

forum:logopädie

6 · 2020 | 34. Jahrgang

Deutscher Bundesverband
für Logopädie e.V.



*„Den Blick über die
Grenzen wagen“*

**GEMEINSCHAFTS-
AUSGABE**

Österreich
Schweiz
Liechtenstein
Deutschland



logopädieaustria

*Kann ich meine
Praxisabläufe
vereinfachen,
ganz ohne Stress?*



KLAR GEHT DAS!

Schaffen Sie sich jetzt mehr Zeit für Ihre Patienten:
heilmittel@noventi.de oder (089) 21 76 82 16.



**eREZEPT
READY**



WILLKOMMEN
IN DER ZUKUNFT

NOVENTI

azh srzh zrk

Alles sicher, alle Kassen, alles erledigt!

Verordnungen? Versichert und zum Wunschtermin abgeholt

Abrechnung? Erledigt und zum Wunschtermin ausbezahlt

Praxissoftware? azh TiM, inklusive Terminplaner und Behandlungsdokumentation

Beratung? Jederzeit mit persönlichem Ansprechpartner

Klingt einfach? Ist einfach gut!

www.azh.de

www.srzh.de

www.zrk.de

NOVENTI

azh srzh zrk

EDITORIAL

Noch kein virtueller Austausch auf der Vier-Länder-Tagung 2019 in Innsbruck (v.l.): PhDr. Karin Pfaller-Frank (Präsidentin logopädieaustria), Dagmar Karrasch (Präsidentin dbf), Bérénice Wisard (Präsidentin DLV), Sylvia Bieri (Vize-Präsidentin DLV), Jeannine Nigg-Held (Co-Präsidentin BLL), Angela Caminada (Co-Präsidentin BLL), Martina Neumayer-Tinhof (Vizepräsidentin logopädieaustria)



Seit vielen Jahren arbeiten wir vier Berufs- und Fachverbände im deutschsprachigen Raum logopädieaustria, Deutschschweizer Logopädinnen- und Logopädenverband (DLV), Berufsverband der Logopädinnen und Logopäden Liechtensteins (BLL, gehört auch zum DLV) und der Deutsche Bundesverband für Logopädie e.V. (dbf) eng zusammen und tauschen uns regelmäßig aus.

Ein Highlight dieser Zusammenarbeit ist die jährliche Vier-Länder-Tagung – aufgrund der Corona-Situation in diesem Jahr nur virtuell. Neben Lernwerten und Anregungen für unsere fachliche und berufspolitische Arbeit haben wir auch „anfassbare“ Ergebnisse vorzuweisen, über die wir uns besonders freuen. In diesem Jahr sind es gleich zwei: Die gemeinsame Socialmedia-, Postkarten- bzw. Plakataktion rund um den Europäischen Tag der Logopädie unter den Schwerpunkten bzw. Hashtags *#logopaedielohntsich* und *#4laenderlogopaedie*. Mit dieser Zeitschrift halten Sie unser zweites Arbeitsergebnis in den Händen.

#logopaedielohntsich und #4laenderlogopaedie.

Unter diesen „Sternen“ haben wir dieses Heft gemeinsam für Sie gestaltet. Wir wollen damit innerhalb der deutschsprachigen Logopädie dazu einladen, sich mit der Ressource Logopädie im Kontext von Gesundheitsförderung und Prävention vermehrt auseinanderzusetzen, dabei den Blick über die Grenzen hinweg ins (deutschsprachige) Ausland zu wagen, sich inspirieren zu lassen und am fachlichen aber auch berufspolitischen Diskurs zu beteiligen.

Im ersten Schritt nähern wir uns überblicksartig Gesundheitsförderung und Prävention und reflektieren ihre Bedeutung und ihr Potenzial für die Logopädie gemeinsam mit Dagmar Karrasch (D), Präsidentin dbf, PhDr. Karin Pfaller-Frank (A), Präsidentin von logopädieaustria, stellt interessante Ergebnisse ihrer Studie zur Kosten-Nutzen-Analyse logopädischer Interventionen vor. Prof. Dr. Erich Hartmann (CH) beschäftigt sich mit sozial-emotionalen und Verhaltensproblemen bei Kindern mit Lese-Rechtschreib-Störung. Unter dem Titel „Präventive Arbeit auf der Neonatologie“ informieren Dr. Nicole Hübl (D), Nicole Kaufmann (CH) und Sandra Randweg (A) über den Beitrag der Logopädie zur Ernährungsentwicklung von Frühgeborenen und kranken Neugeborenen.

Unter „Beruf und Verband“ berichten wir Ihnen zudem aus unseren Ländern, Verbänden und unserer Arbeit. *#logopaedielohntsich* – nicht nur für PatientInnen und Gesellschaft, sondern auch für uns, die wir in diesem wunderbaren Beruf arbeiten dürfen.

Mit herzlichen Grüßen

Karin Pfaller-Frank, Dagmar Karrasch, Bérénice Wisard, Angela Caminada



Vorteile für Mitglieder

BERUFSPOLITIK & IMAGE

Wir bringen Ihre Interessen nach vorne

- Verhandlung fairer Preise
- Netzwerkarbeit in Politik, Verwaltung, Wirtschaft
- Durchsetzung guter Rahmenbedingungen für Angestellte und Selbständige
- Imagepflege durch Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

BERATUNG & INFORMATION

Wir bieten Ihnen Sicherheit

- Rechtsberatung
- Glossar „Beruf und Recht“
- Musterverträge
- Mitgliederwebsite und -newsletter

PRAXIS & MARKETING

Wir fördern Ihre Öffentlichkeitsarbeit

- Eintrag in Logopäden-Suchfunktion
- Jobbörse der dbL-Website
- Flyer und Downloads für Patienten
- Webbasierte Patienteninformatoren

AUSTAUSCH & VERNETZUNG

Wir stärken Ihre Kommunikation

- Mitgliederportal „wir.dbL-ev.de“
- dbL-Jahreskongress
- Landesverbände: Treffen und Vorträge

FACHLICHER INPUT

Wir unterstützen Ihre Weiterbildung

- Fortbildungen (bis zu 150 € Zuschuss/Jahr)
- Zeitschrift „Forum Logopädie“
- Logopädische Fachberatung

LOGOPÄDIE & WISSENSCHAFT

Wir entwickeln Logopädie weiter

- Mitarbeit bei Leitlinien
- Luise Springer-Forschungspreis
- dbL-Nachwuchspreis
- Reisestipendien

VERGÜNSTIGUNGEN & PARTNER

Wir sichern Ihnen Sonderkonditionen

Sonderkonditionen für Mitglieder bei dbL-Kooperationspartnern: ProLog | Confina/LogopädieSecur | azh/Noventi HealthCare | Schulz-Kirchner Verlag | Hasomed | AS Bremen | Triaphon u. a.

Mitgliedschaft schon ab

48 € / Jahr

Mehr Infos unter www.dbL-ev.de



dbL-Geschäftsstelle Augustinusstr. 11a, 50226 Frechen
Tel. 0 22 34 37 95 3 -0, Fax 0 22 34 37 95 3 -13, info@dbL-ev.de

www.dbL-ev.de

INHALT

6 · 2020 | 34. Jahrgang

GEMEINSCHAFTSAUSGABE

Deutschland · Schweiz

Liechtenstein · Österreich

THEORIE & PRAXIS

- 6** *Dagmar Karrasch*
Logopädie im Kontext von Gesundheitsförderung und Prävention
- 16** *Karin Pfaller-Frank*
Die ökonomische Bedeutung logopädischer Leistungen
- 24** *Erich Hartmann*
Sozial-emotionale und Verhaltensprobleme bei Kindern mit LRS
- 30** *Nicole Hübl, Nicole Kaufmann & Sandra Randweg*
Präventive Arbeit auf der neonatologischen Station
- 36** *Silke Schwinn, Maria Barthel, Juliane Leinweber & Bernhard Borgetto*
Digitalisierungschancen – Umsetzung von Videotherapie im Lockdown
- 41** **FRAGEBOGEN**
11 Fragen zur Logopädie an Norbert Frantzen

BERUF & VERBAND

- 44** **Austausch über gemeinsame Projekte: Treffen der deutschsprachigen Länder Deutschland, Schweiz, Liechtenstein und Österreich**
- 45** *Dagmar Karrasch, dbl-Präsidentin*
Auf dem Weg: Professionsentwicklung der Logopädie
- 46** *Bérénice Wisard, DLV-Präsidentin*
Fokus Öffentlichkeitsarbeit
- 48** *Karin Pfaller-Frank, Präsidentin logopädieaustria*
logopädieaustria steuert erfolgreich durch die Krise
- 49** *Angela Caminada, Co-Präsidentin BLL*
Kleiner Verband mit engagiertem Vorstand
- 50** **Logopädie in Zahlen: Daten und Fakten zur Logopädie in Deutschland, Österreich und der Schweiz**

- 54** **Gemeinsam gestaltet: Europäischer Tag der Logopädie am 6. März 2020**
- 55** **Logopädie im Ausland: Als „Independent Support Worker“ in Down Under**
- 56** **Als Logopädin in Nepal**
- 57** **Fonoaudiología – Erfahrungen in der Logopädie in Chile**
- 58** **StudiCampus – eine Idee wird zur Tradition**
- 59** **Austausch mit Frankreich**

BILDUNG & FORSCHUNG

- 60** **Logopädie-Symposium an der hsg Bochum zum Thema Schluckstörungen**
- 61** **Studie „Tele-Voice“ an der HAWK gestartet**
- 61** **Studien zur Gesundheitskompetenz im Umgang mit der Corona-Pandemie**

MEDIEN & MATERIALIEN

- 64** **Rezensionen**
- 65** **Rezensionsangebote**
- 67** **Zeitschriftenlese**

RUBRIKEN

- 3** **Editorial**
- 42** **Marktplatz**
- 62** **Termine**
- 68** **LeserForum**
- 70** **Stellenmarkt**
- 71** **Impressum und Vorschau**



Dieser Ausgabe beigefügt ist in Deutschland die **SERVICE-BEILAGE** mit Fortbildungen, Kongressterminen und Anbieterverzeichnis für das 1. Halbjahr 2021



Dagmar Karrasch

Logopädie im Kontext von Gesundheitsförderung und Prävention

Entwicklung, Aufgaben und Perspektiven

Einführung

Seit der Proklamierung der Ottawa-Charta 1986 auf der ersten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung der WHO haben Gesundheitsförderung und Prävention im politischen und gesellschaftlichen Raum an Relevanz gewonnen. Grundend auf dem 1946 formulierten Gesundheitsbegriff der WHO zeigte diese damals Grundlagen und Zielrichtung von Gesundheitsförderung auf und löste weltweit Reaktionen und Aktivitäten zugunsten der Gesundheitsförderung bzw. Prävention aus (Altgeld & Kolip 2014, 48). Explizit konstatierte die WHO bereits damals, dass Gesundheitsförderung kein rein gesundheitspolitisches Handlungsfeld sei, sondern eine gesamtgesellschaftliche und politische Aufgabe (WHO 1986, 2ff.).

Dieser Beitrag gibt einen kleinen Einblick in die historische Entwicklung der Bereiche von Gesundheitsförderung und Prävention und stellt zentrale Grundannahmen und Kernelemente dieses Themenfeldes heraus. Vor diesem Hintergrund wird zunächst der Anspruch der die Logopädie vertretenden Berufs- und Fachverbände in Liechtenstein, Österreich, Deutschland und der Schweiz reflektiert. Anschließend werden exemplarisch Perspektiven, Modelle und Handlungsansätze, die die Logopädie verwendet, im Kontext von Gesundheitsförderung und Prävention dargestellt und hinterfragt. Die sich hieraus ergebende Frage ist, ob die Logopädie die Aufgabenstellungen, die sich aus dem Paradigmenwechsel und der Hinwendung zu Gesundheitsförderung und Prävention ergeben, bereits in die logopädische Patientenversorgung integrieren konnte. Dann könn-

te es sich hier um ein mögliches Spezialgebiet neben der kurativen bzw. rehabilitativen Logopädie und der palliativen Logopädie handeln, nämlich das der präventiven Logopädie.

Historie und Entwicklung von Gesundheitsförderung und Prävention

„Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“ (WHO 1946, 1). Mit dieser Postulierung der WHO, dass Gesundheit als vollständiges bzw. umfassendes körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden mehr sei als lediglich die Abwesenheit von Krankheit, leitete die Weltgesundheitsorganisation einen Paradigmenwechsel und Pro-

ZUSAMMENFASSUNG. Die deutschsprachige Logopädie agiert zunehmend im Kontext der Gesundheitsförderung und Prävention. Die vertretenden Berufs- und Fachverbände der Logopädie in Liechtenstein, Österreich, Deutschland und der Schweiz reflektieren diesen gesellschaftlichen Auftrag im Rahmen der logopädischen Fachdisziplin im Gesundheitswesen, um dieser Ausrichtung eine Perspektive für eine zukunftsorientierte Patientenversorgung zu geben. Dieser Beitrag stellt überblicksartig die Modellorientierung und Handlungsansätze in Gesundheitsförderung und Prävention dar und zeigt auf, welche Aufgaben und Perspektiven sich für die Logopädie im Kontext von Gesundheitsförderung und Prävention ergeben können.

SCHLÜSSELWÖRTER: Gesundheitsförderung – Prävention – Logopädie – Gesundheitskompetenz – Health in All Policies – Berufsleitbild – Paradigmenwechsel

Unter dem Begriff „Logopädie“ werden im Kontext dieses Beitrags zwei unterschiedliche Aspekte übergreifend zusammengefasst: Zum einen werden der wissenschaftlichen Disziplin Logopädie andere sprachtherapeutische Richtungen wie die akademische Sprachtherapie, Klinische Linguistik oder Patholinguistik zugordnet und unter dem Begriff der Logopädie subsumiert. Zum anderen schließt das hier angewendete Verständnis von Logopädie sowohl die Wissenschaftsdisziplin als auch die in und mit ihr Tätigen, also Studierende, praktizierende Therapeutinnen, Lehrende und Forschende ein. Anteile dieses Beitrags wurden entnommen aus Karrasch (2016)

zess ein, den sie seitdem vorantreibt und der bis heute anhält: die Abwendung vom rein biomedizinischen Krankheitsmodell und der damit einhergehenden Schwerpunktsetzung auf kurative und rehabilitative Behandlungsansätze hin zu einer Gesundheitspolitik, die gesamtgesellschaftlich ausgerichtet Gesundheitsförderung und Prävention fokussiert. Damit rückt die Förderung von Gesundheitskompetenz und Gesundheit zunehmend in den Vordergrund. Meilensteine dieser Entwicklung waren:

- **1978:** Die WHO hält in der Erklärung von Alma-Ata aufbauend auf dem Gesundheitsbegriff von 1946 ihre Philosophie der Chancengleichheit fest.
- **1986:** Auf der ersten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung der WHO in Ottawa wird ihre Relevanz erstmals von der WHO in dieser Klarheit und verbunden mit konkreten Handlungsempfehlungen festgehalten. Mit der Charta wurden auch konkrete Handlungsansätze proklamiert, deren Anwendung bis heute in Gesundheitsförderung und Prävention im Mittelpunkt stehen: der Partizipationsansatz, der Ansatz des Empowerments, der Settingansatz und der Ansatz der „Health in All Policies“ (WHO 1986, 4ff.).
- **2001:** Die WHO ergänzt mit der „International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)“ den Begriff einer funktionalen Gesundheit. Dieser hebt die Möglichkeit der Partizipation bzw. Teilhabe im Kontext gesundheitlicher Beeinträchtigungen hervor (DIMDI 2005, 4). Mit der Klassifikation der ICF wurde ein weiterer Schritt vollzogen, sich dem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell zuzuwenden und vom monokausalen Krankheitsmodell abzuwenden. Mit der Ausrichtung auf Ressourcenorientierung, auf die Hinwendung des (Wieder-) Erreichens funktionaler Gesundheit und die Partizipation trotz vorliegender gesundheitlicher Beeinträchtigungen bei Beachtung interner Ressourcen und Umweltfaktoren greift die WHO drei bereits 1986 geforderte zentrale Ansätze aus Gesundheitsförderung und Prävention wieder auf: Partizipation, Integration des Settings und Empowerment.
- **2009-2012:** „The European Health-Literacy-Project“ der WHO wird in Europa umgesetzt. Ziel dieser Datenerhebung war es, Gesundheitskompetenz und Risikofaktoren der Bevölkerung zu erfassen und Handlungsempfehlungen für Regionen und Länder abzuleiten. In der Folge wurden in vielen Ländern Europas unterschiedliche Bevölkerungsgruppen untersucht. Das ernüchternde Ergebnis der Erhebungen ist mit kleineren Unterschieden in allen Regionen ähnlich: Rund die Hälfte der Gesamtbevölkerung verfügt über eine eingeschränkte

Gesundheitskompetenz. Das bedeutet, dass ungefähr die Hälfte der Gesellschaft nicht ausreichend befähigt ist, die für sie relevanten (Gesundheits-)Informationen zu finden und zu verstehen, aber vor allem auch beurteilen und im eigenen Leben anwenden zu können. Somit ist es schwierig, für die Erhaltung ihrer Gesundheit oder Vermeidung von Krankheit und/oder Pflegebedürftigkeit aktiv zu sorgen (WHO 2016, 6ff.).

Auch auf Länderebene zeigten die Initiativen der WHO Wirkung, u.a.:

- **Österreich** verabschiedet 1998 das Gesundheitsförderungsgesetz (GfG) zur stärkeren Verankerung von Gesundheitsförderung und Prävention im Gesundheitsbereich. Im Rahmen der Gesundheitsreform in Österreich wurde das Gesundheitsziel 3 „Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“ formuliert. Um dies zu unterstützen, wurde 2014 im Auftrag der Bundesgesundheitskommission (BGK) die Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz gegründet (oepgk 2018).
- **Liechtenstein** beschließt 2007 das Landesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung (Liechtensteiner Landesgesetzblatt 2007, 1).
- **Die Schweiz** konnte sich bisher nicht für ein Gesetz mit dieser Schwerpunktsetzung entschließen. Dennoch setzt man sich mit dem Thema gesetzgeberisch und politisch auseinander. So wurde 2010 in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) die Allianz für Gesundheitskompetenz gegründet. Diese soll relevante private und öffentliche Stakeholder vereinen und aktivieren, um Gesundheitskompetenz in der Schweiz zu fördern (Allianz Gesundheitskompetenz 2020).
- **Deutschland** verabschiedet 2015 das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention, Präventionsgesetz (PrävG), und gründet 2017 auf Initiative des Bundesgesundheitsministeriums die „Allianz für Gesundheitskompetenz“ in Deutschland, deren Arbeitsergebnis 2018 ein „Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz“ ist.

Die Perspektiven auf Gesundheit und Krankheit, Gesundheitsförderung und Prävention und ihre Beziehungen untereinander sind divers und vielschichtig. Es übersteigt den Rahmen dieses Übersichtsartikels, dies umfassend und ausreichend vertieft darzustellen. Zusätzlich sind einige weitere Perspektiven in der Abbildung (Seite 8) überblicksartig dargestellt und wichtige Begriffe im Glossar (Seite 13) erläutert.

Die Erklärung für den Paradigmenwechsel und die Hinwendung zu Gesundheit und Gesundheitskompetenz ist multikausal. Schaeffer et al. (2018, 17) sehen die Notwendigkeit der Steigerung von Gesundheitskompetenz sowohl im Kontext persönlicher als auch gesellschaftlicher Perspektiven und fassen diese wie folgt zusammen:

- Anstieg der Lebenserwartung
- Zunahme chronischer Erkrankungen
- Komplexität des Gesundheitssystems
- Wandel der Patientenrolle
- wachsende soziale Ungleichheit
- kulturelle Diversifizierung der Gesellschaft
- Informationsflut in der digitalen Informations- und Wissensgesellschaft.

Neben philanthropischen Gründen wie dem Wunsch nach gesundheitlicher und sozialer Chancengerechtigkeit, die diesen Paradigmenwechsel sicherlich auch begründet haben, beeinflussen vor allem wirtschaftliche Aspekte diesen Prozess, wie auch Hurrelmann et al. beschreiben: „Die angesprochenen Bemühungen der Gesundheitspolitik, das Gewicht von Prävention und Gesundheitsförderung zu stärken, ergeben sich aus der Erkenntnis, dass die traditionelle Ausrichtung des Versorgungssystems auf Kuration und Therapie nicht mehr lange aufrecht erhalten werden kann“ (Hurrelmann et al. 2014, 19).

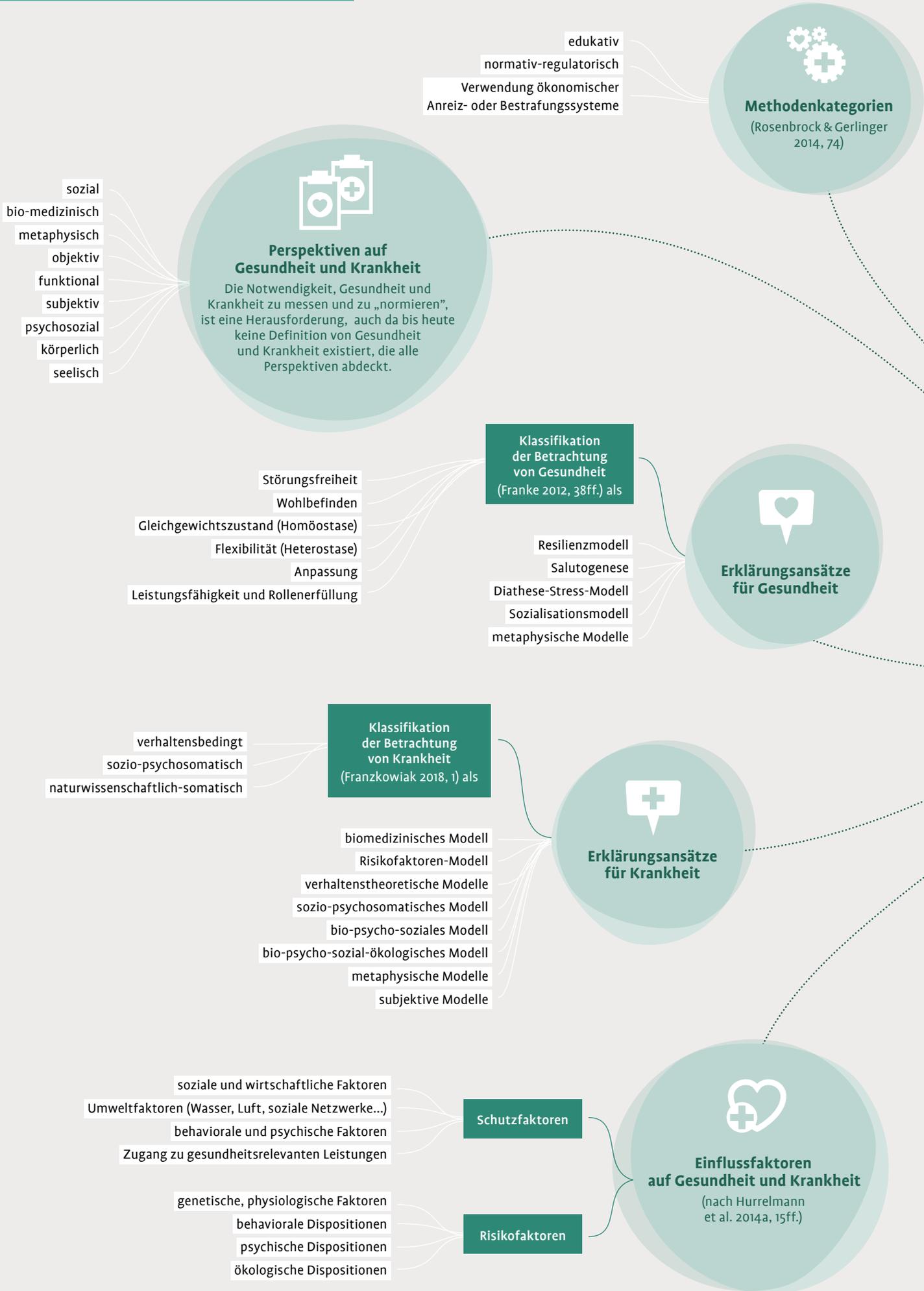
Theoretische Grundlagen in Gesundheitsförderung und Prävention

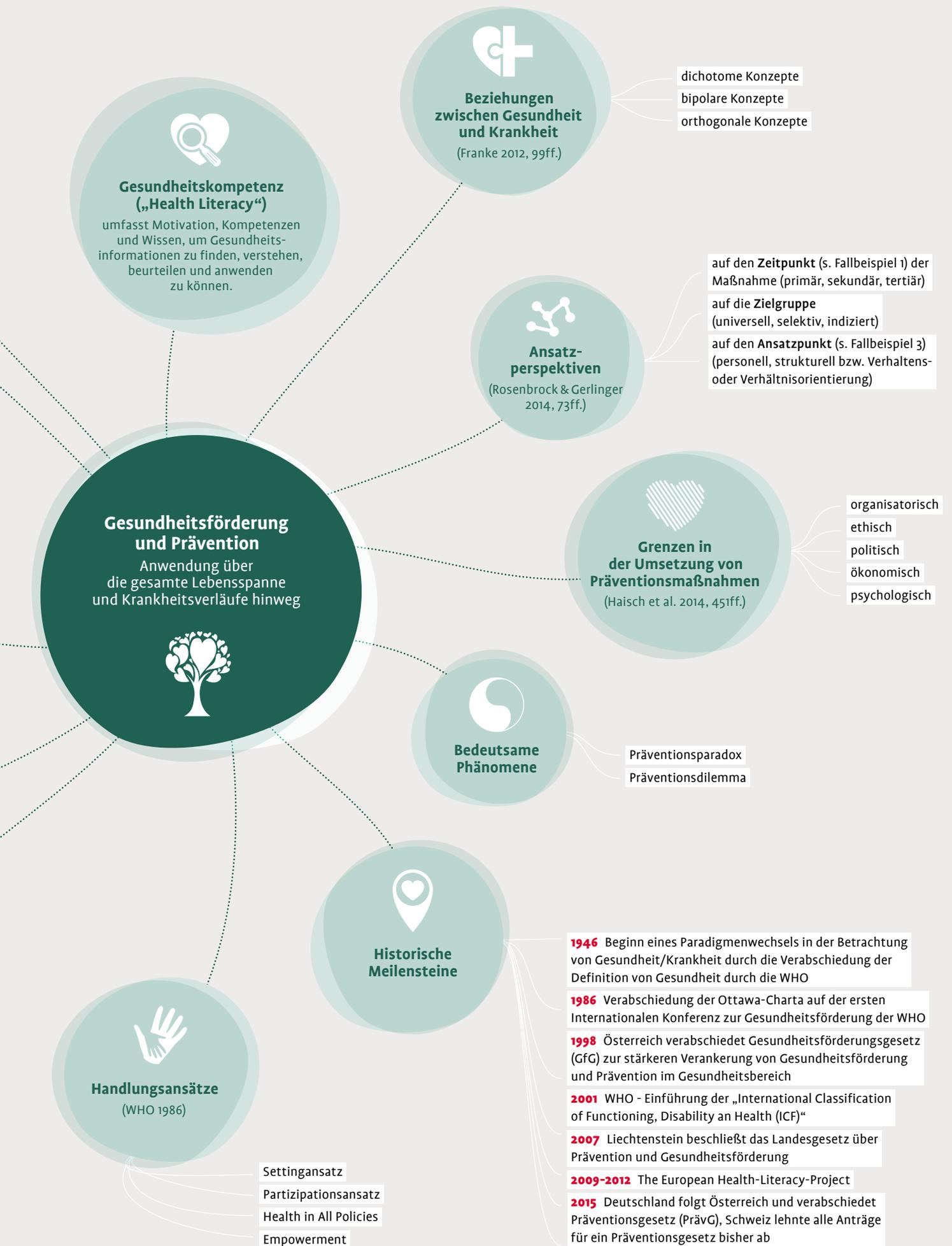
Definitionen von Gesundheit und Krankheit sind in der Vergangenheit vielfach versucht worden und sehr unterschiedlich oder komplex ausgefallen (Glossar, Seite 13). Auf die jeweilige Definition wirken sich die sehr divergenten Perspektiven (Abb. Seite 8) und auch Erklärungsansätze aus. Häufig verwendete Erklärungsansätze bzw. Modelle von Gesundheit sind:

- Modell der Salutogenese
- Resilienzmodell
- Diathese-Stress-Modell
- Sozialisationsmodell

Sie alle versuchen darzulegen, welche (sowohl internen als auch lebensweltbezogenen) Ressourcen und welche Verhaltensweisen dazu beitragen, den gesunden Zustand, der nicht statisch, sondern in einer Variationsbreite und Flexibilität verstanden wird, zu erhalten. Aktuelle häufig angewendete Modelle von Krankheit sind:

- das naturwissenschaftlich-somatische bzw. biomedizinische Modell
- das Risikofaktoren-Modell
- das bio-psycho-soziale Modell
- verhaltenstheoretische Modelle
- sozio-psycho-somatische Modelle





KASTEN 1

Präventive Logopädie

- *Primäre Prävention* ist darauf ausgerichtet, potenzielle Krankheiten oder Störungen zu verhindern. Beispiele primärer Prävention in der Logopädie sind die Unterstützung der alltagsintegrierten Sprachbildung bzw. -förderung (etwa über das Konzept Sprachreich[®] des dbI) und die Förderung von Gesundheitskompetenz.
- *Sekundäre Prävention* findet ihre Anwendung im Frühstadium einer Erkrankung, etwa über Früherkennung. Sie ist darauf ausgerichtet, Auftreten, Verschlimmerung und Fortschreiten zu verhindern oder zu verzögern. Beispiele für präventive Maßnahmen sind Screenings oder Früherkennungsuntersuchungen, wie sie auch in der deutschsprachigen Logopädie mit der Entwicklung professionseigener Forschungsmöglichkeiten zunehmend zur Verfügung stehen.
- *Tertiäre Prävention* hat das Ziel, den Rückfall bereits entstandener Krankheiten zu verhindern und Krankheitsfolgen oder die Verschlimmerung derselben zu verhindern. Üblicherweise werden Maßnahmen der Rehabilitation der tertiären Prävention zugeordnet. In diesem Kontext werden logopädische Behandlungen als Ressource genutzt.

Logopädische Therapie kann der sekundären Prävention und tertiären Prävention zugeordnet werden, da sie üblicherweise verordnet wird, um, wie es in §3 Abs. 2 der in Deutschland geltenden Heilmittel-Richtlinie heißt, „eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern“ (G-BA 2020, 6).

Auch wenn die Einteilung nach dem Zeitpunkt des potenziellen Eintretens schlüssig scheint und häufig verwendet wird, sind Maßnahmen nicht immer eindeutig zuzuordnen. Zudem können Maßnahmen auch gleichzeitig mehreren Ansätzen nachkommen. Am Beispiel der Dysphagieerapie nach Schlaganfall wird dies besonders deutlich:

- Unser logopädischer Handlungsauftrag gilt zunächst vornehmlich der Wiederherstellung u.a. von Funktionen und Fähigkeiten (Tertiäre Prävention).
- Gleichzeitig achten wir auf frühe Warnzeichen möglicher drohender Folgeerkrankungen wie der Aspirationspneumonie und wirken auf die Verhinderung derselben hin (Sekundäre Prävention).
- Ergänzend ist es unser Auftrag und Anspruch, die Möglichkeiten der Betroffenen zur Genesung und Partizipation zu stärken. Über gemeinsames Reflektieren und Einbeziehen sozialer, umweltbezogener und persönlicher Schutzfaktoren, aber auch Risikofaktoren arbeiten wir direkt an der Gesundheitskompetenz der Betroffenen (Primäre Prävention).

- metaphysische Modelle
 - subjektive Modelle bzw. Laientheorien.
- Um Handlungsansätze ableiten zu können, ist es wertvoll, im Falle einer Erkrankung zu hinterfragen, welches der persönliche Blick auf diese Beeinträchtigung ist. Zur Veranschaulichung sei hier auf das Fallbeispiel 2 (Kasten 2) verwiesen.

Ebenso wie die Definition fällt auch die Differenzierung von „gesund“ und „krank“ schwer und wird von der jeweiligen Sichtweise beeinflusst. Diese Problematik der Abgrenzung greift Franke (2012, 22ff.) auf. Sie nennt sieben Gründe, warum diese Abgrenzung so schwierig sei: das Fehlen eindeutiger Definitionen, die (mangelnden) technischen Möglichkeiten der Diagnostik und Therapie, die Diskrepanz zwischen Befund und Befinden, das Existieren von Normabweichungen ohne Krankheitswert, die Kulturgebundenheit jeder Beurteilung, die Feststellung, dass manche Störung/Krankheit nur funktionell störe und somit nicht in jedem Kontext Krankheitswert habe und die These, dass die Definition von Abweichungen vom Normwert interessengeleitet sei (ebd.).

Für eine Beschreibung von „krank“ bzw. „krankhaft“ werden demzufolge Normwerte benötigt, von denen abweichende Toleranzwerte und schließlich pathologische Werte klar unterschieden werden können.

Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung ist deutlich jünger als Prävention. Die WHO begreift sie als Prozess, der darauf hinarbeitet, „allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (WHO 1986, 1). Unter diesem Begriff werden zudem Handlungen zur Schaffung sozialer, ökologischer und ökonomischer, gesundheitsfördernder Rahmenbedingungen zusammengefasst (Hurrelmann et al. 2014, 1). Die Ausrichtung erfolgt im Hinblick auf die Beibehaltung und Förderung von Gesundheit und damit auf Gesundheitsmodelle und die Frage, welche Determinanten dazu beitragen, Gesundheit zu ermöglichen und Gesundheitskompetenz zu stärken.

Prävention

Der Begriff der Prävention dagegen wurde laut Rausch (2012, 13) im 19. Jahrhundert im Zeitalter der Industrialisierung, im Umfeld der Debatten um soziale Hygiene und dem Aufkommen von Infektiologie und belastenden Arbeitsbedingungen geprägt. In der Phase ihrer ersten Prägung bereits war die Prävention ebenso wie heute kein rein medizinisches Handlungsfeld, sondern sozialwissenschaftlich, ökologisch und politisch beeinflusst: Präventiv wurde beispielsweise Einfluss auf Lebensbedingungen, Arbeitsbedingungen und Bildung genommen

(Hurrelmann et al. 2014, 13). Im Kontext von Gesundheit liegt ihre Ausrichtung auf der Verhinderung oder Verzögerung von Krankheiten oder Störungen.

Gesundheitsförderung und Prävention

Gesundheitsförderung und Prävention sind in ihrer Ausrichtung und Wirkung auf Gesundheit (Gesundheitsförderung) und Krankheit und ihre Vermeidung (Prävention) grundverschieden.

Interventionen im Rahmen der Prävention erfolgen aufgrund der möglichen Prognose potenzieller Erkrankungen. Spezifische Kenntnisse pathogenetischer Dynamiken ebenso wie möglicher Risikofaktoren, die diese begünstigen, sind Voraussetzungen für effektive Prävention. Um präventiv handeln zu können, muss bekannt sein, was die Entstehung oder Verschlimmerung von Krankheiten bzw. Störungen verursacht.

Ausnahme ist hier die Orientierung der primären Prävention, die häufig mit Gesundheitsförderung gleichgesetzt wird.

Gesundheitsförderung ist unspezifisch am Individuum oder einer Gemeinschaft ausgerichtet und reicht über die Stärkung von Ressourcen, die Entwicklung von Gesundheitskompetenz, bis hin zu der Schaffung gesundheitsfördernder Rahmenbedingungen. Wer gesundheitsfördernd agieren möchte, benötigt salutogenetische Kenntnisse und Kompetenzen.

Gemeinsam haben Gesundheitsförderung und Prävention die Vermeidung von Krankheit und Beibehaltung von Gesundheit ebenso wie die Forderung nach multidimensionaler und interdisziplinärer Zusammenarbeit, die weit mehr umfasst als das Feld der Medizin. Zudem teilen sie die Anwendung über die gesamte Lebensspanne und alle Versorgungssegmente hinweg (Hurrelmann et al. 2014, 20).

Die theoretische Auseinandersetzung mit Erklärungs- und Handlungsansätzen und den sich daraus ergebenden Handlungsoptionen ist wichtig: Franke (2012, 12) warnt davor, „die Theoriebildung zugunsten praktischer Maßnahmen hintan zu stellen“. Ihrer Auffassung nach gebe es Differenzen im Verständnis von Gesundheit und Krankheit in der öffentlichen Auseinandersetzung, da diese stattfindet, „ohne dass ein Konsens über den Stellenwert und die Bedeutung von Gesundheit und Krankheit bestünde. Bei genauerer Betrachtung wird deutlich, dass nahezu unhinterfragt das biomedizinische Krankheitsmodell theoretischer Ausgangspunkt der Diskussion“ (ebd., 15) sei.

Ebenfalls warnt sie vor mangelnder Klarheit in der theoretischen Auseinandersetzung und sieht die Gefahr, dass aufgrund fehlerhafter Theorien geplante Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung ihr Ziel verfehlen

oder sogar Wirkungen erzielen, die im Widerspruch zu ihrer Absicht stünden (ebd., 15). An dieser Stelle ist es daher notwendig, dass sich die Logopädie in den Diskurs einbringt. Für die logopädische Patientenversorgung stellt sich die berechtigte Frage, inwieweit die therapeutischen Interventionen gezielt und erfolgreich gesundheitsfördernd und/oder präventiv eingesetzt werden und wirken können.

Sind Gesundheitsförderung und Prävention Tätigkeitsbereiche der Logopädie?

Der Anspruch der Verbände

In den Berufsleitbildern und Grundsatzdokumenten geben die Verbände Auskunft über ihren Anspruch an die Profession, die sie vertreten, und ihr Tätigkeitsfeld: Die Logopädie hat das „Gebiet von Sprache, Sprechen, Stimme, Hören sowie Schlucken“ zum Gegenstand, die sie als „wesentliche Fundamente menschlicher Kommunikation und Lebensqualität“ betrachtet (dbl 2005, 2).

Der Erkenntnis folgend, dass Logopädie mehr als Therapie sei, benennt der Deutschschweizer Logopädinnen- und Logopädenverband (DLV) in seinem Berufsleitbild das Kompetenz- und Tätigkeitsfeld: „Logopädinnen und Logopäden verfügen über Kompetenzen in Diagnostik, Förderung, Therapie und Beratung. Sie leisten Präventions- und Rehabilitationsarbeit in den Bereichen Sprache, Sprechen, Stimme und Schlucken“ (DLV 2014).

„In diesem Zusammenhang steht für uns Logopädinnen und Logopäden die Erhaltung, Verbesserung beziehungsweise Wiederher-

stellung menschlicher Kommunikation im Mittelpunkt unserer Arbeit. Wir wollen Begegnung unter Wahrung der Menschenwürde ermöglichen und die präventiven/therapeutischen Maßnahmen auf die Klienten/Patienten und ihr soziales Umfeld abstimmen“, formuliert der österreichische Berufsverband entsprechend in seinem Leitbild seinen Anspruch (logopädieaustria 2020). Um diese Aufgaben des „Vorbeugens“ erfüllen zu können, müssten die Behandelnden „über theoretisches gesundheitswissenschaftliches Wissen zu Prävention und Gesundheitsförderung verfügen“ (dbl 2014).

In unterschiedlicher Ausführlichkeit, aber in der Intention übereinstimmend, formulieren die Berufs- und Fachverbände als Interessenvertretungen der Logopädie in Liechtenstein, Schweiz, Deutschland und Österreich demzu-

folge den Anspruch, dass die logopädische Versorgung als Fachdisziplin ihren Platz sowohl im Gesundheitswesen wie auch in der Gesellschaft hat, und benennen Prävention und zum Teil auch Gesundheitsförderung als selbstverständlichen Arbeitsbereich.

Welche Herausforderungen ergeben sich daraus für die Logopädie?

Haben wir die notwendigen Voraussetzungen an Wissen und Kompetenzen, die es für eine Ausrichtung sowohl an aktuellen Gesundheits- und Krankheitsmodellen als auch an Gesundheitsförderung und Prävention bedarf?

Rausch konstatiert (Rausch 2012, 14), dass ein „ausgearbeiteter logopädie-spezifischer Krankheitsbegriff“ in Anbetracht der wenigen Jahre logopädischer Forschung in Deutschland nicht zu erwarten sei. Sie reflektiert und bezwei-

KASTEN 2

FALLBEISPIEL Modellorientierung

Die Bedeutung der Modellorientierung in der Betrachtung von Krankheiten bzw. Störungen wird an einem Fallbeispiel deutlich. Fragestellungen geben Hinweise auf einen möglichen Erklärungsansatz, ohne diesen an dieser Stelle zu bewerten.

Ein junger Mann stottert von Kindheit an. Er hat eine unauffällige und selten auftretende Stottersymptomatik. Nur in wenigen Momenten, etwa im Rahmen mündlicher Prüfungen oder seltenen Stresssituationen, kommt es zu einer Verstärkung der Symptomatik, die er bemerkt, die ihn aber in seinem Kommunikationsverhalten nicht beeinträchtigt hat und für ihn kein Grund war, sich als therapiebedürftig einzuschätzen. Es geht ihm gut.

Zum Ende seiner Schullaufbahn wächst in ihm der Wunsch, Pilot zu werden, den er anderen gern erzählt. Darauf nachfolgende Rückmeldungen zu seiner Stottersymptomatik lösen in ihm die Sorge aus, dass er diesem Wunsch möglicherweise nicht folgen kann und er reflektiert sein Stottern:

- Liegt ein neurophysiologischer oder genetischer Grund als Verursacher des Stotterns vor? (biomedizinisches bzw. naturwissenschaftlich-somatisches Modell)
- Ist das Stottern möglicherweise eine Strafe, oder ist das Stottern dadurch entstanden, weil ich als Kind oft angeschrien wurde? (metaphysisches oder subjektives Modell)
- Liegt denn überhaupt eine Beeinträchtigung vor? Es geht mir doch gut und ich habe nicht das Gefühl, dass ich eingeschränkt bin. – Warum soll ich meinem Berufswunsch nicht folgen können? Ich bin doch nicht krank? (bio-psycho-soziale Modellorientierung)



KOMMUNIKATION IST DER SCHLÜSSEL ZUR WELT

Unsere Kommunikationsstrategie Mobilis unterstützt Menschen mit neurologischen und degenerativen Erkrankungen

Sprachcomputer für Menschen mit
Aphasie | MS | ALS | Parkinson | Demenz

Gerne beraten wir Sie bei der Auswahl einer optimalen Kommunikationshilfe

talktools-gmbh.de | info@talktools.de

Mülheim a. d. Ruhr Fon: 0208 | 780 158 0

Berlin Fon: 030 | 450 207 64

Hamburg Fon: 040 | 500 994 94



felt in diesem Zusammenhang, ob die Logopädie überhaupt „logopädische Störungen“ als Krankheiten begreife (ebd., 14ff).

Hier werde der Begriff der Krankheit in Bezug auf die in der Therapie zu behandelnde Beeinträchtigung selten verwendet (ebd., 14). Üblicher sei laut Rausch der Begriff eines Störungsbildes oder einer Hör-, Kommunikations-, Schluck-, Sprach-, Sprech- oder Stimmstörung, was impliziere, dass im Verständnis der Behandelnden auch keine Krankheiten behandelt würden (ebd., 14). Störungsbilder könnten zwar durch organische oder funktionelle Beeinträchtigungen hervorgerufen werden, aber durch die Abgrenzung der Störung von der Krankheit finde auch eine Distanzierung von biomedizinischen Perspektiven der ärztlichen Diagnose statt (ebd., 14).

Andere VertreterInnen der Logopädie nehmen hierzu sehr diverse Stellung: *Hoffschildt* (2005, 113) geht davon aus, dass die Nähe zur Medizin im Selbstverständnis der Logopädie historisch begründet sei und damit auch die Orientierung an einem biomedizinischen Krankheitsverständnis. *Grötzbach* (2012, 18) reflektiert, dass logopädisch-therapeutisches Handeln in dieser Folge noch heute häufig auf die Störungsbeseitigung ausgerichtet sei und referiert gleichzeitig mit der Benennung von Gesundheit als Störungsfreiheit einen überholten und reduzierten Gesundheitsbegriff (ebd., 22).

In diesem Zusammenhang sei zudem auf den Einwand *Kannengiesers* (2014, 189) hingewiesen: Sie stellt am Beispiel der spezifischen Sprachentwicklungsstörung dar, dass es bei logopädischen Befunden nicht immer um die Feststellung von Pathologien gehe und die dichotome Unterscheidung in normal und gestört irreführend sei, da es sich bei einigen Be-

funden lediglich um schwache Normwerte am unteren Rande der Normalverteilung handle. Trotz dieser Beobachtung findet sie den Begriff der Störung für die Planung von Unterstützung jedoch sinnvoll (ebd.).

Ist präventive Logopädie ein Spezialgebiet der Logopädie?

Wie Gesundheitsförderung und Prävention als Inhalt und Zielsetzung logopädischer Tätigkeit wahrgenommen wird, soll exemplarisch an den Handlungsfeldern Sprachentwicklung, Stimme und Dysphagie reflektiert werden.

Im Bereich der *Sprachentwicklung* liegen diverse gesundheitsfördernde bzw. präventive logopädische Angebote vor. So gibt es mehrere Elterntrainings zu Sprachentwicklung und Sprachbildung, aus denen als evaluiertes Programm das „Heidelberger Elterntraining zur frühen Sprachförderung“ (HET) hervorsticht (*Buschmann* 2002). Es beruht auf dem bio-psycho-sozialen Modell und schließt verhaltenstheoretische Aspekte mit ein (ebd., 5ff.). In der Umsetzung steht der Ansatz des Empowerments im Vordergrund (ebd., 9f.).

Auch zur Sprachbildung in Kinderbetreuungseinrichtungen existieren diverse logopädische Angebote. Neben Angeboten für Kinder werden auch Schulungen zur alltagsintegrierten Sprachförderung für ErzieherInnen angeboten. Ein Konzept ist „Sprachreich“ (*dbi* 2015, 1). Diesem liegt eine bio-psycho-soziale, kommunikationstheoretische und verhaltenstheoretische Modellorientierung zugrunde (*dbi* 2015, 4). Zielgruppen des Konzepts sind zunächst die ErzieherInnen. In der Umsetzung ist es universell und dient der Befähigung der Anwendenden zu sprachförderlichem Alltagsverhalten (Empowerment). Es

baut zudem auf dem Settingansatz auf (*dbi* 2015, 9).

Zur sekundären Prävention stehen als Früherkennungsuntersuchungen mittlerweile diverse Screenings für unterschiedliche Messzeitpunkte in variierender Qualität zur Verfügung, um sprachliche Fähigkeiten von Kindern niederschwellig zu überprüfen.

Auch im Bereich der *Stimme* liegen vielfältige Veröffentlichungen zu präventiven Maßnahmen vor. *Beushausen et al.* (2015, 20ff.) empfehlen als präventive Maßnahmen, die sich an die Risikogruppe der LehrerInnen richtet, die Orientierung am bio-psycho-sozialen und salutogenetischen Modell und der ICF. Zur Durchführung empfehlen sie eine Mischung aus verhaltens- und verhältnisorientierten Anteilen sowie Partizipation und Empowerment (ebd.). Hieran knüpft *Rittich* (2018, 95) an, die die Möglichkeiten der Qualitätssicherung und Evaluation präventiver Angebote beleuchtet.

Oetken-Ishorst stellte bereits 2002 den Bedarf präventiver Maßnahmen für Stimmstörungen von Kindern fest (*Oetken-Ishorst* 2002, 16ff.). Sie begründet dies mit der Orientierung am bio-psycho-sozialen Modell und der Ausgangstheorie, dass Stimmstörungen durch Verhalten und Verhältnis mitverursacht seien (ebd.). Weiter benennt sie Risikofaktoren und kritische Zeitfenster und empfiehlt darauf aufbauend den Abbau von Risikofaktoren und gleichzeitig edukative, verhaltens- und verhältnisorientierte Maßnahmen (ebd.).

Im Bereich der sekundären Prävention von Stimmstörungen stehen ebenso diverse Screenings zur Früherkennung zur Verfügung.

Auch im Bereich der *Dysphagie* bringt sich die Logopädie bewusst präventiv ein. Dies geschieht im Rahmen von Pflege- und Angehörigenberatung und Therapie, in welcher, den Ansätzen sekundärer und tertiärer Prävention folgend, zum Teil gesundheitsfördernde und primärpräventive Ansätze angewendet werden. Zu nennen sind beispielsweise die Prävention von Pneumonien und lebensgefährlicher Aspiration im Rahmen von Dysphagie-therapie und -management (*Bartolome* 2014, 307).

Auch in diesem Bereich werden zunehmend Tools zur Früherkennung entwickelt, etwa der „Rorschacher Beobachtungsbogen Schluckfunktion und Risiken“ (*Rüegg & Steiner* 2020).

Diese exemplarische Reflexion der Rolle der Logopädie im Kontext von Gesundheitsförderung und Prävention lässt erkennen, dass die Logopädie begonnen hat, theoriegeleitet gesundheitsfördernd und präventiv zu handeln und zugehörige Modelle und Handlungsansätze in ihr Handeln einzubeziehen. Zu einzelnen Störungsbildern sind Risiko- und Schutzfaktoren bekannt und Maßnahmen wie Beratungsangebote, Trainings und Früherkennungsuntersuchungen entwickelt.

KASTEN 3

FALLBEISPIEL Verhaltens- und Verhältnisprävention

Frau F. ist Erzieherin. Sie singt seit Jahren in einem Jazzchor, der auf Stimmbildung besonders viel Wert legt. Mit Beginn der Probenzeit für das anstehende Weihnachtskonzert merkt sie, dass ihr die hohen Töne nicht mehr wie gewohnt gelingen. Die Arbeit im Hort erschöpft sie zunehmend. Beim Besuch des HNO-Arztbesuches sind keine organischen Befunde nachweisbar. Er fragt sie, ob es ihr psychisch schlecht gehe, sie vielleicht eine Kur brauche, oder er sie für eine Weile krankschreiben solle, was Frau F. verneint. Voller Sorge kommt sie in die logopädische Praxis. Im Rahmen des Anamnesegesprächs wird Folgendes deutlich:

Anzeichen für eine Stimmüberlastung traten auf, nachdem der Raum, in dem sie arbeitet, neu ausgestattet wurde. Er soll nun heller und leichter zu reinigen sein, dazu wurden Teppiche, die Sofaecke, einige Regale und auch die Vorhänge entfernt. Frau F. erkennt, dass sich der Raum dadurch akustisch stark verändert hat. Auch die Kinder sind dadurch lauter und unruhiger geworden, was sich auf ihre Arbeitssituation auswirkt. Daher setzt sie sowohl strukturell als auch personell an, um sich zu helfen:

- **Verhältnisprävention:** Es gelingt ihr, der verantwortlichen Einrichtungsleitung zu vermitteln, dass die gut gemeinte Idee massive Folgen für die Raumakustik ihres Arbeitsumfelds hatte. Im Ergebnis schafft sie es, räumliche Veränderungen durchzusetzen, die die Akustik verbessern.
- **Verhaltensprävention:** Aus der Erfahrung der körperlichen und stimmlichen Ermüdung zieht Frau F. unter dem Aspekt der Selbstfürsorge weitere Konsequenzen. Sie achtet nun darauf, regelmäßig und ausreichend zu trinken und bei Bedarf ihre Mund- und Rachenschleimhäute zu befeuchten. Als besonders hilfreich erlebt sie die Stimmübungen, die sie in ihre Morgenroutine an Arbeits-tagen aufnimmt.

Glossar

Empowerment ist eine der Maximen der Ottawa-Charta zur Umsetzung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik (WHO 1986, 4). Zum Teil wird synonym der Begriff „Enabling“ verwendet. Empowerment ist darauf ausgerichtet, Menschen zu befähigen, ihr Leben, ihre Gesundheit und ihre Lebenswelt selbst zu gestalten (Brandes & Stark 2016, 1ff.).

Gesundheit. „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“ (WHO 1946, 1). „Gesundheit ist das Stadium des Gleichgewichts von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) als auch äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt. Gesundheit ist ein Stadium, das einem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt“ (Hurrelmann & Richter 2013, 147).

Gesundheitsförderung gründet auf der Dynamik der Entstehung und Beibehaltung von Gesundheit (Borgetto & Siegel 2009, 229). Sie ist unspezifisch, ressourcenorientiert und auf die Stärkung der Gesundheit ausgerichtet. Im Rahmen der Prävention kann sie als Handlungsansatz betrachtet werden. In der Literatur wird Primordialprävention zum Teil synonym zu Gesundheitsförderung verwendet (Rittich 2018, 42). Ebenso wird sie zum Teil mit Primärer Prävention gleichgesetzt.

Gesundheitskompetenz (Health Literacy) umfasst die Motivation und Fähigkeiten von Menschen, die für sie relevanten Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und auf Fragestellungen im eigenen Leben anwenden zu können. Die dazu notwendigen Fähigkeiten, in print und digital verfügbare schriftlich dokumentierte Informationen rezipieren zu können, begründen die enge Verknüpfung zu Bildung und (Schrift-) Sprachkompetenzen. Gesundheitskompetenz ermöglicht es Menschen, über ihren Lebenslauf Entscheidungen treffen und umsetzen zu können, die sich positiv auf Gesundheit, Krankheitsverläufe und Lebensqualität auswirken können. Die Weiterentwicklung von Gesundheitskompetenz ist ein wichtiger Baustein des Empowerments.

„**Health in All Policies**“. Dieser Ansatz ergibt sich aus der Erkenntnis der starken Einflussnahme sozialer und ökologischer Faktoren auf die Gesundheit von Individuen und Gesamtheiten. Die positive Einflussnahme auf relevante (soziale und ökologische) Determinanten der Gesundheit ist eine zentrale Aufgabe in der Gesundheitsförderung (WHO 1986, 1). Gefordert ist daher unter diesem Ansatz eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik bzw. Gesundheitsförderung in allen Politikbereichen.

International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). 2001 hat die WHO in der „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF) ergänzend den Begriff der Gesundheit um die Perspektive der funktionalen Gesundheit erweitert, die die Möglichkeit der Parti-

zipation bzw. Teilhabe im Kontext gesundheitlicher Beeinträchtigungen hervorhebt (DIMDI 2005, 4).

Kohärenzgefühl. Nach Antonovsky (1997, 140ff.) beeinflusst das Kohärenzgefühl maßgeblich die Platzierung von Individuen auf dem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit. Dieses Gefühl drückt aus, ob man „ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens“ (ebd., 36) hat, das eigene Leben verstehen und bewältigen zu können. Es umfasst nach Antonovsky die Komponenten der Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit (ebd., 34).

„**Krankheit** ist das Stadium des Ungleichgewichts von Risiko- und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) als auch äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen nicht gelingt. Krankheit ist ein Stadium, das einem Menschen eine Beeinträchtigung seines Wohlbefindens und seiner Lebensfreude vermittelt“ (Hurrelmann & Richter 2013, 147). „Krankheit ist im engeren medizinischen Sinn Behandlungs- und/oder Pflegebedürftigkeit“ (Franzkowiak 2018, 1).

Ottawa-Charta. Die Relevanz von Gesundheitsförderung wurde 1986 in der ersten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung der WHO in Ottawa hervorgehoben und proklamiert (Altgeld & Kolip 2014, 48). Die dort verfasste Ottawa-Charta löste weltweit Reaktionen und Aktivitäten zugunsten der Gesundheitsförderung aus (ebd.). Basierend auf dem bereits 1946 formulierten Gesundheitsbegriff der WHO und der 1978 in der Erklärung von Alma-Ata festgehaltenen Philosophie der Chancengleichheit hat die WHO 1986 in der Ottawa-Charta die Grundlagen und die Zielrichtung der Gesundheitsförderung sowie Ansatz- und Maßnahmenempfehlungen aufgezeigt. Bereits damals wurde konstatiert, dass dieses Handlungsfeld kein rein gesundheitspolitisches sei, sondern eine gesamtgesellschaftliche und politische Aufgabe (WHO 1986, 2).

Partizipationsansatz. In der Ottawa-Charta wurde der Partizipationsansatz als zentraler Handlungsansatz in Gesundheitsförderung und Prävention beschrieben (WHO 1986, 4ff.). Der Partizipationsansatz hat den Anspruch, Zielgruppen und -personen in allen Phasen von der Planung bis zur Evaluation gestaltend an den an sie gerichteten Maßnahmen zu beteiligen. Als Fachpersonen ihrer eigenen Lebenswelt und eigenen Lebens sollen sie als gleichberechtigt angesehen, ihre Wünsche und Anforderungen ernst genommen und an Entscheidungsprozessen beteiligt werden (Altgeld & Kolip 2014, 49).

Prävention hat zum Ziel, unerwünschte Ereignisse wie Krankheiten oder Störungen zu verhindern, zu verzögern oder weniger wahrscheinlich zu machen. Sie erfolgt spezifisch und aufgrund der Zukunftsprognose potenzieller Erkrankungen. Sie kann als Risikomanagement betrachtet werden.

Das Präventionsdilemma beschreibt die Problematik, dass diejenigen Gruppen, die von den häufigsten präventiven Leistungen besonders profitieren könnten, besonders schwer erreicht werden.

Das Präventionsparadox beschreibt den Umstand, dass präventive Maßnahmen, die für die Gesellschaft oder Gesamtbevölkerung einen hohen Nutzen bewirken, nur wenig Mehrwert für ein einzelnes Individuum erzielen. Maßnahmen, von denen einzelne Individuen besonders profitieren, nützen der Gesellschaft oder Gesamtbevölkerung dagegen nur wenig.

Im Risikofaktoren-Modell wird davon ausgegangen, dass bestimmte Faktoren die Entstehung von Krankheiten begünstigen können (Franke 2012, 138). Risikofaktoren können beispielsweise Alter, Geschlecht, gesundheitliche Belastungen, soziale oder auch behaviorale, psychische und ökologische Dispositionen sein. Nach Rosenbrock & Gerlinger (2014, 74) zählt das Risikofaktoren-Modell zu den wichtigsten Grundannahmen in der Verhaltensprävention. Es orientiert sich ebenso wie das biomedizinische Modell an Kausalzusammenhängen (Franke 2012, 137). Risikofaktoren spielen auch beim Erwerb von Gesundheitskompetenz eine entscheidende Rolle, dazu zählen in Europa bestimmte soziale Determinanten wie ein niedriger Bildungs- und Sozialstatus, Migrationshintergrund und chronische Erkrankungen (WHO 2016, 10 ff.).

Schutzfaktoren. Eine wesentliche Ressource bzw. ein Schutzfaktor im Kontext von Gesundheit stellt der Zugang zu gesundheitsrelevanten Leistungen dar. Weitere soziale, wirtschaftliche und ökologische Faktoren können einen stärkenden Einfluss ausüben, ebenso wie politische Systeme die Rahmenbedingungen für den Erwerb von Stabilität und Vertrauen in Gesellschaft, Sinn und Selbstwirksamkeit stärken können. Gute Bildungsvoraussetzungen können die Entwicklung des Kohärenzgefühls und der Gesundheitskompetenz als Schutzfaktoren bzw. Ressourcen stärken.

Der Settingansatz wurde bereits in der Ottawa-Charta (WHO, 1986, 4ff.) als einer der zentralen Ansätze in Gesundheitsförderung und Prävention benannt. Das Angebot im Setting, worunter Lebenswelten wie z.B. Kindertagesstätten, Betriebe, Vereine bzw. Sozialzusammenhänge von Menschen verstanden werden, sei sehr bedeutsam, da hierüber die Lebens- und Arbeitsbedingungen in den Mittelpunkt des Betrachters rücken (Altgeld & Kolip 2014, 49 f.). Werde er angewendet, verliere der Gesundheitsbegriff an Abstraktheit und werde erlebbar, was wiederum die Anwendung der Ansätze des Empowerments und der Partizipation ermöglichen (ebd.).

Salutogenese. Aaron Antonovsky entwarf das Modell der Salutogenese. Er forcierte hiermit die Abwendung vom Modell der Pathogenese. Er hält fest, dass es zum Leben dazugehöre, sich zwischen den beiden Endpunkten eines Kontinuums der vollkommenen Gesundheit und vollkommenen Krankheit zu bewegen (Antonovsky 1997, 23). Daraus folgert er, dass jeder Mensch bis zum Tod sowohl kranke als auch gesunde Anteile habe.

Ebenso hat sie begonnen, die präventive Logopädie als Spezialgebiet zu entwickeln: Dies geschieht über den Ausbau theoretischer Grundlagen, die Schaffung von Wissen zu pathogenetischen und salutogenetischen Wirkfaktoren und die Entwicklung von Tools und Fertigkeiten und deren Anwendung. Insgesamt liegen jedoch noch wenige explizit gesundheitsfördernde oder präventive evaluierte Maßnahmen vor. Der Schwerpunkt logopädischer Gesundheitsförderung und Prävention findet im Rahmen therapeutischer Maßnahmen statt. Damit kommt die Logopädie einem der wichtigsten Grundsätze und Forderungen der Prävention, „Health in All Policies“, nach: Alle Politikbereiche sind für Gesundheit mit verantwortlich.

Fazit

In der Betrachtung von Gesundheit und Krankheit hat ein gesellschaftlicher und politischer Paradigmenwechsel stattgefunden. Die Perspektive der Gesundheitsversorgung auf Krankheit und damit auf Kuration und Rehabilitation hat sich geweitet und den Fokus zugunsten von Gesundheit, Gesundheitsförderung und Prävention verschoben. Daraus abgeleitet wurde der Auftrag an alle Politikbereiche, sowohl Gesundheitsförderung als auch Prävention in das gesellschaftspolitische Handeln zu integrieren. Die Förderung von Gesundheitskompetenz ist damit als gesellschaftlicher, sektorenübergreifender und interdisziplinärer Auftrag zu verstehen.

Die Logopädie in Deutschland, Liechtenstein, Österreich und der Schweiz hat dies erkannt und begonnen, den Paradigmenwechsel innerhalb ihrer Profession umzusetzen. Um Auftrag und Anspruch von Gesundheitsförderung und Prävention in der Logopädie zukünftig besser gerecht zu werden zu können, bedarf es jedoch der Weiterentwicklung von Theorie, Wissen und Handlungsoptionen.

In der möglichen Entwicklung eines Spezialgebiets unserer Profession, der präventiven Logopädie, steckt Potenzial. Der hierzu notwendige kritische Diskurs innerhalb der Disziplin mit ihren drei Säulen der „theoretischen Logopädie“, „praktischen Logopädie“ und „forschenden Logopädie“ (Winterholler 2014, 9) wurde aufgenommen, steckt jedoch ebenso wie unsere gesamte junge akademische Disziplin noch in den Kinderschuhen. Wir Berufstätigen sind gefragt, Diskurs und Entwicklung zum Wohle von Patientenversorgung und Professionsentwicklung fortzusetzen.

: LITERATUR

- Allianz Gesundheitskompetenz (2020). *Was macht die Allianz Gesundheitskompetenz?* <https://www.allianz-gesundheitskompetenz.ch/de/ueber-die-allianz/was-macht-die-allianz> (27.09.2020)
- Altgeld, T. & Kolip, P. (2014). Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch, J. (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (45-56). Bern: Huber/Hogrefe
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt
- Bartolome, G. (2014). Dysphagien. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.), *Grundwissen der Sprachheilpädagogik und Sprachtherapie* (305-313). Stuttgart: Kohlhammer
- Beushausen, U., Ehlert, H. & Rittich, E. (2015). Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Schule. Konzeption und Didaktik von Stimmseminaren für Lehrkräfte. *Forum Logopädie* 29 (4), 18-25
- Borgetto, B. & Siegel, A. (2009). *Gesellschaftliche Rahmenbedingungen der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie. Eine Einführung in die sozialwissenschaftlichen Grundlagen des beruflichen Handelns*. Bern: Huber/Hogrefe
- Brandes, S. & Stark, W. (2016). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention: Empowerment/Befähigung*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/empowermentbefaehigung/> (21.09.2020)
- Buschmann, A. (2002). *Heidelberger Elterntaining zur Sprachförderung. Trainermanual*. München: Urban & Fischer
- dbl (2014). *Kompetenzprofil Logopädie. Langfassung*. http://www.dbl-ev.de/fileadmin/Inhalte/Dokumente/der_dbl/Der_Verband/20140828_Kompetenzprofil_Langfassung_.pdf (20.09.2020)
- dbl (2005). *Leitbild Logopäde/Logopädin des dbl*. https://www.dbl-ev.de/fileadmin/Inhalte/Publikationen/0011_leitbild_logopaedie.pdf (20.09.2020)
- dbl (Hrsg.) (2015). *Sprachreich®. Logopädisch orientierte Sprachförderung im Alltag. Basiswissen 1. Sprachentwicklung und Sprachförderung bei einsprachigen Kindern – Muttersprache Deutsch*. Frechen: dbl
- DLV (2014). *DLV Berufsbild Logopädie*. https://www.logopaedie.ch/sites/default/files/u802/DLVintern/DLVD_berufsbild_A5%209_NeueAdr.2014.pdf (20.09.2020)
- DIMDI (2005). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icf/> (29.09.2020)
- Franke, A. (2012). *Modelle von Gesundheit und Krankheit*. Bern: Huber/Hogrefe
- Franzkowiak, P. (2018). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention: Krankheit*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). <http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/krankheit/> (21.09.2020)
- G-BA (2020). *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses. Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/Heilm-RL)*. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2213/Heilm-RL_2020-06-29_iK-2020-07-01.pdf (26.09.2020)
- Grötzbach, H. (2012). Wiederherstellung der Gesundheit oder Teilhabe? In: *Forum Logopädie* 26 (5), 18-23
- Haisch, J., Klotz, T. & Hurrelmann, K. (2014). Die Zukunft von Prävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch, J. (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (449-456). Bern: Huber/Hogrefe
- Hoffschildt, C. (2014). Bezüge zur Logopädie. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.), *Grundwissen der Sprachheilpädagogik und Sprachtherapie* (113-126). Stuttgart: Kohlhammer
- Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch, J. (Hrsg.) (2014). *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern: Huber/Hogrefe
- Hurrelmann, K. & Richter, M. (2013). *Gesundheits- und Medizinsoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung*. Weinheim: Beltz Juventa
- Kannengieser, S. (2014). Spezifische Sprachentwicklungsstörungen. In: Grohnfeldt M. (Hrsg.), (2014). *Grundwissen der Sprachheilpädagogik und Sprachtherapie* (188-199). Stuttgart: Kohlhammer
- Karrasch, D. (2016). *Das Präventionsgesetz und die Logopädie: Ein Vergleich zugrunde liegender Ansätze und Modelle. Ableitung von Handlungsempfehlungen für die Logopädie*. Unveröffentlichte Bachelorarbeit an der HAWK Hildesheim
- Landesgesetzblatt Liechtenstein (2007). *Gesundheitsgesetz (GesG) vom 13. Dezember 2007*. https://www.gesetze.li/konso/2008030000?search_text=gesundheitsfoerderung&search_loc=text&lrnr=&lgblid_von=&observe_date=05.10.2020 (05.10.2020)
- logopaediaustria (2020). *logopaediaustria: Leitbild*. <https://www.logopaediaustria.at/verband/leitbild> (20.09.2020)
- logopaediaustria (2017). *logopaediaustria: Statuten*. https://www.logopaediaustria.at/images/Dokumente/Statuten_01122017.pdf (20.09.2020)
- oegk – Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (2018). *Gesundheitskompetenz*. <https://oepgk.at/glossary/gesundheitskompetenz-2/> (27.09.2020)
- Oetken-Ishorst, E. (2002). Stimmstörungen bei Kindern. *Forum Logopädie* 16 (4), 16-21
- Rausch, M. (2012). Sind logopädische Störungsbilder Krankheiten? Subjektive Theorien von Gesundheit und Krankheit in der Logopädie. *Forum Logopädie* 26 (5), 12-17

Richter, M. & Hurrelmann, K. (2018). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention: Determinanten von Gesundheit*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). <http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/determinanten-von-gesundheit/> (21.09.2020)

Rittich, E. (2018). Grundlagen der Prävention und Gesundheitsförderung. In: Lauer, N. & Schrey-Dern, D. (Hrsg.), *Prävention von Stimmstörungen* (39-68). Stuttgart: Thieme

Rosenbrock, R. & Gerlinger, T. (2014). *Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung*. Bern: Huber

Rüegg, R. & Steiner, J. (2020). Dysphagie – Logopädische Kompetenz für die Pflege. *Forum Logopädie* 34 (5), 30-34

Schaeffer, D., Hurrelmann, K., Bauer, U. & Kopalzik, K. (Hrsg.) (2018). *Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken*. Berlin: KomPart

WHO (1946). *Constitution of the World Health Organisation*. <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf> (05.10.2020)

WHO (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf (05.10.2020)

WHO (2013). *Gesundheit 2020. Europäisches Rahmenkonzept für gesamtstaatliches und gesamtgesellschaftliches Handeln zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden*. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/215756/Health2020-Short-Ger.pdf (20.09.2020)

WHO (2016). *Gesundheitskompetenz. Die Fakten*. Deutsche Fassung veröffentlicht von der Careum-Stiftung, Schweiz, und gefördert vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und dem AOK Bundesverband, Deutschland

Winterholler, C. (2015). Lebenslanges Lernen – Modebegriff? Alter Wein in neuen Schläuchen? Überlegungen zum Konzept des Lebenslangen Lernens für die Logopädie. *Forum Logopädie* 28 (5), 6-9



Dagmar Karrasch absolvierte bis 2005 die Ausbildung zur staatlich geprüften Atem-, Sprech- und Stimmlehrerin an der CJD-Schule Schlaffhorst-Andersen in Bad Nenndorf. Berufsbegleitend schloss sie 2016 das Studium an der HAWK, Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst Hildesheim/Holzmanden/Göttingen, mit dem B.Sc. in Logopädie ab. Nach der Ausbildung arbeitete sie in einer logopädischen Praxis in Hannover, bis sie 2007 eine eigene logopädische Praxis in der Region Hannover gründete. Hier arbeitete sie mit ihrem Team bis Februar 2019. Parallel zu ihrer beruflichen Tätigkeit in der ambulanten Praxis begann sie, sich berufspolitisch für die Belange der Logopädie und der Patientenversorgung zu engagieren: 2008 bis 2014 setzte sie sich auf Landesverbandebene in Niedersachsen im dbl ein. 2014 übernahm sie das Amt der Vizepräsidentin und setzt ihre berufspolitische Arbeit seit 2017 im Amt der Präsidentin des dbl fort.

SUMMARY. Speech and language therapy in the context of health promotion and prevention

German-speaking speech and language therapy has been increasingly engaged in the field of health promotion and health prevention. Organisations representing the professional practises of speech and language therapy in Liechtenstein, Austria, Germany and Switzerland stand for the social obligation in the health care system to provide a new perspective for future-oriented patient care. This article gives an overview of model orientation and practical approaches in health promotion and health prevention and points out related tasks and perspectives for the profession itself.

KEY WORDS: health promotion – health prevention – speech and language therapy – health literacy – Health in All Policies – professional mission statement – paradigm shift

DOI 10.2443/skv-s-2020-53020200601

KONTAKT

Dagmar Karrasch

Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.
Augustinusstraße 11a
50226 Frechen
karrasch@dbl-ev.de



Wir gestalten
die **Zukunft** der
Logopädie!

Sind Sie dabei?



Als Mitglied im Deutschen Bundesverband für Logopädie e.V. genießen Sie zahlreiche Vorteile und sind Teil einer starken Gemeinschaft mit langer Tradition.

**Werden Sie Mitglied! Gestalten Sie mit!
Profitieren Sie von attraktiven Serviceangeboten!**

Mehr Informationen und Mitgliedsantrag unter:
www.dbl-ev.de » **Mitgliedschaft**

Karin Pfaller-Frank

Die ökonomische Bedeutung logopädischer Leistungen

Eine Studie zur Kosten-Nutzen-Analyse logopädischer Leistungen

Einleitung

Logopädische Leistungen zählen seit mehr als 100 Jahren in vielen Ländern zu den Heilbehandlungen eines Gesundheitssystems. Die Indikationen können als Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen oder entsprechend einer international üblichen Abkürzung als SLCDs – Speech, Language, Communications Disorder and Swallowing – umschrieben werden. Für gesetzlich geregelte Gesundheits(fach)berufe gelten zahlreiche Berufspflichten, aber auch Aspekte wie Qualität, Wirksamkeit und Zweckmäßigkeit logopädischer Behandlungen dürfen nicht außer Acht gelassen werden.

Als gesetzlich geregelter Gesundheitsberuf, aber auch als eigenständige Wissenschaftsdisziplin wird die Logopädie vermehrt mit der gesellschaftspolitischen Verantwortung konfrontiert, ihr Handeln ökonomisch zu legitimieren. Zurzeit wird dies überwiegend durch klinische Studien erbracht, die therapeutische Wirkungsweisen, Indikationsspezifikationen, Diagnostikverfahren usw. analysieren. Ökonomische Legitimationen werden am ehesten durch gesundheitsökonomische Evaluierungen erbracht und die Wirkung logopädischer Maßnahmen wird meist an einzelnen ausgewählten Stö-

rungsbildern, wie z.B. der Aphasie, bewertet. Eine Evaluation des Gesamtspektrums logopädischer Leistungen in sozialer und ökonomischer Hinsicht wurde bisher allerdings noch nicht durchgeführt. Sprache und Sprechen werden entsprechend dem Europäischen Kataster als Grundkompetenzen eines Menschen zur Erlangung von Bildung, Weiterbildung und allgemeiner Lebenskompetenz (PICAS) betrachtet (EU-Kommission 2007). Die Auswirkungen von Störungen im Bereich von Sprach-, Sprech- und Kommunikationsbedürfnissen (SLCN) können für den Einzelnen, aber auch für die Gesellschaft erheblich sein (Bercow 2008).

Die Wirkungen logopädischer Interventionen haben nicht nur Relevanz aus logopädischer Sicht, weil sich z.B. eine Kommunikationsfertigkeit verbessert, sie zeigen auch soziale Auswirkungen (z.B. auf Bildungschancen, gesellschaftliche Teilhabe) und beinhalten wirtschaftliche Aspekte (Stellung am Arbeitsmarkt). Deutliche Hinweise auf solche „Spillover-Effekte“ zeigen die Ergebnisse einer OECD-Studie, die deutlich macht, dass Menschen mit reduzierter Sprach- und/oder Lesekompetenz beträchtlich schlechtere Berufschancen und ein vermindertes Lebenseinkommen haben als jene mit ausreichenden Kompetenzen in diesen Bereichen (ST.AT 2014).

Die OECD hat im Rahmen einer international groß angelegten Studie acht Schlüsselkompetenzen als Basis eines sozialen und wirtschaftlichen Wohlergehens definiert, wobei sich diese durch mehrere Merkmale beschreiben lassen (Rychen & Sagalnik 2003, OECD 2007). Lesen, Schreiben, Alltagsmathematik und Problemlösung im Kontext neuer Technologien im Erwachsenenalter werden als wesentliche Haupt- bzw. Schlüsselkompetenzen durch das PIACC-Profil (Program for the International Assessment of Adult Competencies) der OECD verstanden, wobei Österreich diese als Schlüsselfaktoren für lebenslanges Lernen in eine nationale Strategie übernommen hat (Republik Österreich 2011) hat.

Ausgehend von der Überlegung, dass wesentliche Meilensteine eines gesunden Spracherwerbs u.a. eine korrekte phonologische Informationsverarbeitung/phonologische Bewusstheit und das Beherrschen sprachlicher Kompetenzen (z.B. Wortschatz und Grammatik) sind, ergeben sich daraus die Prädiktoren für einen gelungenen Schriftspracherwerb (Lundberg 2002). Störungen dieser Vorläuferfertigkeiten für Lesen und Schreiben haben mit großer Vorhersagekraft (Goldammer 2010) Auswirkungen auf den Erwerb weiterer Schlüsselkompetenzen und das Bildungsniveau. Dies beeinflusst nicht nur die Stellung in der Gesellschaft, die soziale Teilhabe, die Arbeitsmarktchancen (Aras et al., 2014), das Lebenseinkommen, sondern in weiterer Folge auch das Bruttoinlandsprodukt eines Staates.

Die Durchführung logopädischer Leistungen, die sich an den Bedürfnissen der PatientInnen orientieren, sind das zentrale Element eines Gesundheitsberufes. So mag es befremdlich wirken, wenn eine ökonomische Bewertung, meist in Form einer Kosten-Nutzen-Analyse, für die Einordnung von Leistungen eines Berufes in einem Gesundheitssystem erforderlich erscheint (Schöffski & Graf von Schulenburg 2012). Nachvollziehbar wird dies, da zunehmend Fragen nach der (ökonomischen) Wirksamkeit, der Limitierung von Ressourcen, der Rechtfertigung gegenüber eingesetzten

ZUSAMMENFASSUNG. Logopädische Leistungen werden weltweit überwiegend als medizinische Heilbehandlungen eingeordnet, wobei zunehmend ökonomische Kriterien, wie Kosten/Nutzen-Überlegungen für den Einsatz von „öffentlichen“ Ressourcen relevant werden. Für 41 Indikationsbereiche der Logopädie wurden Therapiebedarf, Wirkungen, Aufwendungen, sowie der langfristige monetäre Nutzen untersucht und daraus eine Kosten-Nutzen-Analyse logopädischer Leistungen erstellt. Auf der Basis einer Erhebung durch LogopädInnen, der aktuellen Studienlage und amtlicher Arbeitsmarktanalysen wurde ein statistisch-ökonomisches Modell entwickelt. Der Nutzen der Logopädie übersteigt bei sämtlichen 41 Störungsbildern des österreichischen Indikationskatalogs (ÖIK) die Kosten grundsätzlich um ein Vielfaches, variiert jedoch stark. Die Studie weist nach, dass ein verstärkter Einsatz der Logopädie zu einer Erhöhung des sozioökonomischen Status, der Teilhabe und/oder des (lebenslangen) Erwerbseinkommens führen kann.

SCHLAGWÖRTER: Logopädie – Kosten-Nutzen-Analyse – Behandlungseffizienz – Langzeiteffekt – Nutzen

öffentlichen Geldmitteln und der Bewertung eines „Nutzens“ auftauchen.

Hintergrund

Grundlage der Bewertung von Kosten/Nutzen sind einerseits Prävalenzen, andererseits die vielfältigen Charakteristika logopädischer Therapie und deren Folgewirkungen. Law et al. (2000) und Zubrick et al. (2007) erfassten bereits systematisch Prävalenzen wesentlicher logopädischer Störungsbilder. Darauf aufbauend können die ökonomischen Aspekte, wie Kosten, Aufwendungen, Teilhabe, Erwerb und Arbeitsleben modelliert werden.

Der Zusammenhang zwischen Sprachentwicklungsstörungen und Verlagerungen von (Therapie)kosten bei Kindern in das Erwachsenenleben konnten Clegg & Henderson (1999) nachweisen und Cronin et al. (2017) bestätigten die langfristigen ökonomischen Schwierigkeiten aufgrund von Sprachentwicklungsproblemen. Die sozioökonomischen Auswirkungen von Sprachbeeinträchtigungen wurden bei Gould (2004) thematisiert und Gibbard et al. (2004) ermittelten ein Kosten/Wirksamkeits-Verhältnis bei Kleinkindern mit entsprechenden Sprachentwicklungsstörungen.

Lavelle et al. (2014) zeigten anhand der Autismus-Spektrum-Störung beträchtliche ökonomische Folgen für die Betroffenen und deren Umfeld und Pelham et al. (2007) belegten dies für ADHS. Sciberras et al. (2015) begannen ebenfalls die kurzfristigen ökonomischen Konsequenzen logopädischer Störungsbilder zu quantifizieren und Snow & Powell (2004) haben auf die langfristigen Zusammenhänge für Erwachsene durch frühkindliche Sprachentwicklungsstörungen hingewiesen.

Der Zusammenhang zwischen Bildung und sozioökonomischem Status im Kontext von Sprache wurde bereits bei Lim et al. (2014) beschrieben. Prävalenzen von Sprachentwicklungsstörungen wurden auch bei Mcleod & Mckinnon (2007) erhoben. Mu et al. (2016) führten die Ermittlung von großen Zusammenhängen zwischen Sprache, Bildung, Erwerbseinkommen weiter und Tomblin et al. (1997) erfassten in Kindergärten Prävalenzen von Kindern mit Sprach- oder Sprechproblemen. Der Zusammenhang zwischen Sprache, frühkindlichen Funktionen und Schulerfolg wurde bei Harrison et al. (2009) herausgearbeitet.

Erste Ansätze einer umfassenden Bewertung logopädischer Leistungen wurden bei Marsh et al. (2010) vorgenommen und Johnson et al. (2010) zeigten in einer 20-jährigen Längsschnittstudie bereits einen umfassenden Zusammenhang zwischen Sprache, Sozioökonomie, Lebensqualität und sozialer Teilhabe. Die Bedeutung einer kontinuierlichen logopädischen Therapie wurde auch im Zusammenhang mit den durch COVID-19 verursachten Irritationen im therapeutischen Setting untersucht (Tohidast et al. 2020).

Die Kosten-Nutzen-Analyse ist ein Instrument zur wirtschaftlichen Bewertung von Maßnahmen und Technologien im Gesundheitswesen (Drummond 2012), wobei wirtschaftliche Argumente für einen angemessenen Zugang zu Therapien für viele Gesundheitspläne zunehmend notwendiger werden. Kosten-Nutzen-Analysen in Teilbereichen der Logopädie (vor allem bzgl. Kindersprache) sind bereits in Ansätzen durchgeführt worden, jedoch wurde hier kein einheitliches Design gefunden (Law et al. 2012). Neuere Entwicklungen versuchen, langfristige Produktivitätsverluste abzuschätzen

(Cronin et al. 2020), wobei bereits Kostenabschätzungen z.B. bei Erkrankungen des Gehirns vorgenommen wurden (Olesen et al. 2012).

Die Beurteilung des medizinischen (logopädischen) und wirtschaftlichen Wertes von Therapien bei Krankheiten oder Störungen konzentrierte sich bisher auf kurzfristige Vergleiche von Nutzen und Kosten. Dieser Fokus ignoriert jedoch das Potenzial einer längeren Phase der Effektivität für die PatientInnen, sei es nun die Partizipation, die sozialen und wirtschaftlichen Vorteile und der Einfluss auf das (berufliche) Leben.

Innovativer sozio-ökonomischer Ansatz

Die ersten dem Artikel zugrunde liegenden empirischen Erhebungen (Pfaller 2015) wurden jetzt mittels eines neuen Ansatzes in eine Kosten-Nutzen-Analyse eingebunden, um die Logopädie bzw. ihren Wirkungsbereich als Ganzes abzubilden und ihr Potenzial in sozialer und wirtschaftlicher Hinsicht herauszuarbeiten. Dies erfasst den gesamten fachlichen Zuständigkeitsbereich der Logopädie und quantifiziert mittels Modellrechnung den erreichbaren Nutzen für die Gesellschaft und den Staat.

Der Unterschied im Vergleich zu den bekannten Wirksamkeitsstudien besteht darin, dass mit dem modellorientierten Ansatz auch der langfristige Nutzen – sowohl monetär als auch sozial – erfassbar gemacht wurde, wobei die Ergebnisse deutlich zeigen, dass eine logopädische Intervention zusätzlich zum eigentlichen Therapieerfolg Effekte ermöglicht, die beträchtlich über die Zeitspanne der Therapie



**IHR
ABRECHNUNGS
EXPERTE**

AS | **ABRECHNUNGSSTELLE**
für Heil-, Hilfs- u. Pflegeberufe **AG**

✓ **Persönlicher Ansprechpartner**

✓ **Keine Vertragslaufzeiten**

✓ **Auszahlung ab 48 Stunden**

✓ **Keine Grundgebühren**



www.as-bremen.de/abrechnung-heilmittel.html
0421 303 83 149 | info@as-bremen.de

hinaus Wirkung zeigen. Mit der gesellschaftlichen und finanziellen Bewertung der wissenschaftlichen Disziplin Logopädie (Pfaller 2011) kann nachgewiesen werden, dass als eine der langfristigen Folgewirkungen der erzielbare Nutzen deutlich höher als die Kosten der eigentlichen logopädischen Intervention ist.

Aufgaben und Zielsetzung

Es wurden störungsbezogene Aufwendungen, der Therapiebedarf, die Prävalenzen, die Erfolgsaussichten und die eingeschätzten Folgen für die soziale Teilhabe, das Bildungsniveau und das Erwerbsleben erfasst. Die Modellierung von Folgewirkungen logopädischer Maßnahmen und der daraus folgende Nutzen, sowie die Schätzungen der Altersverteilungen der PatientInnen wird vorgenommen.

Daten und Methoden

Das Spektrum der logopädischen Störungen (8 Störungsgruppen und 41 einzelne Störungsbilder) wurde entsprechend des offiziellen Indikationskatalogs von *logopädieaustria* (2017) analysiert. Es wurden die Prävalenz, der Behandlungsbedarf, die Interventionen und deren Dauer, Kosten und Wirksamkeit sowie die Langzeitwirkungen samt Konsequenzen für das Bildungsniveau, das Berufsleben und die soziale Teilhabe erfragt. Mittels Bewertungsbogen wurden LogopädInnen mit mehr

als 15 Jahren fachlich-therapeutischer Erfahrungen in den einzelnen Störungsbereichen zu den oben angeführten Punkten befragt.

Die ungewöhnliche Erfassungsmethodik von Erfahrung anstelle von Evidenz basiert auf mehreren Aspekten. Zum einen gibt es keine verlässlichen Zahlen hinsichtlich Inzidenzen und Prävalenzen für sämtliche logopädische Störungsbilder, zum anderen sollten die erforderlichen Informationen die Wirksamkeit logopädischer Therapie unter Realbedingungen (Effectiveness) und nicht unter Studienbedingungen (Efficacy) abbilden.

Insgesamt wurden 500 Fragebögen ausgesendet, der Rücklauf betrug 246, wovon 223 Fragebögen (45 %) verwertbar waren. Rund „5 000 Jahre“ logopädische Berufserfahrung konnten somit abgebildet werden. Ergänzt wurden die Antworten der LogopädInnen durch amtliche bzw. statistische Daten zu Einkommen und Schulabschlüssen.

Methodisch waren einige zentrale Konzepte und Annahmen maßgeblich, wie z.B.:

- Logopädie hat eine Nachwirkung und endet nicht mit dem Abschluss der Therapien.
- Verbesserungen können sich wieder verändern – langfristiger Erfolg.
- Verbesserungen bei den Störungsbildern betreffen Ausbildung, Schulerfolg, Einkommen usw.
- Die logopädischen Indikationen sind sehr heterogen hinsichtlich Zielgruppe (Alter), Dringlichkeit, Schweregrad, Therapieerfolgsaussichten, Wirkdauer, Nutzendauer usw.

Folglich wurden die einzelnen logopädischen Störungsbilder getrennt voneinander analysiert, wobei anschließend die wesentlichen Punkte wie folgt aggregiert wurden:

- Modellierung der Therapiewirkungen und deren langfristige Wirkungen
- Ermittlung der Gesamtkosten der logopädischen Therapieeinheiten
- Ermittlung des Zusammenhangs zwischen Ausbildungsdauer (Bildungsniveau bzw. Verbleib im Bildungssystem) und Einkommen
- Ermittlung des monetären Nutzens in Form von Wirkung, Wirkdauer und sozioökonomischer Konsequenzen (Lebenseinkommen bis zur Pensionierung)
- Messen des Nutzens in Geldeinheiten
- Kosten-Nutzen-Analysen/Cost-Benefit Analysis (CBA) (im engeren Sinn)

Die Simulation einer logopädischen Kohorte geht mittels Analyse von Zeitspannen davon aus, dass jeder Mensch zum Zeitpunkt der Geburt statistisch-methodisch betrachtet eine „logopädische Gesundheit“ aufweist. Die Ermittlung erfolgte bis zum Zeitpunkt von 99 Jahren mittels Methoden der Funktionsdaueranalyse.

Ergebnisse

In der Tabelle 1 wird die Stichprobe formal kurz dargestellt. Der große Bereich der Störungen der Sprachentwicklung zeigte mit 40 Antworten den größten und die Redeflussstörungen sowie die Störungen der Schriftsprache mit je 16 Antworten den kleinsten Rücklauf.

Die Tabelle 2 zeigt das Ausmaß der Beeinträchtigung auf die soziale Teilhabe sowie die Berufsausübung. Bei 96 % der Angaben ist eine Auswirkung des logopädischen Störungsbildes auf die soziale Teilhabe zu erwarten, in 93 % eine Auswirkung auf das Berufsleben. Daraus kann die besonders deutliche Erkenntnis

Tab. 1: Anzahl der Angaben pro Störungsbilder-Obergruppen

| Indikationsobergruppen | Häufigkeit | % |
|------------------------------|------------|--------------|
| Sprachentwicklung | 40 | 17,9 |
| Cranio-facio-oraler Bereich | 34 | 15,2 |
| Hören | 31 | 13,9 |
| Sprache, Sprechen, Schlucken | 41 | 18,4 |
| Atmung, Stimme, Stimmklang | 18 | 8,1 |
| Redefluss | 16 | 7,2 |
| Lesen, Schreiben, Rechnen | 16 | 7,2 |
| Kommunikation | 27 | 12,1 |
| Gesamt | 223 | 100,0 |

Tab. 2: Ausmaß der Beeinträchtigung sozialer Teilhabe und Berufsausübung

| | Soziale Teilhabe | | Berufsausübung | |
|---------------|------------------|--------------|----------------|--------------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| nein | 4 | 1,8 | 16 | 7,2 |
| leicht | 44 | 19,7 | 34 | 15,2 |
| mittel | 78 | 35,0 | 67 | 30,0 |
| stark | 97 | 43,5 | 106 | 47,5 |
| Gesamt | 223 | 100,0 | 223 | 100,0 |

Tab. 3: Relevanz logopädischer Störungen für 12 ausgewählte Teilbereiche

| Aspekte der sozialen Teilhabe | Häufigkeit der Angaben | | Prozentuale Verteilung | |
|-------------------------------|------------------------|--------|------------------------|--------|
| | Nein (n) | Ja (n) | Nein | Ja |
| Diskriminierung | 68 | 155 | 30,5 % | 69,5 % |
| Kommunikation | 27 | 196 | 12,1 % | 87,9 % |
| Freizeit | 84 | 139 | 37,7 % | 62,3 % |
| Anerkennung | 69 | 154 | 30,9 % | 69,1 % |
| Freunde | 81 | 142 | 36,3 % | 63,7 % |
| Hobbys | 101 | 122 | 45,3 % | 54,7 % |

| Aspekte der Berufsausübung | Häufigkeit der Angaben | | Prozentuale Verteilung | |
|----------------------------|------------------------|--------|------------------------|--------|
| | Nein (n) | Ja (n) | Nein | Ja |
| Benachteiligung | 62 | 161 | 27,8 % | 72,2 % |
| Ausbildung | 63 | 160 | 28,3 % | 71,7 % |
| Berufswahl | 37 | 186 | 16,6 % | 83,4 % |
| Einkommen | 56 | 167 | 25,1 % | 74,9 % |
| Arbeitsmarkt | 54 | 169 | 24,2 % | 75,8 % |
| Arbeitslosigkeit | 93 | 130 | 41,7 % | 58,3 % |

Tab. 4: Anteile der mit „Ja“ angegebenen Teilaspekte Ausbildung und Berufsausübung

| Obergruppe | Benachteiligung | Ausbildung – Berufsausübung | | | | |
|------------------------------|-----------------|-----------------------------|--------------|-----------------------|------------------------|-----------------------------|
| | | Ausbildung | Berufswahl | Erwartbares Einkommen | Arbeitsmarkt allgemein | Risiko für Arbeitslosigkeit |
| Sprachentwicklung | 52,5% | 57,5% | 57,5% | 52,5% | 55,0% | 52,5% |
| Cranio-facio-oraler Bereich | 61,8% | 58,8% | 82,4% | 58,8% | 55,9% | 41,2% |
| Hören | 80,6% | 71,0% | 87,1% | 74,2% | 71,0% | 51,6% |
| Sprache, Sprechen, Schlucken | 85,4% | 80,5% | 82,9% | 97,6% | 97,6% | 87,8% |
| Atmung, Stimme, Stimmklang | 72,2% | 33,3% | 83,3% | 61,1% | 83,3% | 22,2% |
| Redefluss | 43,8% | 81,3% | 100,0% | 56,3% | 56,3% | 6,3% |
| Lesen, Schreiben, Rechnen | 81,3% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 75,0% |
| Kommunikation | 96,3% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 96,3% | 96,3% |
| gesamt | 72,2% | 71,7% | 83,4% | 74,9% | 75,8% | 58,3% |
| p-Wert | 0,000 | 0,006 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 |

gewonnen werden, dass Störungen der Sprache, des Sprechens, der Nahrungsaufnahme sowie der Kommunikationsfähigkeiten die Lebensbereiche soziale Teilhabe und Berufsausübung massiv beeinflussen und mitgestalten. Eine Störung in einem dieser Bereiche wirkt sich hochgradig auf das Leben eines Menschen und seine Umgebungswelt aus.

Die eingeschätzte Relevanz logopädischer Störungen (alle Störungsbilder) für 12 ausgewählte Teilbereiche der sozialen Aspekte der gesellschaftlichen Teilhabe sowie der Berufsausübung werden in der Tabelle 3 angegeben.

Annähernd die Hälfte der Betroffenen (44% und 48%) ist neben der primären logopädischen Störung starken negativen Einflüssen die soziale Teilhabe und die Berufsausübung betreffend unterworfen, wobei die Auswirkungen sämtliche Teilaspekte menschlicher Existenz erfassen (Tab. 4).

Der Verlust erworbener Funktionen (Sprechen, Sprache, Schlucken usw.) hat die häufigste Auswirkung (100%) auf die Berufsausübung, gefolgt von den Schriftsprachstörungen (100%) und wiederum der Kommunikation (100%) allgemein. Diese Ergebnisse zeigen deutlich, dass ein Bestehen im Berufsleben beinahe ausschließlich von der Fähigkeit abhängt, das Symbolsystem Sprache mit all seinen Modalitäten (expressiv, rezeptiv sowie lexikalische, semantische, morphologische und grammatische Strukturen, Schriftsprache usw.) kompetent anzuwenden. Die relativ geringe Nennung im Bereich der Sprachentwicklung (50-60%) lässt sich mit der Annahme erklären, dass diese zumindest teilweise im Kindesalter behoben werden.

Aus der Modellierung der Therapieerfolge, dem Aufwand (Kosten der logopädischen Therapie), der Altersverteilungen der PatientInnen sowie dem Nutzen ergeben sich zahlreiche Ergebnisse, die in der Folge wenig kommentiert tabellarisch dargestellt werden (Tab. 5, Seite 20). Zum besseren Verständnis der Lesbarkeit werden die Spaltenüberschriften der Tabelle erklärt. Die letzte Spalte (Nutzen/Kosten) zeigt deutlich, wievielmals höher der Nutzen logopädischen Leistungen gegenüber den eigentlichen Therapiekosten ist. In der Spalte „Zusatzverwerb“ sind die tatsächlich im aktiven Erwerb möglichen erzielbaren Nettomonatseinkommen abgebildet. Bei den angegebenen Werten handelt es sich um Mittelwerte.

Der Nutzen logopädischer Behandlung übersteigt die Kosten im Schnitt (verteilt über alle Störungsbilder) bis um das 73-Fache. Die Unterschiedlichkeiten entstehen unter anderem dadurch, dass relativ homogene Aufwendungen bei den logopädischen Maßnahmen stark unterschiedlichen Nutzungsphasen (Kinder versus Erwachsene) gegenüberstehen. Während ein erfolgreich behandeltes Kind ein höheres Bildungsniveau mit „zusätzlichem“ Einkommen für das gesamte Arbeitsleben hindurch gewinnt, ist dies bei einer Person, die im Erwachsenenleben eine Störung (z.B. eine Stimmstörung) erleidet „nur“ der Verbleib im Beruf.

Die monetären Aufwendungen für die logopädischen Interventionen setzen sich aus den durchschnittlichen Minutenzeitvolumina für die Therapie zusammen. Der Zusatzverwerb sind die im aktiven Arbeitsleben zusätzlich erzielbaren Netto-Einkünfte. In diese fließen die auf die Therapie folgende „Restlebensarbeitszeit“, die Zusatzmonatsentlohnung (aufgrund längeren Verweilens in der Ausbildung) sowie das Verweilen im Arbeitsleben (Möglichkeit der aktiven Berufsausübung) ein. Somit sind auch das Alter, die Wahrscheinlichkeit eines Therapieerfolgs und die langfristige Wirkung der Logopädie (Differenz aus der Erfolgswahrscheinlichkeit von Therapie versus keine Therapie) in die Berechnungen mit einbezogen. Gerade bei günstigen logopädischen Therapien, die eine sehr lange und nachhaltige Wirkdauer und eine

Übungen für Praxis und zu Hause



Die App mit Logovid®, dem logopädischen Video

Sprachheil-App unter »LogoMedien« im Google Play Store kostenlos herunterladen. Ab Anfang 2021 auch im App Store von Apple.



LogoMedien®

Kostenlos installieren und ausprobieren!

Tab. 5: Charakteristika und Aufwand/Nutzen logopädischer Störungsbilder

| Störungsbild | Alter | Therapieerfolg | Aufwand | Zusatzerwerb | Nutzen/Kosten |
|---|-------|----------------|-----------|--------------|---------------|
| 1.1. Frühkindliche Spracherwerbsstörungen | 3,1 | 77,9% | 2 719 € | 211 365 € | 78 |
| 1.2. Spracherwerbsstörungen ungeklärter Genese | 3,8 | 78,9% | 3 506 € | 219 901 € | 63 |
| 1.3. Verzögerte Sprachentwicklung | 3,8 | 85,3% | 2 147 € | 12 599 € | 6 |
| 1.4. Sprachentwicklungsstörungen untersch. Genese | 4,1 | 77,9% | 3 966 € | 159 202 € | 40 |
| 1.5. Sprachentwicklungsbehinderungen | 3,9 | 50,9% | 5 494 € | 112 437 € | 20 |
| 2.1. Störungen der Nahrungsaufnahme | 11,4 | 64,8% | 1 639 € | 186 346 € | 114 |
| 2.2. Störungen der Myofunktion | 10,4 | 70,9% | 759 € | 46 628 € | 61 |
| 2.3. Artikulationsstörungen | 5,7 | 82,8% | 725 € | 131 104 € | 181 |
| 2.4. Dysglossien | 5,8 | 63,6% | 1 825 € | 177 570 € | 97 |
| 2.5. Dyskinesien | 6,2 | 67,4% | 1 363 € | 120 092 € | 88 |
| 3.1. Audiogene Spracherwerbsstörungen | 3,7 | 69,8% | 6 729 € | 268 895 € | 40 |
| 3.2. Audiogene Sprachentwicklungsstörungen | 4,1 | 65,8% | 6 643 € | 157 977 € | 24 |
| 3.3. Audiogene Dyslalien | 4,7 | 70,5% | 2 538 € | 371 514 € | 146 |
| 3.4. Audiogene Dysphonien | 22,7 | 62,3% | 1 590 € | 160 290 € | 101 |
| 3.5. Audiogene Perzeptionsstörungen | 6,2 | 64,9% | 3 210 € | 365 449 € | 114 |
| 4.1. Aphasien/Dysphasien | 58,3 | 51,6% | 6 700 € | 39 182 € | 6 |
| 4.2. Alexien/Dyslexien | 50,8 | 57,0% | 2 163 € | 119 327 € | 55 |
| 4.3. Agraphien/Dysgraphien | 55,0 | 51,5% | 2 888 € | 59 842 € | 21 |
| 4.4. Akalkulien/Dyskalkulien | 59,0 | 51,1% | 2 190 € | 27 570 € | 13 |
| 4.5. Sprechapraxie/Bucco-faciale Apraxie | 59,2 | 49,8% | 4 025 € | 29 671 € | 7 |
| 4.6. Anarthrie/Dysarthrophonien | 57,5 | 51,5% | 3 825 € | 48 087 € | 13 |
| 4.7. Dysphagien | 60,0 | 59,8% | 3 425 € | 23 082 € | 7 |
| 5.1. Dyspnoe | 38,3 | 62,0% | 1 225 € | 128 232 € | 105 |
| 5.2. Funktionelle Aphonie/Dysphonien | 36,3 | 57,1% | 1 275 € | 150 352 € | 118 |
| 5.3. Organische Aphonie/Dysphonien | 46,3 | 51,3% | 1 763 € | 115 409 € | 65 |
| 5.4. Dysodien | 30,0 | 57,5% | 1 750 € | 85 488 € | 49 |
| 5.5. Rhinophonien | 5,8 | 57,5% | 1 575 € | 73 520 € | 47 |
| 6.1. Stottern | 7,3 | 65,1% | 1 725 € | 322 093 € | 187 |
| 6.2. Poltern | 9,4 | 59,0% | 1 993 € | 61 435 € | 31 |
| 7.1. Störungen des Schriftspracherwerbs | 8,2 | 59,4% | 2 910 € | 625 984 € | 215 |
| 7.2. Alexien/Dyslexien | 8,3 | 62,6% | 2 213 € | 358 880 € | 162 |
| 7.3. Agraphien/Dysgraphien | 10,0 | 58,7% | 2 363 € | 250 972 € | 106 |
| 7.4. Akalkulien/Dyskalkulien | 8,3 | 64,3% | 2 800 € | 253 697 € | 91 |
| 8.1. Störungen der Vigilanz | 51,5 | 51,3% | 1 688 € | 107 715 € | 64 |
| 8.2. Gedächtnisfunktionsstörungen/Lernstörungen | 31,8 | 55,8% | 2 963 € | 172 579 € | 58 |
| 8.3. Störungen der Psycho- und Sensomotorik | 29,8 | 59,1% | 2 288 € | 179 525 € | 78 |
| 8.4. Perzeptionsstörungen | 32,5 | 60,4% | 3 619 € | 203 034 € | 56 |
| 8.5. Integrationsstörungen | 6,5 | 69,9% | € 2 250 € | 365 125 € | 162 |
| 8.6. Logophobie | 38,3 | 55,4% | 1 900 € | 142 480 € | 75 |
| 8.7. Apraxien/Dyspraxien | 47,3 | 53,6% | 3 675 € | 157 619 € | 43 |
| 8.8. Agnosien/Dysgnosien | 60,0 | 51,3% | 3 825 € | 22 227 € | 6 |

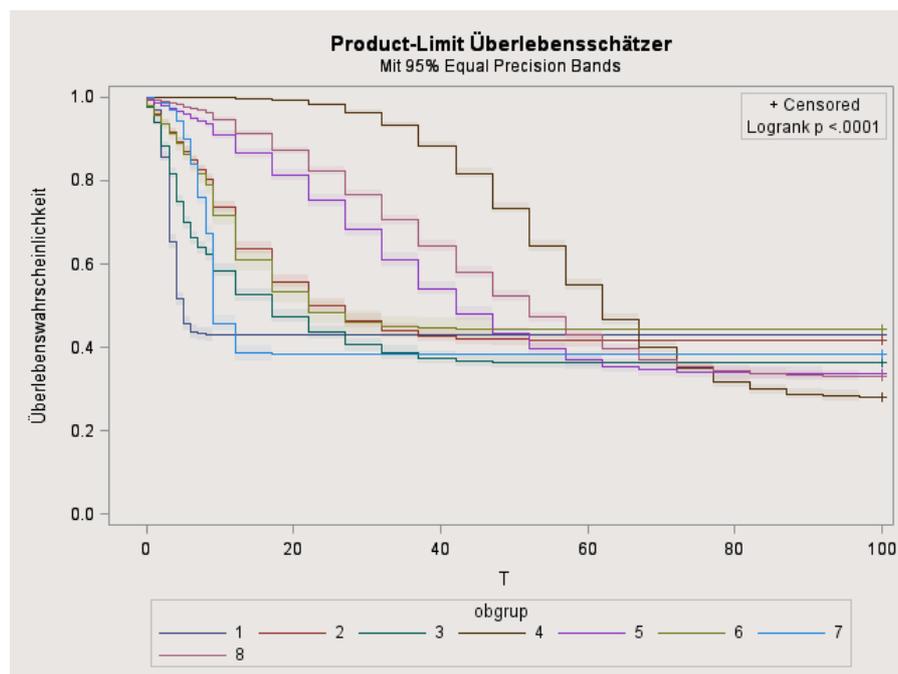
hohe Erfolgsrate aufweisen, treten Nutzen/Kosten-Verhältnisse über das 100-Fache auf (z.B. bei Artikulationsstörungen).

In der Darstellung der altersabhängigen Funktionswahrscheinlichkeiten (Abb.1) wird methodisch von einer Funktionstüchtigkeit bzw. von logopädischer Gesundheit bei der Geburt (0) ausgegangen. Die darauf inzidierenden Störungen reduzieren die Wahrscheinlichkeiten logopädischer Gesundheit in Abhängigkeit der Art und Ausprägung der Störung und dem Alter der PatientInnen.

Über alle Störungsbilder hinweg können auf der Basis des Ansprechens auf eine logopädische Behandlung die eingeschätzte Wirksamkeit der Therapie und die Dauer der Wirkung (unter Berücksichtigung des Funktionsverlustes) generell dargelegt werden. In der Abbildung 2 wird der Vergleich der logopädischen Intervention im Vergleich zur Nicht-Intervention modelliert. Die Ergebnisse zeigen die altersabhängigen Funktionswahrscheinlichkeiten mit (blaue Kurve) und ohne (rote Kurve) logopädische Therapie. Aus dieser Darstellung lässt sich für jedes Lebensalter ablesen, wie hoch die Wahrscheinlichkeit logopädischer Gesundheit ist und welche Bedeutung eine Nicht-Intervention hat.

Die Deutlichkeit der Ergebnisse ist insofern beeindruckend, da logopädische Gesundheit mit steigendem Alter grundsätzlich abnimmt, jedoch ohne logopädische Therapie eklatant abstürzt. Dies entspricht u.a. den Erkenntnissen der Neurowissenschaften, hier insbesondere der Plastizitätsforschung mit ihren neuronalen

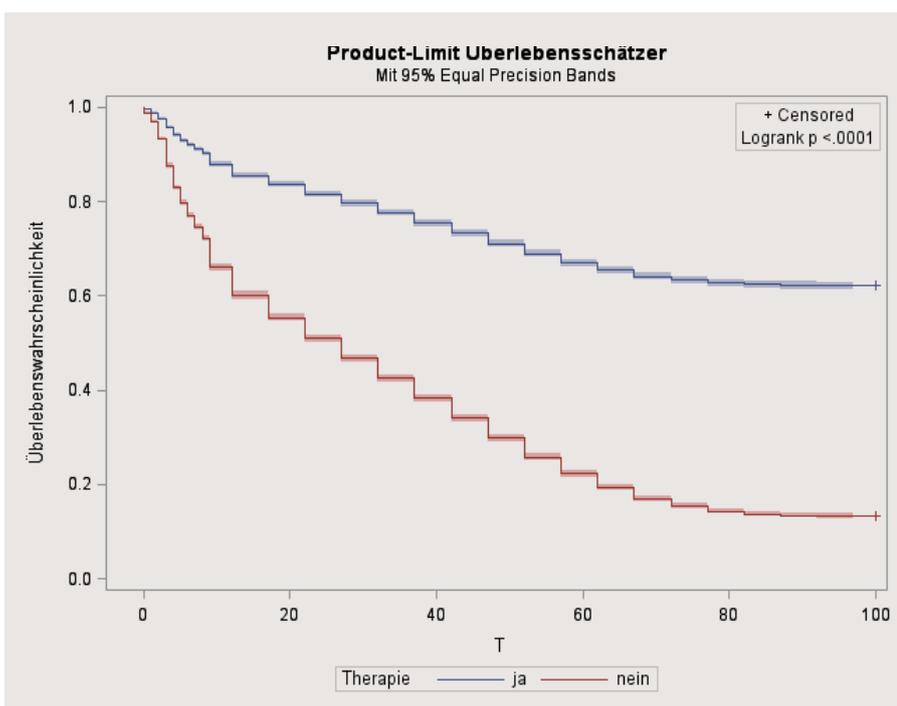
Abb. 1: Altersabhängiger Funktionsverlust (Verlust logopädischer Gesundheit) je Störungsgruppe



Legende – Beschreibung der Störungsgruppen: (1) Sprachentwicklung, (2) Cranio-facio-oraler Bereich, (3) Hören, (4) Sprache, Sprechen, Schlucken, (5) Atmung, Stimme, Stimmklang, (6) Redefluss, (7) Lesen, Schreiben, Rechnen, (8) Kommunikation

len Reorganisationsvorgängen (Kandel 2012), die den Schluss nahelegen, dass eine frühzeitige logopädische Intervention in jedem Alter sinnvoll ist, um dem Ansatz von „use it or lose it“ gerecht zu werden.

Abb. 2: Altersabhängige Funktionswahrscheinlichkeiten mit und ohne logopädische Therapie



Diskussion

Die österreichische Logopädie wird in der Öffentlichkeit sehr wertschätzend wahrgenommen und ihre Kernkompetenzen – die Diagnostik und Therapie von Störungen und Behinderungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme, des Hörens und des Schluckens – wird von vielen in Behandlung befindlichen Menschen und ihrer sozialen Umgebung als „Segen“ empfunden. Sich (wieder) mitteilen können, an Diskussionen teilnehmen, selbstbestimmt Wünsche und Bedürfnisse äußern, ein Buch lesen und einen Brief oder eine E-Mail schreiben, autonom an allen Teilbereichen des Lebens partizipieren, selbstständig Nahrung zu sich nehmen und diese ohne Ersticken Gefahr schlucken zu können, sind nur einige Teilbereiche menschlicher Existenz, die durch logopädische Maßnahmen positiv beeinflusst werden. Diese Aspekte sind für die Betroffenen, deren Umfeld und die LogopädInnen erfreulich und motivierend.

Bisher wenig beachtet wurde die Tatsache, dass mit der Durchführung von logopädischen Interventionen ein wesentlicher sozialer und wirtschaftlicher Beitrag für die Gesellschaft, die Volkswirtschaft und das realpolitische Gesamtgefüge erbracht werden. Noch nie wurde das Verhältnis aus Aufwand (gemessen an Stundenvolumen und Therapiepreisen) und damit erzielter erwarteter monetärer Zugewinn

ne mit statistischen Methoden und einer Modellierung ermittelt. So konnten neben der direkten Wirkung logopädischer Maßnahmen auf die Betroffenen externe Effekte wie gesellschaftliches Wohlbefinden und ökonomisches Wohlergehen im Sinne der Wohlfahrtsökonomie nachgewiesen werden.

Die Ergebnisse zeigen dies für sämtliche Einzelstörungsbilder des österreichischen Indikationskataloges auf und haben weitreichende Konsequenzen. Einerseits wird bei einer Störung z.B. im Bereich des Spracherwerbs auf erschütternde Weise sichtbar, dass eine Nichtbehandlung nachhaltige und lebenslange Konsequenzen nach sich zieht, andererseits zeigt sich mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit, dass eine logopädische Therapie einen lebenslangen Nutzen generieren kann.

Werden z.B. Störungen (expressiv wie rezeptiv) beim Spracherwerb nicht rechtzeitig erkannt, so ist mit großer Wahrscheinlichkeit mit Folgestörungen beim Erwerb weiterer Symbolsysteme (wie z.B. der Schriftspracherwerb) zu rechnen (Goldammer 2010), wobei diese ein Leben lang Wirkung zeigen. Je nach Ausprägung und Gewichtung der Problematik wird der weitere Lebensweg vor allem deshalb negativ beeinflusst, weil in unserem Bildungssystem Wissen nahezu ausschließlich durch Sprache vermittelt wird.

Soziale Teilhabe, Partizipation und Lebensqualität sind Begriffe, die seit der Einführung der ICF erkennen lassen, dass besonders auf die Logopädie bezogen nicht nur direkte Verbesserungen in den Bereichen sprachlicher Kommunikation und der Vitalfunktionen Atmen und Schlucken erzielt werden, sondern dass diese sich auf biopsychosoziale Aspekte ausdehnen. Diese (logopädischen) Einflüsse erfassen aber auch den Verlauf der individuellen Biografien in Bezug zur Schulbildung/Ausbildung und der Positionierung im Beruf bzw. des Verbleibs am Arbeitsmarkt.

In Bezug zur Logopädie und ihren Möglichkeiten erscheinen diese Betrachtungen bezogen auf volkswirtschaftliche und ökonomische Dimensionen bis jetzt deutlich unterschätzt. Besonders bei Störungen im Kinder-, Jugend- und frühen Erwachsenenalter wirken die positiven zusätzlichen Folgewirkungen (z.B. langer Verbleib im Berufsleben) therapeutischer Interventionen lange andauernd nach. Dasselbe trifft auch bei Verlust oder Verminderung bereits erworbener sprachlicher Kompetenzen und Vitalfunktionen (Schlucken) zu. Hier beziehen sich die Auswirkungen auf das Berufsleben und sämtliche Faktoren sozialer Teilhabe.

In internationalen Versorgungssystemen mit einer stärkeren Verantwortung der Ressourcenträger als bei uns ist der Stellenwert der Logopädie auch höher. In Managed-Care-Programmen von sogenannten „Health Plans“

wird eine durchgehende Untersuchung hinsichtlich logopädischer Störungsbilder ab dem Kleinkindalter durch „speech and language pathologists/therapists“ vorgeschrieben (z.B. in Kalifornien und Massachusetts).

Im Gegensatz zum üblichen Kosten/Nutzen-Verhältnis wird hier die Relation Nutzen/Kosten-Verhältnis angegeben, da der Nutzen stets höher ist als die Kosten. Diese Relation, die aus der Investitionstheorie stammt, gilt in der Betriebswirtschaftslehre als Entscheidungskriterium für das Vornehmen von Handlungen. Im Gesundheitswesen sind Kosten/Nutzen-Verhältnisse insbesondere im Bereich von Arzneimitteln gesetzlich verankert.

Für den Bereich der Logopädie, der einen wesentlich höheren Nutzen aufweist, als die dafür anfallenden Kosten ausmachen, gelten solche Entscheidungsregeln nicht. Dass im Bereich der logopädischen Störungsbilder der Nutzen für Betroffene, aber auch für die Volkswirtschaft um ein Vielfaches höher ist als die eigentlichen Therapiekosten, sollte grundsätzlich zu denken geben. Die Tatsache, dass diese Erkenntnisse von einer Gesundheitsverwaltung nicht überschwänglich und voller Freude angenommen werden, liegt möglicherweise an den Formalvorschriften und den realpolitischen Gegebenheiten, die langfristige Effekte vollkommen ausblenden.

Fazit und Ausblick

Um den bisherigen Ansatz weiter zu verfolgen sind weitere Vertiefungen bzw. Studien erforderlich. Eine größere Stichprobe und eine Präzisierung der Störungsbilder sollten dabei angedacht und die Schweregrade und die Altersverteilung könnten dabei genauer eingegrenzt werden. Eine Präzisierung der therapeutischen Aufwendungen und eine Unterteilung in Diagnostik und Therapie unter Berücksichtigung präventiver Maßnahmen erscheinen ebenso sinnvoll wie eine Vertiefung im Bereich der Komorbiditäten und Wechselwirkungen einzelner Störungsbilder.

Der Nutzen logopädischer Behandlungserfolge übersteigt die Kosten im Schnitt (verteilt über alle Störungsbilder) um das 25-Fache. Die Spanne beträgt das 13- bis 73-Fache. Kosten-Nutzen-Verhältnisse dieser Art sollten eigentlich Überlegungen der Sinnhaftigkeit und der Frage von weiteren Investitionen wie z.B. chefärztliche Bewilligung für eine logopädische Therapie obsolet erscheinen lassen.

Industrialisierte Gesellschaften stehen vor vielen schwierigen Entscheidungen darüber, nach welchen Kriterien sie für therapeutische Interventionen von Gesundheitsberufen bezahlen sollen. Hier ist auch nicht außer Acht zu lassen, dass „nachgereichte“ Gesundheitsberufe, wie es LogopädInnen sind, von der Kenntnis

der Ärzttüchtigkeit, aber auch von der (formalen) Einschätzung durch Sozialversicherungsträger abhängig sind.

Mögen in Zukunft die Ergebnisse, die dem Artikel zugrunde liegen, dazu beitragen, dass Investitionen in die logopädische Versorgung nicht nur mit einem individuellen Nutzenkalkül, sondern auch mit wirtschaftlichen und volkswirtschaftlichen „return on investment“ einhergehen.

: LITERATUR

- Aras, I., Stevanović, R., Vlahović, S., Stevanović, S., Kolarić, B. & Kondić, L. (2014). Health related quality of life in parents of children with speech and hearing impairment. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* 78 (2), 323-329
- Bercow, J. (2008). *The Bercow Report: A review of services for children and young people (0-19) with speech, language and communication needs*. Nottingham: Department for Children, Schools and Families (DCSF)
- Clegg, J. & Henderson, J. (1999). Developmental language disorders: Changing economic costs from childhood into adult life. *Mental Health Research Review* 6, 27-30
- Cronin, P., Reeve, R., McCabe, P., Viney, R. & Goodall, S. (2017). The impact of childhood language difficulties on healthcare costs from 4 to 13 years: Australian longitudinal study. *International Journal of Speech-Language Pathology* 19 (4), 381-391
- Cronin, P., Reeve, R., McCabe, P., Viney, R. & Goodall, S. (2020). Academic achievement and productivity losses associated with speech, language and communication needs. *International Journal of Language & Communication Disorders*, (published online ahead of print, 2020 July 20)
- Drummond, M. (2012). *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Oxford: Oxford University Press
- EU-Kommission (2007). *Schlüsselkompetenzen für lebensbegleitendes Lernen – ein europäischer Referenzrahmen*. Brüssel: Europäische Kommission, GD Bildung und Kultur
- Gibbard, D., Coglan, L. & MacDonald, J. (2004). Cost-effectiveness analysis of current practice and parent intervention for children under 3 years presenting with expressive language delay. *International Journal of Language & Communication Disorders* 39 (2), 229-244
- Goldammer, A. (2010). *Von der Sprache zur Schriftsprache*. Dissertation Universität Hildesheim
- Gould, E. (2004). Decomposing the effects of children's health on mother's labor supply: is it time or money? *Health Economics* 13 (6), 525-541
- Harrison, L.J., Mcleod, S., Berthelsen, D. & Walker, S. (2009). Literacy, numeracy, and learning in school-aged children identified as having speech and language impairment in early child-

- hood. *International Journal of Speech-Language Pathology* 11 (5), 392-403
- Johnson, C.J., Beitchman, J.H. & Brownlie, E.B. (2010). Twenty-year follow-up of children with and without speech-language impairments: family, educational, occupational, and quality of life outcomes. *American Journal of Speech-Language Pathology* 19 (1), 51-65
- Kandel, E. (2012). *Das Zeitalter der Erkenntnis*. München: Siedler
- Lavelle, T.A., Weinstein, M.C., Newhouse, J.P. Munir, K., Kuhlthau, K.A. & Prosser, L.A. (2014). Economic burden of childhood autism spectrum disorders. *Pediatrics*, 133 (3), e520-e529
- Law, J., Boyle, J., Harris, F., Harkness, A. & Nye, C. (2000). Prevalence and natural history of primary speech and language delay: findings of a systematic review of the literature. *International Journal of Language and Communication Disorders* 35 (2), 165-188
- Law, J., Zeng, B., Lindsay, G., Beecham, J. (2012). Cost-effectiveness of interventions for children with speech, language and communication needs (SLCN): a review using the Drummond and Jefferson (1996) 'Referee's Checklist'. *International Journal of Language & Communication Disorders* 47 (1), 1-10
- Lim, P., Gemici, S. & Karmel, T. (2014). The impact of school academic quality on low socioeconomic status students. *Australian Economic Review* 47 (1), 100-106
- Logopädieaustria (2017). *Indikationskatalog und ICD-Codes des Berufsverbandes logopädieaustria*, 3. Auflage
- Lundberg, I. (2002). The child's route into reading and what can go wrong. *Dyslexia* 8 (1), 1-13
- Marsh, K., Bertranou, E., Suominen, H. & Venkatchalam, M. (2010). *An economic evaluation of speech and language therapy*. London: Matrix Evidence
- McLeod, S. & McKinnon, D.H. (2007). Prevalence of communication disorders compared with other learning needs in 14,500 primary and secondary school students. *International Journal of Language and Communication Disorders* 42 (Suppl. 1), 37-59
- Mu, C., Reeve, R. & Cronin, P. (2016). *Association of literacy and numeracy with adult health and socioeconomic outcomes*. Working paper 2019/05. Sydney: Centre for Health Economics Research and Evaluation (CHERE)
- OECD (2007). *Definition und Auswahl von Schlüsselkompetenzen*. Paris: OECD. <http://www.oecd.org/pisa/35693281.pdf> (28.09.2020)
- Olesen, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Wittchen, H.-U. & Jönsson, B. (2012). The economic cost of brain disorders in Europe. *European Journal of Neurology* 19 (1), 155-162
- Pelham, W.E., Foster, E.M. & Robb, J.A. (2007). The economic impact of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Journal of Pediatric Psychology* 32 (6), 711-727
- Pfaller, K. (2011). *Positionierung der Logopädie in der Systematik der Wissenschaften und der Berufe im Gesundheitswesen*. Masterthesis, Donau Universität Krems
- Pfaller, K. (2015). *Soziales und ökonomisches Potential der Logopädie*. Dissertation in Gesundheitswissenschaften am Institut für Gesundheitsdisziplinen an der St. Elisabeth Universität, Bratislava (Slowakei)
- Republik Österreich (2011). *Strategie zum lebensbegleitenden Lernen in Österreich* (LLL 2020). Wien: AV+Astoria UZ24
- Rychen, D.S. & Salganic, L.H. (Hrsg.) (2003). *Key competencies for a successful life and a well-functioning society*. Göttingen: Hogrefe & Huber
- Sciberras, E., Westrupp, E., Wake, M., Nicholson, J.M., Lucas, N., Mensah, F., Gold, L. & Reilly, S. (2015). Healthcare costs associated with language difficulties up to 9 years of age: Australian population-based study. *International Journal of Speech-Language Pathology* 17 (1), 41-52
- STATISTIK AUSTRIA (Hrsg.) (2014). *Schlüsselkompetenzen von Erwachsenen – Weitere Analysen der PIAAC-Erhebung 2011/12*. https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bildung/piaac/index.html (08.09.2020)
- Schöffski, O. & Graf von der Schulenburg, J.M. (Hrsg.) (2012). *Gesundheitsökonomische Evaluationen*. Berlin: Springer
- Snow, P. & Powell, M. (2004). Developmental language disorders and adolescent risk: a public health advocacy role for speech pathologists? *International Journal of Speech-Language Pathology* 6 (4), 221-229
- Tohidast, S.A., Mansuri, B., Bagheri, R. & Azimi, H. (2020). Provision of speech-language pathology services for the treatment of speech and language disorders in children during the COVID-19 pandemic: problems, concerns, and solutions. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* 138, 110262
- Tomblin, J.B., Records, N.L., Buckwalter, P., Zhang, X., Smith, E. & O'Brien, M. (1997). Prevalence of specific language impairment in kindergarten children. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 40 (6), 1245-1260
- Zubrick, S.R., Taylor, C.L., Rice, M.L. & Slegers, D.W. (2007). Late language emergence at 24 months: an epidemiological study of prevalence, predictors, and covariates. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 50 (6), 1562-1592



PhDr. Karin Pfaller-Frank, MSc., ist Logopädin mit Praxis in Graz. Sie hält Vorlesungen an Fachhochschulen und Universitäten und gibt Fortbildungen. Schwerpunkte der logopädischen Berufsausübung und in der Lehre sind myofunktionelle Störungen, orofaciale Dysfunktionen und Syndrome, Spracherwerbsstörungen und Störungen der Nahrungsaufnahme bei Kindern. Berufsbezogen sind Qualitätssicherung, Berufsrecht und Public Health Schwerpunkte. Sie ist Präsidentin des österreichischen Berufsverbandes logopädieaustria und vertritt die Logopädie bei sämtlichen Akteuren des österreichischen Gesundheitswesens. Sie ist die logopädische Leiterin des Master-Studienlehrganges an der Donau-Universität in Krems, hat einen MSc. (Master of Science) in Logopädie sowie ein Doktorat in Gesundheitswissenschaften.

SUMMARY. Cost-benefit-analysis of interventions of speech and language therapy

Speech and language therapy are important medical services worldwide. Economic criteria such as cost-benefit-analysis (CBA) for the use of „public“ resources have increasingly gained attention. For 41 indications of speech therapy, the need for therapy, effects, expenses as well as the long-term monetary benefit were investigated, and a cost-benefit analysis was done. Based on a survey and official labor market analyzes, a statistical-econometric model was developed to determine the costs and benefits. The benefits of speech therapy for all 41 disorders in the austrian catalog of indications (ÖIK) generally exceed the costs many times but vary enormously. The study shows that an increased use of speech therapy can lead to an increase in socio-economic status, in social participation or/and achievable income.

KEYWORDS: speech and language therapy – cost-benefit-analysis – efficiency of treatment – long-term benefit

DOI 10.2443/skv-s-2020-53020200602

KONTAKT

PhDr. Karin Pfaller-Frank, MSc
Sperrgasse 8-10
A-1150 Wien
praxis@logopaediepfaller.at

Erich Hartmann

Sozial-emotionale und Verhaltensprobleme bei Kindern mit LRS

Forschungs-Update und vorläufige Praxisimplikationen

Einleitung

Lehrpersonen, Sonderpädagogen und Sprachtherapeuten sind in ihrem beruflichen Alltag regelmäßig mit Schulkindern mit einer umschriebenen Lese-Rechtschreib-Störung (auch Dyslexie, Legasthenie) konfrontiert. Das Hauptmerkmal dieser relativ häufigen spezifischen Lernstörung (Prävalenz je nach Schätzung 4-8%) bilden erhebliche Probleme beim Erwerb von basalen Lesefertigkeiten, die neben sprachlich-kognitiven Begleitdefiziten auch das Leseverstehen erschweren können.

Lesestörungen können isoliert auftreten, gehen aber nicht selten mit Defiziten der Rechtschreibentwicklung einher. Jungen sind häufiger als Mädchen von LRS betroffen, die weder durch anderweitige Beeinträchtigungen (Intelligenzminderung, sensorische Behinderungen, psychische Störung u.a.) noch durch mangelnde Beschulung oder sozial-familiäre Problemkonstellationen kausal erklärbar ist. Vielmehr spricht die Forschung für die wichtige Rolle von genetischen und neurobiologischen Faktoren, die in der Pathogenese mit Umweltfaktoren interagieren (z.B. Schulte-Körne & Galuschka 2019).

Ebenfalls ist eine hohe Persistenz insbesondere von Lesedefiziten dokumentiert; obwohl lesebeeinträchtigte Kinder im Verlauf ihrer Schulzeit erkennbare Fortschritte machen und nachweislich von Schriftsprachinterventionen profitieren können (z.B. Scammacca et al. 2007,

Souvignier & Antoniou 2007, Hartmann 2010, Galuschka et al. 2014, Wanzek et al. 2018), bleiben ihre Schriftsprachleistungen hinter denjenigen von lernunauffälligen Peers zurück (z.B. Klicpera & Gasteiger-Klicpera 2011, Schneider et al. 2019).

Wie Forschungsbefunde und Praxiserfahrungen weiter belegen, bekunden viele Schüler mit LRS über den Schriftspracherwerb hinausgehende Lernschwierigkeiten und damit verbundene Schulprobleme (Klassenwiederholung, Sonderbeschulung, Stigmatisierung, Drop-out) (z.B. Esser & Wyschkon 2008, Livingston et al. 2018, Schulte-Körne & Galuschka 2019). Häufige Misserfolgsresultate und Rückmeldungen über ungenügende Leistungen können nicht nur die kindliche Lernmotivation und Anstrengungsbereitschaft negativ beeinflussen, sondern auch das schulische Selbstkonzept, dem eine wichtige Rolle für den Schulerfolg zukommt (McArthur et al. 2020, Schuchardt et al. 2015).

Schulische Misserfolge sind dann wahrscheinlich, wenn schriftsprachgestörte Kinder zusätzliche Probleme der psychischen Gesundheit ausbilden. Damit sind emotionale, soziale und verhaltensbezogene Auffälligkeiten angesprochen, die häufig mit LRS assoziiert sind. In Anbetracht dieses beunruhigenden Befunds zu Komorbiditäten bei LRS wird in der aktuellen Literatur die Notwendigkeit unterstrichen, dem sozial-emotionalen und Verhaltensbereich bei schriftsprachgestörten Schülern in der Praxis vermehrt Aufmerksamkeit

zu schenken (z.B. Cavioni et al. 2017, Livingston et al. 2018, Visser et al. 2019). Dies setzt verfügbares störungsspezifisches und handlungsbezogenes Wissen voraus, das dieser Beitrag sprachtherapeutischen Fachleuten in Form eines gerafften Forschungsüberblicks zur Verfügung stellen will.

Sozial-emotionale Auffälligkeiten und Verhaltensprobleme bei LRS: Überblick

Wie aus der Forschung hervorgeht, weist die Aufmerksamkeits-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) die höchste Komorbidität mit LRS auf, wobei die geschätzte Prävalenzrate bei Kindern mit diagnostizierter Schriftsprachstörung zwischen ca. 8 und 20% liegt (z.B. DGKJP 2015, Schulte-Körne & Galuschka 2019). ADHS manifestiert sich bereits vor dem Schuleintritt und ist per se mit psychosozialen Auffälligkeiten sowie Verhaltens- und Lernschwierigkeiten assoziiert (z.B. Mugnaini et al. 2009, Schneider et al. 2019). Doch auch für Schüler ohne diese Zusatzdiagnose bzw. wenn der Einfluss von Aufmerksamkeitsstörungen kontrolliert wird (z.B. Arnold et al. 2005, Jordan & Dyer 2017, Willcutt & Pennington 2000), spricht die Forschung insgesamt für ein erhöhtes Risiko für psychosoziale und behaviorale Probleme, worüber Tabelle 1 informiert.

Was den Verhaltensbereich betrifft, ist zunächst ein erhöhtes Auftreten von *internalisierenden Verhaltensproblemen* (nach innen gerichtet) bei Schülern mit LRS zu beobachten, „auch wenn diese in der Regel unterhalb eines klinisch relevanten Niveaus liegen“ (Visser et al. 2019, 16). Wie eine Übersichtsarbeit von Mugnaini et al. (2009) dokumentiert, zeigen Kinder und Jugendliche mit Dyslexie häufiger soziales Rückzugsverhalten, depressive Symptome und schulbezogene Ängste als Kontrollpersonen – dies gilt ebenso für somatische Beschwerden wie Kopf- und Bauchschmerzen, die mit wei-

ZUSAMMENFASSUNG. Die Lese-Rechtschreib-Störung (LRS) ist nicht nur mit Lern- und Schulproblemen assoziiert, sondern auch mit einem erhöhten Risiko für emotionale, soziale und Verhaltensprobleme. Nach einem Überblick zu potenziellen psychosozialen Problembereichen im Kontext der LRS werden Zusammenhänge zwischen Lesestörung und sozial-emotionalen und behavioralen Defiziten diskutiert und Befunde zu Schutzfaktoren berichtet. Weiter wird darlegt, inwieweit Leseinterventionen positive Effekte auf sozial-emotionale Outcomes von Kindern mit LRS haben. Implikationen des aktuellen Forschungsstandes in Bezug auf Diagnostik, Prävention und Therapie runden den Beitrag ab.

SCHLÜSSELWÖRTER: Lese-Rechtschreib-Störung – sozial-emotionale Schwierigkeiten – Verhaltensprobleme – Prävention – Intervention

teren internalisierenden Schwierigkeiten und emotionalem Stress infolge schulischer Misserfolgsenergebnisse in Verbindung gebracht werden (Arnold et al. 2005, Willcutt & Pennington 2000). Weiter fanden sich Zusammenhänge zwischen der Ausprägung der Lesestörung, dem Vorliegen von Unaufmerksamkeit/Hyperaktivität, dem (weiblichen) Geschlecht, geringerer Intelligenz, tiefer Sozialkompetenz und schulischen und familiären Variablen (Besuch von Sonderklassen, mangelnde Unterstützung) einerseits und internalisierenden Problemen andererseits (Mugnaini et al. 2009).

Eine hohe Ausprägung internalisierender Probleme ist nicht nur mit überreagierendem Verhalten in Problemsituationen assoziiert, sondern auch mit Defiziten im Selbstwertgefühl, das als wichtige Komponente der psychosozialen Anpassung gilt (Giovagnoli et al. 2020). Wie indes etwa eine Studie von Terras und Kollegen (2009) belegt, zeigen Kinder und Jugendliche mit LRS keinen tieferen globalen Selbstwert, sondern ein Defizit im schulischen bzw. lesebezogenen Selbstwertgefühl, das mit sozial-emotionalen und behavioralen Auffälligkeiten korreliert.

In Bezug auf *externalisierende Probleme* (nach außen gerichtet) ermittelten populationsbasierte und klinische Untersuchungsstichproben ebenfalls erhöhte Prävalenzraten, „es fehlen hierfür jedoch Metaanalysen, sodass das Ausmaß eher unklar ist“ (Visser et al. 2019, 16). So fanden Carroll et al. (2005), dass jedes siebte Kind mit LRS (14 %) externalisierende Symptome (Aggression, Delinquenz) aufwies, während in der Kontrollgruppe nur 5 % der Probanden solche Probleme bekundeten. Wie aus der Forschung zu Komorbiditäten bei LRS weiter hervorgeht, scheint insbesondere das Vorliegen einer zusätzlichen Aufmerksamkeitsproblematik den Zusammenhang zwischen Schriftsprachstörung und externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten zu moderieren (Willcutt & Pennington 2000).

Auch mögliche soziale Entwicklungsprobleme stehen in einem relativ komplexen Zusammenhang mit LRS. Obgleich eine Lesestörung die Sozialkompetenzen bzw. Peer-Beziehungen nicht per se beeinträchtigt, dokumentiert die Forschung doch ein erhöhtes Risiko für Schwierigkeiten mit Gleichaltrigen (Ablehnung, Zurückweisung, Viktimisierung), wobei Bullying ein „prominentes Problem für Kinder mit Dyslexie“ darstellt (Jordan & Dyer 2017, 162, engl. Original). Nach Boyes und Kollegen (2020) haben Peer-Probleme via Selbstwertdefizite, emotionale Regulationsdefizite und Viktimisierung einen indirekten Einfluss auf internalisierende und externalisierende Verhaltenschwierigkeiten von Schulkindern mit LRS.

Es bleibt darauf hinzuweisen, dass vergleichende Studien zur psychischen Gesundheit von Kindern oder Jugendlichen mit vs. ohne LRS uneinheitliche bzw. geringe bis hohe Effektstärken ergaben und einige Arbeiten auch keine Hinweise auf nennenswerte psychosoziale Probleme bei dieser Population fanden (Haft et al. 2016, Visser et al. 2019). Diese Heterogenität wirft die unten zu klärende Frage nach möglichen Schutzfaktoren auf, die die psychosoziale Resilienz bzw. Entwicklung von Schulkindern mit LRS begünstigen können.

Bedingungsgefüge psychosozialer Schwierigkeiten bei LRS

Die im vorangegangenen Abschnitt erörterten sozial-emotionalen und Verhaltensprobleme werden in der Literatur oft als Folge von Schriftsprachstörungen interpretiert, wofür es theoretische Argumente und einige empirische Belege gibt. Im Unterschied zur früheren Annahme eines einlinig kausalen Zusammenhangs dominiert in der aktuellen Literatur die Sichtweise, dass sich das Bedingungsgefüge für sozial-emotionale und Verhaltensauffälligkeiten im Kontext der LRS multifaktoriell, komplex und transaktional gestaltet (z.B. Klicpera & Gasteiger-Klicpera 2011, Livingston et al. 2018, Terras et al. 2009).

Auf der Basis einer umfassenden Literaturrecherche haben Livingston und Kollegen (2018) ein entsprechendes Modell skizziert. Dieses beschreibt neben anderen Faktoren vor allem auch die Rolle des emotionalen Funktionierens, das „fast alle anderen Aspekte des von Dyslexie betroffenen Individuums beeinflusst“ (Livingston et al. 2018, 128, engl. Orig.). Dabei werden zwei Ebenen von potenziellen Konsequenzen von Schrift-

sprachdefiziten und möglichen sprachlich-kognitiven Begleitsymptomen (Arbeitsgedächtnis, Aufmerksamkeit u.a.) unterschieden:

Primäre Folgen umfassen a) Lernschwierigkeiten und schulische Probleme von Kindern mit LRS, b) diesbezügliche Unterschiede zu unauffälligen Lernenden, die von Lehrpersonen, Eltern und Peers sowie von den Betroffenen selbst wahrgenommen werden, und c) ein damit verbundenes, „reales oder wahrgenommenes Stigma“ (Livingston et al. 2018, 127, engl. Orig.). Diese primären Konsequenzen begünstigen negative kindliche Selbstevaluationen, die auf der Ebene der *sekundären Konsequenzen* einen negativen Einfluss auf Selbstwertgefühl, emotionales Wohlbefinden, Verhalten, soziale Beziehungen und Lernmotivation von Schulkindern mit LRS ausüben können. Die genannten Problembereiche sind miteinander verknüpft, interagierend und können sich rückwirkend erschwerend auf die weitere schriftsprachliche und schulische Leistungsentwicklung der Betroffenen auswirken.

Wie Livingston und Kollegen (2018, 128) betonen, sind „(d)ie primären und sekundären Folgen der Entwicklungsdyslexie hoch integriert und verlangen daher multiple Möglichkeiten der Unterstützung“ – insbesondere frühe Schriftsprachinterventionen, schulische Förderung, soziale und emotionale Unterstützung der Betroffenen sowie Beratung von Eltern und Lehrpersonen, um einer negativen Entwicklungsspirale bei LRS entgegenwirken zu können. Für ein besseres Verständnis des Bedingungsgefüges von sozial-emotionalen und Verhaltensproblemen bei Dyslexie wird weiterführende Forschung gefordert, die vor allem auch vermehrtes Wissen über interventionsrelevante „resilienzfördernde Faktoren“ generieren sollte (Livingston et al. 2018, 129).

Protektive Faktoren für eine erfolgreiche schriftsprachliche und psychosoziale Entwicklung bei LRS

Nach Haft und Kolleginnen (2016, 138) hat die bisherige LRS-Forschung hauptsächlich „Risikofaktoren und negative Outcomes“ fokussiert, während vergleichsweise erst wenige Studien darüber Auskunft geben, welche (Schutz)faktoren die Resilienz bzw. eine positive schulische und psychosoziale Entwicklung von Schülern mit LRS oder mit Gefährdungen für Schriftsprachstörungen begünstigen. In einer Literaturübersicht analysierten Haft et al. (2016) vorliegende Längsschnittstudien zur *kognitiven Resilienz* (positive Leseentwicklung trotz neurobiologischer Risiken) und so-

Tab. 1: Mit LRS assoziierte soziale, emotionale und behaviorale Problembereiche

| Problembereiche | Auffälligkeiten/Symptome |
|----------------------------|---|
| Verhaltensprobleme | <i>Internalisierend:</i> soziales Rückzugsverhalten, Ängste, depressive Symptome, somatische Beschwerden <i>Externalisierend:</i> aggressiv-oppositionelles, dissoziales Verhalten, Delinquenz, Impulsivität, Hyperaktivität |
| Emotionale Probleme | Geringes Selbstwertgefühl, emotionaler Stress, Defizite der Emotionsregulierung, negative Gefühle |
| Soziale Probleme | Geringer sozialer Status, Probleme mit Peer-Interaktionen und Beziehungen, Viktimisierung |

zial-emotionalen Resilienz (positive psychosoziale Anpassung trotz LRS-bedingter Risiken) und konnten eine Reihe von entsprechenden Schutzfaktoren identifizieren (Tab. 2).

Auch wenn die aktuelle Forschungslage zu dieser wichtigen Thematik noch unvollständig ist, liefern die angeführten Befunde doch Hinweise auf relevante Ansatzpunkte für pädagogische und therapeutische Bemühungen zur Prävention von schulischen und psychosozialen Problemen bei Schulkindern mit Schriftsprachstörungen.

Frühe, systematische und intensive Interventionen zu schriftsprachlichen Vorläuferfertigkeiten und Lesekompetenzen sind nachweislich effektiv (z.B. Galuschka et al. 2014, Wanzenk et al. 2018) und können somit zur Verbesserung der kognitiven Resilienz von Kindern mit LRS (-Risiko) beitragen. Die Übersicht von Haft et al. (2016) lässt hingegen offen, ob eine schriftsprachspezifische Förderung die sozial-emotionale Resilienz resp. positive psychosoziale Outcomes von Schülern mit LRS begünstigen kann. Zur Klärung dieser Frage werden im nächsten Abschnitt Befunde aus neueren systematischen Reviews relevanter Interventionsstudien referiert.

Effekte von Leseinterventionen auf sozial-emotionale Kompetenzen

Anders als die Effekte von Leseinterventionen auf das Lesen sind die Auswirkungen solcher Trainings auf sozial-emotionale und behaviorale Problemaspekte bei LRS noch weit weniger gut erforscht. Interventionsstudien zu dieser Thematik sind wissenschaftlich von Interesse, da sie zuverlässigere Aussagen über Kausalzusammenhänge erlauben als korrelative Studien. Zudem können Erkenntnisse aus experimentellen Studien die Praxis darüber informieren, ob und unter welchen Bedingungen symptom-spezifische Therapien möglichen psychischen Schwierigkeiten und Verhaltensdefiziten bei Schulkindern mit LRS präventiv entgegenwirken können, wie in der Literatur immer wieder angenommen worden ist (Livingston et al. 2018, Roberts et al. 2019).

Wanzenk und KollegInnen (2006) publizierten eine Forschungssynthese zu dieser Fragestellung. Sie identifizierten 27 Gruppen- und Einzelfallstudien zu Auswirkungen von verschiedenen Leseinterventionen (Interaktive Lerngruppen, Peer-Tutorin, Kleingruppen- und Einzeltherapie) auf Leseleistungen und „soziale Outcomes“ (Verhaltensprobleme, sozialer Status, Peer-Interaktion u.a.) bei jüngeren Schulkindern mit LRS (5-12 J.). Die ausgewerteten Primärarbeiten ergaben mehrheitlich moderate bis hohe Effekte auf das Lesen.

Tab. 2: Schutzfaktoren für kognitive und sozial-emotionale Resilienz bei LRS (nach Haft et al. 2016)

| Kognitive Resilienz | Sozial-emotionale Resilienz |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Sprachkompetenzen (Wortschatz, Grammatik u.a.) • Sprachbezogenes Denken • Exekutive Funktionen (Arbeitsgedächtnis, Aufmerksamkeit u.a.) • Morphologische Kompetenzen • Aufgabenfokussiertes Verhalten • Interpersonale Beziehungen • Unterstützendes familiäres und schulisches Umfeld (Lehrer, Peers, Familie) | <ul style="list-style-type: none"> • Hoffnungsvolles, optimistisches Denken • Wachstumsdenken • Internale Kontrollüberzeugung • Selbstwert, Selbstwirksamkeit • Schulische Unterstützung, Mentoring durch Lehrpersonen • Peer Beziehungen, Peer-Akzeptanz • Familiäre Kohäsion, Verständnis der Entwicklungsproblematik und positive emotionale Unterstützung durch Eltern |

Die Übersichtsarbeit liefert auch einige Evidenz für einen positiven Zusammenhang zwischen Leseförderung und verbesserten sozial-emotionalen Kompetenzen. Während die meisten kontrollierten Gruppenstudien für geringe positive Effekte sprechen, resultieren aus einigen Primärarbeiten keine oder negative Auswirkungen auf den sozial-emotionalen Bereich. Wie aus dem Review zudem hervorgeht, zeigen Leseinterventionen in interaktiven Lerngruppen etwas bessere Effekte auf soziale Maße als andere, ebenfalls potenziell hilfreiche Maßnahmen wie Einzel- und Gruppentherapie. Dieser positive Grundtenor kann nicht darüber hinwegtäuschen, dass der Forschungsstand zur Wirksamkeit von Leseinterventionen auf nicht-schulische Outcomes von Schulkindern mit Lesestörung unvollständig ist und wegen methodischer Limitationen der Primärstudien keine verbindlichen Praxisempfehlungen erlaubt.

Anknüpfend an die genannte Arbeit sind in den letzten Jahren weitere Übersichten zur Frage publiziert worden, ob sich Leseinterventionen positiv auswirken auf soziale und behaviorale Fähigkeiten von Schülern mit kombinierten Lese- und Verhaltensdefiziten (Nelson et al. 2011, Roberts et al. 2015, 2019). Auch diese Sekundärarbeiten fanden moderate bis hohe Effekte von symptom-spezifischen Maßnahmen auf Leseleistungen, jedoch keine Evidenz für einen positiven „kollateralen Effekt“ auf psychosoziale bzw. behaviorale Kompetenzen.

In der Metaanalyse von Roberts und KollegInnen (2019) resultierte über alle Studien hinweg ein hoher Effekt von Lesetrainings auf das Lesen (Effektstärke $g=0,86$), für isolierte Leseinterventionen (ohne Verhaltenskomponente) fielen die Ergebnisse noch höher aus ($g=1,29$). Solche Maßnahmen hatten demgegenüber keine Auswirkungen auf Verhaltensmaße ($g=0,09$). Zudem bewirken isolierte behaviorale Trainings nach diesem Review weder relevante Lesefortschritte ($g=0,13$) noch signifikante kindliche Verhaltensverbesserungen ($g=-0,9$). Es ergaben sich Hinweise darauf,

dass Leseinterventionen vorteilhaft mit systematischen behavioralen Hilfen zu verknüpfen sind, um Schulkindern mit kombinierten Lese- und Verhaltensdefiziten über den Bereich des Lernens hinaus möglichst gut unterstützen zu können.

Die tendenziell positive Bilanz von Wanzenk und KollegInnen (2006) kontrastiert mit den konsistenten Nullbefunden bei Nelson et al. (2011) und Roberts et al. (2015, 2019) in Bezug auf sozial-behaviorale Effekte von Leseinterventionen bei Schulkindern mit kombinierten Lese- und Verhaltensproblemen. Die vorteilhaftere Beurteilung des Potenzials von Leseförderung hinsichtlich sozialer Outcomes bei Wanzenk et al. (2006) dürfte nicht nur durch Merkmale der Zielgruppen (Kinder mit isolierten Lesestörungen) der Primärstudien bedingt sein, sondern auch durch weitere methodische Unterschiede (z.B. schwächere Designs der Primärarbeiten) zu den später publizierten Reviews.

Völlige Übereinstimmung besteht zwischen den rezipierten Übersichten in Bezug auf die Forderung nach weiterführender Forschung zur Entwicklung und Evaluation von effektiven Interventionen für schulische und psychosoziale Risiken bzw. Probleme von lesebeeinträchtigten Schulkindern mit unterschiedlichen sozial-emotionalen Profilen.

Praxisimplikationen und -möglichkeiten

Der referierte Forschungsstand zur erhöhten Vulnerabilität von schriftsprachgestörten Schülern für sozial-emotionale und Verhaltensschwierigkeiten liefert gut begründete Argumente für eine konsequente(re) Berücksichtigung von solchen möglichen Problembereichen im Rahmen von Früherkennung, Diagnostik, schulischer Förderung und pädagogisch-therapeutischer Unterstützung (z.B. Livingston et al. 2018, Scheerer-Neumann 2018, Visser et al. 2018). Dies gilt umso mehr, als es Hinweise darauf gibt, dass

Schulkinder mit Risiken für sozial-emotionale Probleme – nicht nur Schüler mit LRS – häufig (noch) nicht die entsprechenden Hilfen erhalten, die sie für eine möglichst erfolgreiche psychosoziale Entwicklung benötigen (Blumenthal et al. 2020, Cavioni et al. 2017).

Wie in der aktuellen Literatur zur Prävention von sozial-emotionalen und Verhaltensproblemen festgestellt wird, spricht die Forschung für die Wirksamkeit eines schulweiten und hierarchisch organisierten Präventionsansatzes. Dieser ist charakterisiert durch a) eine datenbasierte Verknüpfung von Früherkennung, Diagnostik und zunehmend intensiven und individualisierten Instruktionen und evidenzbasierten Interventionen zum sozial-emotionalen Lernen, b) eine wertschätzende und offene Haltung aller Akteure (Lehrpersonen, Spezialisten, Eltern) und pädagogische Geschlossenheit sowie c) multiprofessionelle Problemlösungsprozesse im Umgang mit sozial-emotionalen und Verhaltensproblemen. Dabei wird zwischen folgenden drei Präventionsebenen unterschieden (Blumenthal et al. 2020, Hennemann et al. 2016, Voß et al. 2016):

- **Universelle Prävention** richtet sich an alle Schüler. Als erfolgversprechend gelten evidenzbasierte Handlungsmöglichkeiten der Lehrperson im Sinne eines qualitativ hochwertigen Unterrichts und eines effektiven

Classroom-Managements. Um das sozial-emotionale Lernen aller Kinder zu unterstützen, wird auch der Einsatz von validierten Trainingsprogrammen empfohlen wie z. B. *Lubo aus dem All – 1. und 2. Klasse* (Hillenbrand et al. 2018) oder *Verhaltenstraining für Schulanfänger (1. & 2. Klasse)* (Petermann et al. 2002) (vgl. Blumenthal et al. 2020). Zur Früherkennung von sozial-emotionalen Schwierigkeiten werden regelmäßig Screenings durchgeführt. Für einen Überblick zu im deutschsprachigen Raum verfügbaren Instrumenten wird auf *Hennemann et al. (2016)* oder *Blumenthal et al. (2020)* verwiesen.

- **Selektive Prävention** richtet sich an Schüler, die nicht ausreichend vom allgemeinen Unterricht profitieren und erste sozial-emotionale und Verhaltensauffälligkeiten zeigen. Verstärkte Maßnahmen auf Ebene II sind auf die spezifischen Probleme der Risikokinder abgestimmt, erstrecken sich über mehrere Wochen und werden mehrmals wöchentlich durch die Lehrperson zusätzlich zum Unterricht implementiert (Klassensetting, separate Kleingruppen). Wie auf Ebene I werden auch sekundärpräventive Maßnahmen förderdiagnostisch begleitet (Lernverlaufsbeobachtung). Sollten sich bestimmte Kinder trotz dieser Bemühungen

als nichtresponsiv erweisen und signifikante sozial-emotionale Probleme ausbilden, erfolgt eine weitere Intensivierung von Diagnostik und Intervention.

- **Indizierte Prävention** (im Sinne von Therapie) richtet sich an Kinder mit anhaltenden sozial-emotionalen Problemen. Diese sind häufig komplex und erfordern daher die Expertise aus unterschiedlichen Disziplinen (Pädagogik, Sonderpädagogik, Schulpsychologie u.a.), die in interdisziplinären Schulteams gebündelt wird. Voraussetzung für intensive und hoch individualisierte Interventionen auf Ebene III ist eine umfassende ressourcen- und störungsspezifische Diagnostik, um Entscheidungen in Bezug auf Ziele, Methoden und Modalitäten von therapeutischen Maßnahmen treffen zu können. Diese liegen im primären Verantwortungsbereich von entsprechend ausgebildeten Fachkräften, die eng mit den Lehrkräften, weiteren Therapeuten der Schulkinder und deren Eltern kooperieren.

Während es derzeit eine solide Evidenz für die Effektivität einer schulweit organisierten Prävention von Gefühls- und Verhaltensproblemen gibt (Blumenthal et al. 2020, Hennemann et al. 2016), sind die Effekte von solchen komplexen Praxiskonzepten speziell bei Kindern



MeinOptica – das Onlineportal für Ihre Abrechnung

Alles im Blick – vom Rezepteingang
bis zur Auszahlung:

- ✓ Einfache Rezeptsuche
- ✓ SMS-/E-Mail-Benachrichtigung bei Rezepteingängen und Auszahlungen
- ✓ Abrechnungsarchiv
- ✓ Statistiken zur Praxisentwicklung
- ✓ Und vieles mehr

Jetzt Kunde werden und
MeinOptica kostenlos nutzen!
www.optica.de/meinoptica

Optica
EINFACH. BEGEISTERND.

oder Jugendlichen mit LRS noch nicht evaluiert worden. Gleichwohl darf davon ausgegangen werden, dass auch diese „moderate Risikopopulation für die Entwicklung von Problemen im psychologischen Wohlbefinden“ von universellen und selektiven Präventionsmaßnahmen profitieren kann (Jordan & Dyer 2017, 177; Cavioni et al. 2017).

Solche Bemühungen flankieren sinnvollerweise schriftsprach- bzw. lerntherapeutische Interventionen als zentralen Baustein einer umfassenden Betreuung von Schulkindern mit LRS, wofür im schulischen Kontext spezialisierte Fachleute wie Logopäden oder Sonderpädagogen verantwortlich zeichnen. Symptom-spezifische Maßnahmen führen nicht nur zu verbesserten Schriftsprachkompetenzen, sondern können sich auch positiv auf die kindliche Lernmotivation und das leistungsbezogene Selbstkonzept auswirken, denen im Hinblick auf den Fördererfolg und die weitere schulische Entwicklung der Kinder eine hohe Bedeutung zukommt (z.B. Livingston et al. 2018, Scheerer-Neumann 2018).

Wie in diesem Beitrag aufgezeigt, sind von isolierten Schriftsprachtrainings hingegen kaum nachhaltige sozial-emotionale und behaviorale Transfereffekte zu erwarten, weshalb empfohlen wird, Möglichkeiten zur diesbezüglichen Unterstützung von Schulkindern in die individuelle LRS-Therapie zu integrieren. Hierzu zählen systematische behaviorale Verstärkerpläne (Token-Systeme) und positive Feedbacks, individuelle Gespräche, pädagogisch-therapeutische Bemühungen zur Stärkung von Selbstkonzept, Selbstwertgefühl und positivem Denken, Maßnahmen zur Stress- bzw. Angstreduktion, die Vermittlung von Copingstrategien sowie das Angebot an (ergänzenden) Kleingruppeninterventionen, die soziale Interaktionen und Lernprozesse begünstigen (z.B. Livingston et al. 2018, Scheerer-Neumann 2018, Roberts et al. 2019, Wanzek et al. 2006).

Sowohl in der Lerntherapie als auch in der schulischen und familiären Förderung muss konsequent darauf geachtet werden, „leicht Erfolge zuzulassen und negative Emotionen beim Lernprozess zu vermeiden, da diese die kognitiven und motivationalen und volitionalen Mechanismen behindern können und auch psychische Belastungen verstärken können“ (Schulte-Körne & Galuschka 2019, 124).

Umso wichtiger ist eine enge Kooperation der behandelnden Fachperson mit dem schulischen und familiären Umfeld, um Lehrpersonen und Eltern beratend und unterstützend zur Seite zu stehen und verschiedene Möglichkeiten und Ressourcen zur gezielten Verbesserung von schulischen und psychosozialen Kompetenzen von Kindern mit LRS aktivieren, koordinieren und gewinnbringend einsetzen zu können.

Dabei bleibt in Erinnerung zu rufen, dass es – wie oben dargestellt – nicht nur im schulischen, sondern auch im familiären Kontext potenzielle Schutzfaktoren für eine erfolgreiche schriftsprachliche, akademische und sozial-emotionale Entwicklung von schriftsprachgestörten Schülern gibt. Die Herausforderung für Logopäden oder Sonderpädagogen besteht somit darin, im Rahmen ihrer unerlässlichen Umfeldarbeit bei LRS solche Resilienzfördernden Ansatzpunkte zu identifizieren und gezielt therapeutisch nutzbar zu machen.

: LITERATUR

- Arnold, E.M., Goldston, D.B., Walsh, A.K., Rebousin, B.A., Daniel, S.S., Hickman, E. & Wood, F.B. (2005). Severity of emotional and behavioral problems among poor and typical readers. *Journal of Abnormal Child Psychology* 33 (2), 205-217
- Blumenthal, Y., Casale, G., Hartke, B., Hennemann, T., Hillenbrand, C. & Vierbuchen, M.C. (2020). *Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten und emotionalen sozialen Entwicklungsstörungen: Förderung in inklusiven Schulklassen*. Stuttgart: Kohlhammer
- Boyes, M.E., Leitão, S., Claessen, M., Badcock, N.A. & Nayton, M. (2020). Correlates of externalising and internalising problems in children with dyslexia: An analysis of data from clinical case-files. *Australian Psychologist* 55 (1), 62-72
- Carroll, J.M., Maughan, B., Goodman, R. & Meltzer, H. (2005). Literacy difficulties and psychiatric disorders: Evidence for comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 46 (5), 524-532
- Cavioni, V., Grazzani, I., & Ornavati, V. (2017). Social and emotional learning for children with Learning Disability: Implications for inclusion. *International Journal of Emotional Education* 9 (2), 100-109
- DGKJP (2015). *S3-Leitlinie Lese- und/oder Rechtschreibstörung bei Kindern und Jugendlichen, Diagnostik und Behandlung*. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-044l_S3_Lese-Rechtschreibst%C3%B6rungen_Kinder-Jugendliche_2015-06.pdf
- Esser, G. & Wyszckon, A. (2008). Umschriebene Entwicklungsstörungen. In: Esser, G. (Hrsg.), *Lehrbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen* (159-181). Stuttgart: Thieme
- Galuschka, K., Ise, E., Krick, K. & Schulte-Körne, G. (2014). Effectiveness of treatment approaches for children and adolescents with reading disabilities: A meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One* 9 (12), e899001-12
- Giovagnoli, S., Mandolesi, L., Magri, S., Gualtieri, L., Fabbri, D., Tossani, E. & Benassi, M. (2020). Internalizing symptoms in developmental dyslexia: A comparison between primary and secondary school. *Frontiers in Psychology* 11 (March), 1-11
- Haft, S.L., Myers, C.A. & Hoefl, F. (2016). Socio-emotional and cognitive resilience in children with reading disabilities. *Current Opinion in Behavioral Sciences* 10 (August), 133-141
- Hartmann, E. (2010). Wirksamkeit von Interventionen zur Leseflüssigkeit bei Kindern und Jugendlichen mit Lernbehinderung: Synopse systematischer Übersichtsarbeiten. *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete* 79 (3), 224-238
- Hennemann, T., Hövel, D., Casale, G., Hagen, T. & Fitting-Dahlmann, K. (2016). *Schulische Prävention im Bereich Verhalten*. Stuttgart: Kohlhammer
- Hillenbrand, C., Hennemann, T., Hens, S. & Hövel, D. (2015). *Lubo aus dem All! – 1. und 2. Klasse. Programm zur Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen*. München: Ernst Reinhardt
- Jordan, J.A. & Dyer, K. (2017). Psychological well-being trajectories of individuals with dyslexia aged 3-11 years. *Dyslexia* 23 (2), 161-180
- Klicpera, C. & Gasteiger-Klicpera, B. (2011). *Psychologie der Lese- und Schreibschwierigkeiten*. Weinheim: Beltz
- Livingston, E.M., Siegel, L.S. & Ribary, U. (2018). Developmental dyslexia: Emotional impact and consequences. *Australian Journal of Learning Difficulties* 23 (2), 107-135
- McArthur, G.M., Filardi, N., Francis, D.A., Boyes, M. E. & Badcock, N.A. (2020). Self-concept in poor

SUMMARY. Social, emotional and behavioral problems in children with reading disability: Research update and preliminary implications for practice

Specific reading disability (RD, dyslexia) is not only associated with learning difficulties and school problems, but also with an increased risk of emotional, social and behavioural problems. After an overview of potential psycho-social problem areas in the context of RD, possible links between reading impairment and social-emotional and behavioural deficits are discussed and findings on protective factors are reported. Furthermore, it is examined whether reading interventions have positive effects on social-emotional outcomes of children with RD. Implications of the current state of research in terms of assessment, prevention and therapy round the paper up.

KEY WORDS: Reading disability – socio-emotional difficulties – behavioural disorders – prevention – intervention

- readers: A systematic review and meta-analysis. *PeerJ* 8 (March), e8772
- Mugnaini, D., Lassi, S., La Malfa, G. & Albertini, G. (2009). Internalizing correlates of dyslexia. *World Journal of Pediatrics* 5 (4), 255-264
- Nelson, J.R., Lane, K.L., Benner, G.J., & Kim, O. (2011). A best evidence synthesis of literacy instruction on the social adjustment of students with or at-risk for behavior disorders. *Education and Treatment of Children* 34 (1), 141-162
- Petermann, F., Gerken, N., Natzke, H. & Walter, H.J. (2002). *Verhaltenstraining für Schulanfänger*. Paderborn: Schöningh
- Roberts, G.J., Cho, E., Garwood, J.D., Goble, G.H., Robertson, T. & Hodges, A. (2019). Reading interventions for students with reading and behavioral difficulties: A meta-analysis and evaluation of co-occurring difficulties. *Educational Psychology Review* 32 (1), 17-47
- Roberts, G.J., Solis, M., Ciullo, S., McKenna, J.W. & Vaughn, S. (2015). Reading interventions with behavioral and social skill outcomes: A synthesis of research. *Behavior Modification* 39 (1), 8-42
- Scammacca, N., Roberts, G., Vaughn, S., Edmonds, M., Wexler, J., Reutebuch, C.K. & Torgesen, J.K. (2007). *Interventions for adolescent struggling readers: A meta-analysis with implications for practice*. Portsmouth, NH: RMC Research Corporation, Center on Instruction
- Scheerer-Neumann, G. (2018). *Lese-Rechtschreib-Schwäche und Legasthenie: Grundlagen, Diagnostik und Förderung*. Stuttgart: Kohlhammer
- Schneider, W., Lenhard, W. & Marx, P. (2019). Lern- und Verhaltensstörungen. In: Urhahne, D., Dresel, M. & Fischer, F. (Hrsg.), *Psychologie für den Lehrberuf* (263-283). Heidelberg: Springer
- Schuchardt, K., Brandenburg, J., Fischbach, A., Büttner, G., Grube, D., Mähler, C. & Hasselhorn, M. (2015). Die Entwicklung des akademischen Selbstkonzeptes bei Grundschulkindern mit Lernschwierigkeiten. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft* 18 (3), 513-526
- Schulte-Körne, G. & Galuschka, K. (2019). *Lese-/Rechtschreibstörung (LRS) (Vol. 26)*. Göttingen: Hogrefe Verlag
- Souvignier, E. & Antoniou, F. (2007). Förderung des Leseverständnisses bei Schülerinnen und Schülern mit Lernschwierigkeiten – eine Metaanalyse. *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete* 76 (1), 46-62
- Terras, M.M., Thompson, L.C. & Minnis, H. (2009). Dyslexia and psycho-social functioning: An exploratory study of the role of self-esteem and understanding. *Dyslexia* 15 (4), 304-327
- Visser, L., Büttner, G. & Hasselhorn, M. (2019). Komorbidität spezifischer Lernstörungen und psychischer Auffälligkeiten: ein Literaturüberblick. *Lernen und Lernstörungen* 8 (1), 7-20
- Voß, S., Blumenthal, Y., Mahlau, K., Marten, K., Diehl, K., Sikora, S. & Bodo, H. (2016). *Der Response-to-Intervention-Ansatz in der Praxis: Evaluationsergebnisse zum Rügener Inklusionsmodell*. Münster: Waxmann
- Wanzek, J., Stevens, E.A., Williams, K.J., Scammacca, N., Vaughn, S. & Sargent, K. (2018). Current evidence on the effects of intensive early reading interventions. *Journal of Learning Disabilities* 51 (6), 612-624
- Wanzek, J., Vaughn, S., Kim, A.H. & Cavanaugh, C.L. (2006). The effects of reading interventions on social outcomes for elementary students with reading difficulties: A synthesis. *Reading & Writing Quarterly* 22 (2), 121-138
- Willcutt, E.G. & Pennington, B.F. (2000). Psychiatric comorbidity in children and adolescents with reading disability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 41 (8), 1039-1048



Prof. Dr. phil. Erich Hartmann studierte Logopädie, Heilpädagogik und Pädagogische Psychologie. Nach einigen Praxisjahren erfolgten weiterführende akademische Qualifikationen, wobei sich der Autor im Rahmen des Doktorats und der Habilitation der Früherkennung und Prävention von LRS widmete. Erich Hartmann ist seit 2011 Professor für Logopädie an der Universität Freiburg (Schweiz) und in dieser Funktion für die Bachelor- und Masterausbildung in Logopädie verantwortlich. Seine primären Interessens- und Forschungsthemen sind die evidenzbasierte Diagnostik, Prävention und Therapie von entwicklungsbedingten Sprach- und Schriftsprachstörungen.

DOI 10.2443/skv-s-2020-53020200603

KONTAKT

Prof. Dr. phil. Erich Hartmann
 Departement für Sonderpädagogik
 Abteilung Logopädie
 Petrus-Kanisius-Gasse 21
 CH-1700 Freiburg
 erich.hartmann@unifr.ch

Kuhl kommunizieren überall und mittendrin

Kathi hat viel zu erzählen. Lehrerin und Lieblingskuh haben den gleichen Namen! Deshalb muss die Kuh Sabine mit Foto auf den Talker. Auf geht's in den Stall!

Unterstützte Kommunikation (UK) ermöglicht auf zahlreichen Ebenen die Teilhabe in allen Lebenslagen – ob durch Kommunikationshilfen, Umfeldsteuerung oder bei der Arbeitsplatzausstattung. Über die vielen Möglichkeiten der UK beraten wir Sie und Ihre KlientInnen gerne. Kontaktieren Sie uns!

Hilfsmittel zur Kommunikation, PC-Bedienung und Umfeldsteuerung · Service-Telefon: 0800 734 28 47 (kostenfrei)
www.rehavista.de



REHAVISTA®
 Kommunikation ist Leben

Nicole Hübl, Nicole Kaufmann & Sandra Randweg

Präventive Arbeit auf der neonatologischen Station

Beitrag der Logopädie zur Ernährungsentwicklung von Frühgeborenen und kranken Neugeborenen

Einleitung

Die Forschung und Praxis der Neonatologie hat in den letzten Jahrzehnten Großartiges geleistet: Immer mehr Frühgeborene und kranke Neugeborene, auch mit verschiedenen kongenitalen und erworbenen Erkrankungen, können überleben. Der Grenzwert für die Lebensfähigkeit Frühgeborener hat sich vor allem in den wirtschaftlich wohlhabenden Industrieländern zur 22.-24. Schwangerschaftswoche reduziert, wobei Säuglinge, die in ressourcenarmen Umgebungen geboren werden, auch in der 32. Schwangerschaftswoche nicht als lebensfähig angesehen werden (Bonamy et al. 2019, Godeluck et al. 2019).

| Definition „Frühgeborene“ nach der Weltgesundheitsorganisation (WHO 2018) | |
|---|--|
| extreme Frühgeburtlichkeit | < 28 Schwangerschaftswochen |
| sehr frühe Frühgeburtlichkeit | 28-32 Schwangerschaftswochen |
| mäßige oder späte Frühgeburt | 32-37 Schwangerschaftswochen (34-37 späte Frühgeburt) |

Trotz des verschobenen Grenzwerts ist die Sterblichkeitsrate der Frühgeborenen, insbesondere der extrem Frühgeborenen, in den letzten zehn Jahren zurückgegangen (Chawanpaiboon et al. 2019).

Die Unreife aller organischer Funktionen (neurologisch, gastrointestinal, kardiorespiratorisch) macht das Frühgeborene vulnerabel für medizinische Komplikationen und Komorbiditäten. Die Veränderungen in der medizinischen Versorgung wie die Verwendung von Surfactant für die Lungenreifeung, eine Entwicklung hin zu einer weniger invasiven Atemunterstützung, ein Verständnis der Rolle des Mikrobioms des Magen-Darm-Systems und ein besseres Verständnis der Neurobiologie des Säuglings haben neben der Überlebensfähigkeit in frühen Schwangerschaftswochen auch das Profil der Morbidität verändert (Kim et al. 2019, Kiechl-Kohlendorfer et al. 2019, Torchin et al. 2020).

Der medizinische Fortschritt zeigt sich auch darin, dass für das Frühgeborene typische Komplikationen wie schwere intraventrikuläre Blutungen (IVH), zystische periventrikuläre Leukomalazie (cPVL), nekrotisierende Enterokolitis (NEC) und bronchopulmonale Dysplasien (BPD) trotz früherer Schwangerschafts-

wochen auf einem ähnlichen Niveau bleiben (Chen et al. 2016). Typische Entwicklungsmorbiditäten wie z.B. die Zerebralparese bleiben trotz steigender Überlebensraten ebenfalls auf einem stabilen Niveau bzw. nehmen sogar ab (Sellier et al. 2016, van Naarden Braun et al. 2016).

Zunehmend in den Fokus von Forschung und Praxis in der Neonatologie rücken nun jedoch der Einfluss und die Auswirkung der Frühgeburt auf die kognitive, psychische und sozio-emotionale Entwicklung von Kind und Familie (vgl. auch <https://www.efcni.org/>, <https://newborn-health-standards.org/>). So gibt es Hinweise auf die Auswirkungen der Frühgeburt und längeren Aufenthalte auf der Neonatologie auf Verhalten, psychische Gesundheit, Sprach-, Lern- und Beziehungsschwierigkeiten bis ins erwachsene Alter (Wolthuis-Stigter et al. 2017, Vollmer & Starlnacke 2019, Sell et al. 2018, Nguyen et al. 2019).

Im Bereich der Ernährung weisen viele Studien auf anhaltende Probleme in der Ernährungsentwicklung hin (Zehetgruber et al. 2014, Hoogewerf et al. 2017, Cerro et al. 2002, Crapnell et al. 2013, Thoyre 2007, Samara et al. 2010). Die Prävalenzraten von frühkindlichen Fütterstörungen sind in der Gruppe der Frühgeborenen deutlich erhöht (Rommel et al. 2003). Im Zen-

ZUSAMMENFASSUNG. Frühgeborene und kranke Neugeborene haben ein erhöhtes Risiko für Auffälligkeiten in ihrer Entwicklung. Die Ernährung ist häufig von Anfang an schwierig und bleibt es auch in der weiteren Entwicklung. Die Aufgaben von Logopäden, die im stationären Setting mit diesen Patienten arbeiten, haben sich parallel zu Veränderungen und Fortschritten der medizinischen und pflegerischen Versorgung verändert. Die entwicklungsfördernde und familienintegrierte Betreuung spielt zunehmend und nachweislich eine entscheidende Rolle für die positiven kurz- und langfristigen Entwicklungsergebnisse der Kinder. Logopädische Therapie fokussiert nicht mehr nur auf die Therapie der oralmotorischen Fähigkeiten des Saugens und Schluckens. Vielmehr sind der frühe und konsequente Haut-zu-Haut-Kontakt, das Stillen und das Füttern von Muttermilch mit einem signalorientierten und co-regulierten Ansatz wichtige Bausteine in der Betreuung der Ernährungsentwicklung dieser Kinder und können in der Prävention möglicher späterer Fütterstörungen eine Rolle spielen.

SCHLÜSSELWÖRTER: Frühgeborene – entwicklungsfördernde familienzentrierte Betreuung – signal-orientiertes, co-reguliertes Füttern – Ernährungsentwicklung

Fütterstörungen im frühen Kindesalter nach ICD-10 (F98.2)

„Eine Fütterstörung mit unterschiedlicher Symptomatik, die gewöhnlich für das Kleinkindalter und frühe Kindesalter spezifisch ist. Im Allgemeinen umfasst die Nahrungsverweigerung extrem wählerisches Essverhalten bei angemessenem Nahrungsangebot und einer einigermaßen kompetenten Betreuungsperson in Abwesenheit einer organischen Krankheit. Begleitend kann Ruminieren - d.h. wiederholtes Heraufwürgen von Nahrung ohne Übelkeit oder eine gastrointestinale Krankheit - vorhanden sein“ (DIMDI 2020). Eine Erweiterung dieser Klassifikation erfolgte durch die RDC-PA und DC: 0-3R (AWMF 2015).



Füttern in erhöhter Seitenlage (Foto: Hübl)

trum der Suche, warum es zu diesen langfristigen, nicht rein medizinischen Auffälligkeiten kommt, steht nicht mehr allein die medizinische Versorgung, sondern zusätzlich das Setting der Neonatologie und die pflegerische Versorgung von Frühgeborenen und Eltern.

Das Frühgeborene und seine Eltern auf der Neonatologie

Setting und Erfahrung

Betrachtet man die Situation des Frühgeborenen und seiner Eltern auf der neonatologischen Station genauer, ist vieles offensichtlich, was nicht „natürlich“ ist. Das Frühgeborene ist nicht mehr im Mutterleib, somit nicht umgeben von der Gebärmutter, die es vor Geräuschen, Temperatur, Licht, Gerüchen und Berührungen schützt, sondern liegt zumeist im Inkubator und ist versorgt mit einer Sonde, die mit einem Pflaster an der Wange befestigt wird. An den Körper werden Kabel zur Überwachung der physiologischen Werte geklebt, das Kind hat an der Nase eine Atemunterstützung (CPAP oder Highflow) oder sogar eine Beatmung (Intubation).

Die Versorgung des Frühgeborenen beinhaltet häufig unangenehme, teils schmerzhaft (auch orale) Erlebnisse wie das Ziehen und Legen von Sonden, Absaugen, Mundpflege, Korrektur der Lage der Atemunterstützung, Blutentnahmen, Augenuntersuchungen, das Legen von Zugängen, Ultraschall des Kopfes sowie der Organe. Dazu kommen (laute) auditive Eindrücke wie Alarmierungen der Monitore, Besprechungen in Nähe der Inkubatoren, das Reinigen der Räume, das Öffnen und Schließen von Schranktüren, Zimmertüren, Mülleimern, sowie auch der Öffnungsklappen der Inkuba-

toren und vieles mehr. Als nicht zu unterschätzender Faktor kommt hinzu, dass Mutter (Vater und Familie) und Kind aufgrund der notwendigen intensivmedizinischen Versorgung in den meisten Kliniken im deutschsprachigen Raum immer noch voneinander getrennt sind. Das initiale Bonding findet nicht, stark verzögert oder unzureichend statt (Altmer & Phillips 2013, 2016, Coughlin & Coughlin 2014, Sanders & Hall 2018).

Entwicklungsfördernde Betreuung

Heute wird immer weniger angezweifelt, dass umfassende „entwicklungsfördernde“ Betreuungskonzepte wesentliche Rollen in der Betreuung von Frühgeborenen und kranken Neugeborenen spielen und dass diese hohe Relevanz zu positiven Entwicklungsergebnissen führt (Ohlsson & Jacobs 2013, Symington & Pinelli 2003, Als et al. 2003). Der Begriff der „entwicklungsfördernden Pflege/Betreuung“ wird heute weitgehend mit der Arbeit von Als und ihrem Konzept der synaktiven Entwicklungstheorie in Verbindung gebracht (Als 1982, Als et al. 2005). Die Theorie bietet eine Erklärung dafür, wie das Frühgeborene mit seiner extrauterinen Umgebung umgeht und wie es durch Verhaltenshinweise kommuniziert.



„Känguruhen“ – früher Haut-zu-Haut-Kontakt (Foto: Hübl)

Die Theorie gruppiert das Verhalten eines Säuglings in fünf funktionierende Subsysteme: Motorik, Autonomie, Verhaltenszustände, Aufmerksamkeit/Interaktion und Selbstregulation. Unter dem synaktiven Element der Entwicklung versteht man die ständige Interaktion dieser Subsysteme untereinander und mit der Umwelt. Verhaltens- und autonome Reaktionen auf negative Stimulation, einschließlich Schmerz und Stress, werden dadurch erklärt, dass der Säugling versucht, seine Subsysteme für die Entwicklung und sogar für das Überleben zu regulieren und auszubalancieren (Als 1982).

Familienintegrierte, neuroprotektive Betreuung

Weiter ist das Konzept der familienzentrierten Pflege (Gooding et al. 2011) oder neuer der familienintegrierten Betreuung (Franck & O'Brien 2019) ein wesentlicher Bestandteil der Versorgung auf der Neonatologie. Aktuell werden Konzepte und Modelle der Betreuung besprochen, welche die neuroprotektive, trauma-informierte Funktion der entwicklungsfördernden und familienzentrierten Betreuung weiter hervorheben (Classen & Clark 2017, Marcellus & Cross 2016, Coughlin & Coughlin 2014).

Neuere Daten zeigen den direkten und epigenetischen Einfluss von körperlichem und psychischem Stress auf den menschlichen Körper, insbesondere auch auf das Nervensystem von unreifen Säuglingen und deren Entwicklung (Montirosso & Provenzi 2015, Montirosso et al. 2017, Muñoz-Moreno et al. 2016). Zu den Kernmaßnahmen der entwicklungsfördernden oder neuroprotektiven Betreuung gehören: geschützter Schlaf, Schmerz- und Stressbeurteilung und -bewältigung, Entwicklungsaktivitäten des täglichen Lebens (Lagerung, Ernährung/Fütterung, Hautpflege), familienzentrierte Pflege und das Umfeld (Altmer & Phillips 2013, Coughlin et al. 2009).

Ernährungsentwicklung Frühgeborener auf der Neonatologie

Auch in der Ernährungsentwicklung des Frühgeborenen bekommen die entwicklungsfördernde Pflege und die familienintegrierte Betreuung eine entscheidende Bedeutung. Aus diesen Konzepten treten drei Maßnahmen hervor, die für die Ernährungsentwicklung eine wesentliche Rolle spielen (Cross 2015):

- Der frühe Haut-zu-Haut-Kontakt
- Frauen-/Muttermilch und Stillen
- Signalorientiertes bzw. co-reguliertes Füttern

Das „Känguruhen“ oder Haut-zu-Haut-Pflege ist eine etablierte Praxis in vielen Krankenhauseinrichtungen und „wird auf Neugeborenen-Intensivstationen in Ländern mit hohem Einkommen, selbst bei beatmungsabhängig-

gen Säuglingen, mit Vorsicht praktiziert, weil sie die elterliche Bindung fördern, Stress verringern und die Muttermilchmenge erhöhen kann“ (Furman 2017, 1, Übers. durch die Autoren; McLoughlin 2018, Bergmann 2015).

Die Erkenntnisse über die Verwendung von Frauenmilch zur Prävention von Infektionen und Magen-Darm-Erkrankungen wie nekrotisierender Enterokolitis (NEC) haben in den letzten zehn Jahren zugenommen. Folglich hat die Rolle der Muttermilch und/oder Frauenmilch bei der Versorgung von Frühgeborenen und kranken Kindern auf vielen Intensivstationen weltweit an Bedeutung gewonnen (Belfort et al. 2016, Maffei & Schanler 2017).

Die Implementierung des signalorientierten bzw. co-regulierten Fütterns statt eines volumenbasierten Ernährungsmodells stellt die dritte Maßnahme dar (Coughlin 2017, Sables-Baus et al. 2013). In dem säuglingsgesteuerten Ernährungsmodell ist die Idee der Selbstregulierung, wie sie in der Synaktivitäts-Theorie (Als 1982) eingeführt wurde, und der Co-Regulierung während des Stillens/Fütterns zwischen dem Säugling und den Eltern die Schlüsselkomponente (Shaker 2017a, 2017b).

Wie ein signalorientiertes bzw. co-reguliertes Füttern bei Frühgeborenen umgesetzt werden kann, und warum es als (logopädische) Intervention – auch im Sinne der Prävention – so wichtig ist, soll im Folgenden anhand der spezifischen Besonderheiten des Trinkverhaltens erläutert werden.

Trinkentwicklung und Trinkerfahrung

Die Trinkentwicklung Frühgeborener, genauer die Entwicklung der Atem-Saug- und Schluckkoordination, wurde in den letzten 20 Jahren in zahlreichen Studien untersucht (z.B. Gewolb et al. 2003, Gewolb & Vice 2006, Lau 2015). Hierbei zeigt sich, dass Frühgeborene eine unreife Atem-, Saug- und Schluckkoordination haben, die weit über den errechneten Geburtszeitpunkt hinaus noch bestehen bleiben kann (da Costa et al. 2010, Hübl et al. 2020, Törölä et al. 2012). Jede einzelne Funktion: Saugen, Schlucken und Atmen kann bei den Frühgeborenen, abhängig von ihrem Alter, noch unreif sein. Beim Saugen kann das Frühgeborene bspw. noch nicht immer konstant einen Sog aufbauen, das Schlucken ist noch nicht effektiv genug und bedarf großer Kraftanstrengung oder mehrfachem Schlucken. Die Atmung ist noch nicht regelmäßig oder ausreichend tief, um eine adäquate Sauerstoffsättigung zu gewährleisten. Entscheidend ist jedoch die unzureichende Koordination der Funktionen Saugen, Schlucken und Atmen. Frühgeborene können diese nicht wie reife Neugebore-

ne miteinander koordinieren, sondern sie separieren die einzelnen Funktionen. So halten sie bspw. während des Saugens die Luft an (Apnoe) und müssen diese dann, nachdem sie die Milchmenge auch noch geschluckt haben, sehr angestrengt aufholen (Vice & Gewolb 2008, Mizuno & Ueda 2003, Mizuno et al. 2007, Lau 2016, Gewolb et al. 2003, Gewolb & Vice 2006). Die unreife Atem-, Saug- und Schluckkoordination macht das Trinken für das Frühgeborene sehr anstrengend.

Viele Frühgeborene ermüden bereits nach wenigen Minuten und schaffen ihre Mahlzeit nicht. Sie sind durch die unreife Koordination während der Mahlzeit gefährdet, dass es zum Husten, Verschlucken, zum Auftreten von Bradykardien und Sauerstoffsättigungsabfällen kommen kann (Thoyre & Carlson 2003). Das Frühgeborene erfährt während des Trinkens permanent Stress, kann die Milchmenge zum Teil nicht kontrollieren, wird regelrecht mit Milch „geflutet“ und ist häufig in der Fütterungssituation überfordert.

Das Frühgeborene sendet seinem Gegenüber frühzeitig Signale über seinen Zustand und seine Koordinationsfähigkeit beim Trinken. Dies beinhaltet zum einen mimische Reaktionen wie bspw. das Hochziehen der Augenbrauen oder das Weiten der Nasenflügel. Zum anderen weisen viele akustische Signale auf Probleme in der Koordination hin.

Kommt es bspw. zu festem, anstrengtem, mehrfachem Schlucken weist dies darauf hin, dass nicht regelmäßig bzw. effektiv genug geschluckt wurde und nun eine große Milchmenge mit Kraftanstrengung geschluckt werden muss und das ggf. mehrfach hintereinander. Ein japsendes Geräusch bei der Einatmung weist auf eine schlechte Atem-Schluckkoordination hin, da dabei nach dem Schlucken nicht wie normalerweise ausgeatmet, sondern direkt eingeatmet wird (Thoyre et al. 2012, Shaker 2012).

Logopädische Frühintervention auf der Neonatologie

Über lange Zeit war das primäre Ziel einer logopädischen Intervention bei Frühgeborenen die Verbesserung des Saugverhaltens. Es wurden orale Stimmulationsprogramme in den Wochen vor Beginn erster oraler Trinkversuche an der Flasche oder mit Beginn der Trinkversuche gemacht (Fucile et al. 2002). Grundlage dieses Ansatzes ist, dass Frühgeborene bei ihren ersten Trinkversuchen an Brust/Flasche einen noch unzureichenden bzw. nicht konstanten Sogaufbau haben.

In Studien konnte die Entwicklung von positivem intraoralen Druck (Kompression) und negativem intraoralen Druck (Sog) gezeigt werden. So trinkt das Frühgeborene zumeist zuerst mit Kompression und damit wenig effek-

tiv. Der Sog entwickelt und verstärkt sich erst mit zunehmender neurologischer Nachreifung (Lau 2015). Ein „erfolgreiches“ Trinken, also ein Trinken von ausreichend Menge, ist erst bei einem ausgeglichenen Verhältnis von Sog und Kompression möglich.

Auch aktuellere Ansätze von oralmotorischen Stimmulationsprogrammen (Lau 2014, 2016, Lau & Smith 2011, Lessen 2011, Ghomi et al. 2019, Li et al. 2020) haben die oralmotorische Aktivierung mit einer spezifischen Stimulation des Saugens und Verstärkung des Sogs als Ziel. Über verbessertes Saugen könne das Frühgeborene schneller erfolgreich an Brust/Flasche trinken. Erfolgreiches Trinken impliziert, dass schnell mehr Volumen getrunken werden kann, die Sondenverwendung kürzer und eine Entlassung schneller möglich ist.

Signalorientiertes/co-reguliertes Füttern auf der Neonatologie

Der Ansatz des signalorientierten/co-regulierten Fütterns setzt nicht an der gezielten Verbesserung einer einzelnen Trinkfunktion wie bspw. dem Saugen an. Und damit wird auch nicht das Ziel einer schnellen, vollständig oralen Ernährung verfolgt. Vielmehr wird die Entwicklung des Trinkverhaltens als Teil der Entwicklung der Selbstregulation des Säuglings gesehen, die unterstützt wird durch die Co-Regulierung durch die Eltern.

Der Ursprung dieses Ansatzes findet sich in der beschriebenen Synaktivitäts-Theorie von Als (1982) und wurde insbesondere durch Shaker, Thoyre und andere für das Trinkverhalten konkretisiert (Shaker 2010, 2013, Thoyre et al. 2016, Whetten 2016, Ross & Philbin 2011, Ludwig & Waitzmann 2007, Lubbe 2018, Browne & Ross 2011).

Im signalorientierten/co-regulierten Ansatz folgen die Eltern den Signalen des Kindes beim Trinken, die Auskunft geben über seine aktuellen Fähigkeiten und Schwierigkeiten im Trinkenlernprozess. Sie reagieren auf diese, indem sie im Einklang mit dem Kind eine Regulation von außen anbieten, um dem Ziel der Selbstregulation des Kindes näher zu kommen. Beim Füttern gleichen die Eltern die fehlenden Fähigkeiten aus und sorgen dafür, dass die Koordination von Saugen, Schlucken und Atmen so gelingt, dass das Kind sicher und vor allem ohne Stress und Überforderung trinken kann.

Alle drei Funktionen: Saugen, Schlucken und Atmen können unreif sein und müssen zusätzlich noch koordiniert werden. Orale Stimmulations- und Therapieansätze spielen dabei eine deutlich kleinere bis keine Rolle, da das frühzeitige Üben von Nuckeln und Saugen an der Brust sowie durch den gezielten Einsatz vom Schnuller (non-nutritives Saugen) für gesunde Frühgeborene als ausreichende orale Stimulation betrachtet wird (Arvedson et al. 2010, John et al. 2019).

In der Behandlung von kranken Frühgeborenen oder Säuglingen, die bspw. eine tatsächliche Saugschwäche oder eine neurologische und/oder anatomische Störungen des Saugens oder Schluckens zeigen, haben auch spezifische orofaziale Stimulationstherapien in einem signalorientierten/co-regulierten Ansatz ihren Platz.

In der Umsetzung des signalorientierten/co-regulierten Ansatzes wenden die Eltern bspw. konkret die Füttertechnik „Pacing“ an. Hierbei wird bei einem Frühchen mit fehlender Integration von Saugen und Atmen der Sauger abgesenkt oder wenn nötig aus der Mundhöhle entfernt, der Saugprozess damit unterbrochen und gleichzeitig der Milchfluss aus der Flasche gestoppt. Als Folge dieser Regulation fängt das Frühgeborene wieder an zu atmen und kann seine Sauerstoffsättigung normalisieren. Eine Pausensetzung kann bspw. auch erfolgen, wenn das Frühgeborene noch nicht regelmäßig genug schluckt, aber weiterhin saugt und damit eine zu große Milchmenge in Mund und Rachen gelangt, die potenziell zum Verschlucken und zur Aspiration führen kann.

Pacing kann in unterschiedlichen Trinksituationen eingesetzt werden und folgt der Beobachtung des individuellen Kindes mit seinen aktuellen Fähigkeiten. Es hat immer zum Ziel, die fehlende Koordinationsfähigkeit so auszugleichen, dass ein ruhiges und sicheres Trinken möglich ist (Law-Morstatt et al. 2003, Sheppard & Fletcher 2007, Palmer 2020).

Es hat sich gezeigt, dass auch die Art des Saugers sowie die Positionierung beim Trinken einen Einfluss auf die Koordinationsleistung der Frühgeborenen haben kann. So eignet sich für Frühgeborene mit noch unreifer Koordination ein Sauger mit niedriger Milchflussschwindigkeit (Pados et al. 2019). Als Positionierung

haben sich positive Effekte der erhöhten Seitenlage im Vergleich zur klassischen Rückenlage im Arm der Eltern gezeigt (Lau 2013, Clark et al. 2007, Park et al. 2014, Dawson et al. 2013, Park et al. 2018).

In der klinischen Beobachtung sowie auch in wissenschaftlichen Studien hat sich gezeigt, dass beim Stillen, das Saugen, Schlucken und Atmen koordinierter und mit weniger Stress gelingen kann als beim Trinken aus der Flasche (Chen et al. 2000, Goldfield et al. 2006, Berger et al. 2009, Nyqvist 2013, Briere et al. 2015).

Frühe Brust- und Stillverfahren sowie anhaltende Unterstützung und Begleitung der Mutter beim Stillen werden in der entwicklungsfördernden und familienintegrierten Betreuung als wichtiger Baustein angesehen und sollten unbedingt und regelmäßig vor den ersten Trinkversuchen an der Flasche erfolgen (John et al. 2018).

Das Füttern eines Frühgeborenen ist bedingt durch die spezielle Situation auf der Neonatologie und die spezifischen Schwierigkeiten in der Trinkkoordination für Eltern nicht unbedingt intuitiv zu bewältigen. Deshalb benötigen sie eine feinfühlig und wertschätzende Anleitung und Begleitung im Trinklernprozess (Thoyre et al. 2016). Essenziell in der präventiven Arbeit mit Frühgeborenen ist es, im Sinne der elternintegrierten Betreuung, die Eltern von Anfang an in die Versorgung und die Ernährung ihrer Kinder zu involvieren. Sie sollen auch im Hinblick auf die weitere Ernährungsentwicklung früh erleben, dass Füttern ein interaktiver Prozess ist, bei dem das Frühgeborene Signale über seine aktuellen Fähigkeiten beim Trinken gibt, die Eltern diese erkennen und entsprechend im Fütterprozess darauf unterstützend reagieren.

Ernährung von Frühgeborenen nach der Entlassung

Das Entlassungsmanagement von Frühgeborenen variiert stark auf regionaler und internationaler Ebene. Medizinisch stabile Frühgeborene können mit oder ohne supportive Sondenversorgung aus der Klinik entlassen werden (van Kampen et al. 2019). Werden Frühgeborene mit einer noch liegenden Magensonde entlassen, hat dies den Vorteil, dass bis zur Entlassung keine Notwendigkeit einer voll oralen Ernährung besteht und es nicht zum Druckaufbau „alles trinken zu müssen“ kommt. Zumeist erfolgen Entlassungen mit noch liegender Magensonde jedoch nur, wenn ein entsprechendes Nachsorgeprogramm für die Frühgeborenen wohnortnah etabliert ist. Die klinische Erfahrung hat gezeigt, dass ohne ein solches fachgerechtes Nachsorgeprogramm Frühgeborene bei Entlassung mit Sonde häufig eine langfristige Sondenabhängigkeit entwickeln.

Das Trinkverhalten der Frühgeborenen ist auch nach der Entlassung – ob mit oder ohne Magensonde – häufig bis weit über den errechneten Geburtstermin hinaus unreif mit multiplen Schwierigkeiten, die ein spezielles Beobachten und Handling erfordern (Pahsini et al. 2018, da Costa et al. 2010). Gelingt die voll orale Ernährung mit Stillen und/oder Trinken aus der Flasche, ist auch der weiteren Ernährungsentwicklung Beachtung zu schenken. Schwierigkeiten können häufig in Übergangsphasen der Ernährungsentwicklung auftreten wie beim Übergang vom reaktiven zum willentlichen Saugen mit zwei bis vier Monaten korrigierten Alters, beim Übergang zur Breikost oder zur Familienkost. Das Trink- und Essangebot der

Unterstützte Kommunikation bringt Menschen mit Aphasie wieder ins Gespräch!

z. B. mit dem Wortschatzprogramm „RehaFoXX“ auf einem „NovaChat 10“

Carina Greten-Hövel, Logopädin & Sprachwissenschaftlerin, seit 2015 Beraterin bei PRD

Mehr zum Thema „Unterstützte Kommunikation bei Menschen mit Aphasie“ auf www.prentke-romich.de/rhf



Mit guter Beratung für Sie vor Ort!

Zentrale Terminvergabe unter: Karthäuserstraße 3 · 34117 Kassel
0561 785 59-18 www.prentke-romich.de

Typische Auffälligkeiten von Frühgeborenen in der Ernährungsentwicklung

- Lange Dauer von Mahlzeiten (über 30 Minuten)
- Einschlafen während der Mahlzeiten
- Verschlucken und Husten
- Verlust von Milch aus dem Mund
- Instabile physiologische Werte (Atmung, Herzfrequenz, Sauerstoffsättigung)
- Entwicklung einer Trinkschwäche oder Verweigerung mit korrigiert 2-4 Monaten
- Erbrechen von Milch
- Weinen, Schreien, Ablehnung der Milchflasche und/oder Brust
- Verweigerung von Blickkontakt während der Mahlzeiten
- Trinken nur im Halbschlaf oder Schlaf
- Trinken/Essen nur mit Ablenkung oder unter Zwang
- Verweigerung von Breikost und/oder fester Kost in Form von Würgen, Erbrechen, Schreien, Weinen, Wegdrehen
- Unzureichende Gewichtszunahme und Längenwachstum
- Überempfindlichkeit im Mund, Gesicht, am ganzen Körper

Eltern kann von den Frühgeborenen verweigert werden. Es kann zum Würgen, Erbrechen und extremer Abwehr kommen.

Treten Schwierigkeiten in der Ernährungsentwicklung auf (Kasten oben), ist dies zunächst für Eltern oft ein höchstpersönliches Gefühl des elterlichen Versagens. Denn eine Kernaufgabe der Eltern ist es, ihr Kind zu ernähren. Und wenn ihnen dies nicht gelingt, haben sie häufig das Gefühl, in einem elementaren Teil ihrer elterlichen Funktion versagt zu haben. Insbesondere nach vielen Wochen oder Monaten des Intensivstationsaufenthaltes und endlich der Entwöhnung von der Sonde und dem vollständigen Trinken ist ein erneut auftretendes Problem in der Ernährung zutiefst belastend, kränkend und (erneut) traumatisch.

In der klinischen Erfahrung erleben wir, dass Eltern häufig sehr lange zu Hause alles erdenklich (Un)Mögliche machen, damit ihr Kind wieder trinkt oder isst und somit keine erneute Sonderversorgung droht. Schwierigkeiten in der Ernährungsentwicklung können sich verstärken und als frühkindliche Fütterstörungen manifestieren (Wilken et al. 2008, Thiel-Bonney & von Hofacker 2015).

Nachsorge und Prävention

Je nach Komorbiditäten der Frühgeburt bedarf es unterschiedlicher weiterführender Diagnostik und Therapie und somit Schwerpunktsetzung der Nachbetreuung. Idealerweise erfolgt die Nachbetreuung der Familien durch regelmäßige Hausbesuche bzw. durch den informierten Kinderarzt, damit die Betreuungssituation erfasst und Hilfen von entsprechenden Berufsgruppen wie Hebammen, Pflegefachkräften, Sozialarbeitern, Psychologen, Logopäden, Physiotherapeuten und anderen zeitnah angeboten und organisiert werden können. Vor allem in den städtischen Krankenhäusern der Schweiz, Österreichs und Deutschlands gibt es spezialisierte Programme für Frühgeborene und kranke Neugeborene, wobei Bedarf besteht, Weiterbildungen, Therapien und Anlaufstellen bei Schwierigkeiten in der Ernährungsentwicklung auszubauen.

Bei welchen Frühgeborenen und unter welchen Bedingungen Schwierigkeiten in der Ernährungsentwicklung auftreten und sich diese zu Fütterstörungen manifestieren, und welche Frühgeborenen davon verschont bleiben, ist bisher unzureichend erforscht. Sicherlich spielen medizinische Faktoren und Komplikationen eine große Rolle.

Als Risikofaktoren für Probleme in der Ernährungsentwicklung sind ein niedriges Gestationsalter bei Geburt (Zehetgruber et al. 2014, Samara et al. 2010), ein niedriges Gewicht für das Gestationsalter (SGA: small for gestational age) (Hoogewerf et al. 2017), die Dauer einer

invasiven Beatmung (Zehetgruber et al. 2014), gastroösophagealer Reflux (Psaila et al. 2014), neurologische Erkrankungen wie bspw. eine Zerebralparese (Schädler et al. 2007) oder eine muskuläre Hypotonie (Crapnell et al. 2013) identifiziert worden.

So könnte man jetzt postulieren, dass insbesondere sehr kleine Frühgeborene mit medizinisch komplexer Behandlung die größte Gefährdung haben, Schwierigkeiten in der Ernährungsentwicklung zu zeigen. Und für diese Annahme sprechen die oben genannten Studien. In der klinischen Erfahrung zeigt sich jedoch, dass durchaus auch sehr kleine Frühgeborene mit erheblichen medizinischen Komplikationen und langfristiger Sondenernährung eine unkomplizierte Ernährungsentwicklung durchleben können und wiederum andere Frühgeborene mit wenigen medizinischen Komplikationen und womöglich kurzzeitiger Sonderversorgung in der Ernährungsentwicklung massive Schwierigkeiten und manifeste Fütterstörungen erleben können. Dazu passt, dass in unserer klinischen Erfahrung sowie in internationalen Veröffentlichungen zunehmend von lang anhaltenden Problemen in der Ernährung auch bei risikoarmen, so genannten „späten“ Frühgeborenen mit einem Gestationsalter von 34 bis 36 Wochen berichtet wird (Gouyon et al. 2012, Johnson et al. 2015).

Offensichtlich sind nicht allein medizinische Komplikationen ausschlaggebend, sondern auch die individuellen Ressourcen des Kindes und der Familie sowie die frühen Erfahrungen, die die Frühgeborenen und ihre Eltern durch

Online-Befragung von Eltern frühgeborener Kinder – Auszug der Ergebnisse

Einen interessanten und realistischen Einblick in die aktuell bestehenden Probleme von Eltern frühgeborener Kinder liefert eine Online-Befragung des deutschen Bundesverbandes „Das frühgeborene Kind e.V.“ aus dem Jahr 2017 (Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V. 2018). Über 300 Eltern nahmen an der Befragung teil.

Auf die Frage nach anfänglichen Schwierigkeiten nach der Entlassung gaben 45,3% Trinkzeiten von über 45 Minuten an, 55,3% der Kinder konnten ihre Trinkmenge nicht bewältigen, bei 54,7% kam es zu schneller Ermüdung beim Trinken. Besonders bemerkenswert ist, dass zum Zeitpunkt der Entlassung 35% der Eltern angaben, dass ihr Frühgeborenes „selten“ oder „nie“ problemlos die Mahlzeiten trinken konnte. In der weiteren Ernährungsentwicklung gaben 37,1% der Eltern ablehnendes Verhalten in Bezug auf Mischkonsistenzen und 34,1% Erbrechen als Reaktion auf stückige Nahrung an.

Auf die Frage, welche professionelle Hilfe für auftretende Fütterprobleme in Anspruch genommen wurden, gaben knapp 60% der Eltern an, keine professionelle Hilfe erhalten zu haben, ca. 24% erhielten logopädische Therapie und ca. 23% nahmen spezialisierte Angebote (Beratung, ambulante oder stationäre Füttertherapien) in Anspruch.

Auszug der freien Antwortmöglichkeiten auf die Frage: Was hat Sie zusätzlich belastet?

„Dass sich den ganzen Tag irgendwie alles ums Essen bzw. Nichtessen gedreht hat.“

„Die Anfangszeit ohne Hilfe. Nicht wissen, an wen man sich wenden soll. Das Umfeld, das mit den Problemen nichts anfangen konnte. Der Alltag, der sich ums Füttern drehte.“

Die Angst, das Kind nicht zum Essen zu bekommen.“

(Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V., 2018, 21-22)

das Setting und das pflegerische und therapeutische Vorgehen auf der Neonatologie machen. Sowohl das Setting, als auch das Handling der Frühgeborenen wie auch das Selbstverständnis der Eltern als wichtige Betreuungs- und Verantwortungsperson lassen sich durch die bereits beschriebene entwicklungs-fördernde Pflege und die familienintegrierte Betreuung positiv verändern und das Entwicklungsoutcome der Frühgeborenen nachweislich verbessern (Ohlsson & Jacobs 2013, Symington & Pinelli 2003, Als et al. 2003, Coughlin & Caughlin 2014).

Ein wesentlicher Aspekt hierbei ist, wie Frühgeborene und ihre Eltern in die Trinkentwicklung hineinfinden und welche Erfahrungen sie dabei von Anfang an machen können. Diese legen – für beide – den Grundstein für die weitere Ernährungsentwicklung. Deshalb bedürfen das Trinkverhalten und der Umgang damit auf der Neonatologie besonderer Beachtung und gezielten therapeutischen Vorgehens.

Was ist also zu tun?

Auch in einer idealen Welt mit bestmöglichen Bedingungen in der Neonatologie und der Nachsorge Frühgeborener und ihrer Eltern wird es nicht möglich sein, Schwierigkeiten in der Ernährungsentwicklung bei allen Frühgeborenen zu verhindern. Aber es gibt einige Veränderungen und präventive Entwicklungen der letzten Jahre, die womöglich das Risiko reduzieren können. Dazu gehören:

- Entwicklungsfördernde und familienzentrierte Betreuung auf der Neonatologie
- Für die Ernährungsentwicklung: Känguruhen, Stillen, Versorgung mit Frauen-/Muttermilch, signalorientiertes, co-reguliertes Fütterverhalten
- Weiterbildung von Pflege, Ärzten, Hebammen, Therapeuten zur Ernährungsentwicklung und möglichen Schwierigkeiten

- Präsenz von gut ausgebildeten Logopäden auf den Neonatologien erhöhen
- Sensibilisierung für Ernährungsprobleme nach der Entlassung in der Nachsorge der Frühgeborenen und kranken Neugeborenen
- Therapeutische Angebote/Anlaufstellen bei Schwierigkeiten ausweiten

Abschließen möchten wir mit einem Zitat der „National Association of Neonatal Therapists“ (NANT), die sich seit Jahren klinisch und wissenschaftlich für die bestmögliche therapeutische Betreuung von Frühgeborenen und kranken Neugeborenen und ihren Eltern auf den Neonatologien weltweit einsetzt:

„Die Säuglinge, die auf der Neonatologie von Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie betreut werden, durchleben eine kritische Phase der Gehirnentwicklung, die nicht nur durch ihren frühen Eintritt in die Welt beeinflusst wird, sondern auch durch die Erfahrungen, denen sie Tag für Tag auf der Neonatologie begegnen. Therapeuten, die auf der Neonatologie arbeiten, müssen über die frühkindliche Entwicklung Bescheid wissen und eine Praxis aufbauen, die in den Facetten dieses Wissens verankert ist, um einen positiven Beitrag zur Entwicklung eines Säuglings zu leisten. [...] **Neugeborene sind nicht nur winzige pädiatrische Patienten.** Sie haben ihre eigene Reihe von Diagnosen, Herausforderungen, Vorsichtsmaßnahmen und Erfolge. Um eine traumabewusste- und altersgerechte Versorgung anbieten zu können, müssen die Therapeuten über alle diese Aspekte auf dem Laufenden sein.“ (NANT 2017, Abs. 10-12; Übersetzung durch die Autoren)

Wegen des Umfangs stehen die **Quellenangaben zum Download unter der Adresse:** download.schulz-kirchner.de > [forum:logopädie](#) > [Fachartikel](#) > [Jahrgang](#) > [2020](#) > [Ausgabe 6](#)



Dr. Nicole Hübl studierte Lehr- und Forschungslogopädie und promovierte an der RWTH Aachen. Seit 2007 ist sie am Universitätsklinikum Düsseldorf beschäftigt, zunächst als klinische Logopädin und seit 2013 als wissenschaftliche Mitarbeiterin. Ihre klinischen und wissenschaftlichen Schwerpunkte sind das Trinkverhalten Frühgeborener und kranker Säuglinge sowie pädiatrische Fütterstörungen und Dysphagien.



Nicole Kaufmann studierte Logopädie an der Universität Fribourg. Seit 2011 ist sie zertifizierte Still- und Laktationsberaterin (IBCLC) und machte ihren Masterabschluss 2017 in Logopädie (M.Sc.) an der Donau-Universität Krems. Sie ist seit 2001 am Ostschweizer Kinderspital in St. Gallen als Logopädin beschäftigt und ist ambulant wie stationär im Bereich der neonatologischen sowie pädiatrischen Ernährungsentwicklung, Trink- und Fütterstörungen sowie Dysphagien tätig.



Sandra Randweg, BSc, studierte Logopädie an der Fachhochschule Kärnten. Seit Abschluss ihrer Ausbildung 2014 ist sie am Universitätsklinikum für Kinder- und Jugendheilkunde in Salzburg als Logopädin beschäftigt. Ihre Tätigkeit umfasst die stationäre und ambulante Behandlung neuropädiatrischer Patienten mit der Spezialisierung auf frühgeborene Kinder mit Saug- und Trinkschwächen sowie Fütterstörungen und Dysphagien unterschiedlicher Genese.

SUMMARY. Prevention in the NICU: The role of the speech and language therapists in the feeding development of premature and sick newborns

Premature infants and sick newborns are at high risk for varying degrees of developmental disorders. Feeding development is often difficult in initial and early development continuing into early childhood. The role of the speech and language therapist working in a clinical setting with these children has developed parallel to the changes occurring in medical and nursing care. There is growing evidence that comprehensive developmental and family-centred care practices play key roles in positive short and long term developmental outcomes. Speech and language intervention can no longer focus solely on the (re)habilitation of oral motor patterns of sucking and swallowing. Instead, early and sustained skin-to-skin contact, breastfeeding, breast milk feeding and a cue-based, co-regulated approach to breast and bottle feeding are important components for the feeding development of these children and play a role in the prevention of possible subsequent feeding disorders.

KEYWORDS: premature infants - comprehensive developmental family centred care - cue-based feeding - co-regulated feeding - feeding development

DOI 10.2443/skv-s-2020-53020200604

KONTAKT

Dr. Nicole Hübl

Universitätsklinikum Düsseldorf
Klinik für Allgemeine Pädiatrie, Neonatologie
und Kinderkardiologie
Sozialpädiatrisches Zentrum
Moorenstr. 5
40225 Düsseldorf
nicole.huebl@med.uni-duesseldorf.de

Silke Schwinn, Maria Barthel, Juliane Leinweber & Bernhard Borgetto*

Digitalisierungschancen – Umsetzung von Videotherapie im Lockdown

Ergebnisse der Online-Befragung aus dem Forschungsprojekt „ViTaL“

Einleitung

In der vergangenen Ausgabe *forum:logopädie* wurde über das Projekt „Videotherapie in der ambulanten logopädischen/sprachtherapeutischen Versorgung“ (ViTaL) berichtet (Schwinn et al. 2020). Videotherapie hat vielen in der ambulanten logopädischen Praxis tätigen TherapeutInnen ermöglicht, auch während der Corona-bedingten Ausgangsbeschränkungen logopädische Therapie mit ihren PatientInnen aufrechtzuerhalten.

Die Sondergenehmigung durch die Krankenkassenverbände auf Bundesebene sowie des GKV-Spitzenverbandes, Videotherapie durchführen zu können, endete zum 30.06.2020. In seiner Sitzung vom 17.09.2020 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) einen Grundlagenbeschluss gefasst, durch den in Ausnahmen die Durchführung von Videotherapie räumlich und zeitlich befristet stattfinden kann. Der Deutsche Bundesverband für Logopädie e.V. (dbf) hat darüber berichtet (dbf 2020). Eine uneingeschränkte Möglichkeit zur Durchführung von Videotherapie besteht jedoch weiterhin nicht.

In der Durchführung von Videotherapie liegt jedoch die Chance, einen ergänzenden Zugangsweg in der logopädischen Versorgung zu erschließen und somit logopädische Versorgungslücken zu verringern. Die Ergebnisse der Online-Befragung im Forschungsprojekt „ViTaL“ verdeutlichen, wie Videotherapie von ambulant tätigen TherapeutInnen umgesetzt wurde. In diesem Beitrag wird über die aktuelle Umsetzung von Videotherapie auf Grundlage der Online-Befragung von 841 in der ambulanten logopädischen Praxis tätigen TherapeutInnen berichtet.

*) Unter Mitarbeit von Ann-Kathrin Einfeldt

ZUSAMMENFASSUNG. In der vergangenen Ausgabe *forum:logopädie* wurde das Projekt „Videotherapie in der ambulanten logopädischen/sprachtherapeutischen Versorgung“ (ViTaL) vorgestellt. Das Projekt soll u.a. aufzeigen, wie Videotherapie im Zeitraum der Sondergenehmigung durch die Krankenkassenverbände und den GKV-Spitzenverband umgesetzt wurde. Dieser Beitrag berichtet über die Ergebnisse der durchgeführten Online-Befragung von 841 in der ambulanten logopädischen Versorgung tätigen TherapeutInnen. Die Ergebnisse zeigen Übereinstimmungen mit in der Literatur berichteten Untersuchungen zur Videotherapie. Grundsätzlich zeigen sich die befragten TherapeutInnen gegenüber einer zukünftigen Nutzung von Videotherapie aufgeschlossen.

SCHLÜSSELWÖRTER: Videotherapie – ambulante logopädische Versorgung – Online-Befragung – Corona-Pandemie

Methodik

Der Fragebogen zur Online-Befragung wurde gemeinsam mit dem dbf entwickelt. Unter Einbezug von Literatur u.a. zu den Themen Technikfunktionalität, Nutzung von Technologien und Technikakzeptanz (u.a. Hastall et al. 2017, Molini-Avejonas et al. 2015) wurden Fragen zu sieben Kategorien formuliert. Die finale Online-Befragung umfasste 53 Fragen. Die Online-Befragung wurde mit dem Statistik-Programm SPSS (SPSS Statistics 26) ausgewertet. In die Auswertung wurden alle Fragebögen einbezogen, die bis zur letzten Seite beantwortet wurden (n=841). Ausgeschlossen wurden Fragebögen, die nicht den Einschlusskriterien entsprachen (n=3) und die Antworten von Personen, die die Datenschutzeinwilligung abgelehnt haben (n=22).

Anschließend wurde eine Inkonsistenzprüfung in Anlehnung an Schrepp (2016) durchgeführt. Dabei wurden zum einen inhaltliche (inkongruente Antworten) und zum anderen zeitliche Aspekte (Auffälligkeiten in der Bearbeitungszeit) auf deren Konsistenz überprüft. Bei Häufungen von Inkonsistenzen sind die betreffenden Datensätze laut Schrepp (ebd.) auszuschließen. In der vorliegenden Untersuchung traten Unregelmäßigkeiten nie gehäuft auf, weshalb nach Prüfung keine weiteren Daten ausgeschlossen wurden.

Zur Auswertung der Fragebögen wurde zunächst eine deskriptive Statistik durchgeführt. Dazu wurden die Antworthäufigkeiten zu den einzelnen Fragen ermittelt. Dieser Beitrag berichtet über die Ergebnisse der Häufigkeitsverteilung im Themenfeld „aktuelle Umsetzung“.

Ergebnisse

Beschreibung der StudienteilnehmerInnen

Über soziodemografische Daten der TeilnehmerInnen wurde bereits im vorhergehenden Artikel (Schwinn et al. 2020) berichtet. Es ist zu ergänzen, dass an der Befragung vorwiegend PraxisinhaberInnen (64 %) teilnahmen. Die weiteren Befragten sind als Angestellte (32 %) oder freiberuflich (2 %) tätig (Tab. 1).

Tab. 1: Soziodemografische Daten der Teilnehmenden

| Merkmal | Ausprägung | Grundgesamtheit |
|---------------------------|---|-----------------|
| Berufserfahrung | \bar{x} = 17 Jahre (\pm 10 Jahre) | n = 810 |
| Beruflicher Status | PraxisinhaberIn 523 (64 %) Angestellte/r 259 (32 %) Freie/r MitarbeiterIn 20 (2 %) Andere 14 (2 %) | n = 816 |
| Alter | \bar{x} = 44 Jahre (\pm 11 Jahre) | n = 816 |
| Geschlecht | weiblich 770 (94 %) männlich 46 (6 %) | n = 816 |

In der Befragung sind TherapeutInnen aus allen 16 Bundesländern repräsentiert. 90% der Teilnehmenden führen die Berufsbezeichnung „Logopädin“, aber auch akademische SprachtherapeutInnen (5%), Atem-, Sprech- und StimmlehrerInnen (1%), SprachheilpädagogInnen, klinische LinguistInnen, klinische SprechwissenschaftlerInnen, PatholinguistInnen (<1%) und andere (2%) beteiligten sich an der Online-Befragung.

Indikationsschlüssel

Während des Zeitraums der Sondergenehmigung wurde Videotherapie vorwiegend bei Personen mit den Indikationsschlüsseln (Der Heilmittelkatalog 2020) SP1 (80%), SP3 (68%) und SP5 (42%) durchgeführt. Hingegen halten TherapeutInnen Videotherapie bei Personen mit den Indikationsschlüsseln SC1 (53%), SP4 (42%) und SC2 (36%) für ungeeignet. 28% gaben an, dass sie Videotherapie für alle Indikationen geeignet halten. Auf die Frage, für Personen mit welchen Indikationsschlüsseln die Befragten zukünftig Videotherapie nutzen würden, wurden SP3 (74%), SP1 (71%) und SP5 (67%) am häufigsten genannt. Insgesamt zeigen die Antworten, dass sich die TherapeutInnen bei den meisten logopädischen Störungsbildern eine Therapie via Video vorstellen können. Jedoch würden 59% der Befragten zukünftig keine Videotherapie für PatientInnen der Indikationsschlüssel SC1 und 48% keine Videotherapie für PatientInnen des Indikationsschlüssels SP4 nutzen.

Tab. 2: Übersicht der zur Videotherapie aktuell und zukünftig genutzten und nicht genutzten Indikationsschlüssel, Mehrfachnennungen möglich

| Indikationsschlüssel | Aktuelle Nutzung | Aktuelle Nicht-Nutzung | Zukünftige Nutzung | Zukünftige Nicht-Nutzung |
|----------------------|------------------|------------------------|--------------------|--------------------------|
| | n=707 | n=816 | n=707 | n=707 |
| ST1 | 23% | 17% | 44% | 23% |
| ST2 | 37% | 15% | 54% | 20% |
| ST3 | 4% | 29% | 23% | 39% |
| ST4 | 5% | 27% | 27% | 36% |
| SP1 | 80% | 17% | 71% | 17% |
| SP2 | 25% | 25% | 40% | 27% |
| SP3 | 68% | 13% | 74% | 12% |
| SP4 | 6% | 42% | 13% | 48% |
| SP5 | 42% | 9% | 67% | 9% |
| SP6 | 38% | 11% | 61% | 11% |
| RE1 | 26% | 11% | 56% | 15% |
| RE2 | 7% | 11% | 49% | 13% |
| SF | 5% | 14% | 28% | 20% |
| SC1 | - | 53% | 18% | 59% |
| SC2 | - | 36% | 18% | 42% |
| SPZ | 27% | 7% | 56% | 9% |
| SCZ | 38% | 20% | 59% | 21% |
| OFZ | 33% | 13% | 62% | 14% |
| Nichts trifft zu | - | 28% | 6% | 21% |

Abb. 1: Positive Erfahrungen bei der technischen Umsetzung von Videotherapie



Die aktuell genutzten Indikationsbereiche zeigen Übereinstimmungen mit den zur zukünftigen Nutzung genannten Indikationsbereichen. Die Absicht, Videotherapie in Zukunft zu nutzen, liegt jedoch teilweise deutlich über den Häufigkeiten der aktuellen Nutzung. Eine Übersicht der Antworten zeigt Tabelle 2.

Erfahrungen der TherapeutInnen bei der Umsetzung

Auf die Frage nach positiven Erfahrungen bei der Umsetzung von Videotherapie wurde am häufigsten genannt, etwas Neues gewagt (73%) und neue technische (68%) oder methodische (62%) Kenntnisse erworben zu haben (Abb. 1).

THEORG, die Software für die perfekte Praxisorganisation

Ob am PC in der Praxis, mobil am Laptop oder Tablet oder mit THEORG 2GO am Smartphone – arbeiten Sie mit THEORG wie und wo Sie wollen!

- Patienten- und Rezeptverwaltung
- Arbeitszeitverwaltung
- Terminplanung
- Abrechnung
- Preislistenservice
- Verwaltung von Heilpraktikerleistungen
- THEORG 2GO – die App für Therapeuten
- und vieles mehr!

- ✓ modular und flexibel
- ✓ passend für große und kleine Einrichtungen
- ✓ für Existenzgründer geeignet

THEORG

Software für THErapieORGanisation

SOVDWAER GmbH
 Franckstraße 5
 71636 Ludwigsburg

Tel. 0 71 41 / 9 37 33-0
 info@sovdwaer.de
 www.sovdwaer.de

SGN 2.09/1.1

Abb. 2: Persönliche Schwierigkeiten der TherapeutInnen bei der Durchführung von Videotherapie



Abb. 3: Vorteile von Videotherapie für TherapeutInnen

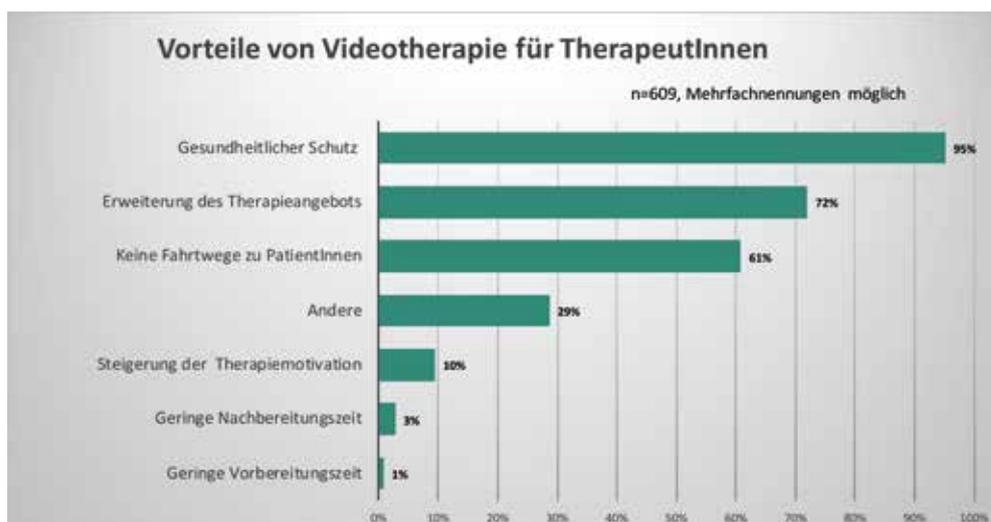


Abb. 4: Vorteile von Videotherapie für PatientInnen



Bei der Durchführung von Videotherapie kam es jedoch auch zu Schwierigkeiten. Am häufigsten waren Schwierigkeiten durch die Technik (52%), durch eine hohe stimmliche Belastung (37%) und durch Kommunikationsschwierigkeiten mit dem Gegenüber (30%), z.B. durch einen missglückten Sprecherwechsel (Abb. 2). 28% der TherapeutInnen gaben im Freitext beispielsweise an, Schwierigkeiten durch hohe Anforderungen an die Konzentration, durch langes Sitzen sowie durch Einschränkungen in der Materialauswahl zu haben.

Weiterhin wurde nach dem Umgang mit auftretenden Schwierigkeiten gefragt. Von den Befragten gaben 45% an, technische Schwierigkeiten allein gelöst zu haben. 40% haben sich Unterstützung von anderen Personen geholt, während 16% angaben, sich an das Problem gewöhnt zu haben.

Vor- und Nachteile von Videotherapie

In der Durchführung von Videotherapie sahen 78% der TeilnehmerInnen Vorteile für die eigene Berufsgruppe. Vor allem gesundheitlichen Schutz (95%), eine Erweiterung des Therapieangebots und den Wegfall des Fahrtwegs zu PatientInnen gaben die TherapeutInnen als Vorteile für sich an (Abb. 3). 85% der teilnehmenden TherapeutInnen empfanden Videotherapie auch für die PatientInnen als vorteilhaft. Und auch hier wurden am häufigsten der gesundheitliche Schutz (97%), die Einsparung der Fahrzeit (87%) und der entstehenden Kosten für die Fahrt zur Praxis (56%) als Vorteile genannt (Abb. 4).

Ein geringerer Anteil der teilnehmenden TherapeutInnen sah Nachteile in der Durchführung von Videotherapie: 64% für sich selbst und 66% für ihre PatientInnen. Eine Begrenzung in der Methodenwahl (80%), die fehlende reale Begegnung zwischen TherapeutIn und PatientIn (75%), ein begrenzter Einfluss auf das Therapiesetting bei den PatientInnen vor Ort sowie Kommunikationsschwierigkeiten durch eingeschränkte Technikfunktionalität (jeweils 74%) wurden als häufigste Nachteile für die TherapeutInnen genannt (Abb. 5).

Für die PatientInnen empfanden sie die fehlende reale Begegnung (77%), Kommunikationsschwierigkeiten durch eingeschränkte Technikfunktionalität (69%) und die Ablenkung durch das Umfeld der PatientInnen (59%) als nachteilig (Abb. 6).

Optimale Durchführung

Um Videotherapie optimal durchführen zu können, benötigen die meisten Befragten (64%) mehr Vorbereitungszeit, als sie im Rahmen ihrer Arbeitszeit zur Verfügung haben. Bei 36% der Befragten trifft dies ebenso auf die Nachbereitungszeit zu. 28% wünschen Programme zur Videotherapie, die sich intuitiv nutzen lassen. Nur wenige der TherapeutInnen gaben an, eine höhere Motivation zur Beschäftigung mit Technik (7%) oder mit Software (10%) zu benötigen. Die weiteren Aspekte zur optimalen Durchführung von Videotherapie sind in Abbildung 7 zusammengefasst.

Fazit und Ausblick

Der Vergleich der bisher genutzten und der zukünftig zur Nutzung via Videotherapie geplanten Indikationsschlüssel zeigt, dass sich viele TherapeutInnen nach den ersten Erfahrungen die Durchführung von Videotherapie bei vielfältigen logopädischen Störungsbildern vorstellen können. Es werden mehr Indikationen zur zukünftigen Nutzung als abgelehnte Indikationen genannt, was für eine grundsätzliche Aufgeschlossenheit der TherapeutInnen gegenüber der Nutzung von Videotherapie in der Zukunft spricht. Der systematische Review von *Mashima & Doarn* (2008) deckt sich mit der Einschätzung der befragten TherapeutInnen, dass Videotherapie für verschiedene Störungsbereiche anwendbar ist.

Trotz der bei der Durchführung auftretenden Schwierigkeiten haben die befragten TherapeutInnen Möglichkeiten gefunden, mit diesen Schwierigkeiten umzugehen. Die wenigsten Befragten haben aufgrund der Schwierigkeiten die Durchführung der Videotherapie abgebrochen (6%). Übereinstimmend mit den Erkenntnissen des systematischen Reviews von *Hall et al.* (2008) sind die Schwierigkeiten häufig in der genutzten Technologie begründet.

Die von den befragten TherapeutInnen genannten Vor- und Nachteile der Videotherapie für sich und ihre PatientInnen zeigen ebenso Übereinstimmungen mit den in der Literatur genannten Vor- und Nachteilen (vgl. u.a. *Mashima & Doarn* 2008, *Hall et al.* 2013). Die fehlende reale Begegnung wird in der genannten Literatur nicht als Nachteil aufgeführt.

Das ViTaL-Projekt läuft noch bis zum 31.10.2020. In der nächsten Ausgabe *forum:logopädie* wird über weitere Ergebnisse berichtet.

Abb. 5: Nachteile von Videotherapie für TherapeutInnen



Abb. 6: Nachteile von Videotherapie für PatientInnen



Abb. 7: Aspekte zur optimalen Durchführung von Videotherapie



: LITERATUR

- Der Heilmittelkatalog (2020). *Heilmittel-Richtlinie und Heilmittelkatalog*. <https://heilmittelkatalog.de/> (22.09.2020)
- Deutscher Bundesverband für Logopädie e. V. (dbl) (2020). Meldung: „G-BA-Beschluss zu Covid-19-Sonderregelungen“. <https://www.dbl-ev.de/service/meldungen/meldung/news/g-ba-beschluss-zu-covid-19-sonderregelungen/> (22.09.2020)
- Hall, N., Boisvert, M. & Steele, R. (2013). Telepractice in the assessment and treatment of individuals with aphasia: a systematic review. *International Journal of Telerehabilitation* 5 (1), 27-38
- Hastall, M.R., Dockweiler, C. & Mühlhaus, J. (2017). Achieving end user acceptance: Building blocks for an evidence-based user-centered framework for health technology development and assessment. In: Antona, M. & Stephanidis, C. (Hrsg.), *Universal access in human-computer interaction: Human and technological environments 2017 Part III, LNCS 10279* (13-25). New York: Springer
- Mashima, P.A. & Doarn, C.R. (2008). Overview of telehealth activities in speech-language pathology. *Telemedicine and e-Health* 14 (10), 1101-1117
- Molini-Avejonas, D.R., Rondon-Melo, S., Amato, C.A. & Samelli, A.G. (2015). A systematic review of the use of telehealth in speech, language and hearing sciences. *Journal of Telemedicine and Telecare* 21 (7), 367-376
- Schrepp, M. (2016). Datenqualität bei Fragebögen sicherstellen. In: Hess, S. & Fischer, H. (Hrsg.), *Mensch und Computer 2016 – Usability Professionals*, 4.-7. September 2016. Aachen: Gesellschaft für Informatik e.V. und die German UPA e.V.
- Schwinn, S., Barthel, M., Leinweber, J. & Borgetto, B. (2020). Digitalisierungschancen in der Krise. Erste Ergebnisse zur Umsetzung von Videotherapie in der ambulanten Logopädie (ViTaL). *Forum Logopädie* 34 (5), 18-21

SUMMARY. Chances of digitalization boost – implementation of videotherapy in lockdown: Results of the online survey from the research project "ViTaL"

In the last issue forum:logopädie the project "Videotherapy in outpatient logopedic/speech and language therapy" (ViTaL) was presented. Among other things, the project aims to show how videotherapy was implemented during the period of special permit by the health insurance associations and the GKV-Spitzenverband. This article reports on the results of an online survey of 841 therapists working in the field of outpatient speech and language therapy. The results show similarities with studies on videotherapy reported in the literature. In general, the therapists interviewed are open-minded about the future use of videotherapy.

KEY WORDS: Videotherapy – outpatient speech and language therapy – online survey – corona pandemic



Silke Schwinn (M.Sc.) ist akademische Sprachtherapeutin. Sie absolvierte ihr Masterstudium 2018 in Hildesheim. Seit Februar 2019 ist sie wissenschaftliche Mitarbeiterin im Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit am Standort Hildesheim an der Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst (HAWK) Hildesheim/Holzminden/Göttingen. Zuvor unterrichtete sie angehende LogopädInnen in der berufsschulischen Ausbildung. Neben der hochschulischen Tätigkeit arbeitet sie in der ambulanten logopädischen Versorgung mit dem Schwerpunkt auf der Behandlung von PatientInnen mit neurologischen Störungen.



Maria Barthel (M.Sc.) ist seit Januar 2020 an der Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst (HAWK) Hildesheim/Holzminden/Göttingen am Gesundheitscampus Göttingen der Fakultät Ingenieurwissenschaften und Gesundheit als wissenschaftliche Mitarbeiterin tätig. Nach langjähriger Berufstätigkeit als Logopädin, dem Bachelorstudium an der Hochschule Emden/Leer und dem Masterstudium an der HAWK Hildesheim arbeitete sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin und Lehrbeauftragte an der HAWK, Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit in Hildesheim. Sie koordiniert die Studie „Videotherapie in der ambulanten logopädischen/sprachtherapeutischen Versorgung (ViTaL)“.



Prof. Dr. Juliane Leinweber ist Diplom-Logopädin und seit Herbst 2019 an der Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst (HAWK) Hildesheim/Holzminden/Göttingen am Gesundheitscampus Göttingen Professorin für Therapiewissenschaften an der Fakultät Ingenieurwissenschaften und Gesundheit. Nach Tätigkeit als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Fachgebiet Sprache und Kommunikation an der TU Dortmund und im Studienbereich Logopädie an der Hochschule für Gesundheit in Bochum war sie zuletzt Professorin für Logopädie im Fachbereich Informatik der Hochschule Trier. In Göttingen ist sie mit der Weiterentwicklung der therapiewissenschaftlichen Studiengänge betraut und als Studiendekanin in alle Studiengänge eingebunden.



Prof. Dr. habil. Bernhard Borgetto ist Medizin- und Gesundheitssoziologe. Er studierte Soziologie an der Universität Frankfurt/M., promovierte in Heidelberg und habilitierte sich 2004 an der Universität Bielefeld. Nach Tätigkeiten als wissenschaftlicher Mitarbeiter an den Universitäten Gießen und Freiburg ist er seit 2006 Professor für Gesundheitsförderung und Prävention an der HAWK Hildesheim und zzt. dort Prodekan der Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit. Gleichzeitig ist er Leiter des Instituts für gesundheits- und sozialwissenschaftliche Forschung und Beratung e.V., 1. Vorsitzender des Hochschulverbands Gesundheitsfachberufe e.V. und Ansprechpartner des BÜNDNIS Therapieberufe an die Hochschulen.

DOI 10.2443/skv-s-2020-53020200605

KONTAKT

Silke Schwinn

HAWK Hildesheim/Holzminden/Göttingen
Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit
Goschentor 1
31134 Hildesheim
silke.schwinn@hawk.de

11 Fragen zur Logopädie

Brauchen wir eine gemeinsame Identität in der Logopädie?
Und wenn ja: Was ist das Gemeinsame und Wesentliche in der Vielfalt?
forum:logopädie stellt seinen Leserinnen und Lesern elf Fragen zu ihrer Sicht auf die berufliche Identität in der Logopädie.

► Wenn der Fragebogen Sie zum Antworten inspiriert, schreiben Sie gern an redaktion@dbl-ev.de oder kommentieren den Fragebogen im Mitgliederportal wir.dbl-ev.de unter dem Schlagwort „Fragebogen“



Norbert Frantzen (Jg. 1961) studierte Germanistik/Philosophie, absolvierte seine Logopädieausbildung in Aachen, war bis 1997 in geriatrischen Rehabilitationskliniken in Hamburg tätig und ist seitdem Lehrlogopäde an der Logopädienschule Kiel.

1 Halten Sie sich für einen typischen Logopäden? Warum oder warum nicht?
Allein aufgrund der Tatsache, dass ich ein Mann bin, empfinde ich mich nicht als typischen Vertreter dieses Berufs. Die Frage nach der beruflichen Identität wird für mich jedoch entscheidend davon beeinflusst, welchen Stellenwert der Beruf im Leben generell einnimmt. Das ist von den Variablen Lebensalter, Berufsjahren, Störungsschwerpunkten, Art der Tätigkeit (angestellt etc.) und ihrem zeitlichen Umfang abhängig.

2 Haben Sie logopädische Vorbilder? Und wenn ja, was schätzen Sie besonders?
Im Laufe der Zeit habe ich natürlich interessante KollegInnen erlebt. Aber beeindruckender war/ist für mich, mit wieviel Kraft, Mut und Kreativität viele der neurologischen Patienten mit ihren Sprachstörungen zu leben gelernt haben. Fachlich gesehen habe ich als Lehrlogopäde bestenfalls inzwischen selber eine gewisse Vorbildfunktion.

3 Welche Erwartungen haben Sie an sich selbst als Logopäde?
Als Aphasiotherapeut stehen für mich das Interesse und Einfühlungsvermögen am/ in das Schicksal des Patienten an oberster Stelle. Im Laufe meiner Berufstätigkeit sind personelle Kompetenzen immer stärker in den Vordergrund gerückt. Dabei steht meine Erfahrung der Begrenztheit des Machbaren in starkem Kontrast zu theoretischen Ansprüchen. Für mich entsteht immer wieder die Frage, was Logopädie bei chronischen Erkrankungen wirklich leisten kann bzw. wie sinnhaft sie sein kann.

4 Wenn Sie an andere Berufe denken, die mit Menschen arbeiten: Was kennzeichnet die Logopädie?
Grundsätzliche Anforderungen wie Einfühlungsvermögen, Interesse an Menschen und ihrem Schicksal, fachliche Qualität etc. unterscheiden Logopäden erst einmal nicht

von anderen Professionen. Als „Profis für die Kommunikation“ besteht sicherlich ein Unterschied darin, dass wir uns die Zeit für das Gespräch, die sprachliche Begegnung nehmen können, da wir uns ja offiziell mit Sprache beschäftigen (dürfen).

5 Welche berufliche Hoffnung haben Sie?
In Bezug auf meine eigene Situation als Lehrlogopäde würde ich gerne weiterhin mit motivierten und geeigneten Auszubildenden arbeiten können. In Bezug auf die Patienten, dass sich die gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen für chronisch erkrankte neurologische Menschen verbessern. In Bezug auf die Logopädie allgemein hoffe ich, dass die Profession nicht mehr permanent um Anerkennung kämpfen muss, sondern ihre gesellschaftliche und gesundheitspolitische Relevanz anerkannt ist. Und dass sie sich irgendwann auch mit dem erreichten Stellenwert zufrieden gibt und nicht meint, sich immer noch weiter beweisen und ihre „Identität“ herausstellen zu müssen.

6 Was ertragen Sie in der Logopädie nur mit Humor?
Den seit Jahrzehnten vor sich her getragenen Glauben daran, dass mit der Akademisierung alles besser würde: für die Patienten, die Therapeuten, die Bezahlung, die Anerkennung. Die Diskrepanz zwischen den Forderungen nach evidenz-basiertem Handeln und anderen hohen Ansprüchen und den Möglichkeiten, selbiges in den „Niederungen“ des Alltags umsetzen zu können. Die Diskrepanz zwischen unzähligen „Erkenntnissen“ aus der Flut an Bachelorarbeiten und dem Benefit für die Patienten.

7 Macht Logopädie (Sie) glücklich?
Muss/kann/soll ein Beruf glücklich machen??? Ich bin zufrieden, wenn ich das Gefühl habe (bzw. die Rückmeldung bekomme), dass meine Therapie/Supervision je-

manden weitergebracht hat oder sich derjenige verstanden und unterstützt fühlt.

8 Meinen Sie, dass Sie ein gemeinsames Verständnis von Logopädie mit vielen Kolleginnen und Kollegen teilen? Wenn ja, welches? Und wenn nein, beunruhigt Sie das?

Nein, aber das beunruhigt mich auch nicht. Ich finde es vollkommen normal, dass das Verständnis ein anderes ist, je nachdem ob ich z.B. irgendwo angestellt als Teilzeitkraft arbeite, in eigener Praxis oder als Lehrlogopäde oder...

9 Wenn Sie die Macht hätten, die Ausbildungsordnung neu zu schreiben: Was würde auf jeden Fall darin stehen?

Grundsätzlich wären ein höheres Einstiegsalter und damit ein Mehr an Lebenserfahrung sinnvoll, um eine solidere Grundlage für professionelles Therapeutenverhalten zu haben. Darüber hinaus noch mehr Vermittlung von Gesprächsführung und Beratungskompetenz. Bereits in der Ausbildung erscheint mir eine fachliche Schwerpunktsetzung sinnvoll. Und wahrscheinlich sind auch betriebswirtschaftliche Inhalte notwendig, um sich am Gesundheitsmarkt positionieren zu können.

10 Gibt es eine Frage, die jede Logopädin/ jeder Logopäde mit Ja beantworten sollte? Ist Ihnen Sprache und Kommunikation wichtig?

11 Wenn Sie sich für die berufliche Identität einer Kollegin oder eines Kollegen interessieren: Welche Frage würden Sie ihr oder ihm stellen?

Auf welche Gruppe (Angestellte, Freiberufler, Lehrlogopäde etc.) bezieht sich deine berufliche Identität?

MARKT- PLATZ



© Mymemo/Adobe Stock

APPS



App zur Artikulationstherapie
Mit Motivation & Spaß
zum Therapieerfolg!

33% sparen mit dem Gutscheincode
Phonolo33

www.phonolo.de

KOMMUNIKATION

Boardmaker 7

**Schnelles und flexibles Arbeiten
mit Symbolen in Schule und Therapie**

Mit über 350 inhaltsbasierten Vorlagen und mehr als 45.000 PCS-Symbolen können schnell und einfach Angebote für Lernen, Kommunikation und Verhalten erstellt werden.



tobii dynamox
<https://de.tobiidynavox.com>

dbi-PUBLIKATIONEN

Für Ihr Praxismarketing

Bestellungen online auf
www.dbi-ev.de › Service › Shop › dbi-Publikationen



THERAPIEMATERIAL

Lernmittel und Therapiematerial

Logopädie



**Kostenlosen
K2-Katalog
anfordern!**

Schnell und bequem bestellen:

| | | |
|--|--|--|
| www.k2-verlag.de | www.k2-verlag.ch | www.k2-verlag.at |
| Tel. 07734 935 748 | Tel. 052 640 16 16 | Tel. 0732 903 246 163 |
| service@k2-verlag.de | service@k2-verlag.ch | service@k2-verlag.at |

Fachpublikationen Arbeitsmaterialien Fachzeitschriften



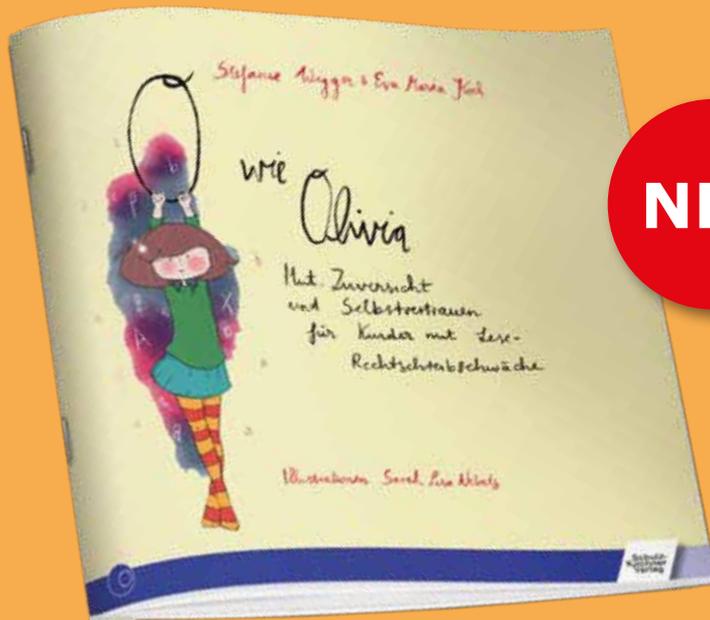
www.skvshop.de



Tel.: +49 6126 9320-13 | Fax: +49 6126 9320-50
bestellung@schulz-kirchner.de | www.skvshop.de

**Lieferung versandkostenfrei innerhalb
Deutschlands**

© dundanini/Adobe Stock



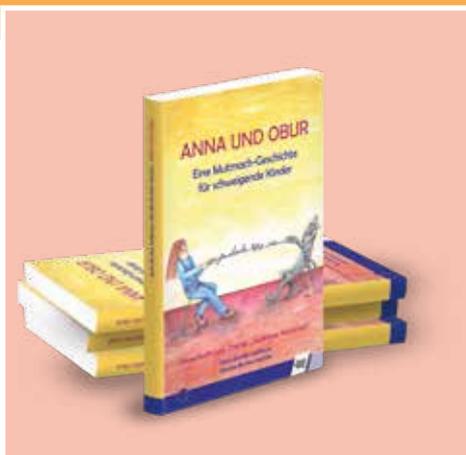
NEU

Stefanie Wigger, Eva Maria Koch, mit Illustrationen von Sarah Lisa Nebatz, 1. Auflage 2020, kartoniert: ISBN 978-3-8248-1273-8, 24 Seiten, EUR 8,50 [D]

O wie Olivia

Mut, Zuversicht und Selbstvertrauen für Kinder mit Lese-Rechtschreibschwäche

So hat Olivia sich den Start in das Schulleben und vor allem das Lesen- und Schreibenlernen nicht vorgestellt. Nach anfänglicher Begeisterung fühlt sie sich ganz klein und dumm, und der viele Streit, sogar mit ihrem besten Freund Matti, macht sie unglücklich. In der Lerntherapie bekommt Olivias „Problem“ einen Namen: Legasthenie. Erfahre, wie es Olivia gelingt, den Schulalltag zu meistern. Mit einem Vor- und Nachwort der klinischen Lerntherapeutin Eva Maria Koch, in dem sie sich an betroffene Eltern und Pädagogen wendet und praktische Hilfen aufzeigt.



ANNA UND OBUR
Eine Mutmach-Geschichte für schweigende Kinder
Karin Birchler Hofbauer,
Monika Birchler-Küchlin,
1. Auflage 2020,
Hardcover: ISBN 978-3-8248-1268-4,
64 Seiten, EUR 23,00 [D]



Sprachförderung mit Medien: Von real bis digital
Wissenswertes für Eltern, Pädagogen und Therapeuten
Karin Reber, Elisabeth Wildegger-Lack,
1. Auflage 2020,
kartoniert: ISBN 978-3-8248-1264-6,
96 Seiten, EUR 20,00 [D]



Von Angsthase bis Zirkuszebra ...
Lautgeschichten zu jedem Buchstaben des Alphabets
Karen Schneider,
1. Auflage 2019,
kartoniert: ISBN 978-3-8248-1250-9,
80 Seiten, EUR 12,00 [D]



Tel.: +49 6126 9320-13 | Fax: +49 6126 9320-50
bestellung@schulz-kirchner.de | www.skvshop.de

Lieferung versandkostenfrei innerhalb Deutschlands



BERUF & VERBAND



Austausch über gemeinsame Projekte

Das Treffen der deutschsprachigen Länder Deutschland, Österreich, Schweiz und Liechtenstein am 25. und 26. September 2020, das in Winterthur/Schweiz geplant war, musste leider aufgrund der aktuellen Coronapandemie in einer verkürzten und modifizierten Form durchgeführt werden. Der Austausch der Vertreterinnen erfolgte in einer vierstündigen Video-Konferenz. Dagmar Karrasch (Präsidentin dbf), Karin Pfaller (Präsidentin logopädieaustria), Bérénice Wisard und Sylvia Bieri (Präsidentin resp. Vizepräsidentin DLV), Angela Caminada und Thomas Leski (Co-Präsidium BLL/FL) hatten seit dem letzten Ländertreffen im September 2019 in Innsbruck viel zu berichten. Schwerpunkte des Austausches und der regen Diskussionen waren:

- Die Herausforderungen und Chancen von **Corona** generell.
- **Tele-/Video-Therapie:** Diese ist in Deutschland, der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein leider wieder eingestellt worden. Für alle ist aber klar, dass logopädische Therapie in Zukunft „hybrid“ sein wird und es entsprechende gesetzliche Grundlagen dafür braucht. Die Berufsverbände bleiben dran. Erfreulich ist, dass es in Österreich weiterhin bezahlt wird.
- Die gemeinsame **Postkarten-/Plakataktion** zum Tag der Logopädie 2020 mit dem Motto „Logopädie lohnt sich“. In Deutschland und Österreich wurde der Fokus auf Postkarten und soziale Medien gesetzt, in der Schweiz und in Liechten-

stein lag der Fokus auf Weltformat-Plakaten und einer Social-Media-Kampagne. Die Sujets gefielen den meisten und werden in den nächsten Jahren noch weitere Verwendung finden.

- Vorgesehene Aktivitäten **zum Tag der Logopädie 2021 und 2022:** Die Schweiz nimmt 2021 das Thema „Logopädie lohnt sich“ aus 2020 erneut in veränderter Form auf, 2022 mit dem Schwerpunkt LRS. Deutschland und Österreich sind noch in der Evaluation.
- Der **Studierendencampus 2020** anlässlich der Tagung in der Schweiz mit TeilnehmerInnen aus der Schweiz, Deutschland und Österreich war ein voller Erfolg. Der Studierendencampus 2021 wird in Dresden stattfinden.
- **Gemeinsames Bulletin:** Das Forum Logopädie, das Sie in den Händen halten, gefällt hoffentlich! Bei der Ländertagung wurden hierfür noch letzte Vereinbarungen getroffen.
- Die **Verbände** CPLOL (Europa) und IALP (international): Kontakte sind vorhanden und die Aktivitäten bzw. die weitere Entwicklung werden verfolgt.

Es wurde einmal mehr deutlich, dass die gegenseitigen Informationen und die in den Ländern erarbeiteten Positionen und Argumentationen für alle nutzbringend sind. Deshalb findet im Dezember eine weitere, kürzere Video-Konferenz statt zu den Themen „Tele-/Videotherapie“ und „Direktzugang“ (ohne ärztliche Verordnung). Ziel ist es, Wissen zu vernetzen, Erfahrungen auszutauschen, um gestärkt und effizient nächste Schritte unternehmen zu können. Im Herbst 2021 soll dann wieder ein „richtiges“ Treffen in Winterthur/CH stattfinden.

Edith Lüscher, Bérénice Wisard, Sylvia Bieri (DLV)



Teilnehmerinnen des virtuellen Vier-Länder-Treffens (von links oben im Uhrzeigersinn): Angela Caminada (Co-Präsidentin BLL), Bérénice Wisard (Präsidentin DLV), Karin Pfaller-Frank (Präsidentin logopädieaustria), Sylvia Bieri (Vizepräsidentin DLV), Dagmar Karrasch (Präsidentin dbf) und Edith Lüscher (Geschäftsleiterin DLV)

Auf dem Weg: Professionsentwicklung der Logopädie

Unser Verband wurde am 14. Oktober 1964 von 13 Logopädinnen und einer Phoniaterin in Berlin als „Zentralverband für Logopädie e.V. (ZVL)“ gegründet. Der Zusammenschluss erfolgte zur Stärkung der berufspolitischen und fachlichen Interessenvertretung, der Verbesserung der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen, der Entwicklung von Ausbildungsstandards und der Förderung der Professionsentwicklung. Seit 1992 trägt der Verband den Namen „Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl)“.

Als Zentralverband gegründet, hatte er von Beginn an den Anspruch, die Interessen seiner Mitglieder im gesamten Bundesgebiet zu unterstützen. Dieser Anspruch bezog damals wie heute SchülerInnen bzw. Studierende, Angestellte und Selbstständige, praktisch Tätige, Lehrende und Forschende in der Logopädie mit ein. Sichtbar wurden und werden die starken Wechselwirkungen zwischen Professions- und Verbandsentwicklung. Unser Verband zeigt sich hierbei als eine lernende und lebendige Organisation, die die Zukunft vorausdenkend aktiv mitgestaltet.

Schwerpunkte unserer Arbeit

› Ein neues Berufsgesetz

Die Gestaltung der Ausbildung ist seit der Gründung unseres Verbandes wichtiger Schwerpunkt der berufspolitischen Arbeit. Aktuell sind wir unter dem Hashtag *#logopaediehochschulischjetzt* aktiv. Ziel ist die regelhafte Verankerung der Ausbildung an der Hochschule. Denn Status, Professionsentwicklung, Theoriebildung, Evidenz, Qualität zukünftiger Versorgung u.v.a.m. werden auch am Ausbildungsort entschieden. Dazu sind wir u.a. Teil von zwei Bündnissen:

- **Arbeitskreis Berufsgesetz:** Hier setzen wir uns mit Verbänden aller Behandlergruppen in der Logopädie/Sprachtherapie für eine einheitliche, hochschulisch verteilte und zukunftsorientierte Ausbildung ein.

- **Bündnis Therapieberufe:** Gemeinsam mit u.a. dem Fachbereichstag Therapiewissenschaften und dem Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe machen wir uns für die hochschulische Ausbildung unserer Berufe in der Logopädie, Physiotherapie und Ergotherapie stark.

› Attraktivität des Berufes

Berufsflucht und abnehmende Zahl der BerufsanfängerInnen haben dazu geführt, dass der Beruf der Logopädin/des Logopäden seit einigen Jahren als Mangelberuf geführt wird: Offene Stellen können nur verzögert oder nicht besetzt werden – PatientInnen bleiben dementsprechend zum Teil über viele Monate unversorgt. Das ist bitter – und unseres Erachtens vermeidbar. Wir setzen uns daher für die Attraktivität unseres Berufes ein: eine moderne Ausbildung, Weiterentwicklungsoptionen bzw. Karrierewege innerhalb der eigenen Profession und angemessene wirtschaftliche, aber auch organisatorische Rahmenbedingungen sind hierbei wichtige Faktoren, für die wir uns als Verband stark machen.

- **Unser Verband in Zahlen:** 10.000 Mitglieder, 20 Mitarbeiter, 6 Ausgaben *forum:logopädie* im Jahr, dbl-Jahreskongress als größtes Logopädie-Event im Jahr mit ca. 1.000 Gästen. – Jedoch: Nur ca. 30 % der logopädisch Tätigen sind in unserem Verband organisiert, ca. 50 % der Berufsgruppe ist gar nicht berufsständisch organisiert. Das schwächt unserer Interessenvertretung finanziell, personell und ideell.

› Öffentlichkeitsarbeit

In der Öffentlichkeitsarbeit liegt ein weiterer wichtiger Schwerpunkt unserer Arbeit: Es ist notwendig, den gesellschaftlichen Wert und das Potenzial, das die Ressource Logopädie für Gesundheit, Bildung und soziale Chancengleichheit bietet, zu vermitteln. Hierzu bringen wir uns und unsere Expertise



Die regelhafte Verankerung der Ausbildung an der Hochschule ist für den dbl ein zentrales Anliegen

in fachliche, öffentliche und politische Diskurse aktiv ein.

Unser Vorgehen ist dementsprechend vielfältig – etwa über die Mitarbeit an medizinisch-wissenschaftlichen Leitlinien, die Beteiligung an Messen und Fachkongressen, Publikationen und Entsendung von ExpertInnen in interdisziplinäre Gremien, die Publikation unserer Verbandszeitschrift, die Förderung von Wissenschaft und internationalem fachlichem Austausch. Diese Arbeit ist möglich, da wir ein unterstützendes Team in der Geschäftsstelle und viele ExpertInnen in unserem Verband haben, die sich hier aktiv einbringen.

Deutlich wurde in all den Jahren seit unserer Gründung, dass wir Berufsangehörigen es selbst sind, die die Entwicklungen und Bedürfnisse der Berufsgruppe und damit auch der Patientenversorgung vorantreiben – das übernimmt niemand für uns. Diese Verantwortung nehmen wir als Verband sehr ernst. Es ist großartig, Teil dieser Entwicklung zu sein und sie aktiv mitzugestalten. Die Weiterentwicklung der Logopädie und der Patientenversorgung liegt uns am Herzen, denn: *#logopaedielohntsich*.

Dagmar Karrasch
dbl-Präsidentin

DLV

Deutschschweizer Logopädinnen- und Logopädenverband

Fokus Öffentlichkeitsarbeit

Der Deutschschweizer Logopädinnen- und Logopädenverband (DLV) ist der deutschsprachige Berufsverband der LogopädInnen in der Schweiz und Liechtenstein und hat insgesamt ca. 2.300 Mitglieder. Der Vorstand besteht aus sieben Mitgliedern und ist teilprofessionalisiert. Die Präsidentin ist zu 20 % angestellt, die anderen Vorstandsmitglieder haben eine Anstellung zu je 10 %.

in der Ausbildung vorliegt, landen doch jährlich ca. 50 valable Studierende, also Studierende, die die Aufnahmevoraussetzungen erfüllen, auf Wartelisten der Ausbildungsstätten. Deshalb streben wir vorerst an, die Anzahl der Studienplätze an bestehenden Ausbildungsstätten zu erhöhen. Nun sind die Kostenträger gefragt.

Im Zusammenhang mit dem Fachkräftemangel beobachten wir mit Sorge die Anstellung von Studierenden an Schulen, z.T. bereits im ersten Studienjahr, weil es zu wenige diplomierte BewerberInnen gibt. Wir kämpfen weiterhin zusammen mit den Ausbildungsstätten gegen solche Anstellungen ohne Diplom. Wo Logopädie draufsteht, muss Logopädie drin sein!

Öffentlichkeitsarbeit

Der DLV verfolgt schon länger das Ziel, die Visibilität und Bekanntheit von Logopädie zu steigern. Am diesjährigen

Tag der Logopädie war der DLV sehr gefragt, aber nicht nur an diesem Tag, sondern auch

über das Jahr hindurch wird Logopädie in Social-Media, Printmedien, Radio und Fernsehen so oft wie möglich zum Thema gemacht. Wir nutzen ebenfalls jegliche Treffen mit Behörden, anderen Fachpersonen, nationalen oder kantonalen Institutionen, um Logopädie zu erklären und den Nutzen von Logopädie aufzuzeigen. Dies ganz im Sinne von unserem Motto: *#logopaedielohnt sich*. Mit einem professionell erstellten Medienkonzept werden wir unsere mediale Präsenz analysieren, weiter verbessern und professionalisieren.

Datenerfassung

In der Schweiz gibt es keine nationale Erfassung der logopädischen Versorgung durch eine Statistik. Wir hören immer wieder, dass die schweizweite Erfassung von Daten in der Logopädie zu kompliziert sei oder einfach eine zu kleine Gruppe betreffe. Durch die unterschiedlichen Anstellungen auf kantonalen, kommunalen, institutioneller Ebene sowie die verschiedenen Kostenträger von logopädischen Leistungen je nach Altersspanne der Klienten ist eine Erhebung tatsächlich herausfordernd. Der DLV hat aber ein eigenes Statistikformular erstellt und es damit geschafft, in einer Pilotstudie Daten zumindest im Schulbereich so zu erfassen,



Videokonferenz des DLV-Vorstandes

Unterstützt wird der Vorstand durch eine Geschäftsleiterin zu 60 % und eine Sekretärin zu 55 %.

Mit den französischsprachigen und italienischsprachigen KollegInnen stehen wir innerhalb einer dafür geschaffenen Konferenz in regelmäßigem Kontakt. Logopädie im Erwachsenenbereich wird in dieser Konferenz vorrangig verfolgt, da das Gesundheitswesen politisch und finanziell auf nationaler Ebene organisiert ist. In der Schweiz ist die Logopädie, anders als in Deutschland und Österreich, gesetzlich im Bildungswesen verankert.

Fachkräftemangel und Ausbildung

Der Fachkräftemangel beschäftigt den DLV stark – sowohl im Bildungs- als auch im Gesundheitsbereich. Unsere Stellenplattform platzt förmlich aus allen Nähten. Wir greifen dies bei allen Treffen und auch medial auf, damit die damit verbundenen Probleme sowohl im Bildungs- wie im Gesundheitsbereich nicht vergessen werden. In diversen Gesprächen hat sich nun für die Deutschschweiz herausgestellt, dass noch Potenzial

Gemeinsame Plakataktion zum Tag der Logopädie 2020

Bemerkenswert war die Plakataktion in der Deutschschweiz und Liechtenstein von Ende März bis Ende September 2020 im öffentlichen Raum. Auf Bahnhöfen und an Haltestellen machten die LogopädInnen auf sich aufmerksam – vorbildlich!



dass ein Vergleich möglich ist und Aussagen zur Versorgung abgeleitet werden können. Weiter gibt es in der Deutschschweiz fünf Kantone, die Daten zur logopädischen Versorgung erfassen, deren Ergebnisse wir analysieren. Da die Zahlen aber sehr unterschiedlich z.B. bezüglich der Altersspanne der Klienten oder der Interventionen sind, kann auch unter diesen Kantonen nicht verglichen werden. Eine zweite Erfassung mit unserem Statistikformular und der Mithilfe von Mitgliedern fassen wir im Jahr 2021 ins Auge.

Tätigkeitsbereiche

Das Gesundheitswesen ist in ständigem Umbruch, und viele Veränderungen betreffen auch die Logopädie im *Erwachsenenbereich*. Themen wie AP-Rollen (advanced practice profile), Digitalisierung mit e-health-suisse und elektronischem Patientendossier, zusätzliche Qualitätsvorgaben, fehlende Entlohnung für Logopädie in Pflegeheimen, regelmäßige Kontakte und Projekte mit anderen Berufsverbänden und Fachgruppen fordern stark.

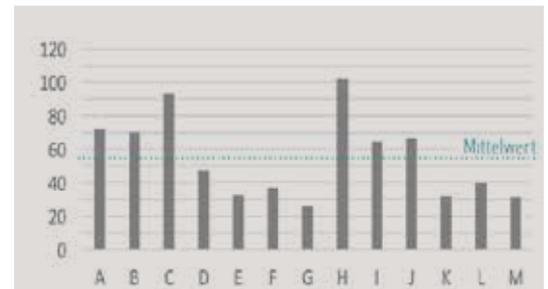
Um den Fokus auf die Logopädie im *Frühbereich* zu stärken, entstand im vergangenen Jahr unter anderem eine Broschüre für LeiterInnen von Kindertagesstätten. Darin werden mögliche Schwierigkeiten in der Sprachentwicklung dargestellt und gleichzeitig aufgezeigt, wie sie in solchen Situationen am besten reagieren können. Der DLV pflegt im Frühbereich eine breite Vernetzung mit nationalen Organisationen, um mögliche Entwicklungen im Auge zu behalten.

Internes

Seit letztem Jahr besteht die Möglichkeit für eine *Studierendenmitgliedschaft*. Der Kontakt mit den Studierenden ist wichtig für eine frühe Sensibilisierung für aktuelle Tendenzen, die Rekrutierung von neuen Mitgliedern (Solidarität innerhalb der Berufsgruppe) und um Möglichkeiten des Engagements aufzuzeigen. Jährlich darf der DLV an allen vier Ausbildungsstätten den Berufsverband und die Mitgliedschaft vorstellen. Diese Plattform hat sich als sinnvoll, v.a. für den niederschweligen Kontaktaufbau mit Studierenden herausgestellt. Ebenfalls treffen wir regelmäßig die Leitenden der vier Ausbildungsstätten, die Zusammenarbeit ist sehr gut. Zahlreiche *Kommissionen und Arbeitsgruppen* unterstützen aktuell den Vorstand und auch indirekt die DLV-Mitglieder mit vertieften Überlegungen zu Schwerpunktthemen:

- Kommission Qualität mit dem Thema „Digitalisierung“.
- Kommission medizinisch-therapeutischer Bereich mit dem Überblick über die Entwicklungen im Gesundheitsbereich.
- Finanzkommission mit Kontrolle der Ausgaben und Einnahmen sowie Mitbestimmung bei den Rechtshilfefonds.
- Arbeitsgruppe Tag der Logopädie 2021
- Redaktionskommission mit der Konzipierung von vier Bulletins *DLV aktuell*.

Ganz wichtig zu erwähnen sind auch die Kantonalverbände mit ihren Vorständen, die sich mehrheitlich in Freiwilligenarbeit für unsere Berufsgruppen engagieren. Gerade in der Krise hat sich deutlich herausgestellt, dass LogopädInnen in der Deutschschweiz und Liechtenstein sehr solidarisch



Logopädische Versorgung im Schulbereich

Diese Grafik ist ein Auszug aus der Pilotstudie zur Versorgungslage in der Deutschschweiz. Sie zeigt auf, mit wie vielen Minuten pro Woche ein Schüler oder eine Schülerin mit Logopädiebedarf an einem logopädischen Dienst (13 logopädische Dienste anonymisiert A bis M) logopädisch versorgt wird (Zeit inklusive Therapie, Vor- und Nachbereitung, Austausch mit anderen Fach- und Lehrpersonen, Elternarbeit). Deutlich wird: Die logopädische Versorgung der 13 erfassten logopädischen Dienste ist extrem unterschiedlich. Dies lässt sich erklären durch unterschiedliche Therapekapazitäten (von den Gemeinden zur Verfügung gestellt) und die Anzahl der für logopädische Interventionen angemeldete SchülerInnen.

sind. Unser Berufsverband wird geschätzt und das Engagement für unseren Beruf bleibt sehr wichtig.

Bérénice Wisard,
Präsidentin DLV

↳ Ausführliche Informationen über die Arbeit des DLV: www.logopaedie.ch



logopädieaustria steuert erfolgreich durch die Krise

Was für ein Jahr!

Für 2020 hatte sich **logopädieaustria** neben den alltäglichen berufspolitischen Agenden und der Betreuung der Mitglieder wie üblich Arbeitsschwerpunkte gesetzt – und dann kam Corona. Ab Anfang März – wir konnten zum Glück unser Symposium in Salzburg unbeschadet abhalten – waren wir mit völlig neuen Fragen und Herausforderungen



Karin Pfaller-Frank

konfrontiert. Wir mussten rasch und flexibel auf alle nur erdenklichen Gegebenheiten reagieren und konnten – nachträglich betrachtet – die besondere Situation auch für uns nutzen.

Überzeugt davon, dass wir auch im niedergelassenen Bereich, selbstverständlich unter Einhaltung der hygienischen Maßnahmen, als gesetzlich anerkannter Gesundheitsberuf für unsere PatientInnen da sind, hat uns dies bei den Stakeholdern des Gesundheitssystems viel Sympathie gebracht. So haben wir zum Beispiel österreichweit in Zusammenarbeit mit der ÖGK (österreichische Gesundheitskasse) die Verteilung von Hygiene- und Schutzmaterial für alle LogopädInnen (nicht nur für unsere Mitglieder) übernommen, wobei der Aufwand enorm war, sich aber „geholt“ hat.

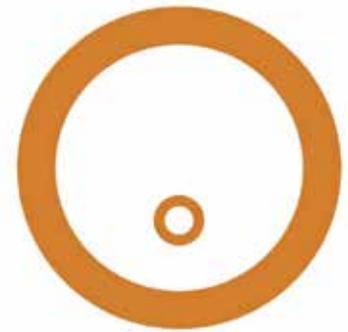
Die Verantwortlichen von Tele-Logopädie überzeugt

Die Durchführung von Tele-Logopädie wurde nicht nur von jener ministeriellen Rechtsabteilung, die für unser Berufsbild zuständig ist, berufsgesetzbezogen positiv bewertet, sondern es ist uns gelungen, alle österreichischen Sozialversicherungen zu überzeugen, die Kosten für telelogopädische Maßnahmen über alle Störungsbilder hinweg so

zu bezahlen, als ob es eine Face-to-Face-Logopädie wäre. Eine besondere Gesprächsbasis zu den Verantwortlichen der ÖGK hat das ermöglicht.

Trotzdem gab es in den von uns geplanten Arbeitsschwerpunkten keinen Stillstand. Einiges, wie z.B. die Weiterarbeit an einem aktuellen Berufsbild, musste auf Eis gelegt werden, dafür haben wir uns bei anderen Themen intensiv eingebracht.

Die Zusammenlegung der ehemaligen neun österreichischen Gebietskrankenkassen zu einer österreichischen Gesundheitskasse und die Fusionierung der sogenannten kleineren Sozialversicherungsanstalten zu größeren fordert von uns viel an Ressourcen. Coronabedingt verschoben sich geplante Meetings zeitlich nach hinten, was uns jedoch die Möglichkeit gab, uns bestens auf die intensiven Gespräche vorzubereiten. Arbeitsgruppen in den einzelnen Bundesländern haben ihre Überlegungen, Wünsche, Anregungen und Bedenken diesbezüglich geäußert und wir konnten dies in unsere Arbeitsunterlagen integrieren. Die Verhandlungen verlaufen bis jetzt in einem sehr wohlwollenden und wertschätzenden Klima, wobei beide Seiten ihre Überlegungen, Anregungen und „No-Go's“ einbringen. Hier können wir darauf aufbauen, dass sich all die



logopädieaustria

über Jahre gesetzten berufspolitischen Aktivitäten gelohnt haben und wir als verlässliche PartnerInnen im Gesundheitswesen wahrgenommen werden.

Mitarbeit an Pflegereform

Berufspolitisch sehr interessant ist die geplante Pflegereform der Bundesregierung. Traditionell sind hier die LogopädInnen nicht im Gesetzestext abgebildet und somit gibt es unsere Berufsgruppe nicht automatisch im Bereich von Pflegeeinrichtungen. Hier ist es uns gelungen, über entsprechendes Lobbying beim Gesundheitsminister persönlich in die Arbeitsgruppe Pflegereform eingeladen zu werden. Somit können wir erstmals in der Geschichte des Berufsverbandes aktiv am Prozess der Neugestaltung in diesem Bereich mitarbeiten.



#Logopaedielohntsich – ein Film von Studierenden in Klagenfurt zum Tag der Logopädie, der in Form eines Gedichtes und Bildern aus der logopädischen Ausbildung über den Beruf informiert

Attraktiver Auftritt im Web

Eine neue Website wurde erarbeitet und wir hoffen sehr, dass es uns gelungen ist, einen attraktiven und der Zeit entsprechenden Auftritt zu implementieren und so die österreichische Logopädie einer breiten Öffentlichkeit zu präsentieren.

Die gewohnten laufenden Aktivitäten wie Mitgliederabende, Vorstandssitzungen, Arbeitsgespräche, Meetings mit den anderen Akteuren im österreichischen Gesundheitswesen, mit den uns nahestehenden Berufsverbänden und vieles mehr geben uns weiterhin den Rahmen für unser berufspolitisches Tun, das trotz oder gerade wegen Corona keinen Stillstand erfahren hat.

*Karin Pfaller-Frank,
Präsidentin logopädieaustria*



Kleiner Verband mit engagiertem Vorstand

Der Berufsverband der Logopädinnen und Logopäden Liechtensteins (BLL) ist ein eigenständiger Landesverband, der im Jahr 1999 gegründet wurde. Seit 2005 ist er auch Kantonalverband beim DLV. Der Vorteil dieser Mitgliedschaft ist, dass wir durch den DLV in der Schweiz vertreten werden, da die Organisation in den beiden Ländern ähnlich bzw. gleich ist. Der Verband ist ein Verein und verfügt über zwei Organe: die Mitgliederversammlung und den Vorstand, der jährlich von der Mitgliederversammlung gewählt wird.

Derzeit wird der BLL von einem vierköpfigen Co-Präsidium geleitet. Alle Vorstandsmitglieder engagieren sich ehren-



Angela Caminada

amtlich und haben eine gleichwertige Position im Vorstand. Es gibt im BLL keine unterschiedlichen Vorstandspositionen wie in den anderen Verbänden.

Der BLL besteht aktuell aus 20 Mitgliedern, von denen 18 Mitglieder im Kinderbereich beim gleichen Arbeitgeber angestellt sind. Ein Mitglied ist freiberuflich im Erwachsenenbereich tätig und ein weiteres Mitglied ist sowohl freiberuflich als auch angestellt tätig.

Obwohl 20 der insgesamt 25 in Liechtenstein tätigen Logopädinnen und Logopäden Mitglieder im Berufsverband sind, ist es auch bei uns immer wieder schwierig, Nachwuchs für den Vorstand zu finden. Deshalb ist es uns ein großes Anliegen, unseren Mitgliedern die Vorstandsarbeit näherzubringen und sie dafür begeistern zu können. Neben den jährlich wiederkehrenden Arbeitsschwerpunkten, wie der Tag der Logopädie oder die Mitgliederversammlung, ist die Erstellung eines Newsletters unser nächstes Ziel.

*Angela Caminada,
Co-Präsidentin BLL*

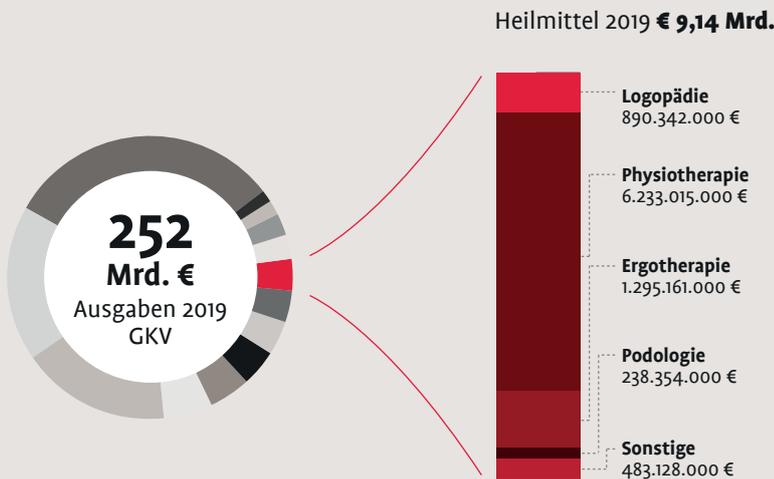
Logopädie in Zahlen

Daten und Fakten zur Logopädie in Deutschland, Österreich und der Schweiz

Logopädie ist wichtig. Für die Patienten, für das Gesundheitssystem, für den Arbeitsmarkt und für die Wirtschaft. Deshalb brauchen wir Daten und Fakten, die das Verordnungsgeschehen transparent machen. Wir setzen uns als Verbände in unseren jeweiligen Ländern dafür ein, dass unserem Versorgungsbereich von allen beteiligten Akteuren in Zukunft größere Aufmerksamkeit geschenkt wird: in der Gesundheitsberichterstattung ebenso wie in der Gesundheitsforschung.



Berufsgruppe: Mangel oder Überfluss? Durchschnittswerte 2019
Bundesagentur für Arbeit, Statistik/Arbeitsmarktberichterstattung



GKV-Gesamtausgaben
BMG (Finanzielle Entwicklung GKV 2019)

Bruttoumsätze im Heilmittelbereich
GKV-HIS Bundesbericht 2019



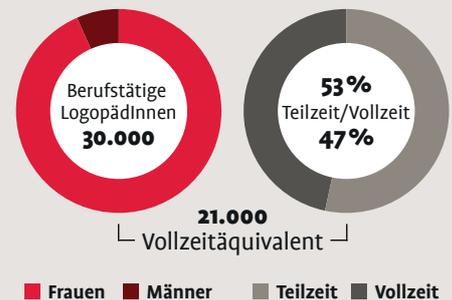
Behandlungsumfang
GKV-HIS Bundesbericht 2019

Aktueller Preis für ambulante Logopädie
45 Minuten Einzeltherapie am Patienten plus Zeit für Vor- und Nachbereitung:
55,64 €

9.473 Logopädische Praxen nach Institutionskennzeichen
4. Quartal 2019
GKV-Spitzenverband



Vergütung logopädischer Leistungen (GKV)
Barmer GEK 4. Quartal 2019



Berufstätige in der Logopädie
GBE-Bund, Berufe in der Sprachtherapie
(Stand: 2018; ergänzt 21.01.2020)



Ort der Beschäftigung
GBE-Bund (siehe oben)



Mittlerer monatlicher Verdienst
Bundesagentur für Arbeit, Entgeltatlas 2019

FL

Was hat Corona in der Logopädie in Ihrem Land verändert?

dbl 🇩🇪

Corona und auch die Erlaubnis, Videobehandlungen durchzuführen, hat Widersprüche erzeugt und verstärkt: 🙌 wir sind „systemrelevant“ – werden aber bei der Versorgung mit PSA vergessen 🙄

👩 erst dürfen wir digitaler werden – dann wird Videobehandlung wieder untersagt 🙄

Wir arbeiten zT im Hochrisiko-Kontakt – dennoch werden wir im Infektionsschutz kaum mit Wissen, Material und Finanzierung unterstützt 🙄

FL

Was haben Sie als Berufsgruppe durch diese Erfahrung gelernt?

dbl 🇩🇪

Über uns: Wir sind innovationsbereit und extrem am Patientenwohl orientiert – das fühlt sich gut an 🥰

Über die Politik: Schockierend zu erleben, wie wenig Wissen über unsere Arbeit vorliegt 🙄

Über unseren Verband: Gemeinsam sind wir stärker als allein – toll, das zu erleben 🙌

FL

Haben sich Sichtweisen oder Schwerpunktsetzungen verschoben?

dbl 🇩🇪

Klar – v.a. mit Blick auf Videobehandlungen haben sich Standpunkte verschoben und Perspektiven erweitert. Sehr inspirierend.

Beim Thema Hygiene und Arbeitsschutz ist viel passiert – hier steckt unser Wissen zT noch in den Kinderschuhen 🙄

Und: Es wurde sehr deutlich, dass wir eine starke Interessenvertretung benötigen – für diese sind wir alle verantwortlich. Anpacken ist also die Devise. 🙌

FL

Was hat Corona in der Logopädie in Ihrem Land verändert?

logopädieliechtenstein 🇱🇮

In der Zeit des Lockdowns, von Mitte März bis Anfang Juni 2020, hat im Bereich der Kindertherapie keine logopädische Therapie im üblichen Rahmen stattgefunden. Es wurden in dieser Zeit unterschiedliche Formen der logopädischen Versorgung gefunden oder erprobt, wie die Erstellung von Arbeitsblättern, die telefonische Beratung oder auch Videotherapien.

Bedingt durch „neue“ Arten der Zusammenarbeit mit den Eltern wurde diese von beiden Seiten als positiv dichter „erlebt“.

Aber auch der Austausch untereinander, innerhalb der Kolleg*innenschaft wurde verstärkt. Ideen wurden geteilt und abgestimmt. Unsicherheiten während der Umstellungen konnten besprochen werden.

Es konnte sich ein Gefühl der Normalität einstellen, wenn Teamsitzungen per Videokonferenz durchgeführt wurden. Seit der Wiederaufnahme der Therapien im gewohnten Setting finden alle Therapien im Rahmen eines Schutzkonzeptes statt.

FL

Was haben Sie als Berufsgruppe durch diese Erfahrung gelernt?

logopädieliechtenstein 🇱🇮

Die Einsicht in die Notwendigkeit und die Wertschätzung des Verbandes ist gestiegen (Schutzkonzept, Informationen, Diskussionen).

Im Licht der neuen Erfahrung anderer Möglichkeiten der logopädischen Versorgung zeigten sich aber auch die Vorteile der bisherigen Arbeitsstrukturen: Die Wichtig- und die Sinnhaftigkeit eines Raumes, der als therapeutischer Raum definiert ist und als solcher von Therapeut*in und Klient*in gebraucht und erlebt werden kann. Die Wichtigkeit der Kolleg*innen vor Ort und des direkten (nicht digitalen) Austauschs und die Wichtigkeit einer institutionellen Infrastruktur.

FL

Haben sich Sichtweisen oder Schwerpunktsetzungen verschoben?

logopädieliechtenstein 🇱🇮

Videotherapien und andere Formen der „Ferntherapie“ kann bei einer bestimmten Klientel eine mögliche, gute Interimslösung sein, wenn eine direkte Therapie nicht stattfinden kann.

Videokonferenzen sind gar nicht so kompliziert und bieten einige Möglichkeiten. Angenehmer ist es aber meist „ohne“.

: WHAT'S UP DEUTSCHSCHWEIZ?

FL
Was hat Corona in der Logopädie in Ihrem Land verändert?

DLV 🇨🇭
Therapie mit Schutzmaßnahmen 😞, Diskussionen rund um Sinn und Unsinn Fern-Therapie 📞📺📱

FL
Was haben Sie als Berufsgruppe durch diese Erfahrung gelernt?

DLV 🇨🇭
Wir sind eine sehr solidarische Berufsgruppe. CHF170'000 wurde von den Mitgliedern in den Solidaritätsfonds für besonders betroffene selbstständige KollegInnen einbezahlt und bewilligt.

DLV 🇨🇭
👊 Ein großer Lernprozess für alle, fachlich wie methodisch. Digitalisierung und Zusammenarbeit mit Angehörigen rückte vermehrt in den Vordergrund.

DLV 🇨🇭
Der DLV wird geschätzt.

FL
Haben sich Sichtweisen oder Schwerpunktsetzungen verschoben?

DLV 🇨🇭
Neuer Schwerpunkt: Längerfristige Finanzierung von 🇨🇭 muss verhandelt werden.

DLV

Deutscheschweizer Logopädinnen- und Logopädenverband

57 Offene Stellen

in der Deutschschweiz

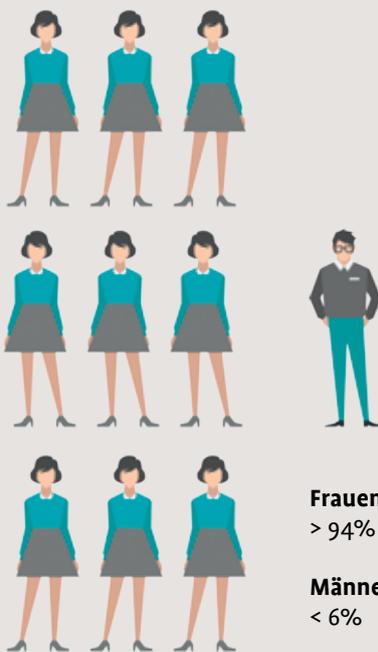
Offene Stellen

www.logopaedie.ch,
Stand: 15.9.2020

Zugang zur Logopädie

Kinder- u. Jugendliche von 0-20 Jahren
→ **Bildungsbereich / Kostenträger Kantone**

Erwachsene ab 18 Jahren mit ärztlicher Verordnung
→ **Gesundheitsbereich / Kostenträger Krankenkassen**



Frauenanteil schweizweit

www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/neue-veroeffentlichungen.gnpdetail.2017-0591.html

Ressource Logopädie – Gesundheits- und/oder Bildungsbereich?

Gesetzlich im Bildungsbereich verankert, jedoch sind Logopädinnen sowohl im Bildungsbereich (Schule, Sonderschule, Frühbereich, Jugendliche, Selbstständige) als auch im Gesundheitsbereich (Spital, Klinik, Reha, Selbstständige) tätig.

3 Hochschulen
1 Universität
3 Jahre Bachelor



€ 16 Mio. = 0,023 %
Ausgaben für Logopädie
keine Angaben zum Bildungsbereich

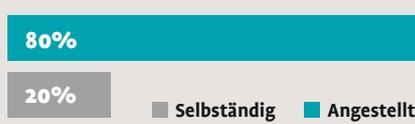
Ausgaben im Gesundheitsbereich 2018

Schweizerische Eidgenossenschaft/Bundesamt für Statistik 2018

1.528

Vollzeitäquivalent Schul- und Sonderschulbereich

Keine Angaben zu den VZÄ an Spitälern, Kliniken und selbstständigen Logopädinnen im Kinder-/Jugend- und Erwachsenenbereich.



Berufstätige in der Logopädie

www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/neue-veroeffentlichungen.gnpdetail.2017-0591.html

Angestellt / Selbständig in der Deutschschweiz

DLV-Mitglieder Datenbank

Durchschnittlicher Verdienst
in Vollzeit angestellter LogopädInnen
2.420 €

PAX Gehaltstabelle und Plattform JobTed



WHAT'S UP ÖSTERREICH?

FL

Was hat Corona in der Logopädie in Ihrem Land verändert?

logopädieaustria 

Von einem Tag auf den anderen hat im niedergelassenen Bereich de facto keine logopädische Therapie mehr stattgefunden und im angestellten Bereich wurden die Kolleg_innen nach Hause geschickt oder in anderen Bereichen eingesetzt. Innerhalb der Berufsgruppe gab es unterschiedliche Sichtweisen dazu: vom Wunsch nach behördlicher Schließung der Praxen bis zu „Wir sind für unsere Patient_innen da“. Letzteres war dann der Weg von logopädieaustria.

FL

Was haben Sie als Berufsgruppe durch diese Erfahrung gelernt?

logopädieaustria 

Wir haben gelernt, dass wir auf jeden Fall für unsere Patient_innen da sind und sehr rasch für telelogopädische Maßnahmen die entsprechende Rechtssicherheit erhalten. Bei den Sozialversicherungen konnten wir erreichen, dass die Kosten übernommen werden. logopädieaustria konnte auch eine datenschutzkonforme Plattform zur Abhaltung von Telelogopädie für die Mitglieder kostenfrei zur Verfügung stellen.

FL

Haben sich Sichtweisen oder Schwerpunktsetzungen verschoben?

logopädieaustria 

Die Berufsgruppe wird als kompetent und in speziellen Bereichen (z.B. Neurologie) als systemrelevant betrachtet; unsere Informationspolitik hat viel positive Resonanz gefunden. Nach anfänglicher großer Unsicherheit der Logopäd_innen mit der herausfordernden Situation ist es größtenteils gelungen, das Setting der logopädischen Therapie entsprechend zu gestalten.



Verteilung der Behandlungen
auf die wichtigsten Störungsbilder
Erfahrungswerte logopädieaustria

Angestellt und/oder Selbständig in Österreich
ÖGK 2018

1 Verordnung
10-20
Behandlungen

Verordnung/Behandlung
Erfahrungswerte logopädieaustria



Ausgaben für Logopädie (niedergelassener Bereich)
ÖGK 2018



Was kostet 1 Stunde Logopädie in Österreich
Öffentl. Gesundheitsberuferegisterbericht 2019

80%
des Preises beträgt in der Regel die aktuelle durchschnittliche Rückvergütung/Erstattung der Krankenkassen für Patienten bei LogopädInnen, die nicht Vertragspartner der Kassen sind

2.007 in Teil- und Vollzeit
davon **87 Männer**

Berufstätigen LogopädInnen in Österreich
Öffentl. Gesundheitsberuferegisterbericht 2019

Gemeinsam gestaltet: Europäischer Tag der Logopädie am 6. März 2020

„LOGOPÄDIE ist vielfältig! LOGOPÄDIE lohnt sich!“ – dies sind die Botschaften, die von der gemeinsamen Plakataktion der Logopädieverbände dbl, DLV, BLL und logopädieaustria zum Europäischen Tag der Logopädie 2020 ausgehen.

Die verschiedenen Plakatomotive machen auf die Vielfalt der therapeutischen Unterstützung aufmerksam, die Logopädinnen und Logopäden anbieten: Chronische Heiserkeit, Stottern, unverständliche Aussprache, Wortfindungsstörungen, Schluckprobleme, Sprachentwicklungsstörungen... – es sind unterschiedliche Anliegen, mit denen sich Patientinnen und Patienten an LogopädInnen wenden. Hier erhalten sie therapeutische Unterstützung und Hilfe, die es ihnen ermöglicht, im Beruf wieder voll da zu sein, sprachliche Anforderungen in der Schule zu erfüllen, sich wieder mitzuteilen, erneut genussvoll zu essen oder insgesamt ihre Lebensqualität zu verbessern.

In allen beteiligten Ländern – Liechtenstein, Schweiz, Österreich und Deutschland – wurde diese Botschaft in die breite Öffentlichkeit getragen: über großangelegte Plakataktionen im öffentlichen Raum (Schweiz und Liechtenstein), über die Verteilung der Plakate an Mitglieder und Interessierte, Servicehotlines sowie über Social Media und die klassische Pressearbeit.

↳ #logopaedielohntsich
#4laenderlogopaedie

Logopädie? Na logo!

Probleme mit Sprechen,
Verstehen, Schreiben,
Lesen, Schlucken
oder mit der Stimme?
Logopädie lohnt sich.

dbl-ev.de

Das...
äh...mhh...
Dings...!
Was möchtest
du Noah?

„! “

Wenn Betroffene und
Angehörige sprachlos sind.
Logopädie lohnt sich.

logopaedie.ch

Liebes Publikum
Es freut
mich sehr,
Ihnen heute
meine

Die Stimme nicht verlieren.
Logopädie lohnt sich.

Die Plakate und Postkarten, die über die Verbände weiterhin zu bestellen sind, können weit über dieses Jahr 2020 hinaus für unsere Öffentlichkeitsarbeit genutzt werden.

Als „Independent Support Worker“ in Down Under

Lena Jacobs aus Deutschland hat ihr Herz an Australien verloren.

Meine erste Auslandserfahrung in Australien habe ich 2017 als „Au-pair for special needs“ gemacht. Dort habe ich eine junge Klientin, die nach einem tragischen Autounfall mit Schädel-Hirn-Trauma eine daraus resultierende Dysarthrie und Aphasie hatte, logopädisch betreut. Auf diese Stelle bin ich als frischgebackene Fachtherapeutin für Neurologie in einer Social-Media-Gruppe aufmerksam geworden. Es stellte sich heraus, dass nicht alle Informationen richtig waren, die ich vor meiner Abreise nach Australien erhalten hatte, und sich die Zusammenarbeit mit der Au-pair-Familie so schwierig gestaltete, dass ich die Stelle nach kurzer Zeit verlassen habe.

Schwieriger Start

Anfang des Jahres habe ich mit zwei Kolleginnen eine deutsche Spielgruppe mit Fokus auf frühpädagogische sprachliche Förderung für bilinguale Kinder und Familien aufgebaut. Diese wurde leider wegen Corona eingestellt. Im Moment arbeite ich an einem Konzept für eine neue Spielgruppe, das sich

noch mehr auf frühkindliche Sprachförderung konzentriert.

Aktuell bin ich als „Independent Support Worker“ bzw. Integrationshelferin tätig und unterstütze einen kleinen zweijährigen australischen Jungen mit globaler Entwicklungsverzögerung im Kindergartenalltag. Ich arbeite eng mit einer Logopädin (hier: Speech and Language Pathologist), Ergo- und Physiotherapeutin zusammen und implementiere Therapieinhalte im One-to-One-Setting, um ihn bestmöglich ganzheitlich in seiner Entwicklung zu unterstützen. An meiner Arbeit gefällt mir besonders, dass ich sowohl an der logopädischen als auch an der ergo- und physiotherapeutischen Therapie teilnehme, ich bekomme dabei einen genauen Einblick in das Arbeiten der jeweiligen Therapeuten. Ich lerne jeden Tag dazu, sowohl therapeutisch, als auch pädagogisch. Für mich als Therapeutin ist es eine tolle Erfahrung, über den logopädischen Tellerrand hinauszusehen und ein Kind dauerhaft „in vivo“ zu unterstützen.

Mein Arbeitgeber ist das „National Disability Insurance Scheme (NDIS)“. Menschen mit „Special needs“ erhalten von dieser Stelle der Regierung Fördergelder. Mit ihnen werden TherapeutInnen und benötigte Leistungen bezahlt (z.B. auch für Menschen mit Demenz). Logopädie selbst wird in Australien privat bezahlt, es wird keine Überweisung seitens des Arztes benötigt. Um als Logopädin/Speech Pathologist/SLT zu arbeiten, wird ein Hochschulstudium vorausgesetzt. Als „Allied Health Assistance“ kann man nach einer kurzen Ausbildung von einem Jahr von einer Fachkraft/Logopädin beschäftigt werden.

Studium in Australien zu teuer

Was meine eigene Ausbildung in Deutschland betrifft: An meiner Fachschule war es uns im Jahr 2014 leider noch nicht möglich, die Ausbildung mit einem Bachelorabschluss zu ergänzen. Dies ist jedoch die Voraussetzung, um im Ausland überhaupt den langwierigen und kostspieligen Anerkennungs-

prozess einzuleiten. Deshalb möchte ich den akademischen Abschluss additiv „nachholen“ – das kann ich nur online an einer deutschen Hochschule, z.B. der IUBH.

Nach meiner Fachschul-Ausbildung zur Logopädin habe ich mich im Bereich Neurologie im Rahmen einer Fachtherapeuten-Ausbildung in Düsseldorf weitergebildet und kann bisher bereits auf beinahe fünf Jahre Berufserfahrung zurückblicken. Gerne würde ich auch in Australien studieren, dies ist jedoch aus finanziellen Gründen nicht möglich. Ein



Lena Jacobs mit ihrem kleinen Patienten im One-to-One-Setting

Bachelorstudium kostet hier mindestens 40.000 Australische Dollar (umgerechnet aktuell knapp 25.000 Euro).

Allen TherapeutInnen mit Abenteuerlust rate ich, bei der Planung einer derartigen Erfahrung eine Agentur für die Vermittlung in Anspruch zu nehmen. So kann man sicher sein, dass die Angebote seriös und die Informationen darüber überprüft worden sind. Trotz eines sehr schwierigen Starts in einem Land auf der anderen Seite der Welt bleibt dort mein Herz hängen!

Lena Jacobs, Brisbane

Logopädie im Ausland

Logopädie ist international! Und immer mehr Logopädinnen wagen es, sich in aller Welt auf das Abenteuer „Logopädie im Ausland“ einzulassen. Sie sammeln dabei nicht nur fachlich, sondern auch menschlich und gesundheitspolitisch neue Erfahrungen, die uns helfen können, die Sicht auf die Disziplin im eigenen Land noch einmal von einer ganz neuen Perspektive aus zu betrachten. An dieser Stelle berichten drei Logopädinnen aus Deutschland und Österreich von ihren beruflichen „Ausflügen“ nach Australien, Chile und Nepal.



Als Logopädin in Nepal

Sandra Eisner, Krankenschwester und Logopädin aus Österreich, hilft beim Aufbau der Logopädie und Audiologie im Himalaya-Staat.

Von 2015 bis 2017 lebte ich in Pokhara, einer Stadt im Westen Nepals, und unterstützte das Krankenhaus der International Nepal Fellowship (INF) und Ear Aid Nepal (EAN) beim Aufbau der Logopädie- und Audiologieabteilung. Gemeinsam mit meinen nepalesischen Kollegen waren wir für die Durchführung der Hörtests, die Anpassung von Hörgeräten und die anschließende Therapie zuständig. Zusätzlich betreuten wir stationäre Patienten mit Schluckstörungen und führten regelmäßige Schulungen für Familien mit Kindern mit besonderen Bedürfnissen (z.B. bei Fütterstörungen) durch. Bei diesen Schulungen arbeiteten wir gemeinsam mit den Eltern und ihren Kindern, vermittelten neue Konzepte und besorgten Hilfsmittel.

Aufklärungsprogramme

Seit 2017 unterstütze ich die Nepal Lhomi Society (NELHOS) bei der Durchführung von Aufklärungsprogrammen speziell für Ohr-Erkrankungen und Hörstörungen. Diese Projekte werden in einer sehr abgelegenen Hochgebirgsregion im Nordosten des Landes durchgeführt.

Die Weltgesundheitsorganisation schreibt, dass in Nepal eine der höchsten Prävalenzraten an Ohr-Erkrankungen und Hörstörungen zu finden ist, die medizinische Versorgung aber nur unzureichend ausgebaut ist. So mangelt es an Einrichtungen, Medika-

menten, Fachpersonal und Know-how. Darüber hinaus verfügen viele Betroffene nicht über ausreichende finanzielle Mittel, um sich eine Behandlung leisten zu können und suchen oftmals erst bei Komplikationen eine Klinik auf.

Logopädie und Audiologie ist in Nepal noch weitgehend unbekannt. Das Studium ist an der Tribuvhan University Kathmandu möglich. Den Studierenden werden in vier Jahren Inhalte sowohl aus der Logopädie als auch

der Audiologie vermittelt. Wie auch in einigen anderen Ländern ist es somit ein duales Bachelor-Studium und die Absolventen spezialisieren sich nach dem Abschluss. Leider nutzen die meisten Absolventen das Studium als Sprungbrett ins Ausland und nur einige wenige bleiben im Land. Davon arbeiten fast alle ausschließlich in der Hauptstadt Kathmandu.

Herausforderungen für Therapeuten

Es gibt zahlreiche Herausforderungen für die Therapeuten in Nepal. Einerseits leben viele Betroffene in entlegenen Dörfern und wöchentliche Therapien sind aufgrund dieser langen Anfahrtszeiten schwer möglich. Die Fahrt- und Therapiekosten sind auch oft für viele Betroffene einfach nicht leistbar.

Erschwert wird die Arbeit aber auch durch falsche Vorstellungen von Logopädie/Audiologie. Therapieerfolge sind nicht immer sehr offensichtlich und es steckt viel Arbeit und Disziplin dahinter. Ein Konzept, das in Nepal noch sehr neu ist. Viele Betroffene können es nicht verstehen, dass ihr „Problem“ nach ein oder zwei Sitzungen noch immer nicht verschwunden war. Dafür sind sie nicht bereit, Geld zu bezahlen oder Zeit zu investieren.

Logopädie ist in Nepal sehr vielseitig und deckt zusätzlich, wie auch in anderen Ländern, audiologische Tätigkeiten ab. Ich liebe das Land und die Menschen, aber auch die Herausforderungen. Momentan lebe ich wieder in Österreich und unterstütze NELHOS bei der Planung von Projekten und Suche nach finanzieller Unterstützung.

Sandra Eisner, Innsbruck



Sandra Eisner informiert Eltern und Kinder in abgelegenen Gegenden über Hörstörungen

Fonoaudiología – Erfahrungen in der Logopädie in Chile

Maria Busch aus Deutschland verbrachte zwei Auslandssemester in Santiago de Chile.

Für die Fachdisziplin Logopädie gibt es in spanischsprachigen Ländern verschiedene Bezeichnungen, wie Logopedia in Spanien oder Fonoaudiología in einigen südamerikanischen Ländern – beispielsweise in Chile. Die Logopädie ist in Chile seit mehreren Jahrzehnten als akademischer Beruf etabliert und sowohl im Gesundheits- als auch im Bildungssystem verankert. Beide konnte ich bei meinem Auslandsaufenthalt durch Studium und spätere freiberufliche Tätigkeit in Santiago de Chile von 2017 bis 2019 kennenlernen.

Gute Ausbildung in Santiago de Chile

Während meines Masterstudiums der Linguistik an der Otto-Friedrich-Universität Bamberg hatte ich über ein Austauschprogramm die Möglichkeit, an der Universidad del Desarrollo zwei Semester Logopädie zu studieren. Dort ist das Studium in vier Jahre an der Universität und ein anschließendes praktisches Jahr gegliedert, das zum berufsqualifizierenden Abschluss führt. In meiner Kurswahl habe ich mich besonders auf Interventionen im schulischen Bereich, Diagnostik und Therapie bei Kindern mit Autismus-Spektrum-Störungen und geistiger Behinderung sowie Forschungsmethoden fokussiert.

Ich war begeistert von der Studienstruktur mit einerseits wissenschaftlicher Ausrichtung und der sehr guten Qualität der Lehrveranstaltungen und dem gleichzeitig hohen Praxisanteil mit PatientInnenkontakt von Beginn an, durch semesterbegleitende Praktika und Übungen in Kliniken und Schulen. Im praktischen Jahr durchlaufen die Studierenden nacheinander in Stationen die Bereiche Audiologie, Kindersprache, Neurologie und Stimme und werden von klinischen Dozierenden begleitet.

Tätigkeit in Schulen und Kliniken

LogopädInnen in Chile behandeln in ähnlichen Schwerpunkten wie in Deutschland, sie arbeiten jedoch meist in öffentlichen und privaten Schulen, in Krankenhäusern und seltener in privaten Praxen. In der Klinik sind sie oftmals für Aufgaben verantwortlich, die in Deutschland auch von anderen Berufsgruppen ausgeübt werden, beispielsweise Hörgeräte- und CI-Anpassungen oder das Stroboskopieren in der Stimmdiagnostik.

Im Bildungssystem sind sie entweder in Förderschulen mit dem Schwerpunkt Sprache „escuelas de lenguaje“ oder in allgemeinen Schulen in der Inklusion als fester Bestandteil des Kollegiums tätig. Bemerkenswert war meiner Erfahrung nach die Position der TherapeutInnen als anerkannte SpezialistInnen in direkter und kollegialer Zusammenarbeit mit Lehrkräften und ÄrztInnen.

Kollegiale Zusammenarbeit

Meine Masterarbeit habe ich im Anschluss an der Deutschen Schule Santiago geschrieben. Parallel war ich freiberuflich in Therapiezentren tätig, wo ich deutsch- und spanischsprachige Kinder in Zusammenarbeit mit ErgotherapeutInnen und PsychologInnen behandelt habe, was für mich sehr bereichernd war. Hier musste ich unmittelbar erfahren, dass der Zugang der PatientInnen zu logopädischer Therapie in Chile sehr unterschiedlich und komplex ist, da die Versorgung über verschiedene Systeme und Finanzierungswege läuft.

In Kindergärten und Schulen besteht Direktzugang zur Therapie vor Ort, im Gesundheitswesen ist dies nur in Ausnahmefällen bei privat Versicherten der Fall. Das Bildungs-

und Gesundheitssystem in Chile ist von starker Kommerzialisierung und gleichzeitiger Mangelfinanzierung im öffentlichen Sektor geprägt. Dies zeigt sich nicht nur in den hohen Studiengebühren der Universitäten und der späteren unsicheren Arbeitssituation der LogopädInnen.

Besonders die Unterbesetzung in öffentlichen Schulen, Krankenhäusern und Gesundheitszentren hat zur Folge, dass es oft nicht möglich ist, den Therapiebedarfen gerecht zu werden, obwohl rechtlich bei vielen Indikationen ein Anspruch auf Therapie besteht. Je nach Versicherung differiert die Übernahme der Therapiekosten und -einheiten sehr, sodass die Versorgung stark von den finanziellen Möglichkeiten der PatientInnen abhängt.

In Chile zählt es daher zu den besonderen Herausforderungen der Logopädie, einerseits als TherapeutIn einen Platz im System zu finden und andererseits durch hohe Qualitätsstandards auch mit knappen Personalressourcen Bedarfe zu decken und das etablierte und professionalisierte Können tatsächlich den PatientInnen zugänglich zu machen.

Maria Busch, Bamberg



Maria Busch (2.v.l.) mit KollegInnen bei der Diagnostik eines Kindes

StudiCampus – eine Idee wird zur Tradition

Das länderübergreifende Treffen von Studierenden findet im nächsten Jahr zum vierten Mal statt – dann beim dbl-Kongress in Dresden.

Eine kurze Geschichte des Studierendencampus

Bei der Vier-Länder-Tagung im Herbst 2016 in Salzburg war es soweit. Dietlinde Schrey-Dern machte den Vorschlag für einen gemeinsamen Studierendencampus. Die Grundidee war es, den Logopädiestudierenden auf unseren jeweiligen Kongressen und Tagungen eine Plattform zu bieten, die länderübergreifend ist. Die Idee wurde sofort von allen sehr positiv angenommen und wir beschäftigten uns auf der Stelle mit dem Prozedere eines möglichen Ablaufes, wer welche Aufgaben übernimmt, Organisato-

mer mehr zu einer Plattform eines konstruktiven Austausches und einer länderübergreifenden Vernetzung.

Rückblick 1: Studierendencampus 2019

Beim Fachkongress **logopädieaustria** 2019 in Wien konnten wir erstmals zusätzlich zu den österreichischen TeilnehmerInnen auch Gäste aus der Schweiz und aus Deutschland am Studierendencampus begrüßen. In einem Workshop konnten die TeilnehmerInnen Themen, die sie bewegen, diskutieren und Lösungsstrategien erarbeiten. Am Ende des

drei Jahre stattfindende DLV-Tagung stand dieses Jahr ganz unter dem Motto „Wissen, was wirkt – anwenden, was lohnt. Evidenzbasierte Praxis (EBP) in der Logopädie“. Dies war dann auch eines der Hauptthemen des Studierendencampus: Ziel war es zu erfahren, wie gut sich die Studierenden über das Thema EBP informiert fühlen, wie wichtig ihnen dieses Thema ist und ob sie wissen, wie sie dies praktisch anwenden können. Dabei zeigte sich ein erfreuliches Bild: Praktisch alle Studierenden gaben an, dass EBP ein fester Bestandteil in ihrer Ausbildung/ ihrem Studium sei und dass sie sich gut informiert fühlten. Noch Bedarf bestand laut Angaben der TeilnehmerInnen in der Einbettung von konkreten Umsetzungsbeispielen im Unterricht. Einige sahen einen Paradigmenwechsel, mit einem positiven Trend zu mehr Anwendung von EBP im Praxisalltag. Neben den Tagungsthemen ist auch jeweils die Vernetzung der Studierenden aus den drei Ländern Deutschland, Österreich und der Schweiz ein Ziel des Studierendencampus. Daher war es aus Sicht des DLV erfreulich, dass von den insgesamt neun Studentinnen auch zwei Vertreterinnen aus Deutschland und auch eine aus Österreich den weiten Weg zum Tagungsort Zofingen auf sich genommen haben.

Irene Buss,
Vorstandsmitglied DLV



Die Teilnehmerinnen des Studierendencampus an der DLV-Tagung 2020 in Zofingen zusammen mit Bérénice Wisard (Präsidentin DLV, ganz links) und Sylvia Bieri (Vizepräsidentin DLV, vorne rechts)

risches abklärt und wie es uns gelingt, eine wunderbare Idee ins Leben zu bringen. Wir diskutierten über Eintrittsgebühren, Reisekosten und Spesen, aber auch über Inhalte, Formate und Umsetzung auf den Veranstaltungen. Uns war es wichtig die Wünsche, die Sorgen, die Gedanken und die Anregungen der zukünftigen LogopädInnen zu kennen und wahrzunehmen. Neben dem fachlichen und persönlichen Austausch der Studierenden untereinander sollte der Studierendencampus eine Gelegenheit sein, die vielen Aspekte der logopädischen Berufsausübung mit den Visionen der jungen angehenden LogopädInnen zu bereichern. Mittlerweile ist der Studierendencampus Tradition geworden und er entwickelt sich im-

Kongressen konnten die Studierenden ihre Ergebnisse den KollegInnen präsentieren, wobei dies von beiden Seiten – den noch fertig auszubildenden und den bereits berufsausübenden LogopädInnen – sehr positiv aufgenommen wurde.

Studierende von
logopädieaustria

Rückblick 2: Studierendencampus 2020

Im Januar 2020 erfuhr der Studierendencampus eine Premiere, denn er fand erstmals in der Schweiz statt – eingebettet in die Tagung des Deutschschweizer LogopädInnen- und Logopädenverbandes (DLV). Die etwa alle

Ausblick: Studierendencampus 2021 in Dresden

Der StudiCampus geht im kommenden Jahr in die vierte Runde und wir möchten euch herzlich einladen, daran teilzunehmen! Im Rahmen des dbl-Kongresses wird die Bundesstudierendenvertretung (BSV) des dbl den StudiCampus 2021 in Dresden organisieren. Inhaltlich werden die Themen „Internationalität“ und „Networking unter Studierenden“ im Vordergrund stehen. Weitere Informationen zur geplanten Umsetzung könnt ihr bald dem Highlight „StudiCampus 2021“ auf unserem Instagram-Kanal *bsv_logopaedie* entnehmen. Wir freuen uns auf euch!

Nathalie Frey
Bundesstudierendenvertretung des dbl

Austausch mit Frankreich

Am diesjährigen Kongress der französischen Studierendenvereinigung FNEO nahmen auch zwei deutsche Vertreterinnen teil.

Seit zwei Jahren organisiert die französische Studierendenvereinigung FNEO (Fédération Nationale des Étudiants en Orthophonie) einen internationalen Kongress für angehende SprachtherapeutInnen: Eine Woche gefüllt mit spannenden Vorträgen, die sowohl von VertreterInnen angehender nationaler und internationaler SprachtherapeutInnen als auch von professionellen französischen SprachtherapeutInnen gehalten werden. Dies bietet den Studierenden die Möglichkeit, sich untereinander international zu vernetzen und sich über das Berufsleben und die berufspolitische Situation der Gesundheitsberufe auszutauschen.

Zwischen der Bundesstudierendenvertretung des dbI und der FNEO besteht seit vier Jahren eine enge Zusammenarbeit. Gemeinsam wird der internationale Austausch zwischen den Studierenden gepflegt und stetig weiter ausgebaut mit dem Ziel, den internationalen Austausch der Studierenden zu fördern. So haben wir uns sehr gefreut, dass wir im Rahmen des diesjährigen Kongresses der FNEO vom 24. bis 28. August 2020 eingeladen wurden, die verschiedenen Ausbildungsmöglichkeiten für LogopädInnen sowie die berufspolitische Situation in Deutschland vorzustellen.

Europaweite Online-Konferenz

Aufgrund der aktuellen globalen Pandemie wurde der diesjährige Kongress online veranstaltet, wodurch ein großes internationales Publikum von zu Hause aus teilnehmen und den persönlichen Horizont erweitern konnte. Erfreulicherweise gab es so auch erstmals die Möglichkeit für dbI-Mitglieder, am Kongress teilzunehmen.

Im Vortrag „Speech therapy in Germany: long story short“ stand die Skizzierung der vielen verschiedenen Wege im Fokus, in Deutschland LogopädIn bzw. SprachtherapeutIn zu werden. Um diese untypische Vielfalt an Möglichkeiten zu erklären, wurde auf die historische



Madeleine Gausepohl (l.) und Nathalie Frey (r.) stellen auf der FNEO-Konferenz das deutsche Ausbildungssystem für LogopädInnen vor

Entwicklung und die aktuelle berufspolitische Situation therapeutischer Gesundheitsberufe in Deutschland Bezug genommen. Exemplarisch wurden die unterschiedlichen Werdegänge und Erfahrungen der beiden Referentinnen Nathalie Frey und Madeleine Gausepohl vorgestellt.

Zusätzlich wurden die verschiedenen Strukturen des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie e.V. sowie speziell die BSV als Vertretung der SchülerInnen und Studierenden dargestellt.

Bei einer abschließenden Diskussions- und Fragenrunde kamen unter anderem Stimmen aus Schweden, Spanien, Griechenland und dem Libanon zu Wort. In den Ausführungen der Teilnehmenden und dem konstruktiven Diskurs über die Möglichkeiten, im Ausland zu arbeiten, wurde besonders der Wunsch nach einheitlichen internationalen Standards deutlich.

Heterogene Ausbildungssituation in Deutschland

Besonders die Abweichung der heterogenen Ausbildungssituation in Deutschland von den flächendeckend universitären Ausbildungswegen in anderen Ländern zeigte, wie wichtig es für die Logopädie in Deutschland ist, sich an das internationale Niveau anzugleichen, um der Konkurrenz standzuhalten und eine fachliche Zusammenarbeit entfalten zu können.

Das Format motivierte alle, sich für die Stärkung eines internationalen Netzwerkes einzusetzen. Wir möchten uns herzlich bei allen Teilnehmenden für ihr Interesse bedanken. Ein besonderer Dank gilt unseren französischen FreundInnen der FNEO für die Einladung. Wir freuen uns auf weitere gute Zusammenarbeit.

*Nathalie Frey und Madeleine Gausepohl,
Bundesstudierendenvertretung des dbI*

LES RENCONTRES INTERNATIONALES
Speech therapy in Germany : long story short
with Madeleine Gausepohl and Nathalie Frey

FNEO **JEUDI 27 AOÛT - 20H**



Logopädie-Symposium an der hsg Bochum

Erstmals im Online-Format zum Thema Schluckstörungen

Das 8. Symposium Evidenzbasierte Logopädie des Studiengangs Logopädie an der Hochschule für Gesundheit in Bochum am 18. September 2020 fand erstmalig im Online-Format statt. Über 70 TeilnehmerInnen aus ganz Deutschland erhielten theoretische und praxisnahe Einblicke in Diagnostik- und Therapieverfahren von Schluckstörungen in Klinik und Praxis.

schränktem Wortschatz (sogenannte Late Talker) eingesetzt werden können, um die Wortschatzerweiterung effektiver zu gestalten.

Vorträge und Workshops zum Thema Schluckstörungen

Mit ihrem Vortrag zur „Digitalisierung in der Logopädie“ begrüßte Dr. Kerstin Bilda, Professorin im Studiengang Logopädie, am Vormittag die TeilnehmerInnen, sprach über den Mehrwert digitaler Behandlungen in der Logopädie und präsentierte die Ergebnisse ihrer Studie. Durch einen Film von Vertretungsprofessorin Dr. Nicole Ramacher-Faasen und Kirsten Hirsch, wissenschaftliche Mitarbeiterin im Studiengang Logopädie, wurden der Nutzen und die Vorteile eines digitalen Settings veranschaulicht.

Diet Standardisation) vor. Dr. Daniela Bühler hielt einen Vortrag über Ess- und Fütterstörungen bei Säuglingen und Kindern. Sie verdeutlichte die Wichtigkeit eines interdisziplinären Settings sowie die Rolle der Eltern-Kind-Interaktion.

Am Nachmittag fanden vier Workshops parallel statt. Im Workshop von Ulrich Birkmann, fachlicher Leiter der Schluckambulanz der GFO-Kliniken in Troisdorf, ging es primär um die klinische Bedside-Diagnostik im Hausbesuch und in der freien Praxis. Marco Gerschke zeigte in seinem Workshop einige Videobeispiele aus der Klinik, in denen ein bildgebendes Verfahren bei der Schluckuntersuchung eingesetzt wurde.

Silvia Gosewinkel, wissenschaftliche Mitarbeiterin im Studiengang, und Kai Wiesweg, Leiter einer eigenen Praxis im Ambulanten Zentrum des Evangelischen Krankenhauses in Hattingen, fokussierten die Anleitung von Studierenden in der Behandlung von Schluckbeschwerden.

Miriám Kanzok, Abteilungsleitung der Logopädie in der Johanniter-Klinik am Rombergpark in Dortmund, ermöglichte in ihrem Workshop „Behandlung eines Patienten mit Trachealkanüle (TK) – Kurze Einführung in Dysphagie und TK-Management mit direkter Vertiefung am Fallbeispiel“ einen praxisnahen Austausch.



Foto: Florian Plath



Foto: privat



Foto: privat

Preise für ihre herausragenden Bachelor-Arbeiten erhielten Fiona Dörr, Marie-Theres Köhler und Frederike Steinke (v.l.)

Der „Bochumer Nachwuchs-Preis Akademische Logopädie“ für herausragende Bachelor-Arbeiten wurde in diesem Jahr an drei Studentinnen verliehen: Fiona Dörr (22), Marie-Theres Köhler (23) und Frederike Steinke (23). Marie-Theres Köhler beschäftigte sich in ihrer Bachelor-Arbeit mit den psychischen Belastungsfaktoren und der Arbeitszufriedenheit bei Logopäden und Logopädinnen. Fiona Dörr setzte sich mit der nichtinvasiven Hirnstimulation in der logopädischen Therapie mit Menschen auseinander, die unter einer erworbenen Sprachstörung leiden. Frederike Steinke hat sich in ihrer Bachelor-Arbeit damit beschäftigt, wie Gesten in der Therapie von zwei- bis dreijährigen Kindern mit einge-

Marco Gerschke, Logopäde in der Schön Klinik Hamburg Eilbek und Leiter der Abteilung Schluckdiagnostik und Trachealkanülenmanagement, stellte in seinem Vortrag die IDSSI-Initiative (International Dysphagia

Virtuelle Begrüßung durch das Team des Studiengangs Logopädie

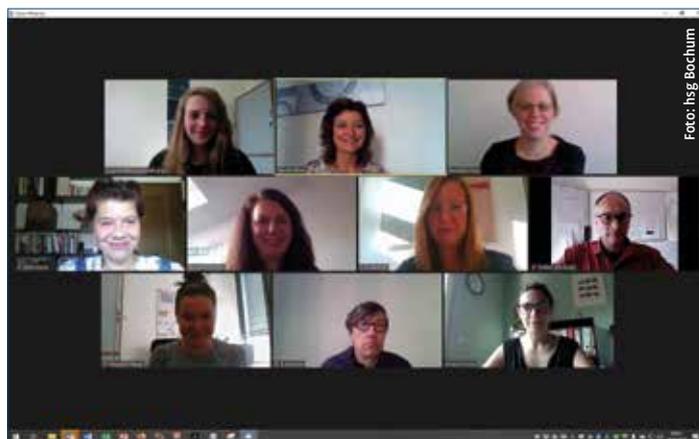


Foto: hsg Bochum

Studie „Tele-Voice“ an der HAWK gestartet

Vergleich der Wirksamkeit einer Stimmfunktionstherapie Face-to-Face- versus Videotherapie

Zu Beginn der Pandemie mit Covid 19 haben die gesetzlichen und privaten Krankenkassen für drei Monate von März bis Juni 2020 die Abgabe von Therapie als Videotherapie in sprachtherapeutischen Praxen genehmigt. Aus dieser Zeit existieren positive Erfahrungen auch für die Stimmfunktionstherapie per Video. Diese Möglichkeit der Therapieabgabe sollte aus Sicht der TherapeutInnen und PatientInnen verstetigt werden.

Der Bundesausschuss der gesetzlichen Krankenkassen fordert (G-BA) hierzu jedoch zunächst Evidenznachweise, die die Gleichwertigkeit der Videotherapie mit einer Face-to-face-Therapie belegen. Für den angloamerikanischen Raum ist dies bereits für den Bereich der Stimmtherapie hinreichend und mit hoher Evidenz belegt (z.B. Weidner & Lowman 2020, Lin et al. 2020, Rangaratham et al. 2016). Dieser Nachweis soll nun auch für die deutschsprachige Stimmtherapie erbracht werden.

An der HAWK Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst Hildesheim/Holzminde/Göttingen wird deshalb seit September 2020 unter Leitung von Prof. Dr. Ulla Beushausen die Studie „Tele-Voice: Vergleich der Wirksamkeit einer Stimmfunktionstherapie Face-to-Face- versus Videotherapie (clinical trial: DRKS00022916)“ durchgeführt. 60 Patientinnen und Patienten mit einer ärztlich diagnostizierten funktionellen Stimmstörung wurden randomisiert einer der beiden Therapiebedingungen zugeordnet: Videostimmtherapie oder klassische Face-to-Face-Therapie.

Die Inhalte der Therapie wurden manualisiert und sind in beiden Bedingungen gleich. Alle Therapien werden von versierten StimmtherapeutInnen mit mindestens fünfjähriger stimmtherapeutischer Berufserfahrung durchgeführt. Die TherapeutInnen mussten zudem mindestens 50 stimmtherapeutische Videobehandlungen während des Lockdowns durchgeführt haben.

Jeweils vor und nach der Therapie werden stimmrelevante Messungen durchgeführt, indem akustische, perzeptive und funktionale Parameter sowie Daten aus normierten und validierten Fragebögen zur Selbsteinschätzung stimmlicher Symptome und zur Alltagspartizipation der PatientInnen erhoben werden. Zusätzlich soll nach Ende der Behandlung die Videogruppe zur Nutzerzufriedenheit und Praktikabilität der Videotherapie sowie zur therapeutischen Beziehung befragt werden. Für die ärztlichen Befunde konnten HNO-Ärzte und

Phoniatern als KooperationspartnerInnen gewonnen werden.

Prof. Dr. Ulla Beushausen leitet das Projekt „Tele-Voice“



Literatur

- Lin, F.-C., Chien, H.-Y. Hwa Chen, S., Kao, Y.-C., Cheng, P. & Wang, C.-T. (2020). Voice therapy for benign voice disorders in the elderly: a randomized controlled trial comparing telepractice and conventional face-to-face therapy. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 63 (7), 2132-2140
- Weidner, K. & Lowman, J. (2020). Telepractice for adult speech-language pathology services: a systematic review. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups* 5 (1), 326-338
- Rangaratham, B., Gilroy, H. & McCullough, G.H. (2016). Do patients treated for voice therapy with telepractice show similar changes in voice outcome measures as patients treated face-to-face? *EBP Briefs* 11 (5), 1-6



phasimed Kommunikationskonzepte

www.phasimed.de

Studien zur Gesundheitskompetenz im Umgang mit der Corona-Pandemie

Die Corona-Pandemie hat dem Thema Gesundheitskompetenz eine ungeahnte Relevanz beschert. Das Interdisziplinäre Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK) an der Universität Bielefeld hat diesem Umstand Rechnung getragen und mehrere Studien zur Gesundheitskompetenz im Umgang mit der Corona-Pandemie durchgeführt, Stellungnahmen verfasst und Interviews gegeben. Mehr dazu:

↳ <https://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/izgk/>

: TERMINE

Bitte beachten Sie: Zahlreiche Kongresse sind in diesem Jahr abgesagt oder verschoben worden oder finden nur online statt. Diese Zusammenstellung gibt den Stand Anfang Oktober wieder, der sich zum Erscheinen dieser Ausgabe verändert haben kann.

4.-7. November 2020, ONLINE DGN-Kongress 2020

Der diesjährige Kongress der Deutschen Gesellschaft für Neurologie e.V. (DGN) soll neue Maßstäbe setzen: „DGN-Kongress 2020: live, interaktiv und digital“. Der virtuelle Kongress will die digitalen Möglichkeiten voll ausschöpfen. All das, was einen Kongress ausmacht – die Interaktivität, Diskussionen, das „Wir-Gefühl und das Live-Erlebnis“ – wollen die Veranstalter auch im „Corona-Exil“ umsetzen. So haben die Kongressteilnehmer u.a. ein Jahr lang Zugriff auf alle Kongressinhalte inklusive der bereits bewährten E-Learning-Formate.

↳ www.dgnkongress.org

14. November 2020, ONLINE Herbsttreffen Patholinguistik

Das 14. Herbsttreffen Patholinguistik der Universität Potsdam zum Thema „Klick für Klick: Schritte in der digitalen Sprachtherapie“ findet als reine Online-Veranstaltung statt. Die Vorträge halten Dr. Petra Jaecks und Dr. Kristina Jonas, Universität Bielefeld und Universität Köln, („Digitale Diagnostik“), Prof. Dr. Sandra Niebuhr-Siebert, FH Clara Hoffbauer Potsdam, („Der mediale Einfluss auf den Spracherwerb – Chancen und Risiken“), Prof. Dr. Michael Wahl, Humboldt-Universität Berlin, („Digitale Medien in der Unterstützten Kommunikation“), Prof. Dr. Juliane Leinweber, HAWK Göttingen, („App-Einsatz in der Logopädie/Sprachtherapie: Strategien und Kriterien“) und Prof. Dr. Kerstin Bilda, hsg Bochum, („Digitale Logopädie: Neue Wege in der Diagnostik und Therapie“). Hinzu kommen Workshops und Posterbeiträge.

↳ www.herbsttreffen-patholinguistik.de

20./21. November 2020, ONLINE ISES 11 + Nachwuchsschool

Die ursprünglich in Marburg geplante 11. Interdisziplinäre Tagung über Sprachentwicklungsstörungen (ISES 11) findet in diesem Jahr nicht als Präsenzveranstaltung, sondern in einem digitalen Format statt. Die Gastvorträge halten Prof. Dr. Katharina J. Röhlhing, Universität Paderborn, („Ein pragmatischer Rahmen für den frühen

Spracherwerb: Wie können soziale Roboter daran mitwirken?“), Prof. Dorothy V. Bishop, Universität Oxford („Developmental language disorders: problems and perspectives in diagnosis and terminology“) und Ass.-Prof. Pascale Engel de Abreu, PhD, Universität Luxemburg, („Evidenzbasierte Sprachförderung in der Vorschule“).

Im Vorfeld der ISES 11 findet am 19. November eine eintägige Nachwuchsschool für DoktorandInnen und PostdoktorandInnen statt. Der Schwerpunkt liegt auf dem Thema Open Science (Open Data, Pre-registration Publication, Open Peer Review). Prof. Dorothy V. Bishop wird einen Workshop zu diesem Thema anbieten. Darüber hinaus stehen die Vernetzung und der fachliche Austausch zu den eigenen Forschungsprojekten sowie zu wissenschaftlichen Karrierewegen im Fokus der virtuellen Veranstaltung.

↳ www.giskid.eu

27.-28. November 2020, ONLINE Aachener Kolloquium

In diesem Jahr wird das Kolloquium erstmals vollständig digital stattfinden. Die Absolventinnen und Absolventen des Studiengangs Lehr- und Forschungslogopädie (M.Sc.) werden online ein breites Spektrum ihrer aktuellen Forschungsergebnisse vorstellen, u.a. aus den Bereichen Kindersprache, Stottern, Aphasie und Dysphagie. Gastvortragende sind Sönke Stanschus, Klinischer Linguist, St. Mauritius Therapiezentrum Meerbusch, zum Thema „Rehabilitative Diätetik“ und Peter Schneider, Lehrlogopäde der Schule für Logopädie an der Uniklinik RWTH Aachen, zum Thema „Kindliches Stottern“.

↳ www.medizin.rwth-aachen.de/cms/Medizin/Studium/Studiengaenge/Logopaedische-Studiengaenge/Lehr-und-Forschungslogopaedie-M-Sc/~dine/Diverses/

4.-5. Dezember 2020, Hannover 22. Hannoverscher CI-Kongress

Der CI-Kongress der Medizinischen Hochschule Hannover bietet ein abwechslungsreiches, interessantes Programm zum Thema: „Die CI-Versorgung – den Kinderschuhen entwachsen?“ An zwei Tagen kommen Fachleute aus unterschiedlichen Fachrichtungen und Kliniken zu Wort. Ein Schwerpunkt am zweiten Tag ist die Arbeit mit hörgeschädigten Kindern im CIC „Wilhelm Hirte“, das seit 30 Jahren besteht. Die Tagung ist thematisch in unterschiedliche Rubriken eingeteilt, sodass Betroffene, Angehörige und Fachpersonal von den Inhalten profitieren können. In diesem Jahr wird erstmalig

von jeder Firma und einigen Patientenverbänden ein sogenannter „Pitch“ gehalten. In dieser Zeit erfahren Teilnehmer wichtige Neuigkeiten der entsprechenden Firma oder des Vereins und können diese an deren Stand anschauen, ausprobieren oder diskutieren.

↳ www.ci-kongress.de

10.-12. Dezember 2020, ONLINE DGNR/DGNKN-Tagung

Die 8. Gemeinsame Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurorehabilitation e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Neurotraumatologie und Klinische Neurorehabilitation e.V. findet als digitaler Kongress statt, um trotz Pandemie nicht auf den wichtigen wissenschaftlichen Austausch verzichten zu müssen. Das Programm zum Thema „Neurorehabilitation im demografischen Wandel“ entspricht dem geplanten Präsenzkongress. Zugleich werben die Veranstalter mit zahlreichen Vorteilen für die Teilnahme: von vergünstigten Preisen über diverse interaktive Formate bis zur Verfügbarkeit der Kongressinhalte über den Kongresszeitraum hinaus.

↳ www.dgnr-dgnkn-tagung.de

CALL FOR PAPERS

22.-23. April 2021, ONLINE 2. Fachsymposium „Unterstützte Kommunikation im Blickfeld Klinik“

Die OrganisatorInnen der Tagung möchten mit den TeilnehmerInnen des 2. Fachsymposiums die Entwicklungen auf dem Gebiet der UK in der Klinik diskutieren und Möglichkeiten der Implementierung darlegen. Wie können alternative Kommunikationsstrategien im Klinikalltag aussehen? Wie kann eine Implementierung im Klinikalltag gelingen? Welche Assessments zur Erhebung der Kommunikationsmöglichkeiten gibt es? Welchen Einfluss hat Kommunikation auf die Qualität der gesundheitlichen Versorgung und Patientenorientierung? Welche Bedeutung hat eine gelingende Kommunikation für PatientInnen und deren Angehörige? Diesen und anderen Fragen soll in Workshops und Vorträgen auf den Grund gegangen werden. Einendeschluss für Abstracts ist der 31. Dezember 2020.

↳ www.logbuk.de/symposium-cfa

▶ Weitere Termine finden Sie auf der dbl-Website: www.dbl-ev.de > Fachtagungen und Kongresse



NEU

Stefanie Duchac, Andrea Hofmayer,
Christiane Lücking, Janina Wilmskötter,
1. Auflage 2020,
kartoniert: ISBN 978-3-8248-1265-3,
240 Seiten, inkl. VFSS-Filme auf USB-Stick,
EUR 47,00 [D]

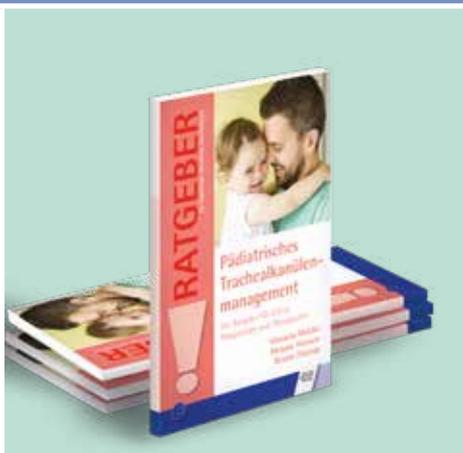
Videofluoroskopie des Schluckaktes

Ein sprachtherapeutisches Tutorial

Die Videofluoroskopie des Schluckaktes (VFSS) ist die bislang einzige Methode, um orale, pharyngeale und ösophageale Parameter des Schluckvorgangs zu visualisieren und zu beurteilen. Sie ermöglicht nicht nur die Analyse des Bolusflusses und seiner zeitlichen und räumlich-strukturellen Gegebenheiten, sondern auch eine Bewertung der Effekte kompensatorischer Interventionen der Dysphagietherapie.

Videofluoroskopie des Schluckaktes – Ein sprachtherapeutisches Tutorial stellt die Untersuchung des Schluckvorgangs mittels Videofluoroskopie in verständlicher und anwendungsnaher Weise dar. Im Tutorial werden die wichtigsten Elemente der klinischen Praxis anhand realer klinischer Fälle hervorgehoben und mithilfe von vielfältigem Video- und Bildmaterial visualisiert. Das Fachbuch bietet eine fundierte Grundlage, um Pathomechanismen des Schluckaktes zu verstehen und die passenden therapeutischen Interventionen und Empfehlungen zu identifizieren.

Die vier Autorinnen zeichnen sich durch langjährige klinische Erfahrung in der Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen aus. Mit ihrer Expertise im Bereich der VFSS illustrieren sie durch zahlreiche Abbildungen, Videomaterial und durchgehende Fallbeispiele auch schwierige Sachverhalte im Kontext der klinischen Anwendung. Jedes Kapitel schließt mit Wiederholungsfragen und kommentierten Literaturhinweisen, die Wegweiser für eine vertiefende Beschäftigung mit nachhaltigem Lernerfolg bieten.



Pädiatrisches Trachealkanülenmanagement

Ein Ratgeber für Eltern, Pflegekräfte und Therapeuten
Manuela Motzko, Melanie Weinert,
Renate Flintrop, 1. Auflage 2015,
kartoniert: ISBN 978-3-8248-1199-1,
56 Seiten, EUR 11,50 [D]



Trachealkanülenmanagement

In sicheren Schritten Richtung Dekanülierung
Hans Schwegler,
3., überarbeitete Auflage 2020,
kartoniert: ISBN 978-3-8248-1260-8,
208 Seiten, EUR 39,00 [D]



Reflux

Wissenswertes für Betroffene und Therapeuten
Leonie Vogt,
1. Auflage 2019,
kartoniert: ISBN 978-3-8248-1242-4,
44 Seiten, EUR 11,50 [D]

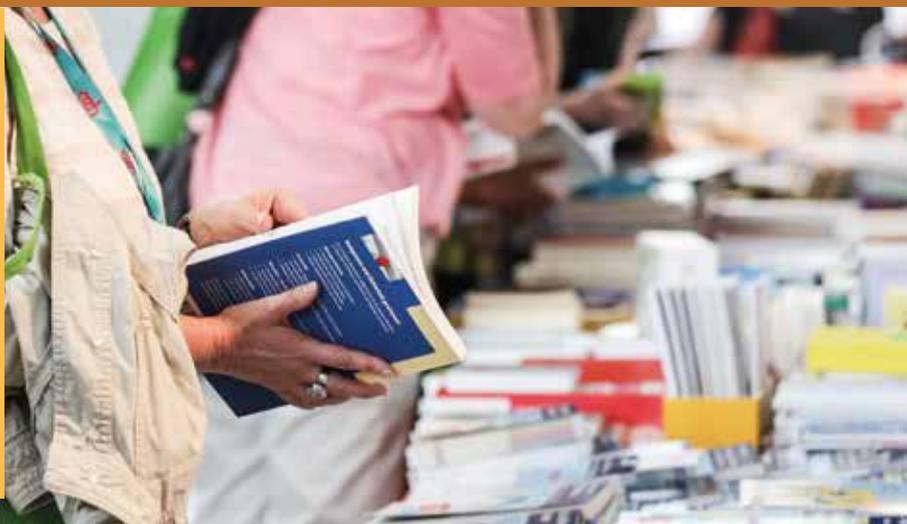


Tel.: +49 6126 9320-13 | Fax: +49 6126 9320-50
bestellung@schulz-kirchner.de | www.skvshop.de

Lieferung versandkostenfrei innerhalb Deutschlands



MEDIEN & MATERIALIEN



REZENSIONEN



Sprachförderung mit Medien: Von real bis digital Wissenswertes für Eltern, Pädagogen und Therapeuten

Karin Reber & Elisabeth Wildegger-Lack
96 S., 20,00 €. Idstein: Schulz-Kirchner 2020
www.schulz-kirchner.de

In diesem praxisorientierten Buch wird erläutert, wie ein gelungener Medienmix zwischen realen und digitalen Medien in der kindlichen Sprachförderung aussehen kann. Das Anfangskapitel befasst sich kurz und prägnant mit der kindlichen Sprach-, Spiel- und Medienkompetenzentwicklung. Anhand von kleinen Beispielen, anschaulichen Grafiken und optisch hervorgehobenen Infosätzen wird den Lesern sehr kompakt die kindliche Sprachentwicklung (Aussprache/Grammatik/Wortschatz/Pragmatik) erläutert. Die Grundzüge der Spielentwicklung, von Exploration bis Rollenspiel, werden verständlich beschrieben. Die Spielentwicklung des sozialen Rollenspiels wird mittels bebildeter Tabelle dem Spielverhalten der jeweiligen Altersstufe entsprechend dargestellt. Zur Entwicklung der Medienkompetenz wird deutlich darauf hingewiesen, dass Kinder eine „innere Vorstellung von Alltagsgegenständen“ entwickelt haben müssen, um z.B. ein Tablet richtig nutzen zu können. Demzufolge basiert die Entwicklung der Medienkompetenz auf der Entwicklung visueller, kognitiver und motorischer Fähigkeiten. Den Abschluss des Kapitels bildet eine tabellarische Übersicht über die kindliche Sprach-, Spiel- und Medienkompetenzentwicklung bezogen auf das Alter der Kinder. Ein weiteres Kapitel beschäftigt sich mit realen und digitalen Medien zur Sprachförderung. Der Leser kann durch Scannen eines QR-Codes auf Informationsseiten diverser Anbieter für Lernsoftware/-Apps gelangen, die leider teilweise kostenpflichtig oder nur für iOS nutzbar sind. Auch hier wird tabellarisch aufgezeigt, welche Medien in welchem Alter sinnvoll sind. Anschließend werden zehn Prinzipien (u.a. Welt mit allen Sinnen erfassen, digitale Medien immer gemeinsam nutzen, Kindern gute Sprachmodelle geben, Vorbild bei der Mediennutzung sein) für den grundsätzlichen Umgang mit Medien aufgeführt. Anhand des Teilbereichs Wortschatz und Grammatik wird nachfolgend beispielhaft verdeutlicht, welche Möglichkeiten der Sprachförderung mit Medien vorhanden sind. Abschließend sind zehn konkrete Ideen zur Sprachförderung im Alltag zusammengestellt worden, die direkt umgesetzt werden können.

Das Buch ist gut strukturiert und bietet zahlreiche Spielideen für Elternhaus und Therapie. Es ist eine gute Grundlage für die Elternberatung/ Elternabende und sollte von vielen Eltern gelesen werden.

Andrea von Malotki, Duisburg



Anatomie der Stimme Verstehen und verbessern des stimmlichen Potenzials

Blandine Calais-Germain & Francois Germain
295 S., 24,90 €. Esslingen: Helbling 2020
www.helbling.com

Das Buch richtet sich an Sänger, Schauspieler und Berufssprecher, die an Stimmphysiologie interessiert sind. Ich arbeite schon seit Jahren mit „Anatomie der Bewegung“, dem ersten Buch der Autorin, und habe mich über die Neuerscheinung „Anatomie der Stimme“ sehr gefreut. Dieses Buch ist ein Schatz für jede Stimmtherapeutin! Die detaillierten anatomischen Zeichnungen sind anschaulich und zeigen nicht nur Muskelgruppen, sondern erklären auch deren Funktion. Darüber hinaus gibt die Autorin zu jeder Muskelgruppe an, welche Bewegungen diese ansprechen. So können sich aus den Hinweisen konkrete Übungen ergeben. Speziell für den Zusammenhang zwischen Körperhaltung/Kopfhaltung und Stimmqualität gibt es detaillierte Hinweise. In sechs Kapiteln – Das Skelett der Stimme, Der Atemapparat, Der Kehlkopf (Funktion der Schleimhaut, Bernoulli-Effekt, Myoelastische Aerodynamische Theorie), Der Vokaltrakt (die wichtigsten Muskeln des Halswirbelbereichs), und Begriffe aus dem Umfeld der Stimme (Materie, Gas und Druck, von Luftdruck zu Klang, Höhe, Dauer und Intensität des Klangs, Timbre) – wird sehr anschaulich auf die verschiedenen Bereiche eingegangen. Das Buch ist für interessierte Laien geschrieben. Es gibt streng anatomisch gesehen einige Vereinfachungen, weil der Fokus auf der Erklärung der Stimmphysiologie liegt. Darauf wird eingangs auch hingewiesen. Durch diese Einfachheit und die sehr ansprechende Gestaltung kann es auch in der Beratung und im Aufklärungsgespräch hervorragend verwendet werden. Für KollegInnen, die im Bereich Stimmtherapie/Dysarthrien arbeiten ist dieses Buch rundum empfehlenswert.

Anja Schneider, Berlin

REZENSIONSANGEBOTE



Stimmen hören – Potentiale entwickeln – Störungen behandeln

Michael Fuchs (Hrsg.)

234 S., 36,00 €. Berlin: Logos 2020

www.logos-verlag.de

Mit dem vorliegenden Buch erscheint die schriftliche Zusammenfassung der Vorträge und Workshops des 17. Leipziger Symposiums zur Kinder- und Jugendstimme. Erneut gelingt es den Autoren und dem Herausgeber einen weiten Bogen zu spannen und dennoch inhaltlich im umschriebenen Bereich zu bleiben.

Das Buch beginnt mit der Erläuterung peripherer Hörstörungen bei Kindern und Jugendlichen, deren Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten. Wenngleich vieles davon den meisten LogopädInnen bekannt sein sollte, gelingt es dem Verfasser dennoch, interessant und gut zusammenfassend zu schreiben.

Auch die Hinführung zum Cochlear-Implantat, dem sich das zweite Kapitel widmet, liest sich aufschlussreich und lehrreich. Hierbei dürften sich auch für LogopädInnen manch neue Erkenntnisse ergeben. Darauf aufbauend geht es in den nächsten Abschnitten um gesangspädagogische Angebote für Hörgeschädigte und das Singen mit den Händen. Die abgebildeten Gebärden zur Musik machen die Theorie greifbarer.

Im nächsten, leider etwas kurz geratenen Kapitel geht es um die Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung, deren Ursache, Therapie und besonders deren Diagnostik. Da es, wie die Autorin im Fazit feststellt, noch z.T. sehr unscharf definierte Diagnosekriterien gibt, bleibt eine eindeutige Richtungsweisung leider aus. Es folgen einige mehr oder weniger kurz beschriebene Themen wie ein sehr interessantes Update zur Theorie und Therapie des Stotterns im Kinder- und Jugendalter und zum Zusammenhang zwischen Stottern und Stimmfunktion.

Die darauffolgenden Kapitel beschäftigen sich mit der Stimmbildung von Kindergarten-, Grundschulkindern und der Stimmbildung im Studium. Somit ergibt sich auch innerhalb einiger Kapitel ein Kreislauf der stimmlichen Entwicklung. Den Abschluss bilden die Porträts der Autoren und ein kleines Glossar.

Das Buch stellt eine schöne Zusammenfassung vieler komplexer Themen der Kinder- und Jugendstimme dar. Viele Kapitel sind sehr gut lesbar, andere machen neugierig und wieder andere lassen sich nur zähflüssig lesen. Was sich vielleicht eher negativ bewertend anhört, ist doch positiv gemeint. Denn so gelingt es dem Buch, eine breite Leserschaft anzusprechen und ggf. auch auf neu entdeckte Interessen neugierig zu machen und sich individuell weiterführende Literatur anzuschaffen, ganz nach Interesse des Lesers.

Kathrin Reglinski, Voerde

Tanja Grewe, Anette Baumgärtner u.a. **ESKOPA-TM – Evidenzbasierte sprachsystematische und kommunikativ-pragmatische Aphasietherapie.** 348,00 €. Göttingen: Hogrefe 2020

Barbara Schubert. **Lernen lehren. Arbeitsbuch für Lehrende in Pflege- und Gesundheitsberufen.** 240 S., 29,95 €. Göttingen: Hogrefe 2020

Gerd Schulte-Körne & Marcus Hasselhorn. **Diagnostik und Behandlung von umschriebenen Entwicklungsstörungen.** 250 S., 39,95 €. Göttingen: Hogrefe 2020

Gee Verö. **Das andere Kind in der Schule. Autismus im Klassenzimmer.** 270 S., 28,00 €. Stuttgart: Kohlhammer 2020

Ute Schräpler & Jürgen Steiner. **Systematische Fallarbeit in der Logopädie.** 160 S., 26,00 €. Stuttgart: Kohlhammer 2020

Kerstin Richter, Florian Heimann, Astrid Schmidkort & Martina Hielscher-Fastabend (Hrsg.). **Aktuelle Aspekte der Dysphagiediagnostik und Behandlung.** 176 S., 39,95 €. Bern: Lang 2020

Erich Schützendorf (Hrsg.). **Kommunikation mit Menschen mit Demenz. Worte, Gesten und Blicke, die berühren.** 170 S., 24,99 €. Heidelberg: medhochzwei 2020

Barbara Hoos de Jokisch. **Die sieben Grundelemente der Stimm- bildung.** 140 S., 39,90 €. Wiesbaden: Breitkopf & Härtel 2020

Stefanie Wigger & Eva Maria Koch. **O wie Olivia. Mut, Zuversicht und Selbstvertrauen für Kinder mit Lese-Rechtschreibschwäche.** 23 S., 23,00 €. Idstein: Schul-Kirchner 2020

Karin Birchler Hofbauer & Monika Bircher-Küchlin. **Anna und Obur. Eine Mutmach-Geschichte für schweigende Kinder.** 64 S., 8,50 €. Idstein Schul-Kirchner 2020

Antoni Lang & Margarete Saatweber. **Stimme und Atmung.** 3. überarbeitete und ergänzte Auflage, 440 S., 70,00 €. Idstein: Schul-Kirchner 2020

Laura Avemarie & Manfred Hintermair (Hrsg.). **Kinderarmut und Hörschädigung – Soziale, psychologische und pädagogische Herausforderungen.** 212 S., 42,00 €. Leimen: Median 2019

Frank Kasper. **Themenarbeiten, Bd. 1. Übungsmaterial zur Behandlung von erworbenen Sprachstörungen.** 10 Themen zu je 10-15 S., 89,00 €. Weil am Rhein: Kasper 2020

Heike Kläbers. **Sprachlos glücklich. Schlaganfall – was nun? Ein Erfahrungsbericht über 13 Jahre Begleitung eines Schlaganfallpatienten.** 47 S., 13,00 €. Rodgau: HeiKla 2020

► Diese Neuerscheinungen können als kostenlose Besprechungsexemplare schriftlich angefordert werden:

Christine Lücking
Gerichtsstraße 2a, 32756 Detmold
christine.luecking@freenet.de

Sie verpflichten zur Rezension innerhalb von zwei Monaten. Die Redaktion behält sich Kürzungen vor. Bitte geben Sie bei Zuschriften Ihre vollständige Anschrift an, um unnötige Rückfragen zu vermeiden. Wir bitten um Verständnis, dass wegen der hohen Zahl an Rezensionsanforderungen nur Zusagen beantwortet werden können.



**Sprach- und Gedächtnistraining
Eine Sammlung praxiserprobter
Übungen – Band 3: Alltag**

Jutta Strauß

257 S., 89,90 €. Köln: Prolog 2020

↳ www.prolog-shop.de

Bei dem vorliegenden Material handelt es sich um den 3. Band einer Übungsreihe für das Training von Gehirnfunktionen. Die Struktur gleicht den ersten beiden Bänden, ist aber unabhängig von diesen einzusetzen. Das Material ist in zehn Kapitel mit alltagsnahen Themen eingeteilt. Der Aufbau eines jeden Kapitels setzt sich in gleicher Weise und mit steigendem Schwierigkeitsgrad zusammen. Es gibt mündliche Übungen, Übungen zum Kurzzeitgedächtnis und verschiedene Arten von Wortspielen mit Lösungsvorschlägen.

Das Material ist ansprechend bebildert und nachvollziehbar strukturiert. Dabei sind die Seiten visuell nicht überfrachtet. Für alle Modalitäten gibt es Übungen. Diese lassen sich sowohl in Einzelsettings als auch in Gruppenstunden bearbeiten. Im Verlauf eines jeden Kapitels wird der Anspruch so hoch, dass sich die Zielgruppe dadurch verkleinert. Menschen mit Schwierigkeiten im Wortabruf oder einem undifferenzierten Wortschatz kommen schnell an ihre Grenzen.

Für diejenigen, bei denen das Training der Kognitivfunktion im Vordergrund steht, oder für Patienten mit leichten oder Rest-Aphasien bietet diese Übungssammlung jedoch abwechslungsreiche Herausforderungen.

Katrin von Basum, Emsdetten



**KUGEL: Kommunikation mit
unterstützenden Gebärden auf Basis
des Heidelberger Elterntrainings**

Dorothee von Maydell, Heike Burmeister & Anke Buschmann

180 S., 34,00 €. München: Elsevier 2020

↳ <https://shop.elsevier.de/>

Das vorliegende Buch ist als Manual für die Gestaltung entsprechender KUGEL-Gruppen (Abkürzung von „Kommunikation mit unterstützenden Gebärden – ein Eltern-Kind-Gruppenprogramm“) entwickelt worden. Daher richtet es sich an Fachleute aus den Bereichen Logopädie, Sprachtherapie, Frühförderung und Psychologie, die in der Sprachförderung kleiner entwicklungsverzögerter Kinder mit ausbleibender oder wenig Lautsprache tätig sind. Diese Fachkräfte können sich nach zuvor abgeschlossener Ausbildung im HET (Heidelberger Elterntraining) als KUGEL-TrainingsleiterInnen weiter qualifizieren.

Das Buch umfasst fünf Kapitel, beginnend mit einem Kapitel zum theoretischen und empirischen Hintergrund. Hier werden die Grundlagen zu Elternarbeit und Gebärden fachlich fundiert und mit vielen Literaturverweisen dargestellt. In Kapitel 2 findet man konzeptionelle Hinweise zu KUGEL, Kapitel 3 stellt bis dato veröffentlichte wissenschaftliche Ergebnisse der Evaluation dar (einige empirische Daten waren beim Druck im Mai 2020 noch in der Auswertungsphase). In den letzten beiden Kapiteln befinden sich die Details zum Ablauf des mehrwöchigen KUGEL-Trainings bzw. des Tagesworkshops für Eltern.

Im ganzen Buch sind Hinweise, Wichtiges & Tipps, Beispiele und in den Kapiteln 4 und 5 zudem standardisierte Sprechertexte durch grafische Hervorhebungen schnell zu finden. Farblich unterlegte Tabellen erleichtern die Lesbarkeit. Sämtliche Bögen für die Elternarbeit finden sich wie bei allen anderen HET-Büchern auch im Anhang als Kopiervorlagen und in digitaler Form auf dem Elsevier-Portal „Plus im Web“. Besonders erfreulich sind die gelungenen Gebärdenfotos für 36 Lautsprachunterstützende Gebärden, die gleichzeitig einen situativen Kontext darstellen und sowohl für DGS- als auch für GuK-Gebärden im Buch abgebildet sind. Auch TherapeutInnen ohne entsprechenden Zertifizierungskurs finden in dem Buch Anregungen für eine Einzelanleitung von Eltern hinsichtlich Lautsprachunterstützender Gebärden und weiterer kommunikativer Verhaltensweisen. Seinen eigentlichen Zweck erfüllt das Buch jedoch erst, wenn man die entsprechende KUGEL-Trainerausbildung absolviert hat. Dies ist für die o.g. Fachleute sicherlich ein Gewinn, da das Konzept sowohl durch langjährige praktische Erfahrungen im SPZ fundiert ist und gleichzeitig wissenschaftlich sehr gut entwickelt wurde.

Linda Lücke, Hamburg



Wolle, der kleine Braunbär

Elisabeth Schmitz

Kniebuch, 38 S., 16,50 € + 2,20 € Versand
Kiel: Braunbär-Verlag E. Schmitz 2020

↳ www.sprachbildung-foerderung.de

Die Mitmachbücher um „Wolle, den kleinen Braunbären“ sind seit Jahren fester Bestandteil der alltagsintegrierten Sprachförderung in Kindergärten und logopädischen Praxen. Von den beliebten, leider vergriffenen sechs Büchern hat die Autorin jetzt den ersten Band in einer neu gestalteten Form und mit vielen zusätzlichen Angeboten als Kniebuch herausgebracht.

Das Kniebuch bietet eine einfache Lösung, auch in Zeiten der Pandemie „mit Abstand“ die Sprachentwicklung der Kinder ganzheitlich zu unterstützen. Es lässt sich auf die Knie, auf den Tisch oder Boden stellen, sodass die Hände frei bleiben. Die Kinder haben gute Sicht auf die großflächigen Illustrationen, während die TherapeutIn, ErzieherIn oder Eltern den Text auf der Rückseite vorlesen können und Anregungen zur Sprach- und Bewegungsförderung finden.

Das Buch folgt einem ganzheitlichen Sprachbildungskonzept für Kinder von 2 bis 6 Jahren und ist primär darauf ausgerichtet, sie beim Erwerb sprachlicher Kompetenzen zu unterstützen. Das betrifft sowohl Kinder, die zwar einsprachig Deutsch aufwachsen, jedoch Defizite in einzelnen Kompetenzbereichen aufweisen, als auch die wachsende Zahl von Kindern nicht deutscher Erstsprache.

Im Vordergrund des Mitmachbuches stehen die liebevoll gestalteten Bilder, die die Kinder zum sprachlichen Austausch anregen und die visuelle Differenzierungsfähigkeit schulen. Die Texte auf den Rückseiten gliedern sich in einen Basis- und einen erweiterten Text, jeweils mit passenden Bewegungsanregungen. Der Basistext zeichnet sich durch einfache grammatische Strukturen und einen begrenzten Wortbestand aus. Er richtet sich an die unter 3-jährigen und Kinder, die besondere sprachliche Förderung benötigen. Der umfangreiche erweiterte Text richtet sich an 4- bis 6-Jährige.

Fazit: Ein bärenstarkes Buch für alle, die Kinder ab 2 Jahren an Sprache und Sprechen heranführen möchten, dem hoffentlich die Neuauflage weiterer Wolle-Bücher folgen möge.

Christine Lücking, Detmold

ZEITSCHRIFTENLESE

Sprache · Stimme · Gehör 3/2020

- Spreer, M. & Wahl, M.: **Unterstützte Kommunikation – individualisiertes, multimodales Realisieren von Kommunikation**, 134-138
- Nonn, N.: **Kooperative, kompetenzorientierte und spezifische Diagnostik in Unterstützter Kommunikation: soziale Partizipation von Anfang an im Blick**, 139-144
- Giel, B. & Liehs, A.: **Versorgung mit Unterstützter Kommunikation – Perspektive der Sprachtherapie**, 145-149
- Lingk, L. & Boenisch, J.: **Kommunikative Kompetenz bei Mehrsprachigkeit und komplexer Kommunikationsbeeinträchtigung ermöglichen**, 150-155
- Püschel, L.: **Genuserwerb im Deutschen bei sukzessiv bilingualen Kindern**, 157-159
- Rennecke, L., Melzer, J., Ronniger, P. & Petermann, F.: **Wahrgenommene Belastung von Müttern sprachentwicklungsgestörter Kinder**, 160-166
- ↳ www.thieme.de/fz/ssg

Logos 3/2020

- Zimmermann, F. & Marotzki, U.: **Handlungskompetenz in der praktischen Logopädieausbildung: Eine qualitative Studie zur Entwicklung beruflicher Handlungskompetenz nach dem Kompetenzprofil für Logopädie aus der Sicht von LehrlogopädInnen**, 164-175
- Bilda, K., Dörr, F., Tschuschke, B. & Urban, K.: **Digitale logopädische Therapie: Ergebnisse einer Befragung zum aktuellen Ist-Stand aus der Sicht von LogopädInnen**, 175-183
- Jaecks, P., Johannsen, K., von Lehmden, F. & Jonas, K.: **Zukunftskonzept Digitalisierung: Fünf Forderungen für die digitale Sprachtherapie**, 184-188
- Kiese-Himmel, C.: **Gibt es die neue Mündlichkeit?**, 189-191
- Wendlandt, W.: **Bühnenzauber – Stotterwunder?**, 192-201
- Scharff Rethfeldt, W. & D. Wolf, K.D.: **Evidenzbasierte Praxis in der Weiterbildung etablieren: Entwicklung des deutschsprachigen Online Logopädie Journal Clubs**, 202-208
- ↳ www.logos-fachzeitschrift.de

Sprachförderung und Sprachtherapie 3/2020

- Friede, S.: **Aphasie bei Kindern und Jugendlichen – Definition, Charakteristik, Diagnostik, Verlauf und Konsequenzen für Schule und Alltag**, 138-149
- Guy Spencer, P.G.: **ISKA – ein Intensivsprachtraining für Kinder mit Aphasie: Therapie-setting, Durchführung und Material**, 150-156
- Hielscher-Fastabend, M., Richter, K., Bauhaus, L., Bauer, A., Sepko, M., Vossloh, J. & Zettl, S.:

Zur Diagnostik der Aphasie im Kindesalter, 157-163

- Hennig, B.: **Pro-aktive Strategien und Unterstützte Kommunikation in der Therapie und Förderung von Kindern und Jugendlichen mit neurodegenerativen Erkrankungen**, 164-170
- Hofmann, J.: **Kindliche Aphasie im pädagogischen Alltag**, 171-178
- Büttner-Kunert, J.: **Sprachtherapie in der Neuropädiatrie: Pragmatische Störungen nach Schädelhirntrauma (SHT) im Kindes- und Jugendalter**, 179-188
- Schölderle, T. & Haas, E.: **Diagnostik und Therapie kindlicher Dysarthrien**, 189-194
- Streckler, K.: **Sprachtherapeutische Gruppentherapie in der Stiftung ICP München für Kinder mit einer Mehrfachbehinderung**, 195-203
- Rother, A.: **Therapie von Kindern mit Aphasien: Wie Logopädinnen und Logopäden Kinder mit Aphasie behandeln: eine internationale Exploration**, 204
- ↳ www.verlag-modernes-lernen.de

logopädieschweiz 3/2020

- Scharff Rethfeldt, W.: **Logopädische Versorgung von mehrsprachigen Kindern mit Migrationshintergrund: Förderung oder Therapie?**, 4-15
- Bohnert-Kraus, M., Feil, S., Kaiser, I., Willi, A.P., Fritsche, S. & Müller, J.: **Unterscheidungsfähigkeit und Einstellung: Wie gehen Kinder mit Dialekt und Standardsprache um?**, 16-26
- Tresch, B. & Weng, I.: **Teilhabeorientierte Angehörigenarbeit als Baustein der Aphasie-therapie**, 27-31
- ↳ www.logopaedieschweiz.ch

Aphasie 2/2020

- Quinting, J., Jonas, K., Wendt, C. & Stenneken, P.: **Social cognition in cognitive-communication disorders following traumatic brain injury: a video-based assessment**, 6-18
- Rosenkranz, A.: **Die Rolle der kognitiven Kontrolle bei der Wortverarbeitung: Hinweise für die Aphasie-therapie**, 19-29
- Machleb, F. & Seyboth, M.: **The influence of errors on naming in aphasia: insights from a case-series study**, 30-46
- Ostermann, F. & Herbert König, H.: **Nichtaphasische bzw. Kognitive Kommunikationsstörung – ein sprachtherapeutischer Fallbericht und Anmerkungen eines Psychotherapeuten**, 47-57
- Mäder-Güntner, D. & Mathys, M.: **Wenn Worte fehlen – Sprachlosigkeit zum Klingen bringen**, 58-62
- ↳ www.aphasie.org

Folia Phoniatica et Logopaedica 5/2020

- Santoni, C., de Boer, G., Thaut, M. & Bressmann, T.: **Influence of voice focus adjust-**

ments on oral-nasal balance in speech and song, 351-362

- Dragičević, D., Jović, R.M., Kljajić, V., Vlaški, L. & Savović, S.: **Comparison of Voice Handicap Index in patients with esophageal and tracheoesophageal speech after total laryngectomy**, 363-369
- Fulton, N.M., Drake, K., Childes, J.M., Ziegler, A., Schindler, J.S., Gravelle, D.J. & Palmer, A.D.: **The association between paradoxical vocal fold motion and dysphonia in adolescents**, 378-388
- Vitali, C., Baldanzi, C., Crispiatico, V., Polini, F., Ammenti, P., Montesano, A. & Cattaneo, D.: **Effect of impairment-oriented and function-oriented exercises on mouth function in subjects with systemic sclerosis**, 389-401
- Englert, M., Mendoza, V., Behlau, M. & de Bodt, M.: **GALP Qualifier Scale: initial considerations to classify a voice problem**, 402-410
- ↳ www.karger.com

Neurologie & Rehabilitation 2/2020

- Hempler, I., Fichtner, U., Thielhorn, U. & Farin, E.: **Schlaganfallnachsorge in Deutschland – Ergebnisse einer Befragung zum aktuellen Ist-Zustand aus Sicht von Rehabilitanden und Angehörigen**, 86-92
- Kurfeß, C., Beushausen, U. & Grötzbach, H.: **Effekte der transkraniellen Gleichstromstimulation auf das Benennen und die Spontansprache von Aphasie-Patienten**, 93-103
- Steube, D., Klehmet, J., Mainka, S., Stahl, B., Seidl, R.O. & Henze, T.: **Fachtagung Neurologie im Zentrum für ambulante neurologische Rehabilitation Berlin**, 111-116
- ↳ www.hippocampus.de

International Journal of Health Professions (IJHP) 2020

- Lehmann, Y., Stark, S. & Ewers, M.: **Die Versorgung langzeitbeatmeter Patienten in Deutschland – Aktuelle Situation und Handlungsbedarfe aus der Sicht von Gesundheitsberufsangehörigen**, 53-65
- ↳ www.ijhp.info

Schnecke 3/2020

Titelthema: Starke Beziehungen – Wege zu einem besseren Miteinander

- Malbeck, N.: **Mutig gewinnt: Warum Beziehungen uns stark machen**, 12-13
- Gsell, A. & Gsell, E.: **„Du bist immer so unauffmerksam!“**, 16-18
- Dingler, V.: **„Das Gefühl verstanden zu werden, ist ein Grundbedürfnis“**, 20-22
- Norma Gänger, N.: **Zwischen zwei Welten – Geständnisse einer Hörgeschädigten**, 24-25
- Potthast, I. & Lindmeier, B.: **Pädagogische Begleitung gefragt: Kommunikation mit einem tauben Kleinkind**, 28-29
- ↳ www.schnecke-online.de

SchlucktherapeutInnen in Deutschland arbeiten anders

Leserbrief zu „Schluckdiagnostik und COVID-19: Plädoyer für ein Umdenken“ von Sönke Stanschus, *forum:logopädie* 5/2020, 22-28

Ich danke Sönke Stanschus für die Analyse der Studienlage. Ein Teil der aufgezählten „Artefakte“ stellen diese dysphagiologische Arbeitsweise infrage. Ich gebe dem Autor recht: Innehalten!

Wir lesen: Die TherapeutInnen bestimmen zu Beginn den Diätstatus (Management). Allerdings, wenn therapeutisch nichts passiert, sind Pneumonien Tür und Tor geöffnet. Die US-angelehnte Vorgehen hält leider auch hier schon Einzug. Klinische LinguistInnen testen, setzen den Patienten auf NPO (= nihil per os, orale Nahrungskarenz) und kommen in einigen Tagen wieder, um erneut zu testen. Die klinikeigenen ErgotherapeutInnen sind angehalten, in F.O.T.T.-Kursen zu lernen, was sie in der Zwischenzeit therapeutisch mit den PatientInnen machen können. Soll so die zukünftige Arbeitsteilung aussehen!?

Die von Stanschus angeführte 30 % Aspirationsrate (Klinik Langensteinbach) erschreckt zutiefst. Dänische Studien ermitteln eine 12 %-Rate in einem Setting mit klinischer Untersuchung bei Aufnahme und interprofessionellem Einsatz vom ersten Tag an bei Dysphagie und damit einhergehenden Störungen des fazio-oralen Trakts. Müssen wir uns wirklich nur auf die Suche nach weiteren „virtuellen Methoden“ begeben? Oder auf den Einsatz der elektronischen Pflegeroboterin Sophia warten, um individuelle „Fütterstile“ auszuschließen und die Standardisierung zu erreichen? Bevor – wie vorgeschlagen – „notgedrungen“ freies (?) Wasser angeboten oder ein Diät-„Maßgabentürchen“! geöffnet wird, wären Therapiemaßnahmen dringend geboten!

Therapie ist notwendig – vom ersten Tag an!

Ich wage die These: TherapeutInnen in Deutschland arbeiten anders! Patientenzentriert! Die Nutzung der ICF und teamübergreifende Clinical-Reasoning-Prozesse setzen sich immer mehr durch. Teamarbeit heißt eine interprofessionelle Zusammenarbeit auf Augenhöhe und nicht, dass die Schluck-„ExpertInnen“ von Montag bis Freitag 14 Uhr zuständig sind und am Wochenende das Pflegepersonal das Screening übernimmt.

Ich hoffe, für einen Großteil meiner KollegInnen zu sprechen: Wir lassen die PatientInnen nicht sieben Tage warten (wie in den USA?) – schon gar nicht auf eine klinische Schluckuntersuchung. In der Zwischenzeit hat der kontaminierte Speichel 7 x 24 Stunden Zeit, in der Lunge Schaden anzurichten – auch wenn die PatientInnen nach europäischem Standard auf einer Stroke Unit versorgt werden. Die zitierte täglich steigende Pneumonie-Wahrscheinlichkeit von 1 % erinnert in der Tat an COVID-19. Der frühe Shutdown rettete Leben. Die frühe Intervention bei unseren PatientInnen auch! Der Sprachduktus im Artikel („Maßgabentürchen“, „Fütterstile“, ...) senden mir unterschiedlichste Botschaften eines therapeutenzentrierten Herangehens. Wäre nicht klientenzentriertes Vorgehen im Sinne der ICF mit realistischen Zielsetzungen für die PatientInnen der Weg?

Screenings, v.a. mit Wasser, klinische Schluckuntersuchungen und allein diätetische Modifikationen sind zu wenig! Management allein reicht nicht! Therapie ist notwendig. Vom ersten Tag an! Akut-neurologische – und IntensivpatientInnen müssen bewegt werden (die Mobilisierung führt zur Belüftung der Lunge), die Atem-Schluck-Koordination muss erarbeitet werden. Gemeinsam mit der Aktivierung des Speichelschluckens sind das Bereiche, wo Hand anzulegen wäre!

Eine therapeutisch-strukturierte Mundhygiene ist die beste Option, eine Alltagsfunktion wie Schlucken wieder zu verbessern (das ist gleichzeitig auch Aspirationsprophylaxe). Schlucken lernt man durch Schlucken – und nicht dadurch, dass man/frau nur im Bett liegt und auf die nächste Untersuchung wartet.

Ein Problem scheint mir: die Ausgerichtetheit der deutschen „Dysphagiologie“ auf das anglo-amerikanische Vorgehen. Die zahlreichen anglo-amerikanischen Wasserschlucktests erzeugen viele falsch-positive Fälle besonders bei Neuro-Patienten, die diätetisch modifiziert essen könnten, aber eben NPO sind, weil sie im Wassertest versagen. Im deutschsprachigen Raum wurden Tests entwickelt, die mehrere Konsistenzen abprüfen. Der „Gugging Swallowing Screen“

setzt sich erst langsam und mühsam gegen die Phalanx der Wassertests durch. Der Berliner (Bolus)Schlucktest (BST, *Schultheiss et al.* 2011) wird – obwohl validiert – in Deutschland nicht diskutiert.

Ein resistenter Neglect für die Studien aus nicht anglo-amerikanischen Ländern war und ist immer noch in der Dysphagiologie zu konstatieren, leider auch in der aktualisierten S1-Leitlinie neurogene Dysphagien (trotz neuer Federführung). Auch die jahrelange Forschungsarbeit und Veröffentlichungen der TU-Arbeitsgruppe rund um den Berliner Mitbegründer der Schlucksprechstunde, Rainer O. Seidl, und seine Langzeitmessungen des Schluckverhaltens mit der Bioimpedanz (Rehalngest, *forum:Logopädie* 5/2019, 16-19) werden in den Leitlinien nicht registriert. Es ist Sönke Stanschus anzurechnen, die vielversprechenden Langzeitmessungen wahrgenommen zu haben.

USA nicht das Maß aller Dinge

Die Gesundheitssysteme in den USA und Europa sind unterschiedlich, im Versicherungssystem und den Versorgungsstrukturen. Die USA haben keine flächendeckende Reha-Versorgung, kaum Frührehabilitation. In US-Studien wird eine andere Klientel untersucht. Die Schlussfolgerungen werden dann aber trotzdem für unsere deutschen Frühreha-PatientInnen übernommen. Ein Teil der Techniken wie Mendelsohn-Manöver u.a. ist bei einem Großteil unserer Frühreha-PatientInnen nicht anwendbar, auch die vom Autor empfohlene Videofluoroskopie (VFC) in COVID-Zeiten nicht. Angesichts der eingeschränkten posturalen Kontrolle, der Bettgebundenheit vieler PatientInnen war die VFC auch in virusfreien Zeiten oft nicht praktikabel! Es gibt nur wenige Frühreha-PatientInnen, die in der Untersuchung aufrecht sitzen können, geschweige eine Tasse mit Kontrastmittel zum Mund führen und eine angepasste Menge aufnehmen können.

Es zeigen sich im Artikel unterschiedliche Einschätzungen je nachdem, ob ein Therapeut röntgenologisch oder FEES-sozialisiert ist. Dazu fällt mir ein Patient im Kostenaufbau aus Hessen ein, der erst zur VFC ging und dort umgehend auf orale Nahrungskä-

renz NPO gesetzt worden wäre. Er holte eine zweite Meinung per FEES ein. Hier wurde für die Fortsetzung des oralen Kostaaufbaus plädiert, der dann ohne Komplikationen erfolgreich beendet wurde.

Als FEES-Sozialisierte sehe ich die Stabilisierung des Endoskops mit Finger an der Nase nicht als Festhalten, Beeinträchtigung spontaner Kopfbewegungen. Sie stellt ein notwendiges Punktum stabile her, damit das eingeführte Endoskop im Naso-Pharynx-Bereich zielgerichteter geführt werden kann, sich nicht unkontrollierbar bewegen und keine Missempfindungen hervorrufen kann. Im Gegensatz zum Autor überrascht mich überhaupt nicht, dass klinische SchlucktherapeutInnen Hyoid und andere Strukturen sicher palpieren können (Brates 2019). Über die Jahrzehnte haben einige tausend KollegInnen in Hands-on-Kursen wie F.O.T.T. oder Manueller Schlucktherapie gelernt, zu palpieren und mit ihren Händen zu arbeiten. Sie lernen darüber hinaus auch das Clinical-Reasoning. Und ja, das profan anmutende „Auszählen“ der Schluckfrequenz als Verlaufparameter und die daraus entstehende Analyse und Behandlungsplanung gehören dazu.

Die PatientInnen müssen lernen, fazio-orale Funktionen zu koordinieren: Husten, Expektorat auszuspuken, nachzuschlucken, den Mund abzuwischen, wieder Essen und Trinken, und die Zähne zu putzen. Das ist ein komplexes Aufgabenfeld.

Lernen „know the normal“

Statt uns auf die Suche nach weiteren virtuellen Methoden zu begeben, stelle ich ein Lernen „know the normal“ zur Diskussion. Eine 24 Stunden-Analyse des Auftretens und koordinierten Wechsels der fazio-oralen Funktionen. Wann treten im Alltag Schluckreaktionen, Wechsel des Atemrhythmus, die meist via Schlucken erfolgen auf? Das hilft u.U. besser weiter als das Vorliegen von Originalaufnahmen (?) und Bild-zu-Bild-Analysen, für die im heutigen profitorientierten Klinikalltag sowieso keine Zeit mehr ist und m.E. vor allem in der Ausbildungsphase notwendig sind.

Die fazio-orale Funktionen, Atmen, Schlucken, Sprechen nutzt jeder Mensch im 24 Stunden-Tag, auch ÄrztInnen, TherapeutInnen, Pflegenden, BusfahrerInnen. Je besser wir das Normale kennen, umso besser können wir Abweichungen bewerten, Ziele for-

mulieren. Wir lernen feedforward-gerichtet zu erkennen, ob und wann eine Schluckreaktion beim Patienten auftreten könnte und diese zeitgerecht und lösungsorientiert zu modifizieren. Last but not least: Von pflegenden Angehörigen können wir immer wieder lernen, dass GMV (gesunder Menschenverstand) auch weiterhilft.

Ricki Nusser-Müller-Busch, Berlin

Schreiben Sie uns doch, was Ihnen gefallen hat, worüber Sie sich geärgert haben oder was Ihnen unklar geblieben ist. Aber fassen Sie sich bitte kurz und vermeiden Sie die persönliche Anrede. Kürzungen müssen wir uns vorbehalten. Leserbriefe geben ausschließlich die Meinung der VerfasserInnen wieder. Weitere Möglichkeiten zur Diskussion bietet unser Mitgliederportal

↳ wir.dbl-ev.de

Fachpublikationen | Arbeitsmaterialien | Fachzeitschriften



Studien in der Klinischen Dysphagiologie II

Andrea Hofmayer, Petra Pluschinski, Agathe Wasilesku,
1. Auflage 2011, kartoniert: ISBN 978-3-8248-0853-3,
188 Seiten, EUR 34,00 [D]

Strukturierte Praxis und Forschung in der klinischen Dysphagiologie

Andrea Hofmayer, Sönke Stanschus,
1. Auflage 2011, kartoniert: ISBN 978-3-8248-0850-2,
86 Seiten, EUR 22,00 [D]



Tel.: +49 6126 9320-13 | Fax: +49 6126 9320-50
bestellung@schulz-kirchner.de | www.skvshop.de
Lieferung versandkostenfrei innerhalb Deutschlands



Schulz-
Kirchner
Verlag

STELLEN- MARKT



Pädagogisch-Therapeutisches Förderzentrum (PTZ) gGmbH

Wir sind eine soziale Einrichtung in Einbeck mit ca. 140 Mitarbeitenden. Insbesondere behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche werden von uns ambulant und teilstationär gefördert und betreut. Dazu unterhalten wir eine Frühförderung, einen Heilpädagogischen Kindergarten, einen Sprachheilkindergarten, die staatlich anerkannte Tagesbildungsstätte –Ilmeschule–, das Ambulant Betreute Wohnen sowie mehrere therapeutische Praxen.

Für unsere **Praxis für Logopädie** suchen wir **spätestens zum 15.08.2021**, aufgrund des altersbedingten Ausscheidens der derzeitigen Stelleninhaberin, eine/einen

Logopädin/Logopäden (m/w/d)
oder

Sprachtherapeutin/Sprachtherapeuten (m/w/d)
als Praxisleitung

in Voll- oder Teilzeitbeschäftigung (mindestens 32 Wochenstunden).

Vorausgesetzt werden insbesondere auch Kenntnisse in der Therapie von Kindern und Jugendlichen sowie die Fähigkeit zur konstruktiven, interdisziplinären Zusammenarbeit. Wirtschaftliches Denken, persönliches Engagement, Loyalität sowie Fach- und Führungskompetenz sind unabdingbare Voraussetzungen für die Position. Leitungserfahrung ist von Vorteil. Die administrativen Vorgänge werden weitgehend von der Verwaltung unseres Förderzentrums abgewickelt.

In einem kleinen, motivierten Team bieten wir Ihnen einen Arbeitsplatz bei besten räumlichen Bedingungen, der selbstständiges Arbeiten ermöglicht und erfordert. Wir bieten eine angemessene Vergütung auf individualvertraglicher Grundlage, eine betriebliche Altersversorgung (VBLU) sowie die Möglichkeit zur Teilnahme an Fortbildungen.

Ihre aussagekräftige Bewerbung mit den üblichen Unterlagen richten Sie bitte an:

Pädagogisch-Therapeutisches Förderzentrum (PTZ) gGmbH
Geschäftsführer Rüdiger Ernsting
Fröbelstraße 1, 37574 Einbeck

Für telefonische Rückfragen stehen wir Ihnen gern unter der Tel.-Nr. 05561/9493-13 zur Verfügung.

Weitere Stellenangebote finden Sie unter:
www.ptz-einbeck.de

Aus Altersgründen verkaufe ich meine Logopädische Praxis in 91710 Gunzenhausen zum 30.11. 2020 oder 01.01.2021 zu ausgesprochen günstigen Konditionen.

Bei Interesse bitte melden unter:
willer.logopaedie@t-online.de oder 09871-1250

V-1

Eine sichere und interessante Existenz gründen?

Etablierte Praxengemeinschaft (Ergotherapie und Logopädie) in Düsseldorf, in sehr guter Lage, aus persönlichen Gründen zu verkaufen. Klein, stark, flexibel und verknüpft – dies hat sich vor allem in der letzten Zeit bewährt.

Zuschriften bitte unter Chiffre FL20-601-AP an den Verlag.

V-2

Praxisnachfolge im Großraum Flughafen München gesucht

Für meine sehr gut etablierte Praxis suche ich ab 01.01.2021 eine*n Berufskolleg*in aus dem Bereich Sprachheilpädagogik/Logopädie mit eigener Kassenzulassung und Mut zur Selbstständigkeit als Nachfolger*in.

E-Mail: post@sprachheilpaedagogik-diemer.de

V-3

Etablierte logopädische Praxis in guter Lage im südlichen Ruhrgebiet (PLZ 45...) zu verkaufen.

Langjährige Kontakte zu allen Ärzten im Einzugsbereich. Zwei Therapieräume, Büro und Wartebereich, umfangreiches Therapie- und Diagnostikmaterial sowie Fachliteratur.

Zuschriften bitte unter Chiffre LM20-602-BA an den Verlag.

V-4

Für unsere private **Berufsfachschule für Logopädie in München** suchen wir einen **Lehrlogopäden (w/m/d)** in VZ für die fachpraktische Ausbildung (Ausbildungssupervision) der Schülerinnen und Schüler am Patienten sowie für den logopädischen Fachunterricht.

Nähere Infos unter:
[www.doefer-muenchen.de/
stellenangebote/karriere](http://www.doefer-muenchen.de/stellenangebote/karriere)



Zur Verstärkung unseres Teams suchen wir ab 01.01.2021

eine/n Logopädin/-en

in Vollzeit oder Teilzeit.

Ihre Aufgaben:

- Behandlung aller gängigen Störungsbilder
- Therapien in der Praxis und als Hausbesuch

Voraussetzungen:

- Abgeschlossene Berufsausbildung zur/zum staatlich anerkannten Logopädin/-en
- Berufserfahrung wünschenswert, aber auch sehr gerne Berufsanfänger
- Führerschein Klasse B

Wir bieten:

- Leistungsgerechte Bezahlung
- Angenehmes und abwechslungsreiches Arbeitsumfeld
- Selbstständiges Arbeiten
- Eigener Therapieraum
- Eigenes Dienstfahrzeug für Hausbesuche
- Fortbildungszuschuss

Fühlen Sie sich angesprochen???

Dann schicken Sie Ihre schriftliche Bewerbung an:

Praxis für Logopädie Christine Lind B.A.

Dr. Kausch-Str. 1 | 67251 Freinsheim
Tel.: 06353/989480 | E-Mail: logo-lind@web.de

6-1

: IMPRESSUM

forum:logopädie

Heft 6 · November 2020 | 34. Jahrgang
ISSN 0932-0547 · 12205

HERAUSGEBER

Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl)
Bundesgeschäftsstelle
Augustinusstr. 11 a · 50226 Frechen

Information und Beratung

Tel 0 22 34 379 53-0 · Fax 0 22 34 379 53-13
E-Mail info@dbl-ev.de · Internet www.dbl-ev.de

REDAKTION

Schriftleitung

Michael Wilhelm

Glockenblumenweg 15 · 21360 Vögelzen

Tel 0151 23 06 54 52

E-Mail redaktion@dbl-ev.de

Beruf und Verband

Margarete Feit · dbl-Pressereferat

Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl)

E-Mail feit@dbl-ev.de

Redaktionelle Zusendungen bitte an den Schriftleiter. Es gelten die Autorenrichtlinien des Verlages. Namentlich gekennzeichnete Beiträge entsprechen nicht unbedingt der Meinung der Redaktion.

ANZEIGEN

Schulz-Kirchner Verlag · Laura Schönborn

Tel 0 61 26 93 20 -26 · Fax 0 61 26 93 20 -50

E-Mail anzeigen@schulz-kirchner.de

Es gilt Anzeigenpreisliste Nr. 28

TERMINE

| Redaktionschluss | Anzeigenabschluss | Erscheinungstermin |
|------------------|-------------------|--------------------|
| 1. Jan. | 1. Feb. | 1. März |
| 1. März | 1. April | 1. Mai |
| 1. Mai | 1. Juni | 1. Juli |
| 1. Juli | 1. August | 1. Sep. |
| 1. Sep. | 1. Okt. | 1. Nov. |
| 1. Nov. | 1. Dez. | 1. Jan. |

Für dbl-Mitglieder und Abonnenten ist der Download bereits zwei Wochen vor Erscheinen möglich.

Fortbildungskalender

1. Halbjahr: Novemberausgabe
2. Halbjahr: Maiausgabe

Leserbriefe

Leserbriefe werden bis 14 Tage nach Redaktionsschluss angenommen.

VERLAG

Schulz-Kirchner Verlag GmbH

Mollweg 2 · 65510 Idstein

Tel 0 61 26 93 20 -0 · Fax 0 61 26 93 20 -50

E-Mail info@schulz-kirchner.de

Internet www.skvshop.de

Vertretungsberechtigte Geschäftsführer:

Dr. Ullrich Schulz-Kirchner,

Martina Schulz-Kirchner

Die Verlagsanschrift ist zugleich auch ladungsfähige Anschrift für die im Impressum genannten Verantwortlichen und Vertretungsberechtigten.

KUNDENSERVICE

Schulz-Kirchner Verlag · Norina Dietzel-Fritsch

Tel 0 61 26 93 20 -11 · Fax 0 61 26 93 20 -50

E-Mail adressen@schulz-kirchner.de

Adressänderungen und Bestellungen (jeweils nur für Bezieher, die kein dbl-Mitglied sind) dem Verlag übermitteln. Bei nicht rechtzeitig mitgeteilter Adressänderung besteht kein Anspruch auf kostenlose Nachlieferung. Nachsendeanträge bei der Post gelten nicht für Zeitschriften!

BEZUGSPREISE 2021

| Jahresabonnement (Versandkosten [D] enthalten) | |
|--|-------------|
| Privat (print) | 72,00 € |
| Privat (digital) | 57,00 € |
| Schüler-/Studenten (print) | 49,50 € |
| Schüler-/Studenten (digital) | 42,00 € |
| Institutionen (FH/Universität/Allg. Bibliotheken), Kliniken (Lizenz – print) | ab 114,00 € |
| Institutionen (FH/Universität/Allg. Bibliotheken), Kliniken (Lizenz* – nur digital) | ab 101,00 € |

Halbjahresabonnement

3 Ausgaben (print) 46,50 €

Probeabonnement

2 Ausgaben (print) 29,00 €

Einzelheft

print oder digital 18,00 €

unverbindliche Preisempfehlung, Preise gültig bis 31.12.2021, innerhalb Deutschland inkl. Versandkosten; zzgl. 21,00 € Versandkosten (für 6 Ausgaben) bei Auslandsversand

* Bitte nehmen Sie für einen Lizenzvertrag Kontakt mit dem Schulz-Kirchner Verlag auf: info@schulz-kirchner.de
Für dbl-Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten.

KÜNDIGUNG

Jahresabonnement Mindestbezug 6 Ausgaben in Folge. Das Abonnement verlängert sich automatisch um weitere 6 Ausgaben, wenn die Kündigung dem Verlag nicht in Textform mit einer Frist von 3 Monaten vor Ablauf des Bezugszeitraums vorliegt. Der Bezugszeitraum endet am Monatsletzten des jeweiligen Monats, in dem das Heft erscheint.

Halbjahresabonnement Mindestbezug 3 Ausgaben in Folge. Das Abonnement verlängert sich automatisch um weitere 3 Ausgaben, wenn die Kündigung dem Verlag nicht in Textform mit einer Frist von 3 Monaten vor Ablauf des Bezugszeitraums vorliegt. Der Bezugszeitraum endet am Monatsletzten des jeweiligen Monats, in dem das Heft erscheint.

Probeabonnement Bezug 2 Ausgaben in Folge. Das Abonnement verlängert sich nicht automatisch. Eine Änderung auf ein Jahresabonnement muss dem Verlag schriftlich mitgeteilt werden.

Schüler- und Studentenabonnement nur für die Dauer der Ausbildung/des Studiums und gegen Vorlage einer Bescheinigung! Das Abonnement geht nach der Ausbildung/dem Studium automatisch in ein Jahresabonnement Privat über.

Bitte beachten Sie auch unsere AGB und das Widerrufsrecht unter <https://www.skvshop.de/de/agb/index.pmode>

: VORSCHAU

Für die kommende Ausgabe sind u.a. folgende Themen geplant:

Erfassung **multimodaler Kommunikation bei Aphasie** mit dem Szenario-Test – Möglichkeiten der klinischen Anwendung

Interprofessionelle Zusammenarbeit im Akuthaus am Beispiel Stroke Unit

QoL-AD self – ein validiertes Testinstrument zur Selbsteinschätzung der **Lebensqualität bei Menschen mit Alzheimer-Demenz**

Der Polterkompass – ein Instrument zur **Ersterfassung von Poltern** bei Kindern zwischen 5 und 12 Jahren

BANKVERBINDUNGEN

vr bank Untertaunus eG

IBAN DE69 5109 1700 0014 2900 01 · BIC VRBUDE51

GESCHÄFTSBEDINGUNGEN

Für eingesandte Artikel, Fotos, Zeichnungen etc. kann keine Haftung übernommen werden.

Die Einsender erklären sich mit der Bearbeitung ihrer Manuskripte einverstanden. Eine Haftung der Autoren, des Herausgebers und seiner Beauftragten bzw. des Verlages für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ist ausgeschlossen. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit schriftlicher Genehmigung der Schulz-Kirchner Verlag GmbH. Nachdruck, Übersetzungen, Aufnahme in Onlinedienste, Internet und Intranet sowie Vervielfältigung auf Datenträger wie CD-ROM, DVD-ROM etc. bei vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlages gegen Entgelt möglich.

Gestaltung www.dieruth.de

Titel Floer Design, Foto: iStock/Drazen_

Rubrikenbilder S. 6, 44, 60, 64: dbl/Jan Tepass

Druckauflage 14.800 Exemplare

Druck TZ-Verlag & Print GmbH

Bruchwiesenweg 19 · 64380 Roßdorf

Printed in Germany · Gedruckt auf Papier aus nachhaltiger Forstwirtschaft

Indiziert in CINAHL Plus, EBSCO, EMBASE, ZPID

Beilagenhinweis

Einer Teilausgabe liegt die dbl-SERVICE-BEILAGE 1. Halbjahr 2021 bei.

Der Gesamtauflage liegt ein Flyer der Thieme Verlag KG, Stuttgart, bei.

► Liebe Leserinnen und Leser,

aufgrund gestiegener Versand- und Allgemeinkosten kommen wir leider nicht umhin, die Bezugspreise für unsere Fachzeitschrift mit Wirkung zum 1. Januar 2021 moderat anzupassen. Vielen Dank für Ihr Verständnis.
Ihr Schulz-Kirchner Verlag, Idstein

TROLLI-Hefte

www.trialogo.de

Vielseitige Ideen

Mit ihrer unterhaltsamen Mischung sind unsere neuen Hefte die idealen Begleiter für die Förderung des Grammatikerwerbs: Nach Schwierigkeit abgestuft behandeln sie die wichtigsten Themen, Fälle und Formen auf spielerische Weise!

12 Grammatik-Hefte



Akkusativ (3 Hefte)

Dativ (3 Hefte)

Präpositionen (3 Hefte)

Artikel • Plural • Satzbau

Paketpreis (12 Hefte):

72,00 €

Einzelpreis: 6,60 €. Preise inkl. 16% Mehrwertsteuer.
Versandkosten Deutschland: ab 30 € Bestellwert kostenlos, darunter 4,90 €. Versandkosten Europa: ab 75 € kostenlos, darunter 8,90 €. 3 Wochen Rückgaberecht.
Preisangaben gültig bis 31.12.2020

TRIALOGO