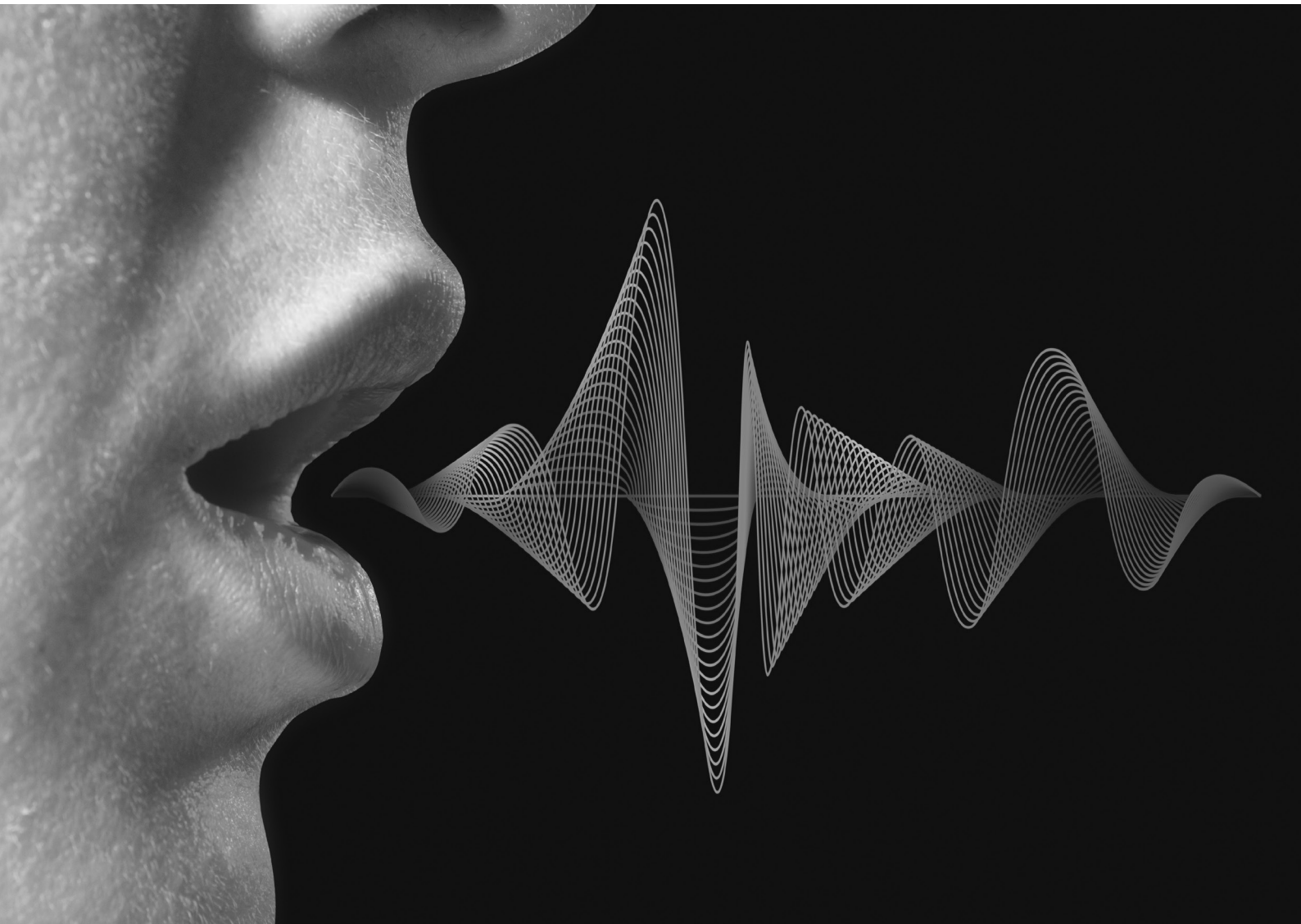
DLVAKTUELL

AUSGABE NR 2/2022

DLV
Deutschschweizer Logopädinnen- und Logopädenverband

Dysarthrie



Editorial
Die Dysarthrie in ihren Facetten

Silja Schönenberger
Redako

Liebe Leser:innen

Nach dem DLVaktuell 01/2022 im Bereich «Forschung» beleuchtet vorliegendes Heft das Thema Dysarthrie in ihren Facetten. Zum Auftakt schildert im Interview eine Angehörige, wie sie die ersten Tage und Wochen nach dem Hirnschlag ihrer Mutter erlebt hat – was für die Kommunikation einschränkend war und was geholfen hat. Der Grundlagenartikel von Anja Staiger auf Seite 4 soll zunächst theoretisches Hintergrundwissen über die Dysarthrie vermitteln und mit der Literaturliste weiterführendes Studium ermöglichen. Im folgenden Schwerpunktartikel berichten die Logopädinnen Simona Wanner und Corinne Haslebacher über die stationäre und ambulante Dysarthrietherapie bei Parkinsonpatienten. Anschliessend kommen zwei Betroffene zu Wort, welche in einem längeren Gespräch ihre Erfahrungen im Alltag und in der Logopädie reflektieren. Ihr gemeinsamer Austausch zeigt den grossen Wert der Gruppentherapie für die Krankheitsverarbeitung auf. Zum Schluss erläutert Eva Stephan im Artikel auf Seite 15 die Diagnostik und Therapie von Dysarthrie im Kindesalter.

Wir hoffen, euch damit einen umfassenden Überblick über neurologische Sprechstörungen und deren Therapie zu geben. Ich wünsche allen spannende Lektüre und einen schönen Sommer.
Silja Schönenberger, Redako

Impressum

DLV-AKTUELL	Bulletin des Deutschschweizer Logopädinnen- und Logopädenverbandes
HERAUSGEBER	DLV, Grubenstrasse 12, 8045 Zürich, T 044 350 24 84, info@logopaedie.ch, www.logopaedie.ch
REDAKTION	Endredaktion: Silja Schönenberger Redaktionelle Mitarbeit: Anika Helfer, Myriam Schnider, Sarah Stooss, Corinne Brudermann, Edith Lüscher
GESTALTUNG	Kaspar Thalmann
FOTOS / QUELLEN	Titelbild: © AdobeStock Weitere Fotos von den Verfasser:innen zur Verfügung gestellt
DRUCK	SWS Medien AG Print, Sursee
ERSCHEINUNG	viermal jährlich
AUFLAGE	2450 Exemplare
HINWEIS	Beiträge von fremden Autor:innen müssen sich nicht mit der Meinung des DLV decken. Werbebeilagen/Flyer stellen keine Empfehlungen des DLV dar.
LOB UND KRITIK	Mail an die Redaktion: info@logopaedie.ch

Vorschau

Die nächste Nummer erscheint im September 2022 zum Thema «Sprachverständnisstörungen»

Interview

Auswirkungen der Dysarthrie auf die Kommunikation

Nach einem Hirnschlag wieder zurück zur gelingenden Kommunikation in der Familie: Die Tochter einer betroffenen Frau berichtet über die Zeit nach dem Ereignis und erzählt, wie Sprachnachrichten mittels Smartphone eine entspanntere Kommunikation trotz Dysarthrie ermöglichen.

Als Sie die erste Sprachnachricht Ihrer Mutter aus dem Spital erhielten, was waren da Ihre Gedanken und Ihre Reaktion?
Ich war einerseits sehr glücklich, dass sich meine Mutter selbst gemeldet hat. Das war ein, zwei Tage nach dem Hirnschlag. Da habe ich gewusst, dass sie über dem Berg ist. Für sie jedoch hat es damit erst angefangen – sie hat begonnen zu realisieren, was passiert ist und welch langer Weg noch vor ihr liegt. Ich musste aber auch weinen, als ich die Sprachnachricht gehört habe. Ihre Stimme war immer so hell, lebendig und warm gewesen – und sie jetzt zu hören, ohne übliche Energie in ihrer Stimme… das war sehr schockierend für mich. Ich habe meine Mutter gar nicht mehr richtig erkannt.

Was fanden Sie in der ersten Zeit bezüglich der Kommunikation am herausforderndsten und wie konnten Sie am besten miteinander kommunizieren?
Ich war unsicher, wie viel ich ihr helfen soll und darf. Auch das Aushalten der Wortfindungsstörungen war schwierig. Ich wusste nicht, ob das die Müdigkeit ist oder der Schlaganfall. Soll ich sie unterstützen oder mir lieber nichts anmerken lassen?

Ich habe dann gemerkt, dass Sprachnachrichten besser als ein Telefongespräch sind: meine Mutter kann sich dann melden, wenn sie Energie und Zeit hat. Ich kann die Sprachnachrichten wieder und wieder hören, bis ich alles verstehe. Für mich war das die bessere Alternative. Wenn ich sie angerufen habe, wusste ich nie, ob sie gerade sprechen mag oder in welcher Tagesform sie aktuell ist.

Welche Fortschritte hat Ihre Mutter gemacht?
Wenn ich meine Mutter nicht kennen würde, würde ich nichts Auffälliges bemerken. Aber die Geschwindigkeit hat sich sehr verändert: sie spricht viel langsamer. Und sie konzentriert sich stark, dass sie richtig spricht. Es gibt diverse Laute, die sie noch nicht gleich gut aussprechen kann. Aber im Gegensatz zum Anfang sind es riesige Fortschritte! Je nach Tagesform spricht sie fliessender und die Stimme ist heller. Oder aber sie stockt mehr und die Stimme klingt gedämpft und niedergeschlagen. Es kommt sehr auf ihre Müdigkeit an.

Haben Sie einen Tipp für andere Angehörige in einer solchen Situation?
Eigentlich komme ich vom Fach: ich bin Fachangestellte Gesundheit und habe medizinisches Hintergrundwissen über den Hirnschlag. Dennoch – wenn man selbst in der Situation drinsteckt und persönlich betroffen ist, ist alles anders. Man ist so verunsichert und alles, was man vor dem Ereignis wusste, ist wie vergessen. Ich habe nur noch das Schlimmste gedacht und erwartet. Zu Beginn habe ich nicht geglaubt, dass es wieder besser wird. Man probiert dann halt einfach zusammen und hofft auf die gute Beziehung, die man hat. Wichtig ist, dass man miteinander spricht und ehrlich zueinander ist. Meine Mutter muss offen sagen, was für sie ok und was zu viel ist. Diese Kommunikation ist sehr wichtig.

Das Interview führte Silja Schönenberger, Redako

Grundlagen Dysarthrie

Ursachen, Erscheinungsbild und differenzialdiagnostische Aspekte

Der Beitrag vermittelt Grundlagen zu den neurologischen Ursachen der Dysarthrien. Klinische Ausprägungen werden beschrieben und Auswirkungen auf die Kommunikationsfähigkeit und Partizipation thematisiert. Die differentialdiagnostisch schwierige Abgrenzung zur Sprechapraxie schliesst den Artikel ab.

Dr. phil. Anja Staiger
wissenschaftliche Mitarbeiterin, Entwicklungsgruppe Klinische Neuropsychologie, LMU München

Definition und Häufigkeit der Dysarthrie

Der Begriff Dysarthrie (auch: Dysarthrophonie) bezeichnet eine Klasse von Sprechstörungen, die aus Schädigungen des zentralen oder peripheren Nervensystems resultieren und die Ausführung von Sprechbewegungen betreffen. Mit einer geschätzten Prävalenz von > 400/100.000 stellt die Dysarthrie die häufigste Form neurologisch bedingter Kommunikationsstörungen dar (Ziegler & Staiger, 2019).

Ätiologie und Pathogenese

Dysarthrien können als Folge verschiedener neurologischer Erkrankungen in jedem Lebensalter auftreten (Ziegler & Vogel, 2010). Zu den häufigen Ursachen im Erwachsenenalter gehören

- fokale Gewebeschädigung (z.B. Schädel-Hirn-Trauma, Schlaganfall, periphere Hirnnervenläsionen)
- neurodegenerative Erkrankungen (z.B. M. Parkinson, M. Huntington, amyotrophe Lateralsklerose, Friedreich Ataxie)
- entzündliche oder demyelinisierende Prozesse (z.B. multiple Sklerose)
- neuromuskuläre Erkrankungen (z.B. Myasthenia gravis)

Dysarthrien mit Beginn im Kindesalter sind meist durch folgende Erkrankungen bedingt (Schölderle, Haas, & Ziegler, 2019):

- Zerebralparese
- Down-Syndrom und andere genetische Syndrome
- angeborene Fehlbildungen des Gehirns

Verursachend sind Schädigungen motorischer Hirnareale, die an der Kontrolle von Sprechbewegungen beteiligt sind (Ziegler, Schölderle, Aichert, & Staiger, 2019). Dazu zählen:

- das System des 1. motor. Neurons: der primärmotorische Kortex (Gesichts-/Larynxregion) sowie die zu den motorischen Kernarealen absteigenden Nervenbahnen
- das System des 2. motor. Neurons: die motor. Kerne der Hirnnerven V, VII, IX, X und XII im Hirnstamm bzw. die für die Atmungskontrolle relevanten motor. Nerven im Rückenmark sowie die peripheren Nerven inkl. des neuromuskulären Übergangs
- die Basalganglien einschliesslich ihrer Verbindungsbahnen (motorische Basalganglienschleife)
- das Kleinhirn einschliesslich seiner Verbindungsbahnen (motorische Kleinhirnschleife)
- Schwere und persistierende Dysarthrien treten überwiegend nach bilateralen Schädigungen auf.

Klassifikation der Dysarthrien
Die Klassifikation der Dysarthrien leitet sich taxonomisch von Störungen der Gliedmassenmotorik ab und orientiert sich an den pathophysiologischen Mechanismen, die der jeweiligen Sprechbewegungsstörung vermutlich zugrunde liegen. Die einzelnen Syndrome sind durch charakteristische Symptomkonstellationen gekennzeichnet. Es besteht jedoch keine 1:1-Beziehung zwischen Dysarthriesyndrom und Pathogenese.

Traditionell werden die folgenden Formen unterschieden (Duffy, 2019; Ziegler & Vogel, 2010):

- peripher-paretische («schlaffe») Dysarthrie: z.B. bei peripheren Nervenläsionen
- zentral-paretische («spastische») Dysarthrie: z.B. bei Zerebralparese oder Schlaganfall
- ataktische Dysarthrie: bei Erkrankungen des Kleinhirns und seiner Verbindungsbahnen
- hypokinetische Dysarthrie: z.B. bei M. Parkinson, bei atypischen Parkinsonsyndromen
- hyperkinetische Dysarthrie: z.B. bei M. Huntington, bei Zerebralparese
- spasmodische Dysphonie und oromandibuläre Dystonie (als fokale Dystonien der Vokaltraktmuskulatur; häufig auch unter der hyperkinetischen Form gefasst)
- gemischte Formen: z.B. spastisch-ataktische Dysarthrie bei multipler Sklerose

Als «unilaterale Dysarthrie des 1. Motoneurons» wird eine mildere Variante der spastischen Dysarthrie, die mit einseitigen Läsionen des 1. Motoneurons einhergeht, bezeichnet.

Klinisches Erscheinungsbild
In den meisten Fällen sind bei Dysarthrien mehrere oder alle am Sprechen beteiligten Funktionen – Atmung, Stimme und Artikulation – beeinträchtigt. Die Funktionsstörungen wirken sich typischerweise auch auf die Prosodie aus (Staiger, Aichert & Schölderle, im Druck).

Störungen der Sprechatmung, z.B.:
- erhöhte Einatmungshäufigkeit, angestrengte Einatmung, Sprechen auf Restluft infolge gestörter respiratorischer Funktionen oder gestörter Ventilfunktionen (z.B. Gaumensegelinsuffizienz, unzureichender Glottisschluss)

Störungen der Sprechstimme, z.B.:
- zu leises/zu lautes Sprechen infolge eines zu geringen oder unkontrollierten Ausatemdrucks oder ineffizienter Phonationsmechanismen
- erniedrigte/erhöhte Sprechstimme, raue/behauchte/gepresste Stimmqualität bis zu Aphonie infolge einer beeinträchtigten laryngealen Tonusregulation oder Hyper-/Hypoadduktion
- unwillkürliche Änderungen von Tonhöhe/Lautstärke oder Stimmqualität infolge laryngealer/respiratorischer Dyskoordination

Störungen von Artikulation und Resonanz, z.B.:
- unpräzise/dyskoordinierte Konsonanten- und Vokalartikulation infolge von Bewegungsstörungen von Unterkiefer, Zunge, Lippen und Velum
- Hypernasalität/nasaler Luftverlust infolge einer Gaumensegelinsuffizienz

Störungen der Prosodie, z.B.:
- reduziertes/erhöhtes Artikulationstempo infolge verlangsamter/beschleunigter (hypokinetischer) Artikulationsbewegungen
- Unterbrechungen im Redefluss, z.B. infolge häufiger Einatmungen
- monotones Sprechen, z.B. infolge einer verringerten stimmlichen Modulationsfähigkeit
- silbisches Sprechen, z.B. als Kompensationsmechanismus bei ataktischer Dysarthrie

Die Beeinträchtigungen der Atem-, Stimm- und Artikulationsfunktionen beeinflussen sich gegenseitig. Beispielsweise wird der nasale Luftverlust infolge einer Gaumensegelinsuffizienz in der Regel auch eine Störung von Sprechatmung, Stimme und Artikulation nach sich ziehen.

Auswirkungen auf die Kommunikationsfähigkeit und gesellschaftliche Teilhabe
Störungen der Sprechfunktionen können sich in erheblichem Masse auf kommunikative Aktivitäten und gesellschaftliche Teilhabe auswirken:

- Personen mit Dysarthrie werden häufig nicht mehr ausreichend gut verstanden. Im Extremfall ist die Verständlichkeit vollständig aufgehoben (Yorkston, Dowden, & Beukelman, 1992).
- Die verbale Inhaltsvermittlung ist häufig mit einem erhöhten Zeitaufwand und grosser Anstrengung verbunden (Einschränkung der kommunikativen Effizienz; Yorkston & Beukelman, 1981).
- Merkmale der Sprechstörung können dazu führen, dass das Sprechen von Kommunikationspartnern als auffällig und unnatürlich empfunden wird (Klopfenstein, Bernard, & Heyman, 2020).
- Die Auffälligkeiten des Sprechens können negative Einstellungen bei Kommunikationspartnern hervorrufen (z. B. Unterstellung von kognitiver Einschränkung, Teil-

nahmslosigkeit; Schölderle, Staiger, Schumacher, & Ziegler, 2019).
- Beeinträchtigungen der Kommunikation können zu Einschränkungen der sozialen Teilhabe führen. Für viele Betroffene stellt eine Dysarthrie ein entscheidendes Hindernis im Berufs- und Privatleben dar (Walshe & Miller, 2011).

Differenzialdiagnostische Aspekte

Differenzialdiagnostisch werden Dysarthrien vor allem abgegrenzt

- zu nicht-neurogen bedingten Störungen der Respiration, Phonation und Artikulation, z.B. zu den Dysglossien als Artikulationsstörungen infolge von angeborenen Fehlbildungen oder Gewebeschädigungen
- zu Beeinträchtigungen nichtsprachlicher Bewegungen des Sprechbewegungsapparates (z.B. beim Ausführen von Mundbewegungen auf Imitiation; Staiger, Schölderle, Brendel, & Ziegler, 2017).
- zur Sprechapraxie als Störung der Planung von Sprechbewegungen

Besonders die Differenzialdiagnose gegenüber der Sprechapraxie gilt als schwierig. Im Folgenden werden die wichtigsten Abgrenzungsmerkmale beschrieben (Ziegler, Aichert, & Staiger, 2020):

- Die Sprechapraxie steht mit unilateralen Schädigungen im ventrolateralen frontalen Kortex der sprachdominanten Hemisphäre in Verbindung. Andere Läsionslokalisationen (z.B. peripheres Nervensystem, Basalganglien, Kleinhirn; s. oben) lassen einen dysarthrischen Pathomechanismus erwarten.
- Die für Sprechapraxie typischen phonematischen Fehler (z.B. Substitutionen) zählen nicht zum Symptomkomplex der Dysarthrien.
- Das Fehlermuster bei Dysarthrien ist im Vergleich zur Sprechapraxie sehr viel konstanter und konsistenter.
- Anders als bei der Sprechapraxie lässt sich Such- und Korrekturverhalten bei Dysarthrien typischerweise nicht oder nur sehr eingeschränkt beobachten.
- Dysarthrien sind häufig durch eine globale Verlangsamung des Artikulationstempos charakterisiert. Übermässige Dehnungen einzelner Laute und Lautübergänge (lokal), wie sie typisch für die Sprechapraxie sind, sind für die Dysarthrie nicht kennzeichnend.

Anja Staiger

Link zum Literaturverzeichnis:
www.logopaedie.ch

Good-Practice bei Autismus – Gelingende Förderung und Begleitung in der Schweiz

Tagung am 9. September 2022

Neben Referaten zum aktuellen wissenschaftlichen Stand werden Praxisbeispiele präsentiert und diskutiert.

Weitere Informationen und Anmeldung unter:
hfh.ch/tagung-autismus-schweiz

HfH Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik

Schaffhauserstrasse 239
CH-8057 Zürich
www.hfh.ch

Stationäre und ambulante Logopädie

Dysarthrietherapie bei Morbus Parkinson

Für die Therapie bei Morbus Parkinson gibt es verschiedene Methoden. Je nach Krankheitsverlauf, Möglichkeiten der Patientin oder des Patienten, Weiterbildung und Vorlieben der Therapeutin arbeiten wir alle individuell und zielgerichtet. Zwei Logopädinnen geben Einblick in die stationäre und ambulante Arbeit.

Corinne Haslebacher
dipl. Logopädin, zertifizierte LSVT Loud Therapeutin,
Praxis für Logopädie Aarberg, www.praxislogopaedie.ch

Simona Wanner
dipl. Logopädin, Klinik Bethesda Tschugg

Das Parkinsonsyndrom ist eine häufig vorkommende neurodegenerative Erkrankung. In der Schweiz leben mehr als 15000 Betroffene. Meist besteht ein idiopathisches Parkinsonsyndrom (d.h. Morbus Parkinson), selten handelt es sich um atypische Formen. Morbus Parkinson liegt eine progrediente Schädigung von Hirnnervenzellen zugrunde, vor allem von dopaminproduzierenden. Es kommt zum Dopaminmangel, welcher zu motorischen Störungen führt. Daher betreffen die Kardinalsymptome, wie Bradykinese, Rigor, Ruhetremor und posturale Instabilität allesamt die Motorik. Die Ausprägung ist stets individuell, hinzu kommen oft nichtmotorische Symptome (Parkinson Schweiz, 2022).

Beim Grossteil der Betroffenen tritt eine Veränderung des Sprechens und der Stimme auf. Die Stimme kann leiser, das Sprechen monotoner werden. Die Sprechbewegungen wie auch die Mimik verlieren oft an Amplitude. Bei Morbus Parkinson bezeichnet man diese Veränderungen der Sprechstimme als rigid-hypokinetische Dysarthrie. Diese spricht, im Gegensatz zu anderen motorischen Symptomen, nicht auf eine medikamentöse Behandlung mittels Dopaminsubstitution an. Die logopädische Therapie gilt daher als empfohlener Behandlungsstandard der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Ständige Kommission Leitlinien (2016).

Die klassische Dysarthrietherapie umfasst Inhalte aus den Bereichen Respiration, Phonation, Artikulation, Resonanz und Prosodie. Innerhalb dieser Bereiche kann jeweils physiologisch oder funktionell gearbeitet werden. Nach ICF sind Aktivität und Partizipation der Betroffenen ausschlaggebend, um den momentanen

Therapieschwerpunkt zu setzen. In der Funktion müssen die parkinsontypischen Symptome bei der Behandlung der hypokinetischen Dysarthrie leitend sein.

Klinik

Eine rein ambulante Behandlung von Morbus Parkinson ist wegen häufiger Symptomschwankungen schwierig. Bei komplexer Symptomatik und anhaltender Zustandsverschlechterung werden Betroffene daher oft zu einer mehrwöchigen stationären Behandlung in einer spezialisierten Klinik angemeldet. Obwohl fast nie die logopädische Diagnose der Dysarthrie Grund für einen stationären Aufenthalt ist, wird diese bei der Mehrheit der Patient:innen in unterschiedlichen Schweregraden festgestellt. Die Logopädie ist auch deswegen fester Bestandteil des interdisziplinären Behandlungsteams. Die enge Zusammenarbeit mit Ärzteschaft, Pflegenden, Physio- und Ergotherapie, Neuropsychologie, Sozial- und Ernährungsberatung ist in einer Klinik üblich und essenziell.

Von Screening bis Intensivbehandlung

Bei allen Neueintritten findet ein logopädisches Screening statt. Zeigt sich eine Dysarthrie, wird gemeinsam entschieden, ob Logopädie während des Aufenthalts indiziert ist und zum übergeordneten Behandlungsziel beitragen kann. Einige besuchen somit «nur» ein Gruppenangebot, bei schwerer Dysarthrie findet die Therapie täglich statt. Bei beginnender Symptomatik bietet sich eine symptomspezifische Beratung an (bspw. Abbau der Heiserkeit mithilfe von LaxVox®). Bei manifester Dysarthrie kommen neben dem später vorgestellten LSVT Loud weitere Methoden zum Einsatz. Grundsätzlich eignen sich Ansätze aus der klassischen Dysarthrietherapie, die an parkinsontypischen Schlüsselsymptomen ansetzen. Gewählte Methoden sollten sich bei Morbus Parkinson auf die eigene Anstrengung, die Justierung der Selbstwahrnehmung und den Transfer konzentrieren. Für die Therapie sinnvoll ist das Festlegen eines bestimmten Fokus. Liegt der Fokus auf der Stimme, sind die Strategien «laut» oder «tief» üblich. Beim Fokus Tempo werden z. B. rhythmisches Sprechen geübt oder Hilfsmittel wie das Metronom oder Pacing Board eingesetzt. Diese bieten auditive, visuelle und taktile Orientierung. Beim Fokus Prosodie bietet sich als Beispiel das bewusste Betonen von «T» an, wodurch ein Abspannen und als Folge eine natürliche Temporeduktion provoziert wird (Brockmeier, B., 2020). Bei allen Schwerpunkten kann die Anforderung der Übungen hierarchisch gesteigert werden. Während initial die Arbeit auf Wort- oder Satzebene sinnvoll sein kann, sollte stets die sichere Umsetzung im Alltag das übergeordnete Ziel sein.

Stationäre Vorteile

Ein klarer Vorteil ist die Möglichkeit, mehrmals wöchentlich mit wenig organisatorischem Aufwand an der Sprechstimme zu arbeiten. Dank dem interdisziplinären Angebot kann zudem die Behandlung von physiologischen Symptomen wie Verspannungen im Hals- und Nackenbereich oder Atemproblemen an die Physiotherapie übergeben werden. Weiter ist die Überprüfung von Therapiezielen, die den effizienten Transfer in den Alltag betreffen, durch das Feedback des Behandlungsteams einfacher. Stationär kann zudem Gruppentherapie angeboten werden. Die Gruppe bietet Raum für Aufklärung und Austausch über individuelle Sprechprobleme und den persönlichen Umgang damit. Zudem kann das Gruppensetting ein Übungsfeld für den Transfer eingeübter Strategien, z.B. Pacing Board, und dem Kennenlernen weiterer Hilfsmittel wie z. B. dem Stimmverstärker dienen.

Praxis

Betroffene von Morbus Parkinson unterscheiden sich alle hinsichtlich Krankheitsverlauf, Lebensgeschichte und Lebensumständen. Somit gleicht auch keine Therapie der anderen. Um die Logopädie bedeutsam zu gestalten, ist es wichtig, für die jeweilige Person interessante Inhalte zu finden und die Motivation hochzuhalten. Die Methodenwahl hängt von den Symptomen und den organisatorischen Möglichkeiten ab.

Regelmässige Therapie über einen längeren Behandlungszeitraum

Herr M. ist ein 71-jähriger Parkinsonbetroffener, welcher die Erstdiagnose vor sieben Jahren erhielt. Er wird medikamentös behandelt und ist noch selbstständig unterwegs. Er fährt Auto, geht regelmässig spazieren und in die Physiotherapie, arbeitet gerne in seiner Werkstatt, am Computer oder im Garten. Er und seine Frau sind in ein gutes soziales Umfeld eingebettet. Durch die Erkrankung ist er jedoch massiv eingeschränkt in der Schnelligkeit der Bewegungen (Bradykinese), der kognitiven Flexibilität oder dem Anpassen von Gewohnheiten (exekutive Funktionen). Seit zwei Jahren kommt Herr M. regelmässig alle zwei Wochen in die Logopädie.

Die Therapie beginnt jeweils auf der Liege. Durch manuelle Behandlung (MST, cranio- fasziale Arbeit) wird ein muskulärer Eutonus angestrebt. Diese Basis dient der Arbeit an der Respiration und Phonation. Auf physiologischer Ebene trainiert Herr M. mit LaxVox®. Funktionell werden Übungen nach der Methode der atemrhythmisch angepassten Phonation (AAP) durchgeführt, wobei der Fokus auf der Lautstärke liegt. Im Anschluss wird die Artikulation physiologisch

beispielsweise durch die propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF) behandelt. Zu Hause macht er spezifische Übungen mithilfe des Swiss Parkinson Apps. Funktionell arbeitet Herr M. in der Artikulation gerne mit Wortlisten, Gedichten, Reimen oder Schnabelwetzern. Die Prosodie wird anhand spontansprachlicher Äusserungen geübt.

Die Behandlung der oben genannten Bereiche kann zu einer grossen Anzahl unterschiedlicher Übungen führen. Zudem ist es verlockend, den Patient:innen stets ein in unseren Augen abwechslungsreiches, für die Betroffenen aber vielleicht sehr herausforderndes Heimprogramm zusammenzustellen.

Intensivtherapie

Im Gegensatz zum oben beschriebenen Vorgehen sind die Übungen bei der Methode Lee Silverman Voice Treatment (LSVT) deutlich eintöniger. Eine Verbesserung des Sprechens wird einzig durch die Erhöhung der Lautstärke erzielt. Artikulation, Sprechtempo oder Prosodie werden nicht explizit behandelt. Die häuslichen Übungen, welche täglich 1-2x durchgeführt werden müssen, sind stets dieselben Funktionsübungen mit einer wechselnden Übertragungsaufgabe in die Spontansprache.

Diese starren vorgeschriebenen Übungsabfolgen stimmten mich zuerst etwas kritisch. Dennoch wollte ich diese Methode mit Herrn M. ausprobieren. Bereits nach den ersten drei Tagen der Intensivtherapie mit Herrn M. war ich total überzeugt von LSVT Loud. Denn die immer gleichbleibenden Übungen sind für Patienten mit Störungen in den Exekutivfunktionen von Vorteil. Die Übungen sollen zur Gewohnheit werden und dadurch, dass sie sich nicht ständig ändern, fällt es Parkinsonpatienten einfacher, diese fokussiert durchzuführen. LSVT wird seit 25 Jahren durch Studien erforscht und stellt die erste Dysarthrietherapie mit nachgewiesener Effektivität zur Behandlung der Sprech- und Stimmstörungen bei Menschen mit Parkinson dar. Dazu wird eine entsprechende Anordnung von Ärzt:innen und die Kostengutsprache der Krankenkasse benötigt. Zudem muss sichergestellt sein, dass die Patient:innen viermal wöchentlich während der Dauer von vier Wochen in die Praxis kommen können. Da die Durchführung der häuslichen Übungen in dieser Phase sowie im Anschluss daran unumgänglich ist, muss sichergestellt sein, dass die Betroffenen damit umgehen können oder vom Umfeld entsprechende Unterstützung erhalten. Zudem bedingt die Durchführung der Methode eine in LSVT Loud zertifizierte Fachperson.

Bei Herrn M. wurden alle diese Voraussetzungen erfüllt und das Programm konnte im März 2022 gestartet werden. Die Methode LSVT Loud hat die Neukalibrierung des Patienten zum Ziel. So soll er durch intensive Übungen an der Lautstärke diese laute Stimme nicht nur im Therapieraum, sondern auch im Alltag verwenden. Die Lautstärke der wiederkehrenden Übungen wird mittels Schallpegelmessgerät gemessen, Tonhaltedauer und auch Tonumfang werden erfasst. Damit erhält der Patient ein unmittelbares Feedback und kann seine Selbstwahrnehmung überprüfen.
Bei Herrn M.s Lautstärke wurden in den ersten zwei Therapiewochen tolle Fortschritte erzielt. Diese lagen deutlich über meinen Erwartungen. Nun ging es in der zweiten Hälfte der Intensivphase darum, diese Fortschritte zu festigen und in den Alltag zu übertragen. Am Ende der vier Wochen zeigte sich in allen Übungen eine deutlich lautere Stimme. Auch im Lesen und in der Spontansprache ergaben die Messungen deutlich lautere Durchschnittswerte.

Im Alltag erhielt Herr M. bereits während der Intensivphase positive Rückmeldungen aus dem Umfeld. So haben Freunde nach einem gemeinsamen Essen gemeint, soviel habe er schon lange nicht mehr gesprochen. Ein Besucher stellte fest, dass es Herrn M. auch schon schlechter gegangen sei. Dieser Eindruck erhielt der Besucher wahrscheinlich aufgrund der lauteren Stimme, wohl aber auch durch die Körperhaltung. Denn in der Logopädie fiel mir bereits in der zweiten Woche auf, dass mir Herr M. deutlich besser in die Augen schauen konnte als noch vor der Intensivphase. Die Kopfhaltung verbesserte sich, es gelang Herrn M. nun über längere Zeit, Blickkontakt mit seinem Gegenüber zu halten. Drei Monate nach Abschluss der Intensivtherapie wird sich herausstellen, ob Herr M. mit der Durchführung der täglichen Übungen den erreichten Stand halten konnte. In verschiedenen Studien konnten die Fortschritte 12–24 Monate lang aufrecht erhalten werden (LSVT Global, What is LSVT LOUD?, 2022).

Morbus Parkinson ist eine unheilbare neurodegenerative Krankheit. Umso motivierender sind die bei Herrn M. in der Intensivtherapie erzielten Messwerte. Therapeutische Fortschritte festzuhalten, ist schliesslich auch das Ziel von uns Logopäd:innen. Mich hat diese Erfahrung sehr motiviert, das Arbeiten in Intensivphasen den Patient:innen schmackhaft zu machen und sie in der Umsetzung zu unterstützen.
Corinne Haslebacher und Simona Wanner

☞ **Link zum Literaturverzeichnis:**
www.logopaedie.ch

HIN

Patientendaten sicher per E-Mail versenden – auch an Patienten ohne HIN Anschluss

Herkömmliche E-Mails sind mit einer Postkarte zu vergleichen: Sie werden im Klartext über das Internet transportiert, sodass es für Unberechtigte ein Leichtes ist, sie abzufangen und zu lesen. Um den Anforderungen an die Datensicherheit gerecht zu werden, müssen E-Mails mit sensiblen Gesundheitsdaten deshalb verschlüsselt übermittelt werden.

Dies muss im Arbeitsalltag keinesfalls mit Mehraufwand verbunden sein: Mit HIN versenden Sie E-Mails datenschutzkonform – einfach und ohne Mehraufwand. Die sichere Kommunikation ist mit Ärzten, Spitälern und Rehakliniken ebenso möglich wie mit Empfängern ohne HIN Anschluss, zum Beispiel Patientinnen und Patienten.

Sichere Videotelefonie – auch das ist möglich mit HIN

HIN ist mehr als sicheres E-Mail. Ein HIN Abo enthält alle Services, die Sie für die elektronische Zusammenarbeit brauchen. Zum Beispiel können Sie mit HIN Talk per Video kommunizieren oder Kurznachrichten per Messenger versenden – garantiert datenschutzkonform.

Jetzt anschliessen!

HIN ist im Schweizer Gesundheits- und Sozialwesen seit 1996 der Standard für sichere Kommunikation. Gemeinsam mit dem Deutschschweizer Logopädinnen- und Logopädenverband DLV haben wir das bevorzugte HIN Logo Abo entwickelt – exklusiv für Sie als Mitglied.
www.hin.ch/logo

Aus der Sicht von Betroffenen

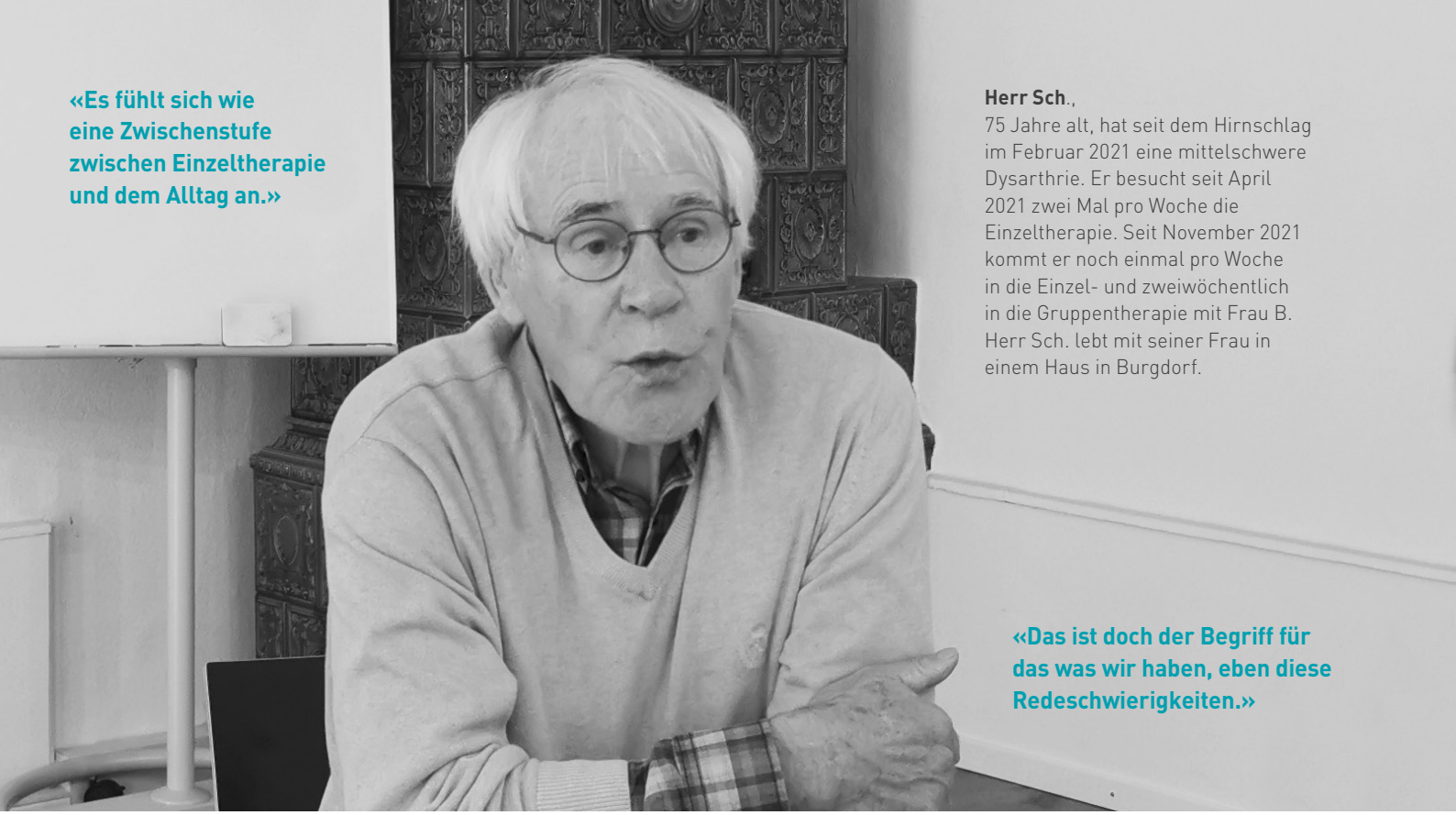
«Wichtig ist, dass man abladen kann.»

Frau B. und Herr Sch. besuchen zusätzlich zur Einzeltherapie eine Gruppentherapie für Patient:innen mit einer Dysarthrie. Eindrücklich sprechen sie über den Umgang mit der erworbenen Sprechstörung, bereits erzielte Fortschritte und bestehende Ängste.

Was bewirkt aus Ihrer Sicht die Dysarthrie-Therapie?
Frau B.: Darf ich fragen – was bedeutet das denn «Dysarthrie-Therapie»?
Herr Sch.: Ja, also das ist doch der Begriff für das, was wir haben, eben diese Redeschwierigkeiten. Und nicht alles andere wie zum Beispiel Wortfindungsprobleme oder was es sonst noch gibt.

Genau, Dysarthrie ist der Fachbegriff für Schwierigkeiten im Sprechen nach einer Hirnschädigung. Die Störung kann die Sprechmotorik, die Sprechmelodie, die Stimme und Atmung betreffen und daran arbeiten wir in der Dysarthrietherapie.
Stimmt! Ich hoffe auf eine grössere Normalisierung durch die Therapie. Wenn ich ein Gespräch am Telefon führe oder mit jemandem rede, merke ich jeweils nach etwa 10 Minuten, dass ich ermüde. Ich hoffe, dass es in Zukunft immer ein wenig länger dauert, bis ich denke «So, jetzt brauche ich eine Pause».
Ich bin manchmal auch froh, wenn ein Gespräch nicht allzu lange dauert. Und ich habe mich beim Wandern auch schon dabei ertappt, wie ich ein Gespräch absichtlich kürzer gehalten habe als normalerweise. Aber beim Wandern ist es für mich generell etwas schwierig, länger zu sprechen – man kann nicht alles miteinander machen.
Genau, sonst kommt man ausser Atem.
Also mir geht es in der Therapie auch darum zu analysieren, in welchen Momenten ich weniger gut spreche und wie ich in diesen Momenten reagieren kann. Beispielsweise ist meine Stimme am Morgen frischer als in anderen Situationen – das bin ich noch am Herausfinden. Oder mit der Maske zum Beispiel ist auch etwa 10 Prozent der Verständlichkeit weg.
Ich würde sogar sagen 20 Prozent!
Im Restaurant war ich schon froh, dass ein Kollege darum gebeten hat, die Musik leiser zu stellen, damit wir uns besser verstehen. Ebenfalls habe ich gemerkt, dass es besser ist, wenn ich zu Hause mit meiner Frau nicht über mehrere Stockwerke hinweg spreche, sondern zu ihr hingehe, um etwas zu sagen. Diese Änderungen habe ich in der Therapie gelernt.

Durch die Therapie wissen Sie also, welche Umgebungsfaktoren ungünstig für das Sprechen sind und dass Sie diese Faktoren idealerweise minimieren, damit die Kommunikation im Alltag möglichst gut gelingt.
Genau. Aber natürlich geht es in der Therapie auch ums Üben. Bei mir stehen die Nasalität und die Artikulation im Vordergrund.



«Es fühlt sich wie eine Zwischenstufe zwischen Einzeltherapie und dem Alltag an.»

Herr Sch.,
75 Jahre alt, hat seit dem Hirnschlag im Februar 2021 eine mittelschwere Dysarthrie. Er besucht seit April 2021 zwei Mal pro Woche die Einzeltherapie. Seit November 2021 kommt er noch einmal pro Woche in die Einzel- und zweiwöchentlich in die Gruppentherapie mit Frau B. Herr Sch. lebt mit seiner Frau in einem Haus in Burgdorf.

«Das ist doch der Begriff für das was wir haben, eben diese Redeschwierigkeiten.»

Was gefällt Ihnen besonders an der Therapie?
Ich schätze besonders die fachliche Unterstützung von Logopäd:innen, die viel Erfahrung in der Arbeit mit Erwachsenen haben. Schön finde ich auch, dass ich mich in der Therapie über meine Erfahrungen im Alltag und über meine Sprechschwierigkeiten austauschen kann. Das geht manchmal auch etwas ins Psychologische hinein.
Ja genau, es ist wichtig, dass man «abladen» kann. Gewisse Reaktionen von Personen in meinem Umfeld hatten mich etwas schockiert und schon deswegen wollte ich besser sprechen lernen. Dafür brauche ich die Fachpersonen, damit ich weiss, an was ich arbeiten kann, damit ich besser verstanden werde.
Ich verstehe nun auch besser, warum meine Gesprächspartner manchmal ganz nah zu mir kommen oder mich etwas konsterniert anschauen. Ich weiss nun, dass mich das nicht irritieren muss.
Stimmt, da muss man sich etwas daran gewöhnen. Ich erschrecke mich nun weniger über die Reaktionen von den Personen in meinem Umfeld.
Schwierig finde ich Begegnungen, in denen ich das Gefühl habe, der andere getraut sich aus falscher Rücksichtnahme nicht zu sagen, dass er mich nicht verstanden hat.

Wie unterscheiden sich Einzel- und Gruppentherapie?
Die Einzeltherapie braucht es, damit man ein gewisses Niveau erreicht, mit welchem man sich so ausdrücken kann, dass das Gegenüber einigermassen folgen kann. In der Gruppe habe ich dann die Gelegenheit, in einem geschützten Raum alltagsähnliche Gesprächssituationen zu üben.
Genau, für mich ist klar, dass die Einzeltherapie mehr ins Detail geht. Da kann ich eben diese Übungen mit dem Fokus auf die Nasalität und Artikulation durchführen. Und in der Gruppe finde ich es wichtiger, das Ganze zu sehen und den Sprung zum Alltag zu machen. Es fühlt sich wie ein künstlicher Raum an oder wie eine Zwischenstufe zwischen Einzeltherapie und dem Alltag. Das war auch in der Reha so, dort war ich auch in einem geschützten Raum. Diese Räume sind sehr wichtig, aber dann muss man auch wieder mal raus in den Alltag.
Ich habe den Eindruck, dass bei mir dieser Wechsel nach der Reha in den ungeschützten Alltag sehr heftig war, da ich alleinstehend bin. Ich konnte weniger auf die Hilfe von Angehörigen zählen und war anfangs oft frustriert. Manchmal hätte ich mich gerne hinter dem Rücken eines Partners versteckt.
Es ist für mich eine wichtige Stütze, dass ich meiner Frau sagen kann, dass sie doch das Telefon abnehmen soll. Aber dadurch weiche ich auch Übungssituationen aus und Sie, Frau B., haben dann gar keine andere Wahl.
(Lachend): Manchmal weiche ich Telefongesprächen auch aus, indem ich einfach «Hello» sage und so tue, als würde ich kein Deutsch verstehen. Da hängen viele gleich wieder auf.

Was schätzen Sie an der Kombination von Einzel- und Gruppentherapie?
Dass ich das, was ich in der Einzeltherapie geübt und wiederholt habe, in der Gruppe umsetzen kann. Das führt für mich zu mehr Normalität.

«Manchmal hätte ich mich gerne hinter dem Rücken eines Partners versteckt.»

Frau B.
82 Jahre alt, hat im April 2021 einen Hirnschlag erlitten. Seither besteht eine mittelschwere Dysarthrie, eine leichte Dysphagie und eine Mundastschwäche links. Frau B. besucht seit Juni 2021 wöchentlich die Einzeltherapie, welche ab Nov 2021 mit einer zweiwöchentlich stattfindenden Gruppentherapie ergänzt wurde. Frau B. lebt alleine in ihrer Eigentumswohnung in Schwarzenburg.

«Im Vergleich zur damaligen Situation ist es jetzt wie Tag und Nacht.»

Schon in der Reha war und auch jetzt in der Gruppentherapie ist es mir wichtig zu wissen, wie es meinen Leidensgenoss:innen geht. Ich will hören, welche Schwierigkeiten, Freuden und auch Erfolge sie im Alltag gerade erleben. Dieser Austausch in der Gruppe unterstützt mich sehr.
Die Gruppentherapie ist auch für mich eine psychologische Hilfe. Ich komme mir dadurch weniger als Aussenseiterin vor.

Welche Fortschritte konnten Sie bereits erzielen und wie zeigen sich diese in Ihrem Alltag?
Meine Artikulation hat sich verbessert. Ich weiss noch, wie ich das erste Mal nach der Reha in der Apotheke etwas kaufen wollte. Die arme Frau konnte mich gar nicht verstehen. Jetzt klappt es in der Apotheke beim ersten Anlauf. Ich rede zwar nicht jeden Tag gleich verständlich, aber wenn ich mir Mühe gebe, klappt es ganz gut.
Ich kann mich an das Beispiel vom Einkaufen anschliessen. Mit dem Abstand, den man jetzt halten muss, musste ich zu Beginn immer alles wiederholen und musste mir sehr viel Mühe geben beim Artikulieren. Aber jetzt sagen die Leute «Man merkt kaum mehr etwas, du sprichst wie vor dem Hirnschlag». Manchmal kann ich das gar nicht so ganz glauben – aber natürlich nehme ich das Kompliment gerne an und es tut mir gut.
Mein Umfeld versteht mich nun auch besser, aber sie merken schon immer noch Einschränkungen beim Reden. Wenn ich ehrlich bin, denke ich auch eher, dass mir diese Personen mit solchen Rückmeldungen einfach Mut machen wollen (beide lachen). Aber natürlich bemerke ich einen riesigen Unterschied zur Situation nach den ersten Tagen und Wochen nach dem Hirnschlag. Damals konnte ich mich nicht ausdrücken und fühlte mich fremdbestimmt. Das hat mich schrecklich gestört und im Vergleich zur damaligen Situation ist es jetzt wie Tag und Nacht.

Woran möchten Sie in der Logopädie weiterhin arbeiten?
Für mich ist die Verbesserung der Artikulation und Nasalität immer noch ein Ziel. Ganz genau bedeutet das, dass ich den Verschluss im Hals ganz hinten noch besser hinkriegen möchte. Das andere Ziel ist eher auf der psychologischen Seite. Ich möchte noch besser lernen, dass ich gleich zu Beginn in einem Gespräch deklariere, dass ich Sprechschwierigkeiten habe und dass ich meine Grenzen meinem Gegenüber offen aufzeige.
Ich möchte weiterhin an einer besseren Verständlichkeit arbeiten und vor allem ist es mir wichtig, dass diese Tiefen, die ich zwischendurch erlebe, weniger tief werden. Mir ist aber auch bewusst, dass solchen Schwankungen normal sind und bei mir hängen diese ja auch mit der Spastik zusammen. Ich möchte einfach stets ein wenig näher an die Normalität kommen.

Das Interview führte Silja Schönenberger, Redako
Redaktion: Myriam Schnider und Sarah Stooss, Redako

Unser Scharfblick – Ihr Profit
Bis zu 30 % tiefere Prämien auf Versicherungen!

Neutra Medica verbindet über 20 Berufsverbände im medizinischen und paramedizinischen Bereich. Für unsere Mitglieder können wir deshalb besonders günstige Kollektiv-Versicherungsverträge abschliessen:

Berufshaftpflicht · Unfall- und Krankentaggeld · Vorsorgekonzepte · Pensionskasse · Sachversicherung · Rechtsschutz-Versicherung

Gerne machen wir Ihnen eine unverbindliche Offerte. Es lohnt sich!
neutra-medica.ch

neutra medica
Verein für medizinische- und paramedizinische Berufe

Kindliche Dysarthrien

Diagnostik, Therapie und Teilhabe bei Kindern

Eva Stephan
Logopädin NDT, Schule für Kinder und Jugendliche mit Körper- und Mehrfachbehinderungen der Stadt Zürich

Die verursachende neurologische Erkrankung der kindlichen Dysarthrien tritt im Kindesalter auf. Die sprechmotorische Entwicklung ist zu diesem Zeitpunkt noch nicht abgeschlossen und die linguistischen Systeme sind noch im Aufbau – dies stellt besondere Herausforderungen an Diagnostik und Therapie.

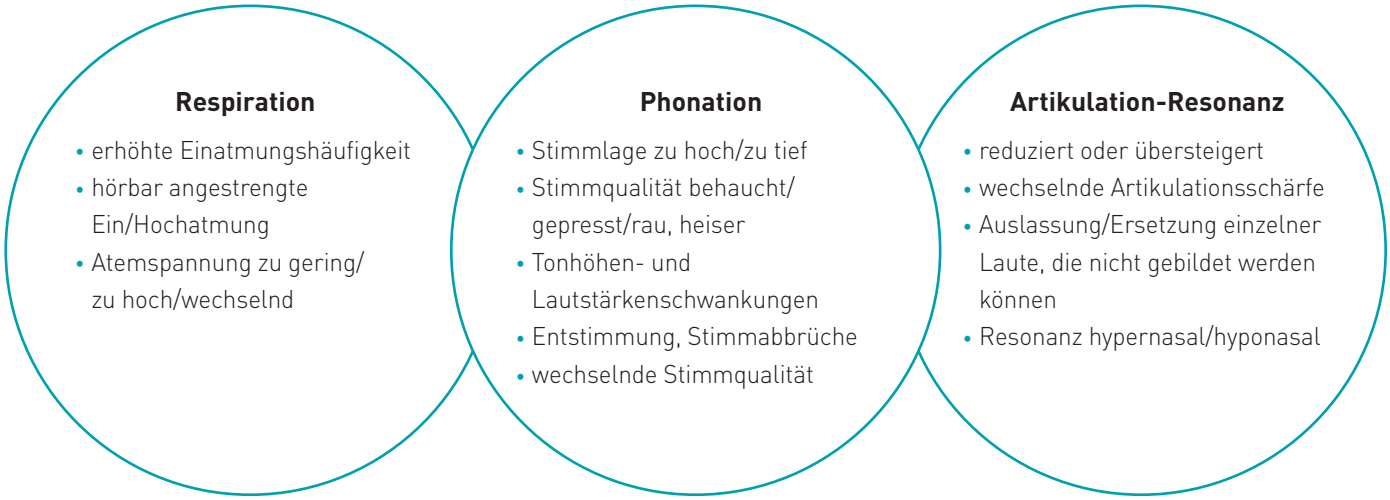
Ich lernte N. kennen, als sie in der ersten Klasse war. Zu diesem Zeitpunkt konnte sie bereits willkürlich Stimme geben und ihre Atmung reichte aus, um ein Wort zu artikulieren. Ihr Lautinventar umfasste neben den Vokalen lediglich /d/. Verstanden wurde N. nur von engen Bezugspersonen. Sie hatte ein Kommunikationsgerät, mit dem sie sich ausdrücken konnte, war aber häufig entmutigt, wenn das Gegenüber sie dennoch nicht verstand.

Dysarthrien, die im Kindesalter auftreten, bleiben mehrheitlich lebenslang bestehen. Eine vollständige (Wieder-) Herstellung der Sprechfunktionen ist nur in seltenen Fällen möglich. Daraus resultiert häufig eine Kommunikationsstörung, bedingt durch die eingeschränkte Verständlichkeit. Die kindliche Dysarthrie wirkt sich längerfristig auf die soziale Teilhabe aus, z.B. auf den Aufbau sozialer Kontakte, die Wahl eines passenden Berufes etc. Bei der Therapie kindlicher Dysarthrien muss immer die Ebene der Partizipation im Blick behalten werden. Bei schweren Dysarthrien sind ergänzend zur Dysarthrietherapie Mittel der Unterstützten Kommunikation einzusetzen.

Dysarthrien bei Kindern werden durch eine frühkindliche Hirnschädigung (infantile Cerebralparese) verursacht oder sind auf ein neurologisches Krankheitsereignis (z.B. Tumor, Schädel-Hirn-Trauma) zurückzuführen. Auch als Teil eines genetischen Syndroms (z.B. Down-Syndrom) kann eine kindliche Dysarthrie auftreten. Die häufigste Ursache von Dysarthrien im Kindesalter ist die infantile Cerebralparese (ICP). In dieser Gruppe von Kindern mit einer Körper- oder Mehrfachbehinderung gibt es eine Prävalenz von ca. 80%, wobei ungefähr ein Drittel der Betroffenen unter einer schweren Dysarthrie leidet oder keine Lautsprache entwickelt (Schölderle et al, 2014). Im Kontext Mehrfachbehinderung ist die kindliche Dysarthrie Teil eines komplexen Störungsbildes. Bei der infantilen Cerebralparese handelt es sich um eine sensomotorische Störung und neben den sprechmotorischen Beeinträchtigungen können auch sensorische Störungen (z.B. Einschränkung des Sehvermögens) und kognitive Einschränkungen auftreten. Dies stellt besondere Herausforderungen an Diagnostik und Therapie.

Diagnostik kindlicher Dysarthrien

Eine systematische Diagnostik kindlicher Dysarthrien ist zurzeit nur eingeschränkt möglich. Standardisierte Verfahren der Dysarthriediagnosik bei Erwachsenen (z.B. Frenchay Dysarthrie Untersuchung oder die Bogenhausener Dysarthrieskalen BoDys) stellen hohe kognitive Anforderungen: Der Patient muss lesen können, über eine auditive Merkfähigkeit verfügen usw. Deswegen sind sie nur beschränkt auf Kinder übertragbar. Überdies ist bei Kindern mit einer ICP häufig auch der Spracherwerb (z.B. Wortschatz) oder die allgemeine Kognition (z.B. Aufmerksamkeit, Arbeitsgedächtnis) mitbetroffen, so dass die Anforderung der Aufgaben zu hoch ist.
In der Praxis bewährt sich neben der Spontansprachanalyse die Verwendung einfacher Artikulationstests



Funktionskreise des Sprechens und assoziierte Dysarthriesymptome (vgl. Schölderle et al., 2020)

für kindliche Aussprachestörungen. Die Äusserungen können qualitativ ausgewertet und den verschiedenen Funktionskreisen des Sprechens zugeordnet werden. Der Hauptschwerpunkt der Problematik wird ermittelt.

Nachsprechaufgaben ermöglichen eine Einschätzung weiterer Fähigkeiten:

- Sprechatmung/Äusserungslänge: Nachsprechen länger werdender Sätze: z.B. Ich – Ich gehe – Ich gehe am Sonntag – Ich gehe am Sonntag mit dem Opa – Ich gehe am Sonntag mit dem Opa in den Zoo.
- Prosodie: Realisierung verschiedener Befehls-, Aussage- und Fragesätze

Schöderle und Haas (2021) bieten auf ihrer Webepage einen Fundus an Ideen für die Diagnostik kindlicher Dysarthrien.
Für das förderdiagnostische Vorgehen und die genaue Behandlungsplanung braucht es zusätzlich anamnestische Fragen und Beobachtungen zu anderen Entwicklungsbereichen des Kindes: Wie ist die Prognose (z.B. progrediente Erkrankung)? Auf welchem Entwicklungsstand ist das Kind? Welches sind die kommunikativen Anforderungen in der Lebenswelt des Kindes, jetzt und zukünftig? Kann das Kind systematisch oder selbständig üben?

Therapie kindlicher Dysarthrien

Nachdem N. an Stabilität gewonnen hatte und sich die posturale Kontrolle verbessert hatte, konnte sie ihre Äusserungen deutlich verlängern. Sie war eine Drittklässlerin, die immer noch mit Vorliebe Rollenspiele spielte. Ich musste meist ein böser Räuber sein, der sie gefangen nahm und dieses Spiel bot hervorragende Möglichkeiten für Ruf-Übungen und die Verbesserung von Lautstärke und Äusserungslänge. Wir konnten die Konsonanten anbahnen und intensiv üben, weil sie in den Namen von verschiedenen Protagonisten von N.'s Spiel vorkamen.

Bei der Therapie kindlicher Dysarthrien stellt sich eine ähnliche Herausforderung wie bei der Diagnostik: Es muss ein kindgerechter Zugang entsprechend dem Entwicklungsstand des betroffenen Kindes gefunden werden. Die Therapie sollte implizit und intuitiv sein. Funktionsübungen, die sich bei Erwachsenen bewährt haben, sind auch für Kinder sinnvoll. Das Material, die Übungen und Hilfestellungen müssen den individuellen Möglichkeiten des Kindes angepasst werden.

Aktuell besteht wenig Evidenz für die Wirksamkeit einzelner Therapieansätze, da keine randomisierten Kontrollgruppen vorliegen. Vereinzelte Studien mit kleinen Stichproben weisen eine mögliche Wirksamkeit von einzelnen Verfahren hin, so z.B. LSVT© (eigentlich für erwachsene Patienten konzipiert) oder PROMPT© (eigentlich zur Behandlung von kindlicher Sprechapraxie) (vgl. Haas & Schölderle, 2021). Pennington et al. (2010) betonen die Wichtigkeit der Atem-Stimm-Koordination und die Reduktion der Sprechgeschwindigkeit. Sie empfehlen, den Funktionskreis der Artikulation erst dann in den Fokus zu stellen, wenn bezüglich Atmung, Phonation und Resonanz eine gewisse Stabilität erreicht ist.

Schwere kindliche Dysarthrie

Liegt eine schwere kindliche Dysarthrie vor, müssen erst einzelne Laute oder die willkürliche Stimmgebung angebahnt werden. Dies geschieht über eine geeignete Lagerung und mit Unterstützung der Atemhilfsmuskulatur. Mit Hilfe von Vibration gelingt

oft ein spielerisches Anbahnen einzelner Laute. Die Lautanbahnung sollte nicht isoliert geschehen, sondern im Zusammenhang mit Ereignissen und Handlungen stehen, zum Beispiel ein Auto fahren lassen auf /m/. Lautbilder und Lautgebärden können zusätzlich unterstützend wirken.
Die Reihenfolge der angebahnten Laute richtet sich nach den Möglichkeiten des Kindes. Generell sind Vokale einfacher als Konsonanten. Zuerst /a/, /o/, /u/, später /e/ und /i/. /A/ ist in aufrechter Position einfacher anzubahnen, /o/ und /u/ einfacher in leichter Vorlage.
Konsonanten sollten nicht isoliert geübt werden. Die Anbahnung gelingt am besten mit kommunikationssteuernden Wörtern, wie z.B. «mehr». Die Lippenlaute werden zuerst angebahnt (in Bauchlage). Laute der dritten Artikulationsstelle lassen sich gut in Rückenlage anbahnen.
Bei schweren kindlichen Dysarthrien kann es sinnvoll sein, zusätzlich zur Dysarthrietherapie Esstherapie anzubieten. Obwohl kein direkter Rückschluss von den Funktionen der Nahrungsaufnahme auf die Sprechmotorik gemacht werden kann, zeigt sich häufig ein positiver Effekt auf die Beweglichkeit von Zunge und Lippen.

Leichtere kindliche Dysarthrien

Als N. in die Oberstufe kam, war sie sehr motiviert, ihr Sprechen zu verbessern. Sie hatte so viel Selbstsicherheit gewonnen, dass sie auch fremde Personen ansprach und hartnäckig versuchte, sich verständlich zu machen. Sie übte zuverlässig und selbständig zu Hause und konnte ihre Artikulation deutlich verbessern. Ausser den Konsonanten der dritten Artikulationsstelle hatte sie das ganze Lautinventar zur Verfügung. Fremde Personen verstehen sie oft nicht, aber sie erzählt viel und ist für ihre Freunde und Bezugspersonen verständlich.

Bei leichteren kindlichen Dysarthrien rückt die Artikulation in den Fokus. Ideen für die Therapie findet man sowohl bei der Therapie von Aussprachestörungen als auch bei der Therapie kindlicher Stimmstörungen.
Das Vorgehen ist ähnlich: Ein Laut wird angebahnt, in Kombination mit Vokalen und schliesslich auf Wort- und Satzebene geübt und gefestigt. Nicht immer ist es möglich, den Ziellaut korrekt anzubahnen. Beispielsweise konnte N. /k/ oder /g/ nicht artikulieren. Es gelang ihr aber, den /ch/-Laut annähernd zu artikulieren, wenn auch lateral. Diese Ersetzung konnte N. verwenden und erreichte dadurch eine grössere Verständlichkeit.

Soziale Teilhabe und kindliche Dysarthrien

Wie eingangs erwähnt haben kindliche Dysarthrien einen erheblichen Einfluss auf die soziale Teilhabe. Da die Möglichkeiten zur Verbesserung des Sprechens häufig limitiert sind, sollte früh damit begonnen werden, auch andere Strategien zu erarbeiten. Während das Wiederholen einer Aussage nur bedingt zu einem besseren Verständnis beiträgt, können Strategien wie das Klarmachen des Themas oder die Zerlegung der Inhalte in kurze Einheiten die Verständlichkeit verbessern (Napp & Beushausen, 2017). Dass die Anwendung dieser Strategien von sprachlichen Kompetenzen abhängig ist, macht deutlich, dass bei der Therapie kindlicher Dysarthrien immer auch andere Sprachebenen mit einbezogen werden müssen.

N. wird im Sommer die Schule wechseln. Wenn ich frage, was sie in der Logopädie gelernt hat, sagt sie: «Ich habe gelernt zu sprechen.»

Eva Stephan

☞ **Die Literaturliste befindet sich auf**
www.logopaedie.ch

Fachtherapeut(in) für kognitiv-orientierte Sprachtherapie und Kognitives Training
Mit Zertifikat – 3 Module je 4 Tage (102 FP)
ärztlich geleitet
Bitte fordern Sie das Seminarprogramm an:
Nöllenstraße 11 • 70195 Stuttgart
Tel: 0 711-69 79 80 6 • Fax: 0 711-69 79 80 8
www.kognitives-training.de • info@kognitives-training.de
"CORONA-Sicher" auch als Live-Web-Seminar !
kademie für Kognitives Training
nach Dr. med. Franziska Stengel

GENUSSVOLL ESSEN UND TRINKEN MIT SCHLUCKSTÖRUNG

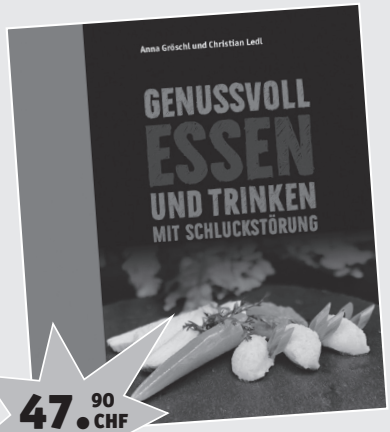
Kochbuch und Alltagshilfe in einem!

von Anna Gröschl und Christian Ledl

Seminare an unserem Standort Frauenfeld in 2022:

19./20.8.2022: MODAK – Kommunikative Aphasietherapie auf neurolinguistischer Grundlage, Karina Lønborg **360.– CHF**

25./26.11.2022: Einführungsseminar in das Konzept der körperorientierten Sprachtherapie k-o-s-t ® Diagnostik und Behandlung altersunabhängiger Funktionsstörungen, Dr. Susanne Codoni **375.– CHF**



47.90 CHF

Erwachsen aus einer engen Kooperation zwischen einem klinisch erfahrenen Spezialisten für Schluckstörungen und einer Ernährungsexpertin, ist dieses Kochbuch für von Dysphagie Betroffene und ihre Angehörigen eine lang ersehnte Novität. Denn endlich gibt es ausführliche und praxisorientierte Anleitungen für die Herstellung von Getränken, fester und passierter Kost.

Mit vielen Einzelrezepten und praktischen Tipps ermöglicht dieses Buch ausserdem die Erstellung eines bilanzierten, abwechslungsreichen und gesunden Kostplans für vier Wochen!

Inhalt: Hardcover, 216 Seiten, mit vielen farbigen Abbildungen
Art.-Nr. 115360

PROLOG DIGITAL

Beachten Sie ausserdem unser immer aktuelles Angebot an Online-Seminaren auf www.prolog-shop.ch/online-fortbildungen

PROLOG

LoMo

Loguan am Montagabend

LoMo

- **Online-Kurzseminare** zu ausgewählten Themen rund um die Logopädie mit unseren Top-DozentInnen
- **montags** 18.00 - 20.30 Uhr
- jeweils **55 EUR**

Aktuelle Infos auch auf

Anmeldung auf unserer Homepage www.loguan.de

LOGUAN®
Fortbildungsinstitut für Sprache e.K.

LOGUAN Fortbildungsinstitut e.K. | Dreifaltigkeitsweg 13 | 89079 Ulm-Wiblingen
Telefon 0731/97739093 | Fax: 0731/97739095 | info@loguan.de | www.@loguan.de

Delegiertenversammlung 2022

Aus allen deutschsprachigen Kantonen nach Langenthal

130 Logopäd:innen im Tagungssaal

DLV-Präsidentin Bérénice Wisard begrüsste am 14. Mai die Delegierten mit einer flammenden Bestärkung, dass alle Anwesenden einen «Super-Job» in jeglicher Hinsicht machen. Miriam Schlachter, Präsidentin von Logopädie-Bern und Edi Fischer, CEO von Motorex als Gastgeber:in begrüssten die Anwesenden und bedankten sich für die wertvolle und unermüdliche Arbeit, die Logopäd:innen tagtäglich leisten. Reto Müller, Stadtpräsident von Langenthal, präsentierte seine Grussbotschaft mit Emojis und Pictogrammen und liess das Publikum «übersetzen». Weitere Gäste waren Grossrätin Christine Blum sowie Andreas Beck von der Bildungsdirektion des Kantons Bern.

Leonie Stumpp von Resilienz Schweiz skizzierte in ihrem abwechslungsreichen Referat die Grundzüge der Resilienz und gab praktische Tipps, die alle direkt ausprobieren konnten. Der Druck auf die Berufsleute steigt auch in der Logopädie und wird durch den Fachkräftemangel verstärkt. So ist es wichtig, dass alle ihre «Batterien» immer wieder aufladen können.

Das Thema Fachkräftemangel beschäftigt den DLV sowie die Kantonalverbände seit Jahren. Ein kleiner Teilerfolg ist die Aufstockung der Ausbildungplätze an den Ausbildungsstätten. Auch die Möglichkeiten von konsekutiven Masterstudiengängen zur beruflichen Weiterentwicklung bewirken hoffentlich, dass sich junge Studierende vermehrt für das «Karierre-Modell» Logopädie entscheiden.

Die Traktanden wurden zügig bearbeitet und alles wurde einstimmig gutgeheissen. Im Fokus lag der Jahresbericht: Jedes Vorstandsmitglied berichtete von seinen Schwerpunkten, sodass die Delegierten einen umfassenden Überblick über die zahlreichen DLV-Arbeiten von Mai 2021 bis Mai 2022 erhielten. Edith Volmer wurde schweren Herzens als Vorstandsmitglied und Vize-Präsidentin verabschiedet. Ihr Amt wird Natalie Guthauser übernehmen, die bereits seit einigen Jahren im Vorstand mitwirkt.

Zahlreiche Helferinnen von LogopädieBern bereiteten den Anlass liebevoll vor und unterstützten umsichtig. Die kulturellen Einlagen von Gilbert und Oleg sowie das leckere Mittagessen boten Abwechslung und Stärkung.
Edith Lüscher, DLV-Geschäftsleiterin

Künstler-Duo Gilbert und Oleg

Alte und neue Vizepräsidentin Edith Volmer und Natalie Guthauser mit Präsidentin Bérénice Wisard (v.l.n.r.)

Edi Fischer (CEO motorex) im Gespräch mit Irene Buss (DLV-Vorstand), Edith Volmer (DLV-Vize)

Pensionierung, aber kein Ruhestand

Jürgen Steiner, unter anderem Leiter der Logopädie-Ausbildung an der HfH Zürich von 2005 bis 2018 und bis Juli 2022 Senior Lecturer, hält am 14. Juni seine Abschiedsvorlesung. Er wird sich jedoch auf verschiedenen Ebenen weiterhin für die Logopädie engagieren und bleibt eine wichtige Stimme im Fachgebiet.
Besonders interessant ist Jürgen Steiners Fachlektorat im Schulz-Kirchner-Verlag: DLV-Mitglieder, die etwas im Kopf oder in der Schublade haben, können sich gerne bei ihm melden, damit er dem Werk eventuell zum Tageslicht verhelfen kann.

Kontakt:
juergen.steiner@logoweb.ch

Mehr Ausbildungsplätze = mehr Praktikumsplätze nötig

Um den Fachkräftemangel mittelfristig zu verkleinern, füllen die Ausbildungsstätten ihre Klassen oder stocken gar auf. So kann das ISP ab Sommer 2023 jedes Jahr einen Studiengang starten, die HfH bietet Plätze an der «Aussenstation» PH Luzern an und der Kanton ZH finanziert in Zürich 12 zusätzliche Plätze. Dadurch braucht es auch mehr Praktikumsplätze und –leiteri:nnen. Es können auch zwei Logopäd:innen gemeinsam eine Praktikumsbetreuung übernehmen. Weitere Infos unter www.logopaedie.ch/aus-und-weiterbildung → Praktikumsleitung.

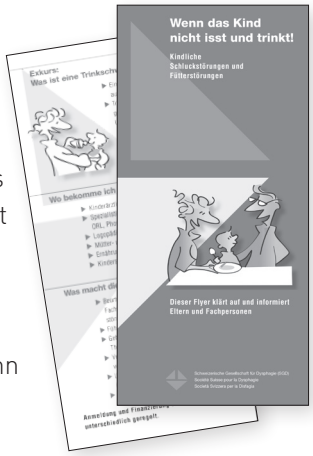
Freipraktizierenden vergütet der DLV die oblig. Betriebsunfallversicherung (BU) der Praktikant:innen (Minimalprämie CHF 100.00/Jahr), wenn die Unfallversicherung nicht ohnehin im Versicherungspaket der Praxis eingeschlossen ist. Einfach eine E-Mail an info@logopaedie.ch.

Wir danken allen Logopäd:innen herzlich, die den Zusatzaufwand der Praktikumsbetreuung auf sich nehmen und bei der Nachwuchsförderung mithelfen!

Logopädie auch bei Schluckstörungen

Nach wie vor ist der Öffentlichkeit wenig bekannt, dass die Logopädie auch bei Schluckstörungen zuständig ist und sich eine entsprechende Therapie lohnt.

Die beiden kleinen Broschüren «Schlucken kann jeder. Oder doch nicht?» (gratis für DLV-Mitglieder) und «Wenn das Kind nicht isst und trinkt» (Vertrieb im Namen der Schweizerischen Gesellschaft für Dysphagie; 20 Stück CHF 10.00 inkl. Porto für Mitglieder) sind weiterhin erhältlich und eignen sich zum Auflegen, Verteilen, Verschicken.



Bestellungen:
www.logopaedie.ch/shop oder kontakt@logopaedie.ch