengängen zugänglich.

# Clinical Reasoning I

## Kapitel CR I / 5.3: „Anwendung des Multigrade Clinical Reasoning: Vom "Backward"- zum "Forward"-Reasoning“:

- 1. Was ist das Kennzeichen des "Forward"-Reasoning?**  
Das "Forward"-Reasoning schätzt Handlungsweisen und Krankheitsprozesse hinsichtlich einer überschaubaren Zukunftsperspektive ein.
- 2. Wie gelangt man vom "Backward"- zum "Forward"-Reasoning?**  
In dem man möglichst viel Berufserfahrung unter Anwendung des Clinical Reasoning-Vorgehens sammelt.
- 3. Welche Testverfahren zur Überprüfung von Konzentrationsleistungen im Erwachsenenalter sind auf dem deutschen Markt verfügbar?**  
d2, FAIR, FAKT-II, INKA, LGT 3, KVT, KLT-R.

Leseprobe