

DLVAKTUELL

AUSGABE NR 2 / 2023

DLV

Deutschschweizer Logopädinnen- und Logopädenverband

Logopädie und Psychologie



Editorial

Mit Rucksäckchen unterwegs



Katja Meyer
RedaKo

Liebe Leserinnen und Leser

Psychologie – sie wird im Duden als die «Wissenschaft von den bewussten und unbewussten psychischen Vorgängen, vom Erleben und Verhalten des Menschen» bezeichnet. Ein weites Feld also und doch ein Thema, das uns oft nahe geht. Denn wir alle tragen unser «Rucksäckchen», das stetig gefüllt wird und unsere Psyche formt. Auch vor dem Therapiezimmer können wir es nicht ablegen – und so geht es auch unseren Therapiekindern, Klient:innen und ihren Bezugspersonen. Die Bandbreite der psychologischen Themen, mit denen wir in unserer Arbeit konfrontiert sind, ist gross – deshalb ist ein Heft mit vielen unterschiedlichen Bezügen der Logopädie zur Psychologie entstanden.

Im Interview lesen wir, wie wertvoll eine ergänzende Psychotherapie bei selektivem Mutismus sein kann. Aus dem Inselspital Bern erfahren wir, wie Psycholog:innen und Logopäd:innen bei funktionellen Stimmstörungen zusammenarbeiten. Ulrike Franke berichtet, wie wir trotz Stolpersteinen eine sichere Beziehung zu einem Therapiekind aufbauen können und Edith Kohli stattet uns in ihrem Artikel mit systemischem Handwerkszeug für das Diagnosegespräch mit Eltern aus. Zuletzt lesen wir, wie unterschiedliche Perspektiven aus Logopädie und Psychologie bei den Bezugspersonen von Kindern mit ASS zu Verunsicherung aber auch zu Klärung führen können.

Ich wünsche euch eine spannende Lektüre!

Katja Meyer

Ausserdem zwei Artikel ausserhalb des Schwerpunkts:

Logopädische Versorgungslage im Schulbereich, Seite 13

Delphi-Studie zu Definition und Terminologie von Sprachstörungen, Seite 28

Impressum

DLV-AKTUELL HERAUSGEBER	Bulletin des Deutschschweizer Logopädinnen- und Logopädenverbandes DLV, Grubenstrasse 12, 8045 Zürich, T 044 350 24 84, info@logopaedie.ch, www.logopaedie.ch
REDAKTION	Endredaktion: Myriam Schnider Redaktionelle Mitarbeit: Anika Helfer, Katja Meyer, Jasmin Over, Silja Schönenberger, Sarah Stooss, Edith Lüscher Kaspar Thalmann
GESTALTUNG FOTOS / QUELLEN	Titelbild: © Adobestock, Seite 11: Andre Scheidegger (www.moodpix.ch) Weitere Fotos von den Verfasser:innen zur Verfügung gestellt
DRUCK ERSCHEINUNG AUFLAGE	SWS Medien AG Print, Sursee viermal jährlich 2000 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 2023 zum Thema
«Kindliche Fütterstörungen»

Luna und ihre Mutter erzählen

Selektiver Mutismus

Die neunjährige Luna ist selektiv mutistisch. Sie geht seit November 2021 in die Logopädie und erzählt mir – einer für sie unbekanntem Person – via Sprachnachricht, welche Fortschritte sie bereits erzielen konnte. Ihre Mutter berichtet über den Umgang mit dem Störungsbild und den Mehrwert der verschiedenen Therapien.

Per Sprachnachricht erzählt Luna, über welche Fortschritte sie sich freut:



- **Mehr mit Lehrerinnen reden**
- **Sprachnachrichten an Logopädin und Lehrerinnen senden**
- **Schneller Hilfe holen bei Lehrerinnen**
- **Aufträge alleine und schnell erledigen**
- **Selber im Restaurant sagen, was ich möchte**
- **Alleine zu Freunden im Quartier gehen und wieder nach Hause kommen**

Wie erleben Sie die Unterstützung der beiden Therapiebereiche Logopädie & Psychologie?

Lunas Mutter: Wir haben mit der Logopädie gestartet mit dem Ziel, Sprechfreude zu erfahren und mehr aus sich herauszukommen. Das Reden an sich und das sich Öffnen sowohl bekannten als auch fremden Personen gegenüber waren Themen. Ein Jahr später kam dann die Psychologin dazu. Dabei stehen Themen wie Stärkung des Selbstbewusstseins und Umgang mit Emotionen im Zentrum. Seither ist es eine ganzheitliche Behandlung.

Wir Eltern profitieren stark von der Kinderpsychologin, indem sie uns beispielsweise im Umgang mit der Emotionsregulation hilft. Ich mache ein Beispiel: In der Schule ist Luna still, sie nimmt teil und ist aktiv dabei, emotional nimmt sie alles wahr. Wenn sie dann zu Hause ankommt, kann sie plötzlich wütend und laut sein. Die Psychologin hilft uns dabei, eine Balance zu finden zwischen optimaler Unterstützung und klaren Regeln. Wichtig ist eine klare Kommunikation und konsequent zu sein, ebenso wie Luna zu unterstützen, wenn sie über ihren Schatten springen muss.

Dadurch, dass wir zur Logopädin und Psychologin gehen, können wir wieder Eltern sein. Wir schaffen es nicht, Fachperson und Eltern zu sein. Wir brauchen die Fachpersonen, welche sich aus ihrer Expert:innensicht für Luna einsetzen.

Was würden Sie anderen betroffenen Eltern raten?

Habt keine Angst, Hilfe zu holen. Ich hatte Angst, dass wir in eine Abklärungsmühle reinkommen. Nun bin ich aber froh um das Netz von Fachpersonen. Und hört auf euer Bauchgefühl bei der Wahl der Therapeut:innen. Die Chemie zwischen Therapeut:innen, Kind und Eltern muss stimmen, ansonsten hätten wir nie loslassen können. Es braucht Geduld und das Vertrauen, dass es gut kommt.

Welche konkreten Hilfestellungen konnten Sie aus den Therapien mitnehmen?

Ich nehme die positiven Rückmeldungen mit. Zudem sind konkrete Übungen für den Alltag wichtig, zum Beispiel einen Moment inne zu halten oder Sprachnachrichten zu üben. Und wichtig finde ich, loslassen zu lernen. Es geht um das Kind und konkret heisst das, dem Mädchen etwas zuzutrauen und es den Weg selbst machen zu lassen, Luna die Zeit zu geben, die sie braucht.

Das Interview führte Sarah Stooss, RedaKo.

Wie psychologisch «darf» Stimmtherapie sein?



Logopäd:innen gelangen in der Behandlung von Stimm-, Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen häufig an psychologische Kernthemen. Oftmals werden Psychotherapeut:innen beigezogen, nicht immer ist dies jedoch nötig. Eine Auslegeordnung am Beispiel der funktionellen Stimmstörung.

Dr. phil. Andrea Wantz

Fachpsychologin für Psychotherapie FSP in der Abteilung Phoniatrie, Inselspital Bern

Organische und funktionelle Stimmstörungen

Seit Langem ist bekannt, dass sich Emotionen und Stimmungen auf die Stimme auswirken. Mitunter hat sich dieser Zusammenhang in unseren Redewendungen niedergeschlagen. So sprechen wir zum Beispiel davon, dass es jemandem «die Sprache verschlagen hat», also dass jemand «sprachlos» ist, wenn es um die Emotion der Überraschung geht. Oder wir reden vom «Kloss im Hals», wenn wir uns bedrückt und traurig fühlen. Solche Empfindungen können kurzfristig und vorübergehend sein, können über längere Zeit jedoch auch in funktionellen Stimm- und Schluckstörungen münden.

Stimmstörungen werden in zwei Formen unterteilt: die organischen und die nicht-organischen Stimmstörungen. Im Gegensatz zu den organischen Stimmstörungen lassen sich bei den nicht-organischen, oder auch «funktionellen» Stimmstörungen, keine anatomischen Veränderungen am Stimmapparat erkennen. Dennoch leiden die Patient:innen beispielsweise unter verschiedenen Formen von Dysphonie (z.B. Heiserkeit, Räusperzwang), erhöhtem Druck und Globusgefühl («Kloss im Hals») bis hin zur Aphonie.

Psychologische Erklärungsmodelle funktioneller Stimmstörungen

Die Rolle von psychischen Faktoren in der Entstehung funktioneller Stimmstörungen wird seit Jahrzehnten

wissenschaftlich erörtert. Anfänglich waren die Erklärungsmodelle eher psychoanalytisch geprägt. So wurden funktionelle Stimmstörungen oft als körperlicher Ausdruck unbewusst unterdrückter (unerwünschter) Emotionen verstanden. Später kam die Idee dazu, dass kritische Lebensereignisse zur bewussten Unterdrückung von Emotionen führen würden (Baker, 2008).

Anfang der 2000er Jahre floss der Aspekt der prädisponierenden Persönlichkeitseigenschaften in die Diskussion der psychologischen Erklärungsmodelle ein. So wurden in einer Studie Patient:innen mit verschiedenen Stimmstörungen anhand eines Fragebogens hinsichtlich Persönlichkeitseigenschaften verglichen (Roy et al., 2000). Es stellte sich heraus, dass sich Patient:innen mit einer funktionellen Dysphonie besonders introvertiert, stressreaktiv und unzufrieden beschrieben. Patient:innen, die zusätzlich Stimmlippenknötchen aufwiesen, beschrieben sich hingegen als besonders sozial dominant, stressreaktiv, aggressiv und impulsiv.

Baker & Lane (2009) erklären sich die Entstehung von funktionellen Stimmstörungen als Emotionsverarbeitungsdefizit. Gemäss dieser Theorie unterscheiden sich Menschen darin, wie differenziert Emotionen wahrgenommen, interpretiert und verarbeitet werden. Wenn nun kritische Lebensereignisse zu inneren Konflikten führen

(z.B. zum Dilemma, etwas Belastendes auszusprechen), dann führt dies evolutionär bedingt zu einer körperlichen Aktivierung, mitunter im Stimmapparat, um den Organismus auf eine «fight or flight» Reaktion vorzubereiten. Menschen mit einem differenzierten Emotionsverarbeitungsstil sind in der Lage, solche körperlichen Empfindungen mit emotionalen Veränderungen in Verbindung zu setzen, bewusst darüber nachzudenken und gar darüber zu sprechen. Somit kann die somatische Aktivierung wieder reguliert werden. Hingegen sind Menschen, welche Emotionen wenig differenziert verarbeiten, nicht in der Lage, diesen körperlichen Zustand adäquat zu interpretieren und darauf zu reagieren. Die unbewussten körperlichen Veränderungen, insbesondere die erhöhte Spannung der Stimmlippen, dauert an und es kommt zur funktionellen Stimmstörung. Ein ängstlicher Copingstil begünstigt diesen Prozess.

Neueste theoretische Bestrebungen erklären die Entstehung funktioneller Stimmstörungen in einem integrativen Modell, wobei psychosoziale, autonome, sensomotorische, respiratorische, haltungs- und entzündungsbedingte sowie neuromuskuläre Faktoren berücksichtigt werden (Desjardin et al., 2022). Daher ist es naheliegend, die Behandlung von funktionellen Stimmstörungen multimodal zu gestalten. Das Sprechen über und Verarbeiten von Emotionen müsste somit zumindest die psychologischen Faktoren adressieren, was eine psychotherapeutische Intervention bei funktionellen Stimmstörungen quasi rechtfertigt. Das Ziel wäre das Bewusstmachen von Emotionen sowie das Aneignen von Emotionsregulationsstrategien.

Psychotherapie bei funktionellen Stimmstörungen

Obwohl also psychologische Faktoren in der Pathogenese einer funktionellen Stimmstörung zentral sind, drückt sich das störende Symptom primär körperlicher Natur aus. Die Stimme versagt, wird heiser, kratzig, erfordert Anstrengung oder verliert sogar gänzlich den Ton. Verständlich, dass Betroffene mit diesen Beschwerden nicht als erstes eine:n Psychotherapeut:in aufsuchen, sondern eben eine:n Arzt/Ärztin. Nach der phoniatischen Untersuchung erfolgt bei somatischem Normalbefund meist folgendes Procedere: logopädische Stimmtherapie und ggf. Psychotherapie.

Dass Psychotherapie in der Behandlung von funktionellen Stimmstörungen wirksam ist, wurde in zahlreichen Studien gezeigt. In einem neuen systematischen Review wird die Wirksamkeit von Logopädie und Psychotherapie zusammengefasst (Gray et al., 2021). Es wurden 23 Studien mit insgesamt über 500 Patient:innen zwischen 16 und 85 Jahren mit einer funktionellen Stimmstörung berücksichtigt. Die Studien

waren bezüglich der Art der Intervention (gleichzeitige logopädische und psychotherapeutische Behandlung, psychologische Beratung durch geschulte Logopädin, Logopädie und Psychotherapie nacheinander) recht heterogen. Dennoch konnte festgehalten werden, dass sich durch die Kombination der beiden Therapieformen sowohl Aspekte der Stimme als auch der Lebensqualität und des Wohlbefindens verbessert hatten.

Psychologische Beratung in der Logopädie oder Psychotherapie?

Da die persönliche Anamnese fester Teil eines logopädischen Erstgesprächs ist, kommen psychosoziale Belastungen rasch an die Oberfläche. Somit fungieren Logopäd:innen oftmals als «Türöffner», um die psychischen Faktoren im Zusammenhang mit der funktionellen Stimmstörung zu identifizieren und gegebenenfalls zu adressieren (Kollbrunner & Seifert, 2017). Zudem dürfte die Hemmschwelle, mit einer bereits vertrauten, logopädischen Fachperson über persönliche Schwierigkeiten zu sprechen, oft deutlich tiefer sein, als den Schritt zur Psychotherapie zu machen, um wieder von vorne zu beginnen. In diesem Zusammenhang wird oft die Frage aufgeworfen, wie psychologisch Logopäd:innen eigentlich arbeiten dürfen? Für Baker (2008) ist es keine Frage des Rechts, sondern sogar eine Pflicht in der fachlichen Verantwortung von Logopäd:innen, die psychischen Faktoren zu berücksichtigen.

Grundkompetenzen der psychologischen Beratung können in einer Vielzahl von Weiterbildungsangeboten für Therapeut:innen und verwandte Fachpersonen erworben werden. Dies erfordert nicht nur theoretische Weiterbildung, sondern auch Selbsterfahrung, Supervision und Videoanalysen. Idealerweise würde eine psychologische Beratungsausbildung sogar ins Curriculum der Logopädie integriert werden (Kollbrunner & Seifert, 2017). Da viele Patient:innen mit einer funktionellen Stimmstörung unter subtileren Erlebens-, Denkens- und Verhaltensproblemen leiden, ohne dass das Funktionsniveau stark beeinträchtigt wird, bietet sich eine psychologische Beratung innerhalb der logopädischen Behandlung von diesen Stimmstörungen oft an.

Fallbeispiel: Psychologische Beratung innerhalb der Logopädie

Der 16-jährige S., Lehrling, kam aufgrund einer zu hohen mittleren Sprechstimmlage zur phoniatischen Untersuchung. Es wurde eine Mutationsstimmstörung diagnostiziert mit dem Behandlungsvorschlag Logopädie und Psychotherapie. S. empfand die praktischen Übungen in der Logopädie sehr hilfreich, berichtete sich wohlzufühlen und konnte sich der Logopädin öffnen und über den Stimmbruch und alle damit verbunde-

nen Lebensveränderungen sprechen. Im Erstgespräch Psychotherapie wirkte S. hingegen kurz angebunden. Er äusserte, nicht zu verstehen, was er hier solle, da es ihm gut gehe. Das Gespräch gestaltete sich schwierig, es bestand wenig Motivation und es konnte kein Auftrag formuliert werden. Gemeinsam wurde besprochen, die logopädische Behandlung fortzuführen und im Verlauf eine psychotherapeutische Reevaluation aufzugleisen. Die psychologischen Themen rund um den Stimmbruch (Rollenwechsel, Ängste, Scham) wurden in der logopädischen Behandlung adressiert. S. berichtete nach einigen logopädischen Sitzungen bei der psychotherapeutischen Reevaluation mit dem Verlauf zufrieden zu sein und kein Bedarf an zusätzlichen Gesprächen zu haben. Es bestanden keine schwerwiegenden psychosozialen Belastungsfaktoren, der psychische Leidensdruck war im normalen Bereich, das Funktionsniveau wurde nicht beeinträchtigt. Auf stimmlicher Ebene zeigten sich bereits Fortschritte, so dass keine Psychotherapie, zusätzlich zur psychologischen Beratung innerhalb der logopädischen Stimmtherapie, begonnen wurde.

Psychotherapie (psychiatrisch oder psychologisch) hingegen ist im Unterschied zu psychologischer Beratung formell dann indiziert, wenn eine psychische Störung diagnostiziert werden kann. Diese einfache Unterscheidung zwischen Beratung und Therapie führt jedoch zur Frage, ab wann ein psychisches Leiden eine Psychotherapie erfordert. Und sie impliziert, dass Logopäd:innen als primäre Behandlungspersonen die Verantwortung tragen, psychische Krankheiten zu diagnostizieren. Psychopathologische Diagnostik fällt jedoch klar in den Fachbereich der klinischen Psychologie und Psychiatrie und erfordert viel Erfahrung. Ist eine psychische Störung augenscheinlich oder bereits diagnostiziert, entfällt das Dilemma.

Fallbeispiel: Logopädie und Psychotherapie parallel
Herr H., 61-jährig, kam aufgrund eines Globusgefühls in die phoniatische Untersuchung. Als die Ärztin psychische Belastungsfaktoren ansprach, brach Herr H. in Tränen aus und berichtete im Arztgespräch von einer belastenden Arbeitssituation aufgrund Umstrukturierung und Digitalisierung. Daher wurde von Anfang an Logopädie und aufgrund des offensichtlichen, grossen Leidensdruckes, Psychotherapie vorgeschlagen. Beide Fachpersonen hatten klare, voneinander abgrenzbare Aufträge. Beide Behandlungen ergaben einen guten Verlauf, wenn auch in unterschiedlichen Tempi. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit gelang dank guter Kommunikation sehr erfolgreich.

Logopäd:innen und Psychotherapeut:innen können parallel behandeln. In vielen Fällen besteht auf Seiten der Logopäd:innen jedoch lediglich eine Vermutung, ein Bauchgefühl, was häufig verunsichert, wie mit der Situation umzugehen ist. Ein häufiger Indikator für eine zur Stimmstörung beitragenden latenten psychischen Komponente ist, wenn Logopäd:innen nach einigen Sitzungen den Eindruck bekommen, mit den eigenen Methoden an Grenzen in der Behandlung zu stossen. In solchen Fällen könnte als erste Massnahme eine psychotherapeutische Supervision klärend sein oder aber direkt die Aufgleisung eines psychotherapeutischen Indikations- und Abklärungsgesprächs.

Fallbeispiel: Psychotherapie folgt nach Logopädie

Frau Z., 21-jährige Studentin, hatte sich aufgrund Luftnot, Druck auf der Brust und Verdacht auf induzierbare, laryngeale Obstruktion in unserer Abteilung vorgestellt. Der Verdacht konnte zwar widerlegt werden, aufgrund dyskoordinierter Atmung wurden jedoch einige Sitzungen Stimm- und Atemtherapie vorgeschlagen. Die Behandlung führte zwar zu einer teilweisen Besserung der Symptome, jedoch vermutete die Logopädin eine psychische Komponente in der Entstehung des Leidens und schlug ein Erstgespräch bei einer Psychotherapeutin vor. Es stellten sich verschiedene Ängste bis hin zu Panikattacken sowie eine depressive Entwicklung heraus, bei grosser psychosozialer Belastungssituation mit viel Druck. Die psychotherapeutische Behandlung adressierte die Angst- sowie depressive Symptomatik. Frau Z. gelang es, die Atembeschwerden als psychisches Symptom von Druck zu erkennen. Erste Schritte zur Bewältigung der darunterliegenden Stressoren konnten bereits umgesetzt werden.

Fazit

Zusammengefasst ergeben sich zur Schnittstelle Psychotherapie und Logopädie in der konkreten Zusammenarbeit drei Szenarien: Psychologische Beratung wird in die logopädische Behandlung integriert, Logopäd:innen und Psychotherapeut:innen arbeiten parallel mit separaten klaren Aufträgen oder Psychotherapie folgt auf die logopädische Behandlung. Interdisziplinäre Arbeit ist heute selbstverständlich und bietet sich in einem multimodalen Erklärungsmodell von funktionellen Stimmstörungen an. Diese setzt, wie in jedem interdisziplinären Setting, klare Aufträge, gute Kommunikation und eine kooperierende statt konkurrenzierende Grundhaltung voraus.

Andrea Wantz

 **Literaturverzeichnis:** siehe logopaedie.ch

Auf dem Weg zur Beziehung in der Logopädie

Magst du deine Jacke nicht ausziehen?

Die Herstellung des Kontakts zu Kindern aus anderen Kulturkreisen oder zu Kindern mit herausforderndem Verhalten ist in der Logopädie mitunter nicht einfach. Die Beachtung der Grundbedürfnisse, nämlich Sicherheit und Verbundensein, sowie Kenntnisse über den Zustand des autonomen Nervensystems können dabei eine Hilfe sein.



Ulrike Franke
Theraplay-Therapeutin und Logopädin,
Theraplay Institut Oftersheim

Mich erreicht ein Anruf vom örtlichen Kindergarten: «Haben Sie einen Platz für ein Mädchen, Samila K, das kaum redet und sich immer mehr zurückzieht? Es braucht dringend Logopädie. Mit der Mutter ist nicht zu rechnen, sie ist Emigrantin aus Afghanistan und versteht nichts!». Ich habe einen freien Platz und die Erzieherin verspricht, Frau K. meine Telefonnummer und Adresse zu geben.

Schüchtern? Ein Kopf voller Fragezeichen

Ein Kind, «das wenig redet und sich zurückzieht»? Mehr habe ich von der Erzieherin nicht über Samila erfahren. In meinem Kopf tauchen viele Fragezeichen auf. Mir fallen erst einmal andere schüchterne, zurückhaltende Kinder aus meiner Praxis ein. Manche waren offensichtlich «von Natur aus» schüchtern, oft mit ebenso schüchternen Eltern oder die erzählten, dass sie früher ähnlich zurückhaltend waren. Manche schienen sich unsicher zu

fühlen, vor allem die, die aus fremden Kulturen kamen und die Sprache nicht kannten. Nachvollziehbar, denn eine (noch) fremde Umgebung, in der man die Menschen nicht versteht, macht ein zurückhaltendes Verhalten sinnvoll. Ich denke aber auch an Kinder, denen es aus den verschiedensten Gründen nicht gut geht. Sei es körperlich, z.B. weil der Lärm der benachbarten Strasse den Schlaf stört, sensorisch, weil sie ein empfindsames Nervensystem haben oder psychisch, weil ältere Geschwister Probleme in der Schule oder Ausbildung haben und die Familie unruhig machen.

Die andere Information bezieht sich auf die Mutter: «Mit der Mutter ist nicht zu rechnen, sie kommt aus Afghanistan und versteht uns nicht.» Ja, aber was versteht die Mutter nicht? Unsere Sprache? Hat sie kein Handy, das übersetzen kann? Gibt es keine Dolmetscherin, keine Freundin der Mutter, die unsere Sprache etwas versteht und Gespräche übersetzen kann? Oder versteht sie unsere Kultur und Lebensweise nicht? Hatte die Mutter Gelegenheit, unsere Kultur ein bisschen kennenzulernen? Hat sie Kontakt zu deutschsprechenden Menschen? Was weiss sie über die Gepflogenheiten im Kindergarten? Hat man ihr die Regeln erklärt und wenn ja, wie? Wenn man ihr etwas Schriftliches gegeben hat – kann sie es lesen? Kann sie es nachvollziehen? Oder bemüht sie sich unsicher um Anpassung, indem sie sich mit allem, auch dem Unverstandenen, einverstanden erklärt?

Und da sind weitere unbekannte Faktoren: Gibt es in der Nähe weitere Familienmitglieder? Einen Vater? Eine Grossmutter, Onkel und Tante? Welche Rolle spielen sie? Unterstützend oder selbst belastet? Ist Samila in ihrem Verhalten jemandem ähnlich und steht ihm/ihr nahe? Und schliesslich: Hat die Familie eine Fluchtgeschichte, aus der ein Trauma resultieren konnte?

Allererster Kontakt

Ich höre erst einmal weiter nichts von Frau K. und habe den Anruf auch rasch wieder vergessen. Aber nach drei Wochen steht Frau K., eine eher kleine, schmale, schwarzhaarige Frau vor der Tür. Ich habe Patienten und keine Zeit. Sie versucht mir mit ein bisschen Englisch und ein paar Brocken Deutsch zu erklären, wer sie ist und dass Samila nicht gut spricht. Sie vermeidet den Blickkontakt und ich merke, wie unbehaglich ihr ist. So gebe ich ihr – sicherheitshalber schriftlich – einen Termin und erkläre ihr, dass ich sie gerne ohne Samila sprechen würde. Husch – ist sie wieder verschwunden, denn meine nächsten Patienten stehen vor der Tür.

Wie kriege ich Kontakt zu Frau K.? Ich bereite ich mich vor: Probiere auf dem Handy aus, ob dieses eine der afghanischen Sprachen z.B. Farsi verstehen und übersetzen kann. Setze Wasser auf für einen Becher Tee und hoffe auf meine Intuition, meine Körpersprache, Gestik und meine Stimme. In der Hinterhand habe ich noch Frau M., eine Mutter, die auch aus Afghanistan kommt und inzwischen ganz gut Deutsch versteht und spricht und vielleicht übersetzen könnte.

Erster gemeinsamer Anfang

Doch Frau K. kommt mit Samila zum Termin. Samila, sie scheint vier bis fünf Jahre alt zu sein, schaut mich nicht an, steht starr im Warteraum. Ich überlege, was das Kind und die Mama wohl brauchen und stelle mir vor, wie viel Unsicherheit sie empfinden könnten. Sie sind in den Räumen einer fremden Frau, die und deren Sprache sie nicht kennen und von der sie gar nichts wissen. Also ist wichtig – Diagnose hin oder her – den beiden erst einmal Sicherheit zu vermitteln. Nur dann können wir in Kontakt kommen.

Ich stelle mir vor, dass bei ihnen beiden vermutlich das Gefühl von Stress vorherrschend ist. Wie kann ich als Therapeutin Stress abbauen? Am besten durch Ruhe und Zeit. Also biete ich – auch mit Gesten – an, dass sie im Warteraum Platz nehmen können. Samila will ihre Jacke nicht ausziehen. Ich setze mich kurz zu ihnen und beobachte, um eine Idee zu bekommen, wie ich weiter vorgehen kann. Sofort verwerfe ich die Idee der Diagnostik. Ich kenne die Sprache der beiden nicht und daher kann ich Samila nur in meiner Sprache testen. Das ist Unsinn und könnte bei ihr Stress hervorrufen, denn:

- a) Ich bin ihr unbekannt und sie hat noch kein Vertrauen in mich und in die Situation.
- b) Sie merkt, was sie alles nicht kann und das erhöht ihren Stresslevel.
- c) Sie braucht offenbar Zeit, um anzukommen.
- d) Sie soll entspannt auf ihre Fähigkeiten zurückgreifen können und das geht mit Stress nicht – im Gegenteil.

Wenn also die Diagnostik warten muss – was dann?

Was tun?

Jetzt kommt es darauf an, ob sich Samila in irgendeiner Form auf mich einlassen wird. Damit die Wahrscheinlichkeit grösser wird, bitte ich beide herein, biete Frau K. einen Platz am Tisch an und frage, ob Samila bei Mama auf den Schooss sitzen oder einen extra Stuhl haben will. Nun, der Schooss ist sicherer. Meine ‚Zaubertafel‘ war schon oft hilfreich und beim Malen kann man – muss aber nicht – sprechen und kommunizieren. Einen grossen Vorteil hat sie auch noch – sie kann Scham verringern. Manche Kinder sind recht selbstkritisch und auf dieser Tafel können sie das Gemalte, falls es ihnen nicht gefällt, durch einen Schieber schnell wieder verschwinden lassen. Und da ich nicht weiss, ob sie solche Tafeln kennt, mache ich genau das vor: Ich zeichne einen «missratenen» Hund und sage mit Worten und mit Mimik: «Uiii, der gefällt mir nicht» und lösche ihn wieder. Samila schaut interessiert. «Was soll ich malen?» frage ich. «Oder malst du ein Haus?» Samila zeigt nun auf mich – ich freue mich darüber, denn nun bin ich schon ein bisschen einbezogen. Ich benutze die magnetische runde Form als Sonne und gebe ihr die sternförmige, um die Sterne zu «malen». Sie zögert, aber nun greift die Mutter ein und gemeinsam dekorieren sie das Haus mit vielen Sternen.

Das autonome Nervensystem

Was passiert im Organismus bei Samila und ihrer Mutter? Vom Verhalten her können wir beobachten, dass beide gestresst sind. Vermutlich schlägt das Herz schneller, vielleicht sind die Hände feucht, das Denken, Nachdenken sind nur eingeschränkt möglich. Beide bewegen sich kaum, Samila wirkt wie eingefroren. Das autonome Nervensystem entstand als Reaktion auf bestimmte Hinweise bezüglich Sicherheit oder (Lebens-)Gefahr und hat die Aufgabe, Stress wahrzunehmen. Porges (2018) nennt es in seiner Polyvagal-Theorie *Neurozeption*. Kopp (2017, S. 14) beschreibt diese Neurozeption wie folgt: «Die ankommenden Reize aus dem Inneren des Körpers und aus

der Umwelt werden verarbeitet und dann für den Körper in Informationen umgesetzt. Werden Gefahren erkannt, aktiviert sich das sogenannte Abwehrsystem mit seinen Strategien der Mobilisation: Rückzug, Kampf oder Flucht. Egal welche Form der Mobilisation wir wählen: Befinden wir uns in diesem System, ist uns ein intensiver sozialer Kontakt nicht möglich.»

Würden sich Samila und ihre Mutter sicher fühlen, könnten sie sich frei, offen, fähig, organisiert und entspannt verhalten. Denn die Welt wäre für sie einladend und ungefährlich. Physiologisch gesehen wäre dann der Parasympathicus, also der Ast des autonomen Nervensystems, der uns entspannt und kommunikativ sein lässt, aktiver. Bei Samila und ihrer Mama herrscht jedoch offensichtlich der Sympathicus vor, der sich als Anspannung zeigt. Die Neurozeption ihres Körpers sagt, dass die Situation als unsicher oder gefährlich angesehen wird. Und das löst eine der drei uralten körperlichen Reaktionen aus: Kampf, Flucht oder Erstarren. Im Kampf- oder Fluchtmodus verhalten sich Menschen wie ausser Kontrolle. Bewegungen sind zu stark, zu heftig, zu chaotisch. Sie sind überwältigt von der empfundenen Wut oder Angst, die Welt fühlt sich für sie als unfreundlich, beängstigend, explosiv an. Ein verbaler Zugang ist nicht mehr möglich. Menschen in diesem Zustand sind so also nicht ansprechbar. Sie brauchen Zeit, um sich zu regulieren. Menschen in einem Erstarrungszustand fühlen sich im Dunkeln, kalt, taub, hilflos, hoffnungslos, verschlossen. Sie empfinden sich als nicht liebenswert, unsichtbar, verloren und einsam. Die Welt ist für sie kalt, leer und wie unbewohnbar (Porges und Deb, 2018).

Jede:r erfahrene:r Therapeut:in kennt vermutlich bei gestressten Kindern alle drei Formen. Dabei ist oft nicht erkennbar, dass und warum sie gestresst sind, denn sie können es meist nicht verbalisieren. Ich vermute, dass der grösste Anteil aller Verhaltensauffälligkeiten auf Stress beruhen. Sie sind also eine Botschaft des Nervensystems, die beispielsweise lautet: «Das macht mich unsicher», «Das kenne ich nicht», «Das kann ich nicht», «Ich fühle mich krank», «Was erwartet mich nachher?», «Ist Papa heute Abend wieder schlecht gelaunt?», «Ist Mama noch böse auf mich?». Solche Gedanken können leicht zu Stress führen, aktivieren dann den Sympathicus und zeigen sich als das, was wir dann leichthin «Verhaltensauffälligkeit» nennen. Und wir Therapeut:innen (oder auch Eltern) denken fälschlicherweise: Das Kind

ist ungezogen; es macht Theater; es will mich ärgern; es ist trotzig; er stellt sich stur; sie verweigert die Mitarbeit. Dabei drückt das Kind oft nur aus, wie es sich fühlt. Es reagiert im sogenannten Bottom-Up, das heisst, der Impuls kommt aus dem Körper. Ja, es gibt auch Kinder, die nehmen sich vor, zu lügen und zu tricksen und andere zu ärgern. Sie agieren Top-Down, also vom Bewusstsein her. Aber es ist meiner Erfahrung nach die Minderheit und kommt bei Kindergartenkindern nur sehr sehr selten vor.

Sicherheit und Verbundensein

Eines der Grundbedürfnisse von Menschen ist die Sicherheit, für die wir als Logopäd:innen in der Therapie verantwortlich sind. Unsere Neurozeption nimmt Sicherheit wahr und mit ihr können Beziehungen und Bindungen entstehen. Ohne diese kann sich ein Kind nicht öffnen und lernen, was wir ihm vermitteln wollen. Das gilt auch für das Sicherheitsgefühl von Eltern. Fühlen sie sich kritisiert, nicht akzeptiert und angenommen in ihrem So-sein, kann sich bei ihnen auch kein sicheres Gefühl einstellen und wir müssen uns nicht wundern, wenn z.B. Therapien abgebrochen werden.

Meinen Erfahrungen nach sorgen Kinder meist selbst für ihre Sicherheit und zwar in vielfältiger Form: Indem sie ihre Jacke nicht ausziehen, indem sie sich hinter Mama verstecken, indem sie bei Gefühlen der Überforderung Blödsinn machen – das alles und noch viel mehr können ihre Schutzmechanismen sein (Franke, 2023).

Das zweite Grundbedürfnis ist das der Verbundenheit, das Dazugehören (Hüther, 2020). Wir brauchen vertraute Menschen in unserer Nähe. Haben wir sie nicht, fühlen wir uns isoliert, einsam, verlassen. Viele Flüchtlingskinder, ebenso wie z.B. übergewichtige, handycapierte oder aus finanziell benachteiligten Familien stammende Kinder leiden darunter, aus bestehenden Gruppen ausgeschlossen zu sein. Vielleicht aus der Nachbarschaft, der Klasse, der Abteilung in der Firma. So ziehen sie sich oft zurück, gelegentlich zeigen sie auch aggressive, seltener oppositionelle Verhaltensweisen oder schliessen sich anderen Aussenseitern an, werden Gangmitglieder. Damit befriedigen sie wenigstens ein Teil ihres Bedürfnisses nach Verbundenheit. Kleinere Kinder, die der Sprache eines neuen Landes nicht mächtig sind, helfen sich manchmal, indem sie sich an die Familie klammern.

Denken wir an Samila, so könnte es sein, dass beide Grundbedürfnisse nicht befriedigt sind. Wir wissen nicht, ob die Eltern mit ihren Familien einen guten Zusammenhalt haben. Wenn ja, würde es Samila helfen, weniger Stress zu empfinden und sich damit leichter auf die neue Heimat einzustellen. Sie hätte bessere körperlich-see-lisch-mentale Voraussetzungen, um zu lernen und um auf ihre Kompetenzen zurückgreifen zu können.

Verstehen

Um nicht der Versuchung zu erliegen, zu einfach und damit falsch zu denken, was bei Komplexität wie dem Verhalten eines Menschen passiert (Kahneman, 2012), hilft neben dem Wissen um die beiden Grundbedürfnisse auch das Bild eines Eisberges: Der obere, sichtbare Teil ist das beobachtbare Verhalten eines Kindes (zappelig, verschlossen usw.). Darunter jedoch befindet sich der wichtigere und viel massivere Teil: Die Ursachen und Gründe für das Verhalten. Was könnte das sein? Vielleicht eine Überempfindlichkeit gegenüber gewissen auditiven Reizen, Schmerzen, beständige oder kommende Erkrankungen, Traumata, Familienproblematiken oder eine familiäre Schüchternheit. Das ist vermutlich bei jedem Kind anders ausgeprägt und gewichtet. Haben wir Therapeut:innen diese Faktoren im Sinn, wundern uns bestimmte Verhaltensweisen weniger und wir können uns Möglichkeiten ausdenken, das Leben des Kindes vor uns leichter zu gestalten und seine Verhaltensweisen anders zu sehen.

Möchten wir als Logopädin und Logopäde eine gute Beziehung zu dem vielleicht auch schwierigen Kind, gelingt das am ehesten, wenn wir es mitsamt seinem Verhalten verstehen. Das kann auch die Grundlage dafür sein, dass die Eltern und weitere Bezugspersonen beginnen, ein Kind mit herausforderndem Verhalten durch Verständnis anders zu sehen. Beispielsweise war Frau Bernheim empört, dass ihr 5-jähriger Manuel über das Weinen seiner zwei Jahre jüngeren Schwester lachte, anstatt sie zu trösten. Erst als eine Untersuchung herausfand, dass Autismus das empathische Reagieren für Manuel so schwierig machte, konnte sie ihm wieder ohne Groll begegnen. Oder Herrn Peters Ärger über Annas «Theater», wenn sie den Spielplatz wieder verlassen sollte. Ähnliche Schwierigkeiten habe er auch beim Zurechtmachen für den Spielplatz. Mündliche und schriftliche Informationen über die Schwierigkeit von Kindern bei Übergängen und wie damit umgegangen werden kann, haben ihm geholfen zu verstehen und nicht mehr aus der Haut zu fahren. Im Gespräch räumte er ein, dass auch er manchmal nicht so gern sein Sofa verlässt, um noch etwas zu besorgen. Der Logopädin Frau Gieser half das Bild, dass Sofias Gehirn bei ihrem Wutausbruch wie von einem Tsunami überrollt wird und dass alle ihre Worte warten müssen, bis sich dieser Hirn-Tsunami wieder zurückgezogen hat.

Und wie geht es mit Samila weiter?

Um Samila in der Therapie und mit mir Sicherheit zu bieten und sie in eine Verbundenheit zu bringen, biete ich ihr an, mit mir zu spielen. Es sind erst einmal einfache, lustige und leicht zu verstehende Spiele. Dabei versteht sie die Regeln und Inhalte rasch und kann leicht mitspielen. Dies sind gleichzeitig die Fundamente der neuen Sprache – genau so findet Sprache Lernen bei allen Kindern statt.

Ein Spiel, das erst einmal das Eis aufgetaut hat, war *Tiere verstecken* (Franke, 2014): Ich zeige ihr einen Plüschhund und teile mitsamt einer Gebärde mit «Der Hund versteckt sich». Ich lasse ihn in meinem Ärmel verschwinden. Dann frage ich lachend: «Wo ist der Hund?» Als Samila nicht reagiert, spreche ich die neben ihr sitzende Mutter an, die für sie reagiert. Und nun merkt Samila, wie das Spiel geht und schon habe ich immer häufiger Grund, begeistert zu rufen: «Ja, du hast ihn gefunden!» Die Katze, den Tiger, den Vogel – alle findet sie. Schliesslich auch, wenn die Mutter ihr die Augen zugehalten hat und sogar den kleinen Maulwurf in ihrem Söckchen. Mit den einfachen Spielen erleben Samila und ihre Mutter eine sichere, weil vorhersagbare Therapiesituation, bekommen hier einen vertrauensvollen Beziehungsrahmen und gleichzeitig nähern sie sich der neuen Sprache an.

Ulrike Franke

 **Literaturverzeichnis:** siehe logopaedie.ch

Der DLV gratuliert herzlich!

Forschungspreis: Wie Chili bei Schluckstörungen helfen kann

Am 9. März 2023 durfte DLV-Mitglied Eliane Lüthi-Müller den Forschungspreis 2022 der Rehaklinik Rheinfelden entgegennehmen und ist damit die erste Logopädin, die diesen Forschungspreis bekommen hat. Die Auszeichnung erhielt sie zusammen mit einem Team für eine der Studien, die sie im Rahmen ihrer Dissertation veröffentlicht hat. Der Preis wird jedes Jahr vergeben und die Reha Rheinfelden fördert damit wissenschaftliche Arbeiten im therapeutischen Bereich.




Preisträgerin **Eliane Lüthi-Müller** (Mitte) mit den Jurymitgliedern Corina Schuster-Amft (2.v.l.) und Carlos Gonzalez Blum (2.v.r.) sowie den Reha-Chefs Matthias Mühlheim (l.) und Leo Bonati (r.). Bild: Andre Scheidegger (www.moodpix.ch)

Eliane Lüthi-Müller, Jan Kool und Veit Mylius von den Kliniken Valens sowie Paul Diesener von der Rehaklinik Zihlschlacht untersuchten den therapeutischen Nutzen des Wirkstoffs Capsaicin in der Behandlung von neurogenen Dysphagien. Capsaicin wird aus der Chilipflanze gewonnen. Sanftes Einatmen von Capsaicin-Aerosol ermöglicht Schluckpatient:innen mit ausbleibendem oder schwachem Hustenreflex, diesen auszulösen und die Atemwege aus eigener Kraft zu reinigen. Den Autor:innen ist es in ihrer Studie gelungen, den therapeutischen Nutzen dieser neuen Anwendungsmethode nachzuweisen. Nach ihrer Einschätzung könnte sie zu einem Paradigmenwechsel in der Behandlung von

Schluckstörungen führen und sich als wertvolles Tool in der Gestaltung von innovativen Dysphagie-Behandlungskonzepten erweisen.

Die Reha Rheinfelden schreibt dazu: «Die vorgestellte Arbeit von Eliane Lüthi-Müller und Kollegen überzeugt nicht nur durch ein methodisch exaktes Vorgehen, sondern auch durch eine hohe therapeutische Relevanz für die klinische Arbeit in Schweizer (Reha-)Kliniken und Praxen».

 **Link zur Dissertation:**
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35430718/>



PURES WISSEN!

Logisch, mit uns. SAL.

Weiterbildungen unter:
www.logopaedieschweiz.ch



Profitieren Sie als **SAL-Mitglied** von vergünstigten Weiterbildungen:
<https://www.logopaedieschweiz.ch/sal/fachverband/mitgliedschaft/>

Logopädische Versorgungslage im Schulbereich

Mit Stichtag 13. September 2021 wiederholte der DLV die Erhebung der logopädischen Versorgungslage im Schulbereich nach dem Pilotprojekt von 2017. Ziel war es, die aktuelle Situation in verschiedenen Gemeinden und Diensten der Deutschschweiz und dem Fürstentum Liechtenstein abzubilden.

Ausgangslage und Fragestellungen

Hintergrund dieses grossen DLV-Projekts sind Hinweise aus Medien, dass logopädische und allgemein sonderpädagogische Massnahmen zunehmen. Auf nationaler Ebene und in vielen Kantonen wird die logopädische Versorgungslage jedoch nicht oder sehr unterschiedlich erfasst, so dass unklar bleibt, aufgrund welcher Daten diese Berichterstattungen erfolgen. Der DLV hat mit dem Pilotprojekt im Jahr 2017 gezeigt, dass eine statistische Erhebung der logopädischen Versorgung im Schulbereich möglich ist. Folgende konkrete Fragestellungen wurden formuliert:

- Wie viele Schülerinnen und Schüler (nachfolgend SuS) dieser Stichprobe haben Logopädiebedarf? Wie hoch ist die allgemeine Prävalenz? Wie hoch ist die Prävalenz der einzelnen logopädischen Diagnosen?
- Wie ist die logopädische Versorgung pro SuS mit Logopädiebedarf in Minuten pro Woche?
- Wie ist die logopädische Versorgung pro 100 SuS in Stunden pro Woche?
- Wie viele SuS sind auf einer Warteliste?
- Wie ist die Verteilung der logopädischen Massnahmen inkl. Warteliste?

Methodisches Vorgehen

Zur Beantwortung der Fragestellung wurde ein Excel-Formular mit folgenden Daten erstellt:

- Arbeitspensum in Stunden und Minuten, Angaben zum Arbeitsort, Anzahl Logopäd:innen der Gemeinde/des logopädischen Dienstes
- Gesamtschüler:innenzahlen des Arbeitsortes
- Anonymisierte Angaben zu den erfassten SuS mit Logopädiebedarf: Alter, Geschlecht, Sonderschulstatus, logopädische Diagnose, Art der logopädischen Massnahme (inkl. Therapiepause, Beratung, Warteliste «Abklärung» und Warteliste «logopädische Massnahme»)

Seit der letzten Erhebung umfasst das Datenformular zusätzlich noch die SuS mit Logopädiebedarf, die aktuell auf eine Abklärung oder eine logopädische Massnahme warten. Zudem wurde die Liste der Diagnosen aktualisiert.

Datenerhebung

Die Logopäd:innen wurden über die Kantonalverbände rekrutiert. Zwei Bedingungen wurden gestellt:

- a) alle Logopäd:innen der entsprechenden Gemeinde/des entsprechenden Dienstes müssen an der Erhebung teilnehmen, d.h. die Teams müssen komplett sein (keine unbesetzten Stellen, keine Abwesenheiten, keine fehlende Teilnahme). Dieses Kriterium ist wichtig, damit die Daten nicht verzerrt werden. Beispiel 1: Wenn in einer Gemeinde nur zwei von drei Logopädinnen teilnehmen

würden, würden uns Angaben zu einem Teil der SuS mit Logopädiebedarf fehlen, weil diese Logopädin das Formular nicht ausgefüllt hat. Beispiel 2: Wenn in einer Gemeinde eine von zwei Stellen unbesetzt ist, könnte dies einen Einfluss auf die Anzahl SuS auf den Wartelisten haben.

b) alle Logopäd:innen arbeiten im Schulbereich. Insgesamt haben 123 Logopäd:innen Formulare zurückgesandt. 121 Formulare konnten aufgrund der oben genannten Bedingungen berücksichtigt werden.

Die Formulare der 121 Logopäd:innen wurden auf ihre Korrektheit überprüft, allfällige Unstimmigkeiten wurden in Rücksprache mit der/dem entsprechenden Logopäd:in geklärt. Die Daten sämtlicher Formulare wurden in einem Dokument für jede Gemeinde/jeden Dienst zusammengefasst. Anschliessend wurde mittels Excel eine deskriptiv-statistische Analyse gemacht. Dabei wurden folgende Variablen analysiert:

- Prävalenzen: Allgemeine Prävalenz; Prävalenzen der Diagnosen
- Versorgung: Logopädische Versorgung pro SuS mit Logopädiebedarf in Min/Woche und logopädische Versorgung pro 100 SuS in Stunden/Woche
- Wartelisten: Anzahl SuS auf der Warteliste Abklärung (Kinder warten auf eine Abklärung) sowie Anzahl SuS auf der Warteliste logopädische Massnahmen (diese SuS hatten bereits eine Abklärung, warten jedoch noch auf eine spezifische logopädische Massnahme)
- Verteilung der logopädischen Massnahmen (2x oder mehr Therapie/Woche, 1x/Woche Therapie, Gruppentherapie, Beratung, Therapiepause)
- Arbeitspensen der Logopäd:innen: Vollzeitäquivalenz

Damit die Pensens verglichen werden konnten, gingen wir von logopädischen Pensens aus, die anhand von Gesamtschüler:innenzahlen erstellt und berechnet werden (z.B. Dienst XY erhält ein 100% Pensum Logopädie bei 550 SuS). Für die Analyse mussten deshalb bei 14 Gemeinden/Diensten Korrekturen vorgenommen werden:

- In sechs Gemeinden/Diensten sind die Logopäd:innen für die SuS der obligatorischen Schulzeit verantwortlich und ebenfalls für den Frühbereich. Da die Pensens dieser Gemeinden/Dienste aber nur anhand der Gesamtschüler:innenzahlen berechnet werden, wurden die Kinder unter 4 Jahren aus der Statistik entfernt ohne Korrektur der Pensens.
- In acht weiteren Gemeinden/Diensten sind die Logopäd:innen für die SuS der obligatorischen Schulzeit verantwortlich und ebenfalls für den Frühbereich. Für die Berechnung der Pensens wird aber auch der logopädische Bedarf im Frühbereich berücksichtigt und nicht nur die Gesamtschüler:innenzahl. Deshalb wurden sowohl die Kinder unter 4 Jahren gestrichen als auch die Pensens zur Vergleichbarkeit korrigiert.

Stichprobe

In der Folge werden die Logopäd:innen, welche Formulare ausgefüllt haben, und die Stichprobe der SuS beschrieben (siehe Tabelle unten).

121 Logopäd:innen aus	35 Gemeinden/Diensten aus 10 Kantonen (AG, BE, BL, FR, LU, SG, SO, ZG, ZH, TG) und Fürstentum Liechtenstein
Gesamtpensum aller Logopäd:innen	5780.15 Stellenprozent
Durchschnittliches Arbeitspensum einer Logopäd:in	47.8 Stellenprozent
Gesamtschüler:innenzahl	42'580 SuS
SuS mit Logopädiebedarf	3216 SuS
SuS mit Logopädiebedarf auf Warteliste (Abklärung der Massnahme)	442 SuS = 1% der Gesamtschüler:innenzahl
Geschlecht der SuS mit Logopädiebedarf	62% männlich und 38% weiblich (divers 0%)
Sonderschulstatus	Integriert 289 SuS (8.99%), separiert 2 SuS
Durchschnittsalter der SuS mit Logopädiebedarf	7;4 Jahre (Jahr;Monat)

Ergebnisse

Allgemeine Prävalenz

Die allgemeine Prävalenz an SuS mit Logopädiebedarf wurde mit sämtlichen erfassten SuS mit Logopädiebedarf berechnet (inkl. SuS auf den Wartelisten). Durchschnittlich haben 9.36% (Spannweite 3.8 bis 22.8%) aller SuS Logopädiebedarf (allgemeine Prävalenz ohne Warteliste: 8.25%). Hauptsächlich die Gemeinden/Dienste 22* bis und mit 27* mit Pensen gemessen an SuS und Zuständigkeit für Früh- und Schulbereich fallen im Vergleich zum Mittelwert ab. Jede:r zehnte SuS dieser Stichprobe hat Logopädiebedarf. 2017 wurde ebenfalls eine allgemeine Prävalenz von 9.4% berechnet. Damals wurden aber die SuS auf Wartelisten nicht erhoben.

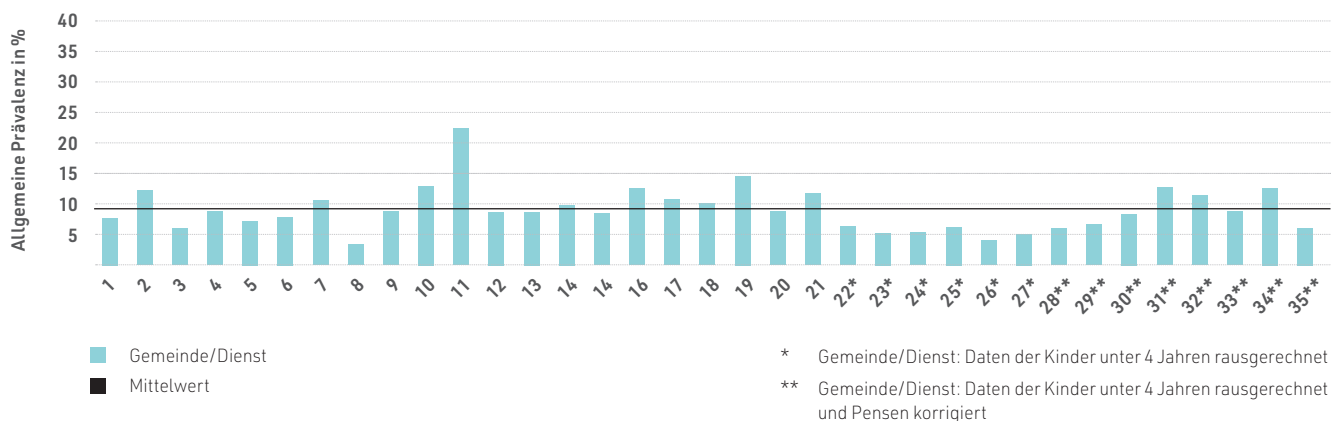


Diagramm 1: Allgemeine Prävalenz an SuS mit Logopädiebedarf (inkl. Wartelisten)

Logopädische Versorgung pro SuS mit Logopädiebedarf

Die Grafik zeigt die Versorgung der SuS mit Logopädiebedarf in Minuten pro Woche. Dafür wurde das Verhältnis von Arbeitspensum pro Dienst zu Anzahl SuS mit Logopädiebedarf berechnet. Die durchschnittliche logopädische Versorgung der SuS mit Logopädiebedarf beträgt 43.19 Minuten pro Woche (Spannweite 20 – 77.6 Minuten). Es wurde die Gesamtzahl der SuS mit Logopädiebedarf inkl. Wartelisten zur Berechnung genutzt, da diese SuS ebenfalls Zeit in Anspruch nehmen, beispielsweise für Dossierführung, Organisation, Elternkontakt, Lehrpersonenberatung, etc.

Wenn die SuS auf den Wartelisten ausgeschlossen werden, so steigt die logopädische Versorgung pro Schüler:in mit Logopädiebedarf um ca. 6 Minuten auf 49.7 Minuten (Spannweite: 23 – 83 Minuten) pro Woche.

Im Jahr 2017 war die Versorgung pro SuS mit Logopädiebedarf 55 Minuten pro Woche, also gut 5 Minuten pro SuS und pro Woche höher (verglichen mit dem Durchschnittswert ohne Warteliste).

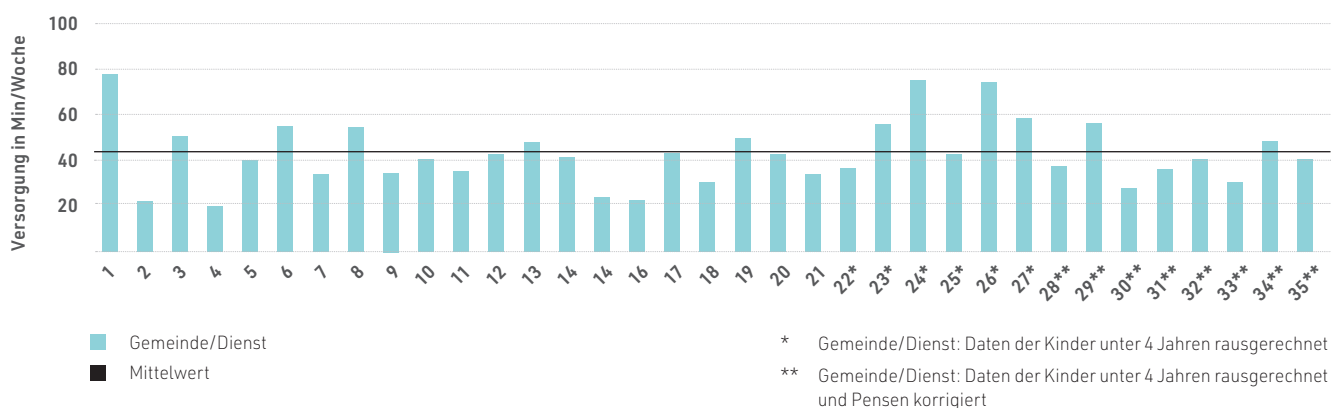


Diagramm 2: Logopädische Versorgung pro SuS mit Logopädiebedarf in Minuten/Woche (inkl. Wartelisten)

Logopädische Versorgung pro 100 SuS

In der Abbildung ist die logopädische Versorgung pro 100 SuS gemessen an der Gesamtschüler:innenzahl in Stunden pro Woche zu sehen. Dafür wurde das Verhältnis von Arbeitspensum pro Gemeinde/Dienst zur Gesamtschüler:innenzahl der jeweiligen Gemeinde/des jeweiligen Dienstes berechnet. Der Mittelwert beträgt 6.37h (Spannweite: 3.2h – 13.45h) pro 100 SuS pro Woche.

Im Jahr 2017 war die Versorgung pro 100 SuS 7.8 Stunden pro Woche, also 1.4 Stunden höher. Auch wenn ein direkter Vergleich nicht gemacht werden kann, ist eine sinkende Tendenz der logopädischen Versorgung festzustellen.

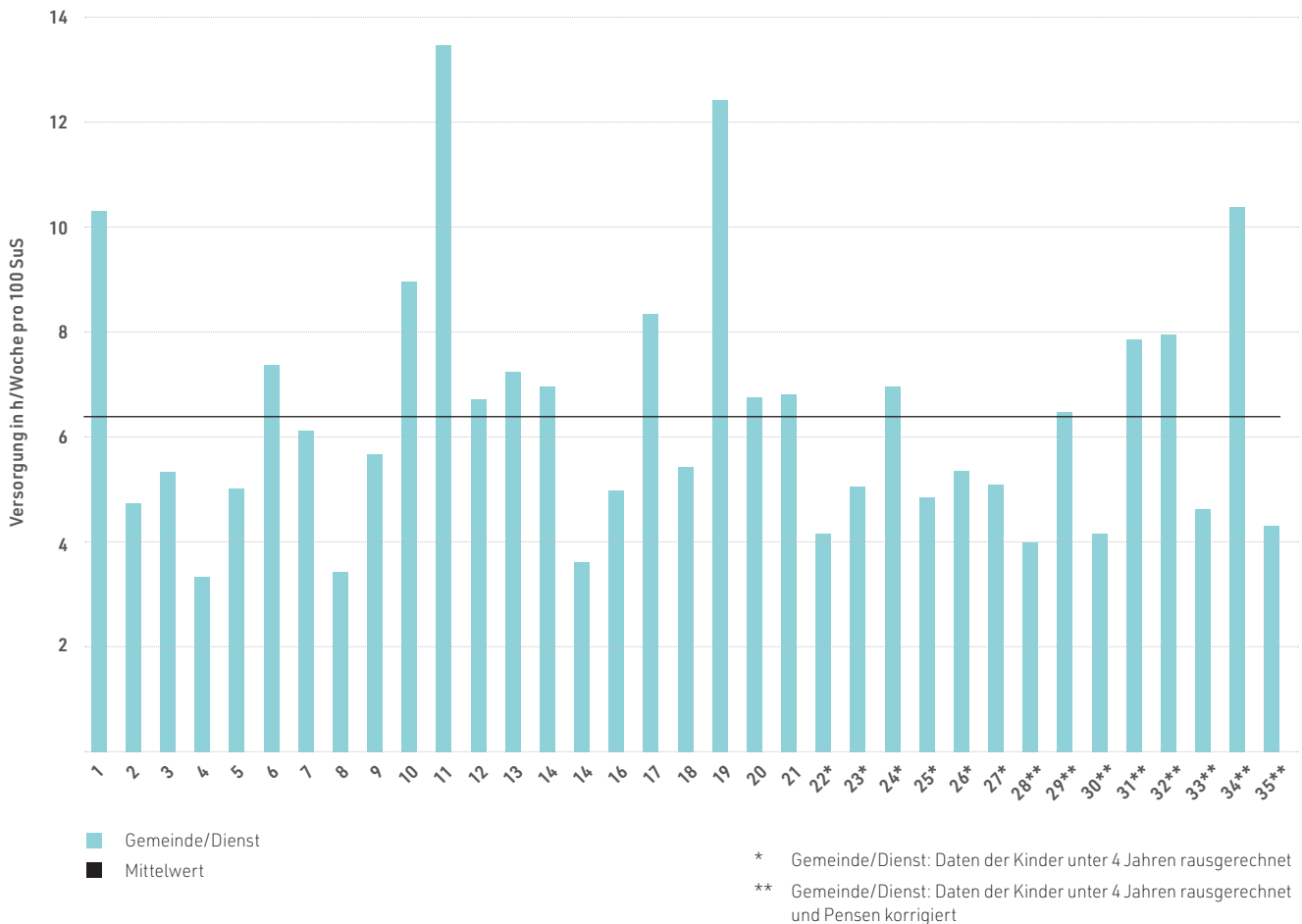


Diagramm 3: Logopädische Versorgung pro 100 SuS in Stunden pro Woche

Verteilung der logopädischen Massnahmen

Die Abbildung zeigt, dass eine überwiegende Mehrheit (70%) der SuS mit Logopädiebedarf zum Zeitpunkt der Erhebung eine «aktive» Massnahme in Form von Therapie oder Beratung erhält. 30% der SuS sind in Therapiepause. Die Tendenz zum Arbeiten mit Therapiepausen und Kontrollphasen nimmt zu, denn im Jahr 2017 waren noch 20% der SuS in Therapiepause.

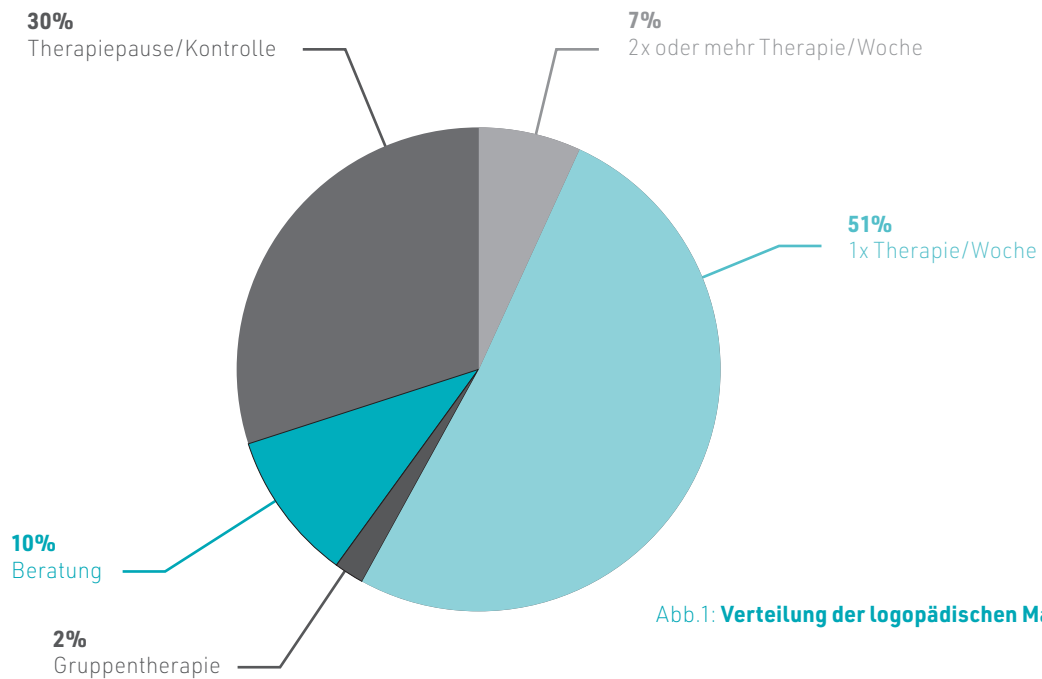


Abb.1: Verteilung der logopädischen Massnahmen

Verteilung logopädische Massnahmen vs. Warteliste

Die Grafik zeigt die Verteilung der SuS in Bezug auf die Wartelisten. Insgesamt befinden sich 14% (Spannweite 0–62%) aller 3216 SuS mit Logopädiebedarf auf der Warteliste. Davon warten 8% auf eine Abklärung und 6% auf eine logopädische Massnahme. 86% erhalten eine logopädische Massnahme.

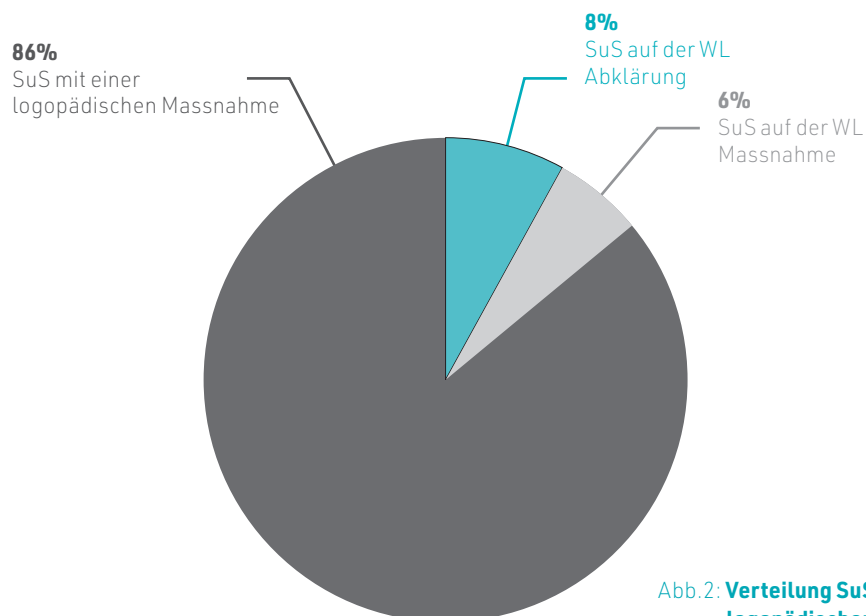


Abb.2: Verteilung SuS mit logopädischen Massnahmen vs. Warteliste (WL)

Prävalenzen Störungsbilder

Für die Datenerhebung wurden sämtliche logopädische Diagnosen erfragt, die aktuell in der Logopädie genutzt werden, siehe nachfolgende Liste.

Logopädische Diagnose	Prävalenz Datenerhebung DLV 2021
Sprachentwicklungsstörung	4.46%
Artikulationsstörung	3.0%
Lese-Rechtschreibstörung	1.12%
Stimmstörung	0.12%
Stimmklangstörungen	0.11%
Redeflussstörungen	0.32%
Selektiver Mutismus	0.11%
Myofunktionelle Störung	0.7%
Rechenstörung	0.06%
Verbale Entwicklungsdyspraxie	0.14%
Kindliche Dysarthrie	0.06%
Kindliche Aphasie	0.01%

Es wurden keine anderen Diagnosen in der Bemerkungsspalte festgehalten, deshalb gehen wir davon aus, dass die Liste komplett ist. 3% der SuS mit einer logopädischen Massnahme haben keine logopädische Diagnose. SuS ohne Diagnose warten entweder auf eine Abklärung oder wurden abgeklärt, es konnte aber keine klare logopädische Diagnose formuliert werden. Nach Rückfragen sind dies entweder SuS, die präventiv Logopädie erhalten, z.B. aufgrund von auffälliger phonologischer Bewusstheit oder solche, die aufgrund Mehrsprachigkeit nicht klar diagnostisch zugeordnet werden können.

Diskussion

Versorgung, Wartelisten und Therapiesetting

Bei diversen Variablen (allgemeine Prävalenz, Versorgung pro SuS/100 SuS) fällt insbesondere die ausgesprochen grosse Streuung der Werte auf. Dies bedeutet, dass die Versorgung in den Gemeinden/Diensten massiv variiert. Eine bessere Versorgung – beispielsweise mehr Zeit pro SuS – kann einen Einfluss auf die qualitative Arbeit aber auch auf die Arbeitsbelastung der entsprechenden Logopäd:innen haben.

Die rund 5 Minuten höhere Versorgung pro SuS im Jahr 2017 kann auf eine sinkende logopädische Versorgung ab 2017 bis 2021 hinweisen.

Mit 14% aller SuS mit Logopädiebedarf befindet sich ein kleiner Anteil auf den Wartelisten. Hier stellt sich die Frage, ob diese Zahl ein korrektes Verhältnis wiedergibt, denn auch hier ist die Handhabung der Gemeinden/Dienste individuell.

Nach wie vor dominiert in dieser Stichprobe das Einzelsetting bei den Therapien. Seit 2017 nimmt in unseren Untersuchungen das Arbeiten in Gruppen oder in Therapiephasen (mit Therapiepause) aber zu. Möglicherweise ist dies eine Folge der sinkenden logopädischen Versorgung oder eine bewusste flexiblere Massnahme für die Erreichung von Therapiezielen.

Störungsspezifische Prävalenzen

Auffallend ist, dass alle Prävalenzen sämtlicher Störungsbilder deutlich tiefer sind als in der Literatur erwähnt. Einige Unterschiede lassen sich erklären:

- In einigen Kantonen fällt die Lese-Rechtschreibstörung und Rechenstörung nicht explizit in den Zuständigkeitsbereich der Logopädie, womit sich die tiefere Prävalenz erklären lässt. Die tiefere Prävalenz der Sprachentwicklungsstörung im Vergleich zur Literatur kann auf das hohe Durchschnittsalter und die obligatorische Schulstufe zurückgeführt werden. Würden Vorschulkinder in die Erfassung integriert, wird angenommen, dass die Prävalenz von diversen Störungen höher wäre.
- Insgesamt stellt sich die Frage der Vergleichbarkeit der Ergebnisse von DLV und Literatur. Unterschiedliche Stichproben in Bezug auf Alter oder Schulformen (beim DLV beispielsweise fehlender Frühbereich, Zahlen von SuS aus separierten Schulformen wie Sprachheilschulen und heilpädagogischen Schulen fehlen) könnten zu tieferen Prävalenzen führen. Ebenso sind Inhalte und Kriterien für die Diagnostik kantonal unterschiedlich, was die Vergleichbarkeit weiter einschränkt.
- Es stellen sich auch weitere Fragen: Sind die Zugänge zur Logopädie überall gesichert und niederschwellig genug? Werden genügend Ressourcen für die Logopädie zur Verfügung gestellt? Sind die Zuständigkeiten für einzelne SuS mit Logopädiebedarf genügend geklärt und werden sie auch transparent vermittelt? Wie viele SuS fallen in unserem System durch die Maschen?

Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit dem Pilotprojekt aus 2017

Aufgrund der Anpassungen im Excelformular, der deutlichen Zunahme an Daten und Fehlerquellen insgesamt, der Präzisierungen der Grundlage für die Berechnung der Pensen (siehe Datenerhebung) und der Pensenkorrekturen ist eine Vergleichbarkeit dieser Studie mit der Pilotstudie von 2017 nur begrenzt möglich.

Limitationen und weiterführende Fragestellungen

Die deutlich grössere Stichprobe (Gesamtschüler:innenzahl 2017: 16'685; 2021: 42'580) stellte den DLV vor Herausforderungen: Die zum zweiten Mal gewählte Form des Excel-Formulars hat sich als bedingt geeignet herausgestellt. Das Formular war aufgrund seines Aufbaus fehleranfällig, was sehr viele individuelle Rückfragen und Klärungen nötig machte. Bei einer allfälligen nächsten Durchführung wäre es sinnvoll, das Formular vorgängig erneut zu überarbeiten und mit gezielten Einstellungen zu versehen, um Fehler zu minimieren.

Interessiert hätte uns ebenfalls das Verhältnis zwischen Warteliste, Gesamtpensum und Gesamtschüler:innenzahlen. Die Hypothese war: Je höher die Gesamtschüler:innenzahl und je tiefer das Gesamtpensum, desto höher die Anzahl SuS auf der Warteliste. Wegen der grossen Streuung und der kleinen Stichprobe (Anzahl Gemeinden/Dienste = 35) liess sich leider keine zuverlässige Aussage dazu tätigen, d.h. die Bedingungen für eine Signifikanzprüfung waren nicht gegeben.

Interessant wären Ergebnisse zu der Verteilung der Pensen von Logopäd:innen (wie viele arbeiten unter 20%, zwischen 21–40%, zwischen 41–60%, zwischen 61–80%, zwischen 81–100%). Leider war dies in dieser Stichprobe nicht möglich, da wir von vielen Gemeinden/Diensten nur die Gesamtpensen erhalten haben.

Spannend wäre ebenfalls eine detailliertere Erhebung der Länge von Therapiektionen. Bisher wurde die genaue Länge einer Therapiektion nicht näher definiert, jedoch wissen wir, dass diese stark variieren kann.

Fazit und Ausblick

Die Untersuchung hat gezeigt, dass eine Datenerhebung der logopädischen Versorgung im Schulbereich möglich ist, aber aufgrund der kantonalen Unterschiede Anpassungen und Angleichungen in der Erhebung notwendig sind, damit Vergleiche überhaupt getätigt werden können. Nicht nur für die Vergleichbarkeit von Daten, sondern auch für die Chancengleichheit wäre es wichtig, dass zumindest in allen Deutschschweizer Kantonen ähnliche Bedingungen für die Logopädie herrschten. Um vergleichbare Daten zwischen Diensten und Kantonen erheben zu können, sind auch genug grosse Datenmengen nötig. Hier sind alle Kantone angehalten, regelmässig statistische Erhebungen im Bereich Logopädie durchzuführen. Es ist im Interesse der Kantone, den Bedarf an Logopädie aufzuzeigen (zumindest die Gesamtstellenprozente und Anzahl Anmeldungen für die Logopädie) und entsprechend transparent darzustellen, wohin die dafür zur Verfügung gestellten finanziellen Mittel fliessen und wofür sie eingesetzt werden: Denn Logopädie lohnt sich. Somit dienen die vorliegenden Ergebnisse lediglich der groben Orientierung und es können zur jetzigen Zeit keine Empfehlungen für Versorgungsrichtwerte gegeben werden.

Für die Unterstützung von Dr. Verena Hofmann von der Universität Freiburg bei den statistischen Analysen und dem Artikel bedanken wir uns herzlich. Grosser Dank gilt auch allen Logopäd:innen, die bei der Erhebung mitgemacht haben.

*Bérénice Wisard, Präsidentin DLV und
Natalie Guthauser, Vizepräsidentin DLV*

Wie sag ich es den Eltern?

Systemisches Handwerkszeug für das Gespräch nach der Abklärung

Im Gespräch nach der logopädischen Abklärung stehen Logopäd:innen oft vor der Herausforderung, Eltern innerhalb kurzer Zeit ihre Beobachtungen mitzuteilen und sie für eine allfällige logopädische Therapie zu gewinnen. Wie können wir unser Expert:innenwissen anschlussfähig machen und Eltern als Kooperationspartner ins Boot holen?



Edith Kohli

dipl. Logopädin, Systemische Beraterin und Supervisorin (bso), PerspektivRaum Liebefeld

Konstruktivismus und Haltung des Nichtwissens

Der Konstruktivismus als Erkenntnistheorie hat uns die Einsicht gebracht, dass wir unterschiedliche Brillen tragen und unsere Wirklichkeiten, geprägt durch die eigenen Erfahrungen, individuell konstruieren (Büttner & Quindel, 2013, S. 65). Wir können folglich davon ausgehen, dass Logopäd:innen, aufgrund ihrer Ausbildung und Rolle, die Schwierigkeiten im Spracherwerb anders erleben als die Eltern. Auch die Sicht der Elternteile unterscheidet sich unter Umständen voneinander.

Beruhend auf dieser Erkenntnis ist eine Haltung des Nichtwissens zur Gestaltung einer tragfähigen Arbeitsbeziehung wesentlich. Fragen laden Eltern dazu ein, ihre Sicht- und Denkweise zu schildern. Auf diese Weise drücken wir Interesse dafür aus, was die kindlichen Schwierigkeiten im Spracherwerb für die Eltern bedeuten, wie sie diese bewerten und welchen Umgang die Familie damit pflegt (Vetsch Good, 2014, S. 63). Unterschiedliche Sichtweisen werden dabei respektiert und möglichst mit Neugier betrachtet und benannt (Ahl, 2019, S.28).

Affektive Rahmung und Wertschätzung

Grob vereinfacht ist aus den bisherigen Befunden der Psychotherapie- und Beratungsforschung abzuleiten, dass ein gelingendes Erstgespräch dann möglich wird, wenn eine affektive Rahmung gelingt und den Eltern konkretes Fachwissen mitgegeben werden kann, welches sich an den Besonderheiten der jeweiligen Familie orientiert. Eine affektive Rahmung wird durch Verhaltensweisen der Logopäd:innen wie dem Verbalisieren von Gefühlen oder durch das Anknüpfen an die von Eltern eingebrachten Themen gefördert. Ein emotionales Anknüpfen ermöglicht den Eltern, sich angenommen zu fühlen und trotz bestehender negativer Gefühle Wertschätzung zu erfahren (Kantrowitsch, 2008, S. 312–323).

Da durch die Elternrolle eine besondere Empfänglichkeit für Kritik besteht und Wertschätzung oft eine erstaunliche Wirkung auf den Verlauf eines Gesprächs hat, ist es gewinnbringend, Eltern in einer wertschätzenden Haltung zu begegnen (Steiner, 2013, S. 31, Kantrowitsch, 2008, S. 323). So kann beispielsweise bei Eltern, die vom Kinderarzt zugewiesen wurden, die jedoch selbst bei ihrem Kind kein Problem sehen, wertgeschätzt werden, dass sie sich trotz dieser Ausgangslage für die logopädische Abklärung Zeit genommen haben.

Ressourcenorientierung

Kommen Eltern mit ihrem Kind zur logopädischen Abklärung, fühlen sie sich laut Beyer (2015, S. 196) oft verunsichert. Der eigene liebevolle Blick auf das Kind hat sich möglicherweise verschleiert und das Vertrauen in die eigene Intuition nimmt ab. Auch die Tatsache, Eltern eines «gestörten» Kindes zu sein, kann zu Unsicherheits- und Schuldgefühlen führen. Zudem zeigen Eltern von Kindern mit einer frühen Spracherwerbsstörung oft ein überdurchschnittlich hohes kind- und interaktionsbezogenes Belastungserleben (Vetsch Good, 2014, S. 59–62). Im Gespräch nach der Abklärung ist es Aufgabe der Logopädin/des Logopäden, Schwierigkeiten im Bereich der Sprache und Kommunikation sowie eine logopädische Diagnose mit einem entsprechenden Procedere darzulegen. Dabei handeln wir meist nach einem medizinischen Modell der Dysfunktion und sind damit überwiegend defizitorientiert unterwegs.

In der systemischen Beratung hingegen wird der Fokus auf Potenziale und Ressourcen gesetzt, da Menschen in einem Umfeld, das ihre Stärken und Fähigkeiten erkennt und benennt, einfacher kooperieren (Ahl, 2019, S. 28, Steiner, 2013). Dabei wird von intuitiven elterlichen Kompetenzen ausgegangen, die allenfalls durch Probleme verschüttet sind und wieder freigelegt werden können (Kantrowitsch, 2008, S. 326). In Elterngesprächen bedeutet Ressourcenorientierung laut Beyer (2015, S. 196), einen wertschätzenden Blick dafür zu bekommen, welche entwicklungsförderlichen Verhaltensweisen Eltern bereits mitbringen. Ein Ressourcenblick stärkt die Eltern und ermöglicht, anders über sich selbst zu denken, zu fühlen und zu empfinden (Meyer-Erben & Zander-Schreindorfer, 2021, 27). Beim Betreten der Praxis und im Wartebereich zeigen sich häufig entwicklungsförderliche elterliche Verhaltensweisen, die Logopäd:innen aufgreifen können. Reagiert eine Mutter beispielsweise intuitiv, im Sinne eines korrektiven Feedbacks, auf die unverständliche Äusserung ihres Kindes, kann dies wertschätzend rückgemeldet werden.

Steiner (2013, S.206) betont, dass Eltern positive Dinge über ihre Kinder hören wollen und wissen wollen, was ihr Kind gut kann. Handeln Logopäd:innen auch in Gesprä-

chen nach der Abklärung nach dieser Prämisse, so wirkt dies erfahrungsgemäss tütöffnend und Eltern gehen weniger erschlagen aus dem Gespräch. Oft bilden dabei sprachliche Feinheiten einen Unterschied. So können beispielsweise Versuche des Kindes benannt werden, mit der Untersucherin Kontakt aufzunehmen. Dies kann mit der Hypothese ergänzt werden, dass das Kind möglicherweise durch fehlendes sprachliches Werkzeug in der Kommunikation noch wenig zum Ziel kommt. Dies tönt in Elternohren anders als die Aussage, dass ihr Kind unzureichend kommuniziert. Auf der Basis genannter kindlicher Stärken ist es für Eltern einfacher, ebenfalls benannte Schwierigkeiten und einen allfälligen Unterstützungsbedarf zu verdauen.

Beziehung auf Augenhöhe und Anschlussfähigkeit des Expertenwissens

Elterngespräche im Kontext der Logopädie sind per se komplementärer Art, da Logopäd:innen aufgrund ihrer Ausbildung und Tätigkeit über mehr Fachwissen verfügen. Zudem wirken sich kulturelle Unterschiede, Schwierigkeiten, sich in einer anderen Sprache auszudrücken oder ein bildungsferner Hintergrund verstärkend aus. Eltern befinden sich im Gespräch nach der Abklärung weiter oft in einem Zwiespalt: Zum einen möchten sie Klarheit darüber, welche Probleme das Kind hat, zum anderen wünschen sie sich, dass keine gravierenden Störungen diagnostiziert werden. Dieses Dilemma ist nicht auflösbar. Ein möglicher Umgang mit diesem Dilemma besteht jedoch darin, an der Motivation der Eltern, das Kind optimal zu fördern, anzuknüpfen. Damit sich Eltern für eine logopädische Therapie entscheiden können, ist das Benennen des Ausmasses der Abweichung oder aller Schwierigkeiten nicht entscheidend. Vielmehr ist es hilfreich, bei den individuellen Kompetenzen sowie dem individuellen Förderbedarf anzuknüpfen (Büttner & Quindel, 2013, S. 164).

Eine weitere Besonderheit in der Beratung von Eltern liegt in der Notwendigkeit der Vermittlung von (entwicklungspsychologischem) Fachwissen: Eltern kommen häufig mit konkreten Fragen zur kindlichen Sprachentwicklung zur logopädischen Abklärung und erwarten eine kompetente Beantwortung. Eine mögliche Gefahr besteht

nun darin, dass ein zu starkes und vorschnelles Agieren in der Expert:innenrolle eine oben genannte affektive Rahmung sowie eine Kooperation mit den Eltern erschwert (Kantrowitsch, 2008, S. 312).

Handeln Logopäd:innen jedoch nicht sofort in der Expert:innenrolle, sondern in einer unterstützenden Berater:innenrolle, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, Zugang zu den Eltern zu finden und sie als Kooperationspartner zu gewinnen. Entscheidend ist dabei, Eltern konsequent als Expert:innen für ihre Kinder, ihre Anliegen sowie umsetzbare Lösungsvarianten zu betrachten (Beyer, 2015, S. 195). So können Eltern beispielsweise mit der gesprächseröffnenden Aussage in ihrem Expertentum gestärkt werden, die Beobachtungen der Abklärung nun mit dem Erleben der Eltern zu ergänzen, da sie als Eltern ihre Kinder am längsten und besten kennen. Auch mit der Äusserung, dass es sich bei der Abklärung lediglich um eine Momentaufnahme handelt, wird die Idee transportiert, dass Eltern in ihrer Mitarbeit unersetzlich sind und ebenfalls Verantwortung für das Gelingen tragen (Ahl, 2019, S. 27).

In der systemischen Beratung streben wir eine Beziehung auf Augenhöhe an. Dies gibt Eltern das Gefühl, als Person auf einer Stufe mit der Logopädin/dem Logopäden zu stehen und nicht unterlegen zu sein, was sich positiv auf die gesamte Gesprächsatmosphäre und die Motivation zur Zusammenarbeit auswirkt (Büttner & Quindel, 2013, S. 105). Erneut stellen systemische Fragen zur Gesprächseröffnung eine Möglichkeit zur Gestaltung einer Beziehung auf Augenhöhe dar (z.B. Worüber sollten wir aus Ihrer Sicht heute sprechen, damit sich das heutige Gespräch für Sie gelohnt hat?).

Damit unser Expertenwissen anschlussfähig wird, achten wir darauf, in einer verständlichen Sprache klare Rückmeldungen zum Entwicklungsstand zu machen. Zudem geben wir Eltern immer wieder die Möglichkeit, Fragen zu stellen sowie unsere Beobachtungen mit ihren Beobachtungen zu ergänzen. Dadurch fühlen sich Eltern ernst genommen und beteiligt. Manchmal benötigt das Verarbeiten von Rückmeldungen einer Abklärung oder einer Diagnose auch Zeit. Erst wenn sich die ersten Emotionen


geleigt haben, ist es sinnvoll, mit den Eltern Perspektiven zu entwickeln und Fördermöglichkeiten zu erarbeiten (Büttner & Quindel, 2013, S. 165-166). Deshalb kann es sinnvoll sein, wenn Eltern Bedenk- und Diskussionszeit erhalten und sich nicht unmittelbar im Gespräch nach der Abklärung für eine logopädische Therapie entscheiden müssen.

Fazit und Ausblick

Elternarbeit wird von Logopäd:innen häufig als herausfordernd und belastend erlebt. Systemische Grundhaltungen und Interventionen sind in Elterngesprächen hervorragend geeignet, Beratungskompetenzen von Logopäd:innen zu erweitern. Eine bewusste Gestaltung der Berater:innenrolle fördert nämlich die im Gespräch nach der logopädischen Abklärung erforderliche Bereitschaft zur Kooperation der Eltern (Beyer, 2015, S. 194).

Ziel im Gespräch nach der logopädischen Abklärung ist, Eltern, trotz allfällig angesprochener Schwierigkeiten, gestärkt aus dem Gespräch gehen zu lassen. Wichtiger Wegbegleiter hierfür bildet ein geschärfter Blick sowohl für die Ressourcen des Kindes als auch für entwicklungsförderliche elterliche Verhaltensweisen. Ein Ressourcenblick stärkt einerseits die Eltern und unterstützt sie andererseits dabei, Beobachtungen der Abklärung sowie eine allfällige Empfehlung für eine logopädische Therapie besser annehmen zu können. Wesentlich hierfür ist das Schaffen einer Vertrauensbasis (Ahl, 2019, S.31). Dies gelingt am einfachsten in einer wertschätzenden Haltung des Nichtwissens. Eltern werden dabei konsequent als Expert:innen für ihr Kind und ihr Leben betrachtet und angestrebt wird eine Beziehung auf Augenhöhe. Im Vergleich zu einer komplementären Kommunikation bringt der neue Gedanke, sich gemeinsam zu beraten und zu ergänzen, für Logopäd:innen sowohl Entlastung als auch Freude mit sich (Ahl, 2019, S. 30).

Edith Kohli

 **Hast du Interesse daran, den systemischen Ansatz zu entdecken und in deinem Berufsalltag zu integrieren? Edith Kohli bietet verschiedene Weiterbildungen dazu an: www.perspektivraum.ch**

 **Literaturverzeichnis:** siehe logopaedie.ch



20 Jahre
Erfahrung

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

Zuständigkeit und Zusammenarbeit bei ASS

Kinder mit ASS in der Logopädie und Psychologie



Gute und weniger gute Beispiele in der Zusammenarbeit zwischen Logopädie und Psychologie – und «braucht» es nebst Logopädie auch die Psychologie? Einblicke in den Praxisalltag der Stiftung wahrnehmung.ch mit Kindern mit Autismus-Spektrum-Störung (ASS) oder Verdacht darauf.

Sabine Augstein
Logopädin und Diplom-Psychologin,
Leitung Stiftung wahrnehmung.ch, St. Gallen

Kinder mit ASS werden häufig nebst der heilpädagogischen Früherziehung auch durch Logopäd:innen betreut und gefördert. Durch die immer früher stattfindende Diagnostik können Therapien bereits im Vorschulalter eingeleitet werden. Aber auch in heilpädagogischen Schulen sowie integrativen Regelschulen sind Logopäd:innen häufig für die sprachlich-kommunikative Förderung zuständig. Im besten Fall findet die Therapie nicht nur im Einzelsetting statt, sondern werden die Bezugspersonen der Kinder einbezogen. Logopäd:innen können diese im Umgang mit ihrem Kind in ihrem anspruchsvollen Alltag beraten. Häufiges Thema dabei ist die Interpretation der speziellen Verhaltensweisen des Kindes und ein angemessener Umgang damit.

Angst gleich Angst?

Ein erstes Beispiel aus der Praxis: Manuel, knapp dreijährig, Verdacht auf ASS, wurde zur logopädischen Abklärung und Therapie zugewiesen. In der Therapie nach dem Affolter-Konzept® wird möglichst alltagsnah gearbeitet. Spontan nimmt Manuel einzelne Gegenstände in die Hand, lässt diese wieder los, ist viel in Bewegung. Er spricht wenige Wörter passend zur Situation, sonst ist sein Sprechen echolalisch und nicht kommunikativ. In der Therapie scheint sich Manuel sehr schnell auf gleiche Abläufe und Gegenstände auszurichten. So zeigt er Freude, wenn mit dem für ihn vertrauten Apfel gearbeitet wird. Werden unvertrautere Gegenstände einbezogen, so kann es für Manuel schwierig werden. Immer wieder baut er eine hohe Körperspannung auf, ruft laut «Angst» oder «Hilfe» und geht aus der Situation. Die Mutter kann ihn dann jeweils beruhigen. Auch in der Kita zeigt sich dieses Verhalten immer wieder. Bei den Eltern und den Bezugspersonen der Kita kommt es zu einer grossen Verunsicherung wegen dieser Äusserungen. Ist

eine psychologische Beratung der Eltern angebracht? Bei einer genaueren Analyse der «angstauslösenden» Situationen zeigt sich, dass unvertraute Elemente wie Änderungen im gewohnten Ablauf (in der Kita) oder das Einbeziehen von unvertrauteren Gegenständen (z.B. Bananen statt Apfel) zu dieser Verunsicherung bei Manuel führten. Unter dieser Perspektive ist eine andere Interpretation der Äusserungen angebracht. «Angst» könnte auch heissen «ich kenne das nicht» oder «ich weiss überhaupt nicht, was ich damit machen kann». Mit dieser Interpretation und dem Wissen, dass das «dosierte» Einbeziehen von unvertrauten Elementen wichtig für die Entwicklung von Manuel ist, geht die Elternberatung und -anleitung in eine andere Richtung. Manuels «Angst» kann sich verringern, wenn er darin unterstützt wird, seine Welt zu entdecken. So wird die Mutter darin angeleitet, Manuel bei Aktivitäten in der Küche einzubeziehen, damit er mit seiner Umwelt und den Alltagshandlungen vertrauter wird. Für die Eltern ist die Umdeutung der Äusserung «Angst» entlastend und ermuntert sie darin, Manuel auch unbekanntere Aktivitäten anzubieten. Im weiteren Therapieverlauf wird wiederholt thematisiert, ob Manuels

Äusserungen immer «eins-zu-eins» das Gleiche bedeuten wie für das Umfeld. Ähnlich wie die Äusserung «Angst» kann auch das «Nein» je nach Situation anders verstanden werden. Es ist weiterhin herausfordernd für Manuel, mit Veränderungen und neuartigen Situationen umzugehen. Das dann von ihm geäusserte «Nein» kann ebenfalls als Ausdruck für «ich kenne das nicht» interpretiert werden. In der Folge werden die Einstiege in die unvertrauteren Situationen sehr sorgfältig gestaltet, sodass Manuel verstehen kann, was auf ihn zukommt. Hilfreich dafür ist, den Einstieg in eine Therapiesequenz taktil und nicht verbal anzubieten, also den zunächst benötigten Gegenstand Manuel in die Hand geben. So verringert sich die «Abwehr» und Manuel kann sich vermehrt mit unbekannteren Situationen auseinandersetzen.

Psychologie oder Logopädie?

In der Arbeit mit Kindern mit ASS ist immer wieder abzuwägen, welche Thematik von welcher Fachperson angegangen bzw. in welchem Fachgebiet das Kind am besten aufgehoben ist. Logopäd:innen schaffen Bedingungen, um sprachlich-kommunikative Entwicklungsschritte

Auch als Live-Web-Seminar

Fachtherapeut(in) für kognitiv-orientierte Sprachtherapie und Kognitives Training

mit Zertifikat (102 FP) **Unter ärztlicher
Leitung**
3 Module je 4 Tage



Bitte fordern Sie das Seminarprogramm an:
akademie für Kognitives Training
nach Dr. med. Franziska Stengel

Nöllenstraße 11 • 70195 Stuttgart
Tel: 0711 - 697 98 06 • Fax: 0711 - 697 98 08
www.kognitives-training.de • info@kognitives-training.de



Master of Science in Logopädie

Der Universitätslehrgang richtet sich an berufsberechtigte LogopädInnen, die ihr bestehendes Wissen im Bereich der Logopädie erweitern und vertiefen möchten. Die thematischen Schwerpunkte liegen neben den logopädischen Inhalten im Auf- und Ausbau von Management-, Sozial- und Methodenkompetenz. Der Lehrgang wurde mit dem Berufsverband logopädieaustria als Klammer zwischen Praxis und Theorie konzipiert und wird berufsbegleitend angeboten.

Dauer: 5 Semester berufsbegleitend | ECTS-Punkte: 120
Der Lehrgang startet im September 2023 zum 10. Mal.
10-jähriges Jubiläum Masterprogramm „Logopädie“!

Kontakt: barbara.hasler@donau-uni.ac.at,
+43 (0)2732 893-2824
www.donau-uni.ac.at/logopaedie



Universität für Weiterbildung Krems

anzustossen. Gleichzeitig bieten sie mit ihrem ASS-spezifischen Fachwissen und viel Erfahrung Übersetzungshilfen an, um das Verhalten des betroffenen Kindes einzuordnen und für das Umfeld verstehbar zu machen. Auch hierzu ein Beispiel: Die dreieinhalbjährige Anna, ASS bereits diagnostiziert und vom Kinderarzt zur Logopädie zugewiesen, wird hauptsächlich vom Grossvater betreut. Als dieser plötzlich verstirbt, ändert sich in Annas Leben sehr viel. In der Folge zeigt sie Verhaltensweisen, welche als Entwicklungsrückschritte erscheinen. Die Eltern sind sehr besorgt, sie suchen eine psychologische Beratungsstelle auf. Am runden Tisch mit den Eltern, der Logopädin, der Psychologin und dem Kinderarzt wird festgehalten, dass für jedes Kind der Verlust einer engen Bezugsperson einschneidend ist. Für ein Kind mit ASS bedeutet dies zusätzlich, dass viele Routinen und Gewohnheiten des Alltags wegfallen. Umstellungen und Anpassungen an veränderte Situationen fallen ASS-Kindern häufig sehr schwer. Vor diesem Hintergrund ist Annas Verhalten für die Eltern nachvollziehbar. Die psychologische Beratung unterstützt die Eltern darin, für Anna möglichst viel Vertrautes im Alltag zu schaffen und die weiterhin vorhandenen Routinen einzuhalten. Auch die regelmässigen Logopädietermine sind eine wichtige Routine für Anna und geben ihr Orientierung und Sicherheit. Die Eltern erleben die Beratung als entlastend und sehen der Entwicklung von Anna gelassener entgegen.

Was ist das Beste für mein Kind und für mich als Elternteil?

Familien mit einem ASS-Kind haben i.d.R. mit einer Vielzahl von Fachpersonen aus verschiedenen Bereichen zu tun. Manchmal sind die Eltern mit widersprüchlichen Haltungen und Aussagen dieser verschiedenen Fachpersonen konfrontiert. Dies kann dann zu Abbrüchen von therapeutischen und beraterischen Prozessen führen. Auch hierzu ein Beispiel aus der Praxis: Die alleinerziehende Mutter des vierjährigen Mateo, ebenfalls bereits ASS diagnostiziert, kommt im Alltag mit ihrem Sohn immer wieder an ihre Grenzen. Sie begleitet Mateo zu den wöchentlichen Logopädieterminen und ist auch während der Therapie anwesend. Die Logopädin begrüsst dies, da sie die Mutter sehr gut einbeziehen kann. Zu Beginn der Therapie kann sich Mateo nur auf die Angebote der Therapeutin einlassen, wenn er dabei ganz dicht mit Körperkontakt bei seiner Mutter sitzen kann. Auch die Mutter kann sich zunächst kaum von ihrem Sohn lösen, wenn er so ihre Nähe sucht. Die Logopädin nutzt diese Situation und erklärt und zeigt der Mutter, wie sie gemeinsam mit

Mateo kleine Alltagsgeschehnisse durchführen kann und wann die geeigneten Momente für einen sprachlichen Input sind. Mateos Mutter nimmt diese Anregungen gerne auf und versucht, im häuslichen Alltag Mateo vermehrt einzubeziehen. Mit der Zeit und mit Mateos zunehmender Vertrautheit mit Alltagsgeschehnissen kann auch die Logopädin selbst mit ihm arbeiten und die Mutter eine mehr beobachtende Rolle einnehmen. Da die Mutter um das therapeutische Vorgehen weiss, kann sie das Verhalten von Mateo je nach Angebot besser einschätzen. Die Kinderärztin empfiehlt der Mutter, eine psychologische Beratung in Anspruch zu nehmen, um die Belastungssituationen aufzufangen und einen passenden Umgang damit zu erarbeiten. Die Psychologin rät der Mutter dringend, ihren Sohn alleine bei der Logopädin zu lassen, um eine Pause machen zu können. Auch deutet sie an, dass es für Mateos Entwicklung besser sei, wenn er alleine bei der Logopädin bleiben würde. Mateos Mutter ist in der Folge sehr verunsichert. Und in der Therapie «verlangt» nun Mateo wieder mehr Kontakt mit der Mutter, kann sich weniger als vorher auf die Therapeutin einlassen. Was wie ein Rückschritt aussieht, ist für die Logopädin auf dem Hintergrund der Verunsicherung der Mutter einzuordnen. Die Logopädin forciert das «Abnabeln» nicht; sie weiss, dass Mateo sich wieder von der Mutter lösen kann, wenn es für beide stimmt. Die Mutter bricht die psychologische Beratung ab.

Dieser Fall ist insofern typisch, da alle Eltern von ASS-Kindern von vielen verschiedenen Seiten Ratschläge und Meinungen hören und darin ihren eigenen Weg finden sollen. Wenn es gut läuft, fühlen sich die Eltern unterstützt und finden für sich selbst raus, was ihr Weg als Familie mit ihrem Kind ist. Deshalb ist eine enge Zusammenarbeit der beteiligten Fachpersonen notwendig. Logopäd:innen sind Fachpersonen für Kommunikation – für und mit dem betroffenen Kind und seinen Bezugspersonen. Aus meiner Sicht ist es nicht nötig, dass alle Fachpersonen «mit einer Stimme sprechen», denn es gibt unterschiedliche Perspektiven auf ein beobachtbares Verhalten. Und die Interpretation des Verhaltens ist immer abhängig von der «Theorie im Kopf». Mit diesem Wissen können Logopäd:innen als Fachpersonen für Kommunikation wichtige Übersetzungsarbeit leisten und Interpretationen anbieten. So kann eine gute Zusammenarbeit mit allen beteiligten Fachpersonen gelingen.

Sabine Augstein

Definition und Terminologie von Sprachstörungen

Die Definitionskriterien und die Terminologie von Sprachentwicklungsstörungen werden seit längerem international intensiv diskutiert. Im deutschsprachigen Raum fand eine mehrstufige Befragung von Expert:innen im Bereich Sprache statt, deren Ergebnisse nun vorliegen. Der Artikel beleuchtet insbesondere die Resultate aus der Schweiz.



Andrea Haid*	Schweizer Hochschule für Logopädie Rorschach	Schweiz
Marlen Niederberger*	Abteilung für Forschungsmethoden in der Gesundheitsförderung und Prävention, Institut für Gesundheitswissenschaften, Pädagogische Hochschule Schwäbisch Gmünd	Deutschland
Andrea Dohmen	Hochschule für Gesundheit, Departement für angewandte Gesundheitswissenschaften, Logopädie	Deutschland
Christina Kauschke	AG Klinische Linguistik, Institut für Germanistische Sprachwissenschaft, Philipps-Universität Marburg	Deutschland
Christina Leitinger	logopädieaustria, Berufsverband der österreichischen Logopädinnen und Logopäden, Wien	Österreich
Carina Lüke	Lehrstuhl für Sprachheilpädagogik, Institut für Sonderpädagogik, Fakultät für Humanwissenschaften, Julius-Maximilians-Universität Würzburg	Deutschland
Claudia Männel	Klinik für Audiologie und Phoniatrie, Charité - Universitätsmedizin Berlin und Abteilung Neuropsychologie, Max-Planck-Institut für Kognitions- und Neurowissenschaften Leipzig	Deutschland
Katrin Neumann	Klinik für Phoniatrie und Pädaudiologie, Universitätsklinikum Münster, Westfälische Wilhelms-Universität, Münster	Deutschland
Tanja Penz	Universitätsklinik für Hör-, Stimm- und Sprachstörungen, Innsbruck	Österreich
Steffi Sachse	Institut für Psychologie/Professur für Entwicklungspsychologie mit dem Schwerpunkt Sprachentwicklung, Pädagogische Hochschule Heidelberg	Deutschland
Wiebke Scharff Rethfeldt	Leitung Angewandte Therapiewissenschaften Logopädie, Fakultät Gesellschaftswissenschaften, Hochschule Bremen - City University of Applied Sciences	Deutschland
Julia Spranger	Abteilung für Forschungsmethoden in der Gesundheitsförderung und Prävention, Institut für Gesundheitswissenschaften, Pädagogische Hochschule Schwäbisch Gmünd	Deutschland
Susanne Vogt	Fachbereich Gesundheit & Soziales, Hochschule Fresenius Frankfurt/M.	Deutschland

*Geteilte Erstautorinnenschaft, weitere Autorinnen in alphabetischer Reihenfolge

Alle Autorinnen zusammen bilden das «D-A-CH-Konsortium SES» (Deutschland-Österreich-Schweiz-Konsortium Sprachentwicklungsstörungen)

Runde	Logopädie/ Sprachtherapie	Medizin	(Sonder-) Pädagogik	Linguistik/ Sprechwissenschaft	Neurowissenschaften/ Psychologie	Gesamt
1	51	6	1	-	-	58
2	44	5	1	-	-	50
3	36	5	-	-	-	41

Tabelle 1: Anzahl der an der Delphi-Studie Teilnehmenden aus der Schweiz pro Runde und Disziplin

Die Fragen nach einer zeitgemässen Definition sowie der Terminologie von Sprachstörungen im Kindesalter werden seit den Publikationen der im angloamerikanischen Raum durchgeführten CATALISE-Studie (u.a. Bishop et al. 2016, Bishop et al. 2017) von der Fachwelt in vielen Ländern diskutiert und bspw. durch Delphi-Befragungen aufgegriffen. Die damit angestrebte Neuausrichtung löste auch im deutschsprachigen Raum einen Diskussionsprozess aus (u.a. Blechschmidt et al. 2019, Dohmen 2019, Kauschke & Vogt 2019, Scharff Rethfeldt & Ebbels 2019, Neumann et al. 2021). Nach zwei Workshops 2019 in Frankfurt wurde eine Steuerungsgruppe mit zunächst 11 Mitgliedern aus den drei Ländern Deutschland, Österreich und Schweiz zur Vorbereitung einer Delphi-Befragung gegründet (Fachpersonen aus den Disziplinen Logopädie und Sprachtherapie, Linguistik und Sprechwissenschaften, Medizin, Psychologie und Neurowissenschaften sowie (Sonder-)Pädagogik). Begleitet wurde die Steuerungsgruppe von zwei Methodenexpertinnen aus Deutschland. Die 13 Fach- und Methodenexpertinnen bilden zusammen das D-A-CH-Konsortium SES und führten die Delphi-Studie durch.

Methodisches Vorgehen

Mit einer Delphi-Studie können bei unklarer Ausgangslage durch die strukturierte Zusammenführung und Auswertung von Expertinnen- und Experteneinschätzungen Meinungen über einen Sachverhalt ermittelt werden (Linstone & Turoff 1975, Häder 2014). Ein Delphi beginnt mit einer begründeten Auswahl der Expert:innen, die zur Teilnahme an der Befragung eingeladen werden (anonym und ohne Präsenz). Personen mit Fach- und Methodenexpertise formulieren den Fragebogen. Im Anschluss an die erste Befragungsrunde werden die Rückmeldungen deskriptiv ausgewertet und der Fragebogen zusammen mit den aggregierten Ergebnissen erneut an die Teilnehmenden geschickt. Dieses Vorgehen wird mehrfach wiederholt, um zu einem Konsens und einer einvernehmlichen Gesamtbewertung zu gelangen.

Die in der Delphi-Studie eingesetzten Fragebögen umfassten in den drei Runden Statements aus folgenden Themenbereichen: Präambel zur Konsensfindung, Sammelbezeichnung von Störungen der Sprache im Kindes-

alter, Bezeichnung von sprachlichen Störungen mit und ohne mitverursachende Beeinträchtigungen, Rolle (non-verbaler) kognitiver Fähigkeiten, Bezeichnung von Auffälligkeiten der Sprachentwicklung im frühen Alter sowie umgebungsbedingter Sprachauffälligkeiten.

Die Teilnehmenden wurden per E-Mail bzgl. ihrer Bereitschaft zur Mitwirkung an der Delphi-Umfrage angefragt und erfüllten die Kriterien der regionalen (D-A-CH-Region) und fachspezifischen Zugehörigkeit (siehe Tab. 1) sowie einer fachspezifischen Expertise. Die Teilnehmer:innenzahlen zeigten eine vergleichbare Verteilung aller drei Länder über die drei Runden: 80% aus Deutschland, ca. 14% aus der Schweiz und ca. 6% aus Österreich. Die beiden Gruppen «Logopädie/Sprachtherapie» und «Medizin» waren wie in Deutschland und Österreich auch in der Schweiz am stärksten vertreten (Kauschke et al. 2023).

Die statistische Auswertung der geschlossenen Fragen erfolgte mit SPSS 27 (IBM Corp. Released 2020). Bei den achtstufigen Ratingskalen wurden Häufigkeiten, Mittelwerte (gewichtet über die Fallzahl der Disziplin) und Standardabweichungen berechnet. Die nominalskalierten Fragen, welche vor allem genutzt wurden, um Bezeichnungen für bestimmte Störungsbilder und Gruppen zu finden, wurden durch Freitextfelder ergänzt, in denen die Befragten ihre Urteile begründen konnten. Diese wurden mit der spezifisch für Delphi-Verfahren entwickelten argumentenbasierten qualitativen Analysestrategie ausgewertet (Niederberger & Homberg 2023), die eine Weiterentwicklung der thematischen Analyse (Braun & Clarke 2006) darstellt. Bei der länderspezifischen Auswertung wurden ebenfalls deskriptive Masszahlen (Häufigkeit, Mittelwert, Standardabweichung) und zur Identifikation statistisch signifikanter Unterschiede zwischen den Ländern der Kruskal-Wallis-Test (bei Ratingskalen) und der Fisher-Freeman-Halton Exact Test (bei nominalen Skalen) verwendet.

In Bezug auf das Erreichen von Konsens galt bei nominalen Fragen zur Definition und Terminologie 70% als Cut-Off-Kriterium, was in vielen Delphi-Studien angewendet wird (Niederberger & Spranger 2020). Die

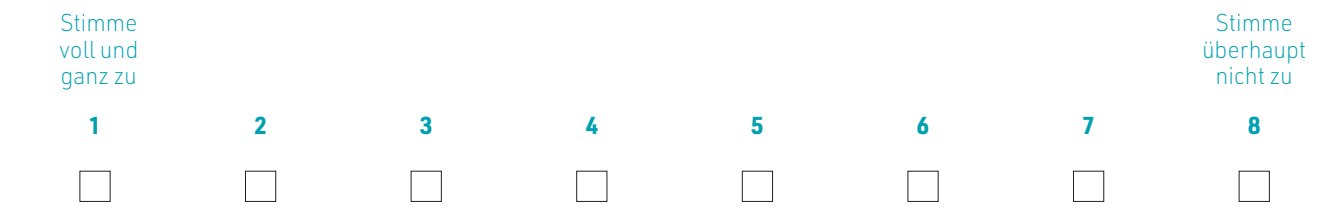


Abbildung 1: Beispiel eines Statements mit achtstufiger Ratingskala

Angaben in den achtstufigen Skalen wurden als Konsens gewertet, wenn die Standardabweichung der Antworten bei maximal 2.0 lag.

Ergebnisse der Delphi-Studie für die Schweiz

Im Folgenden werden ausgewählte Ergebnisse der in der Schweiz befragten Expert:innen dargestellt. Für eine umfassende Darstellung der Schweizer Ergebnisse, auch im Vergleich zu den anderen D-A-CH-Ländern, sowie des Gesamtergebnisses (im Folgenden als GE abgekürzt) wird auf den im September 2023 erscheinenden Artikel in *logopädieschweiz 2* verwiesen. Die Gesamtergebnisse für den deutschsprachigen Raum werden in der ersten Jahreshälfte 2023 in der Fachzeitschrift *Logos* (Kauschke et al. 2023) sowie in einem internationalen Journal (Lüke et al., in Begutachtung) erscheinen.

Präambel zur Konsensfindung

Die in der Schweiz befragten Personen wünschen sich sowohl eine einheitlich verwendete Terminologie (90%) als auch eine einheitliche Verwendung der Terminologie in den unterschiedlichen Fachdisziplinen und Ländern (74%).

Sammelbezeichnung für Auffälligkeiten in den Bereichen Sprache, Sprechen, Stimme, Redefluss und Kommunikation

Ein eindeutiger Konsens für das Gesamtergebnis zeigte sich für diese Frage aufgrund hoher Streuung von Antworten nicht, wobei jenes für die Schweiz mit einer Standardabweichung von 1.99 unter dem der Gesamtauswertung (SD 2) liegt und der Begriff damit als konsentiert gilt. Dem Sammelbegriff «Sprach-, Sprech- und Kommunikationsauffälligkeiten» wurde in der Runde 3 von den Fachpersonen in der Schweiz mit 95.1% zugestimmt

(GE: 89%). Bei der Spezifizierung des Altersbereichs präferierten die Befragten aus der Schweiz mit 53.1% den Zusatz «im Kindes- und Jugendalter» (GE: 65%).

Störungen der Sprache im Kindesalter

Die Expert:innen aus der Schweiz plädierten in der Runde 1 mit 65.5% (GE 67%) sowie in der Runde 2 ebenfalls ohne Konsens mit 64% (GE 77.2%) für den Begriff «Sprachentwicklungsstörung» und weitere mit 26% für den Begriff «Spracherwerbsstörung».

Sprachstörungen im Kindesalter mit erkennbar mitverursachenden Beeinträchtigungen

Für diese Gruppe wählten die befragten Personen in der Schweiz anders als jene in Deutschland und Österreich den Begriff «Sprachentwicklungsstörung bei X» mit 56.1% häufiger als «Sprachentwicklungsstörung assoziiert mit X» (34.1%), wenn auch nicht konsentiert. In Bezug auf die für den Begriff geltende Altersspanne sprachen sich die Befragten ohne Konsens mit 64% gegen die Festlegung einer oberen Altersgrenze aus. Etwas mehr als die Hälfte (53.7%; GE: 65%) der Befragten der Schweiz gab an, nicht zwischen jüngeren und älteren Kindern terminologisch unterscheiden zu wollen.

Sprachstörungen im Kindesalter ohne erkennbar mitverursachende Beeinträchtigungen

Für diese Gruppe stimmte im Gesamtergebnis die Mehrheit für den Begriff «Sprachentwicklungsstörung» sowie mit 72% für die Festlegung einer unteren Altersgrenze, die im Median bei 3.0 lag. Unterschiede zwischen den Ländern gab es in Bezug auf die Zustimmung zur Verwendung eines sprachlichen Zusatzes («umschrieben» bzw. «spezifisch» versus «kein Zusatz»). Während sich die

Sammelbegriff zur Bezeichnung von Auffälligkeiten der Sprache im Kindesalter

Bezeichnung allgemein von Störungen der Sprache im Kindesalter

ohne
mitverursachender Beeinträchtigung

mit
mitverursachender Beeinträchtigung

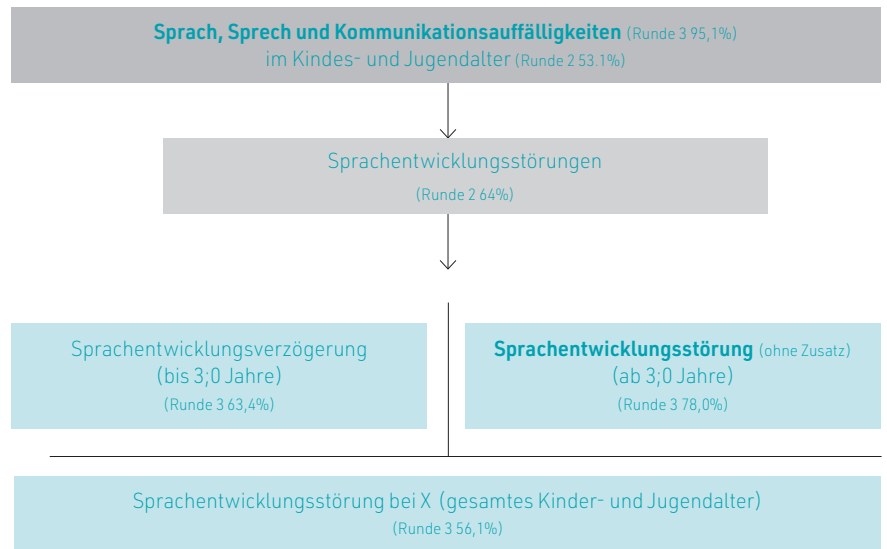


Abbildung 2: **Zusammenfassung des Abstimmungsverhaltens der Befragten in der Schweiz**
Für die hervorgehobenen fettgedruckten Begriffe gilt Konsens unter den Schweizer Befragten.

befragten Personen aus der Schweiz mit 78% deutlich gegen einen Zusatz aussprachen, wurde für den gesamten deutschsprachigen Raum kein eindeutiger Konsens erreicht (GE: 67.3%).

Auffälligkeiten der Sprachentwicklung im frühen Alter

Eine geringe Mehrheit von 53.7% der Befragten in der Schweiz (GE: 65.7%) hält eine gesonderte Bezeichnung von Kindern mit einer mitverursachenden Beeinträchtigung im frühen Alter (unter drei Jahren) für nicht erforderlich. Hierfür wählten sie den Begriff «Sprachentwicklungsstörung». Zur Bezeichnung von Kindern ohne mitverursachende Beeinträchtigungen bevorzugten die in der Schweiz Befragten, wenn auch nicht im Konsens, mit 63.4% mehrheitlich die Bezeichnung «Sprachentwicklungsverzögerung», während lediglich 36.6% für den Begriff «Late Talker» stimmten.

Diskussion

Die Delphi-Studie im deutschsprachigen Raum hatte zum Ziel, die Vereinheitlichung der verwendeten Definition und Terminologie wie auch das Verständnis von sprachlichen Auffälligkeiten im Kindesalter länder- und disziplinenübergreifend zu erleichtern. Die Ergebnisse der in der Schweiz befragten Expert:innen unterscheiden sich in wenigen Bereichen vom Ergebnis für den gesamtdeutschsprachigen Raum. Die Befragten in der Schweiz stimmten im Vergleich zum Gesamtergebnis im Konsens für die Verwendung des Begriffes «Sprachentwicklungsstörung» für Kinder mit Sprachstörungen ohne mitverursachende Beeinträchtigungen, ohne Zusatz von «spezifisch» oder «umschrieben». Das D-A-CH-Konsortium SES empfiehlt, der Mehrheit der Befragten hier zu folgen und demnach auf den Zusatz zu verzichten

(Kauschke et al. 2023; Lüke et al. in Begutachtung), wobei Mediziner:innen mehrheitlich für die Beibehaltung eines Zusatzes votierten. Dies wohl, da sie die Diagnostik zur Identifikation oder zum Ausschluss von sprachentwicklungsrelevanten Komorbiditäten durchführen und demzufolge einen Begriff für die Sprachentwicklungsstörung ohne aufgefundene Komorbiditäten benötigen.

Nach Einschätzung der Fachpersonen in der Schweiz sowie der anderen beteiligten Länder wären im gesamtdeutschsprachigen Raum geltende Definitionskriterien und Terminologie von Störungen der Sprache im Kindesalter und deren flächendeckende Anwendung jedoch wünschenswert. Um diese angestrebte Neuausrichtung in der Schweiz umzusetzen, sind abhängig von den jeweiligen Regelungen auf kantonaler Ebene auch Regeln auf Ebene der Städte und Gemeinden bzgl. der zu verwendenden Definition und Terminologie zu berücksichtigen.

Danksagung

Wir danken allen Teilnehmenden der Delphi-Studie, die zur Erhebung der hier berichteten Daten beigetragen haben. Wir danken Kerstin Schröter für die Unterstützung bei der qualitativen Datenauswertung sowie der Gesellschaft für interdisziplinäre Spracherwerbsforschung und kindliche Sprachstörungen im deutschsprachigen Raum e. V (GISKID) und den Universitäten Würzburg und Marburg für die finanzielle Unterstützung zur Durchführung der Studie. Für die länderspezifische Auswertung danken wir dem Deutschschweizer Logopädinnen- und Logopädenverband (DLV) sowie logopädieaustria für die finanzielle Unterstützung.

Literaturverzeichnis: siehe logopaedie.ch

Weitere Verstärkung in der RedaKo



Jasmin Over

Jasmin Over, stellvertretende Leiterin des Logopädischen Dienstes Andelfingen, arbeitet neu in der RedaKo mit und hat für dieses DLVaktuell schon erstmals ihr Netzwerk in Deutschland aktiviert. Jasmin ist seit 1993 begeisterte Logopädin mit vielen Erfahrungen in Deutschland und seit 2011 auch in der Schweiz. Sie hat sich auf verschiedenen Gebieten weitergebildet und ist motiviert, zur Attraktivität des DLVaktuell beizutragen. Zusammen mit ihrem Ehemann und dem 17-jährigen Sohn wohnt sie auf der Halbinsel Höri am Bodensee.

Herzlich willkommen Jasmin!

Korrigendum DLVaktuell 2/2023, S. 12:

Irrtümlicherweise wurde der Start des Masterstudiengangs an der SHLR mit 2023 angegeben. Das Angebot startet erst im Jahr 2025.

DLV-Delegierten- versammlung 2023 in Baar/ZG

Gegen 130 Logopäd:innen liessen sich am 13. Mai über das Verbandsjahr informieren, verfolgten einen spannenden Gastbeitrag zur Generation Z und stimmten neben den üblichen Traktanden auch dem Antrag auf Austritt aus dem europäischen Verband (ESLA) zu. Wortreich wurde Patricia Wüest aus dem Vorstand verabschiedet und Bérénice Wisard zu 10 Jahren Vorstandsarbeit – davon fünf als Präsidentin – gratuliert.

Save the Date

DLV-Tagung zu «Interdisziplinarität»
am Samstag, 20. Januar 2024.

Social Media

Die Kommission Social Media ist sehr aktiv und veröffentlicht regelmässig Beiträge auf Facebook, Twitter und Instagram. Verfolge die Beiträge, like sie und/oder schreibe einen Kommentar.

Kleinanzeigen

Diese Plattform steht allen DLV-Mitgliedern gratis zur Verfügung: www.logopaedie.ch/kleinanzeigen
Einloggen und unter HIER dein Anliegen einfüllen.