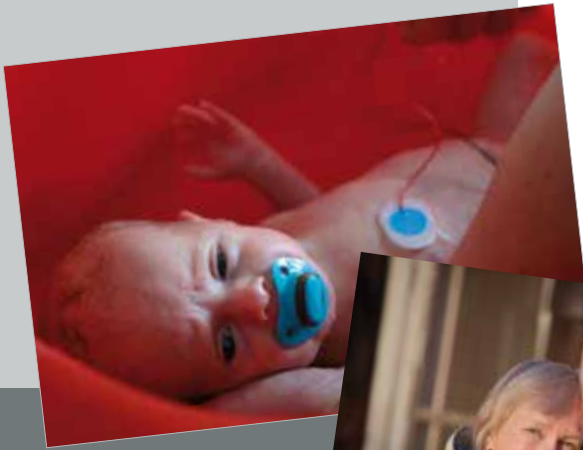


Forum *Logopädie*

Heft 6 · 31. Jg. November 2017

Zeitschrift des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie e.V.



Quo vadis Logopädie?

Herausforderungen für die Zukunft
aus Sicht der deutschsprachigen
Berufsverbände

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

Fachpublikationen Arbeitsmaterialien Fachzeitschriften



Mehr Sonne (und Strand) können wir Ihnen im November leider nicht bieten, aber ...



... Sie möchten mehr als nur diese Ausgabe 6/2017 der Fachzeitschrift Forum Logopädie?

Dann sichern Sie sich alle zwei Monate Ihr Exemplar durch ein **Abonnement**. Nutzen Sie für Ihre Bestellung unseren beiliegenden Aboflyer oder schreiben Sie uns.

Bei Bestellung eines Jahres-Abonnements (bis zum 15.12.2017) erwarten Sie außerdem eine attraktive **Abo-Prämie PLUS** die kostenlose Zusendung der **Ausgaben 1-5/2017** von Forum Logopädie.



Ihre Ansprechpartnerinnen:
Dagmar Wolf | Norina Dietzel-Fritsch
Tel. +49 (0)6126 9320-11 | info@schulz-kirchner.de
www.schulz-kirchner.de/shop



Schulz-Kirchner Verlag

Es begann 1998 in Basel

Dies ist eine ganz besondere Ausgabe von Forum Logopädie. Sie wurde konzipiert und verfasst von einer Gastredaktion aus den vier deutschsprachigen Ländern: Angela Carninada vom Berufsverband der Logopädinnen und Logopäden Liechtensteins, Edith Lüscher vom Deutschschweizer Logopädinnen- und Logopädenverband, Karin Pfaller von logopädieaustria und Dietlinde Schrey-Dern vom Deutschen Bundesverband für Logopädie. Entstanden ist die Idee eines gemeinsamen Heftes auf einem Treffen der deutschsprachigen Logopädieverbände.

Als wir uns das erste Mal vor fast 20 Jahren auf Initiative des Deutschschweizer Logopädinnen- und Logopädenverbandes (DLV) im November 1998 in Basel (Schweiz) trafen, konnten wir nicht ahnen, dass sich dies zu einer festen Einrichtung entwickeln würde. 15 Tagungen haben seitdem abwechselnd in der Schweiz, Deutschland und Österreich stattgefunden. 2005 wurde aus der 3-Ländertagung die 4-Ländertagung. Der Berufsverband Logopädinnen und Logopäden Liechtensteins (BLL) ist seitdem mit im Boot und hat 2015 die Tagung in Vaduz organisiert.

Kernthemen zwischen den Berufsverbänden waren und sind Anerkennung, Aus-, Fort- und Weiterbildung, Praktikum und PraktikantInnen, Qualitätssicherung in Ausbildung und Beruf, ICD 10/ICF, Berufstätigkeit als Angestellte und Freiberufler, aber auch Themen wie Sprachförderung oder Vernetzung. Ein Anliegen der

Verbände ist es auch, die Kontakte zwischen Studierenden und Berufsangehörigen grenzüberschreitend zu intensivieren. Im letzten Jahr wurde daher vereinbart, eine gemeinsame Ausgabe von Forum Logopädie zu gestalten, damit wir einander besser kennenlernen und voneinander lernen können. So waren beim letzten Treffen der Bundesstudierendenvertretung (BSV) auf dem dbl-Kongress in Mainz auch schon Studierende aus den Nachbarländern dabei und haben ihre Anregungen in das World Café zum Thema „Akademisierung“ eingebracht.

Neben allen Fachdiskussionen haben die gemeinsamen Tagungen auch immer wieder Gelegenheit gegeben, etwas ganz anderes zu erleben. Unvergessen bleibt der Überraschungsbesuch in der Fondation Beyeler, bei der wir die ersten „Wrapped Trees“ von Christo und Jeanne Claude zu sehen bekamen. Welch ein Erlebnis! Oder die Tagung in der Hofburg von Innsbruck, die an sich schon ein Erlebnis war.



Die Teilnehmerinnen der Vierländertagung 2017 in Basel (v.l.): Nina Studach DLV/BLL (Liechtenstein), Claudia Poncioni DLV, Angela Caminada DLV/BLL (Liechtenstein), Edith Lüscher DLV, Damar Karrasch dbl, Karin Pfaller und Martina Neumayer-Tinhof, logopädieaustria

ersten „Wrapped Trees“ von Christo und Jeanne Claude zu sehen bekamen. Welch ein Erlebnis! Oder die Tagung in der Hofburg von Innsbruck, die an sich schon ein Erlebnis war.

Doch in erster Linie geht es seit 1998 darum, durch einen intensiven Austausch voneinander zu lernen und die Logopädie gemeinsam ein Stück voranzubringen. Dazu gehört, sich darüber auszutauschen, wo die Logopädie als Fach und Berufsstand aktuell steht und wie die Herausforderungen der Zukunft aus der Perspektive der jeweiligen Länder ausschauen. An dem Austausch hierüber möchten wir Sie mit diesem gemeinsam gestalteten Heft gerne teilhaben lassen.

Unter dem Motto „Quo vadis Logopädie?“ widmen wir uns im fachlichen Teil dem epidemiologischen Wandel als zentrale aktuelle Herausforderung. Wir fragen nach den Fortschritten in der Intensivmedizin bei Frühgeborenen und beschäftigen uns mit den Folgen der Zuwanderung, die die Themen Mehrsprachigkeit und Kultursensitivität in den Mittelpunkt rücken. Auch der „Dauerbrenner“ Evidenzbasierung wird aufgegriffen. Darüber hinaus stellen wir Ihnen die beteiligten Logopädie-Verbände vor, dokumentieren, was Mitglieder in allen Ländern an Erfahrungen und Wünschen mitzuteilen haben, fragen nach dem jeweiligen Status des Berufes Logopädie, informieren über länderspezifische Entwicklungen und widmen uns der Frage, wie eine Harmonisierung des Berufes in Europa aussehen könnte.

Wir wünschen Ihnen eine angenehme Lektüre bei diesem Blick über den nationalen Tellerrand!

Ihre Forum Logopädie-Gastredaktion

Dietlinde Schrey-Dern (dbl), Edith Lüscher (OL), Karin Pfaller (logopädieaustria) und Angela Caminada (BLL)

Forum *Logopädie*

Heft 6 • November 2017 / 31. Jahrgang
ISSN 0932-0547 • 12205

Herausgeber

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

Information und Beratung

Tel. 0 22 34. 3 79 53-0 · Fax 0 22 34. 3 79 53-13
E-Mail: info@dbl-ev.de · Internet: www.dbl-ev.de

Redaktion

Schriftleitung

Michael Wilhelm
Glockenblumenweg 15 · 21360 Vögelsen
Tel. 0 41 31.92 11 81
E-Mail: redaktion@dbl-ev.de

Gast-Redaktion

Dietlinde Schrey-Dern, dbl (Leitung)
Edith Lüscher, DLV
Karin Pfaller, logopädieaustria
Angela Caminada, BLL

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

Anzeigen

Schulz-Kirchner Verlag · Andrea Rau
Tel.: 0 61 26.93 20-20/19 · Fax: 0 61 26.93 20-50
E-Mail: anzeigen@schulz-kirchner.de
Es gilt Anzeigenpreisliste Nr. 24

Termine

Redaktions-schluss	Anzeigen-schluss	Erscheinungs-termin
1. Jan.	1. Febr.	1. März
1. März	1. April	1. Mai
1. Mai	1. Juni	1. Juli
1. Juli	1. August	1. Sept.
1. Sept.	1. Okt.	1. Nov.
1. Nov.	1. Dez.	1. Jan.

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

Fortbildungskalender

- 1. Halbjahr: Novemбераusgabe
- 2. Halbjahr: Maiausgabe

Leserbriefe

Leserbriefe werden bis 14 Tage nach Redaktionsschluss angenommen.

Verlag

Schulz-Kirchner Verlag GmbH
Mollweg 2 · 65510 Idstein
Tel. 0 61 26.93 20-0 · Fax 0 61 26.93 20-50
E-Mail: info@schulz-kirchner.de
Internet: www.schulz-kirchner.de
Vertretungsberechtigte Geschäftsführer:
Dr. Ullrich Schulz-Kirchner, Nicole Eitel

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

Indiziert in CINAHL Plus, EBSCO, EMBASE, ZPID

DEUTSCHE

FACHPRESSE

THEORIE UND PRAXIS

Mit Struktur und Flexibilität zum Therapieerfolg

Therapieverständnis und Elternbedürfnisse in der logopädischen Therapie von kindlichen Sprach- und Sprechstörungen 6

Bertram Weber

Die logopädische Therapie von kindlichen Sprach- und Sprechstörungen ist ein höchst komplexes und multifaktorielles Geschehen, für dessen Gelingen nicht nur das vorhandene Störungsbild und die verwendete Therapiemethode, sondern zahlreiche andere Komponenten von Bedeutung sind. Dazu gehören u.a. Persönlichkeitsfaktoren der LogopädIn, des Kindes und der Eltern, die Motivation und Therapiebereitschaft des Kindes, die Möglichkeiten der Eltern zur aktiven Mitarbeit, die Fachkompetenz der LogopädIn und an vorderster Stelle die Qualität und Stabilität der therapeutischen Beziehung. Diese Problematik war Gegenstand einer qualitativen Untersuchung zu Therapieverständnis und Elternbedürfnissen in der logopädischen Therapie von kindlichen Sprach- und Sprechstörungen. Vor dem Hintergrund der Ergebnisse wird die Beurteilung des Therapieerfolgs durch die gängige Evidenzhierarchie einer evidenzbasierten Praxis hinterfragt.

Interaktionsqualität in der Logopädie

„Logopädischer Erfolg wird durch die Interaktionsqualität und die Beziehungsebene zum Patienten bestimmt“ 12

Nadja Weigand

Die Interaktionsqualität und die Beziehungsebene sind in allen therapeutischen Berufen von ausschlaggebender Bedeutung und beeinflussen den Therapieerfolg. Auf der Grundlage der Master-These der Autorin werden Aspekte und Faktoren dargelegt, die zur Qualität der Interaktion beitragen und in der Eigenverantwortung und Kompetenz der TherapeutIn liegen. In der Schlussbetrachtung werden das Phänomen der therapeutischen Bindung im Sinne einer sicheren Basis und die Wirkfaktoren einer therapeutischen Beziehung in Anlehnung an die Erkenntnisse aus der Psychotherapie vertiefend dargestellt.

Evidenzen zu Empfehlungen und Ansätzen in der Sprachtherapie mit mehrsprachigen Kindern

..... 18

Wiebke Scharff Rethfeldt

Die logopädische Therapie von Sprech- und Sprachstörungen hat sowohl für einsprachige als auch für mehrsprachige Kinder mit Blick auf eine gesellschaftliche Teilhabe und Chancengleichheit hochgradige Relevanz. Die in der Logopädie konsultierte Grundlagenforschung zur Sprachentwicklung und ihren Störungen basiert jedoch auf der Untersuchung monolingualer Kohorten. Auf der Grundlage monolingualer Erkenntnisse basierende Empfehlungen zur Beratung und Behandlung mehrsprachiger Kinder bedürfen somit einer kritischen Überprüfung. Der vorliegende Beitrag gibt einen Überblick über aktuelle Erkenntnisse aus Interventionsstudien mit mehrsprachigen Kindern. Sie bilden die evidenzbasierte Grundlage für Fragen zur Sprachwahl, zu geeigneten Therapieinhalten und möglichen Transfereffekten.

Kindliche Schluckstörungen

Behandlung und Forschung im Rehabilitationszentrum für Kinder und Jugendliche in Affoltern am Albis (Schweiz) 24

Susanne Bauer, Chiara Hanser, Lea Tschirren

Einen Schwerpunkt der logopädischen Tätigkeit im Rehabilitationszentrum in Affoltern am Albis stellt die Diagnostik und Therapie von kindlichen Schluckstörungen dar. Nach einem Überblick über die Unterschiede der Dysphagietherapie bei erworbenen und angeborenen Hirnschädigungen wird der Fokus auf die Zerebralparese gelegt. Bei der Durchführung einer klinischen Studie zur Überprüfung der Reliabilität und Validität der deutschen Übersetzung des „Eating and Drinking Ability Classification System“ (EDACS) für Kinder und Jugendliche mit Zerebralparese zeigte sich eine sehr gute Reliabilität und eine hohe Validität. Durch den Übersetzungsprozess ist eine Version für alle deutschsprachigen Länder (Schweiz, Österreich, Liechtenstein, Deutschland) entstanden.

Sprachtherapie bei Demenz in Deutschland

Was haben wir, was brauchen wir? 30

Christina Knels

Sprach- und Kommunikationsstörungen bei Demenz werden künftig immer mehr Raum einnehmen. Die Logopädie benötigt für eine effektive Diagnostik und Therapie sowohl spezifisches Wissen um die sprachlichen Symptomkomplexe und -verläufe der verschiedenen Demenztypen als auch um die kognitiven Begleitstörungen. Diagnostik und Therapie richtet ihren Blick auf die Ermittlung bzw. Stärkung kommunikativer Ressourcen. Therapieziele und -inhalte sollen sinnhaft, alltagsnah und lebensbedeutsam sein. In der Studienlage zu Evidenz sprachtherapeutischer Interventionen spiegeln sich diese Prinzipien momentan nicht wider.

Logopädie in palliativen Situationen

Logopädischer Handlungsspielraum illustriert an Praxisbeispielen aus der Schweiz 34

Heike Rack Huser, Nicole Bruggisser

Die Logopädie hat auch in palliativen Situationen einen wichtigen Beitrag zu leisten. Kommunikation und Schlucken sind zwei Anliegen, die für Patienten mit einer schwerwiegenden Krankheit auch am Lebensende eine zentrale Rolle spielen. Anhand von Praxisbeispielen werden mögliche Aufgaben der Logopädie aufgezeigt. Dabei sind ein Bewusstsein für die spezielle Situation der Patienten und ihrer Familien, die multiprofessionelle Zusammenarbeit, spezifische Weiterbildung und knappe Ressourcen die zentralen Herausforderungen für Therapeuten.

BERUF UND VERBAND

Starke Stimmen für LogopädInnen: Die Berufsverbände im deutschsprachigen Raum	40
Aktuelle berufspolitische Entwicklungen im Überblick	43
Berufsstatus im Vergleich: gesellschaftliche Wertschätzung und rechtlicher Rahmen	43
Berufsangehörige kommen zu Wort	44
Verdienst und Vergütung – ein Vergleich	45
Wo arbeiten Logopädinnen und Logopäden?	47
Ausbildungssituation: Deutschland hinkt hinterher	49
Einheit trotz Vielfalt: Harmonisierung in Europa gefordert	50
Wie Studierende ihre Zukunft sehen	52
Fachkräftebedarf wächst	53
Gemeinsam in Europa: Europäischer Tag der Logopädie 2018	54

MEDIEN UND MATERIALIEN

Rezensionen	58
Rezensionsangebote	59
Neues in Kürze	60
Zeitschriftenlese	64

RUBRIKEN

Vorschau	39
dbl-Informationsbroschüren	65
LeserForum	66
Verschiedenes / Stellenangebote	68



Im beiliegenden Fortbildungskalender für das 1. Halbjahr 2018 finden Sie auf 28 Seiten

dbl-Fortbildungen
Fortbildungsangebote
Kongresstermine
Veranstalteradressen

Liebe Leserinnen und Leser,

aufgrund gestiegener Versand- und Allgemein-kosten kommen wir leider nicht umhin, die Bezugspreise für unsere Fachzeitschrift mit Wirkung zum 1. Januar 2018 anzupassen. Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Ihr Schulz-Kirchner Verlag, Idstein

Beilagenhinweis

Der Gesamtauflage liegt ein Flyer von therapeutenonline, Düsseldorf, bei

Kundenservice:

Schulz-Kirchner Verlag · Dagmar Wolf
Tel.: 0 61 26.93 20-11 · Fax: 0 61 26.93 20-50
E-Mail: adressen@schulz-kirchner.de
Adressänderungen und Bestellungen (jeweils nur für Bezieher, die kein dbl-Mitglied sind) dem Verlag übermitteln. Bei nicht rechtzeitig mitgeteilter Adressänderung besteht kein Anspruch auf kostenlose Nachlieferung. Nachsendeanträge bei der Post gelten nicht für Zeitschriften!

Bezugspreise 2018

Jahresabonnement (Versandkosten [D] enthalten)	
Privat (print)	68,60 €
Privat (digital)	53,60 €
Schüler-/Studenten (print)	41,20 €
Schüler-/Studenten (digital)	33,70 €
Hochschulen (FH/Universität/Allg. Bibliotheken), Kliniken (Lizenz – print)	ab 105,90 €
Hochschulen (FH/Universität/Allg. Bibliotheken), Kliniken (Lizenz* – nur digital)	ab 92,90 €
Halbjahresabonnement (Versandkosten [D] enthalten)	
3 Ausgaben (print)	41,20 €
Probeabonnement (Versandkosten [D] enthalten)	
2 Ausgaben (print)	27,50 €
Einzelheft	
print oder digital	17,20 €

jeweils inkl. MwSt. und Versandkosten [D] bei print; zzgl. Versandkosten bei Auslandsversand. Alle Preise sind unverbindlich empfohlene Preise.

* Bitte nehmen Sie für einen Lizenzvertrag Kontakt mit dem Schulz-Kirchner Verlag auf: info@schulz-kirchner.de

Für dbl-Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten.

Kündigung: Jahresabonnement: Mindestbezug 6 Ausgaben in Folge. Das Abonnement verlängert sich automatisch um weitere 6 Ausgaben, wenn die Kündigung dem Verlag nicht in Textform mit einer Frist von 3 Monaten vor Ablauf des Bezugszeitraums vorliegt. Der Bezugszeitraum endet am Monatsletzten des jeweiligen Monats, in dem das Heft erscheint. **Halbjahresabonnement:** Mindestbezug 3 Ausgaben in Folge. Das Abonnement verlängert sich automatisch um weitere 3 Ausgaben, wenn die Kündigung dem Verlag nicht in Textform mit einer Frist von 3 Monaten vor Ablauf des Bezugszeitraums vorliegt. Der Bezugszeitraum endet am Monatsletzten des jeweiligen Monats, in dem das Heft erscheint. **Probeabonnement:** ist auf einen Bezugszeitraum von 4 Monaten begrenzt; eine Änderung auf ein Jahres- oder Halbjahresabonnement muss dem Verlag schriftlich mitgeteilt werden. **Schüler- und Studentenabonnement:** nur für die Dauer der Ausbildung/ des Studiums und gegen Vorlage einer Bescheinigung! Das Abonnement geht nach der Ausbildung/dem Studium automatisch in ein Jahresabonnement Privat über. Bitte beachten Sie auch unsere AGB und das Widerrufsrecht unter www.schulz-kirchner.de/shop.

Bankverbindungen

Postbank Ludwigshafen:
IBAN DE 96545100670091014677, BIC PBNKDEFF
vr bank Untertaunus eG:
IBAN DE 69510917000014290001, BIC VRBUDE51

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

Titel: Gestaltung: Floer Design, Fotos: CREATISTA/shutterstock.com (Senioren), Jan Tepass (Frühchen), kartoxjm/Fotolia (Landkarte)

Druckauflage: 11.800 Exemplare

Druck: Konrad Tritsch Print und digitale Medien GmbH, Johannes-Gutenberg-Str. 1-3, 97199 Ochsenfurt-Hohestadt Printed in Germany

Das für diese Zeitschrift verwendete Papier erfüllt die Anforderungen gemäß ISO 9706 (Voraussetzungen für die Altersbeständigkeit).

Mit Struktur und Flexibilität zum Therapieerfolg

Therapieverständnis und Elternbedürfnisse in der logopädischen Therapie von kindlichen Sprach- und Sprechstörungen

Bertram Weber

ZUSAMMENFASSUNG. Die logopädische Therapie von kindlichen Sprach- und Sprechstörungen stellt an die behandelnden LogopädInnen zahlreiche Herausforderungen. Sie ist ein höchst komplexes und multifaktorielles Geschehen, für dessen Gelingen nicht nur das vorhandene Störungsbild und die verwendete Therapiemethode, sondern zahlreiche andere Komponenten von Bedeutung sind. Dazu gehören u.a. Persönlichkeitsfaktoren der LogopädIn, des Kindes und der Eltern, die Motivation und Therapiebereitschaft des Kindes, die Möglichkeiten der Eltern zur aktiven Mitarbeit, die Fachkompetenz der LogopädIn und an vorderster Stelle die Qualität und Stabilität der therapeutischen Beziehung. Die beschriebene Problematik war Gegenstand einer qualitativen Untersuchung zu Therapieverständnis und Elternbedürfnissen in der logopädischen Therapie von kindlichen Sprach- und Sprechstörungen. Vor dem Hintergrund der präsentierten Ergebnisse wird die Beurteilung des Therapieerfolgs durch die gängige Evidenzhierarchie einer evidenzbasierten Praxis hinterfragt.

Schlüsselwörter: Logopädie – Therapieverständnis – Elternbedürfnisse – therapeutische Beziehung – Therapieerfolg – evidenzbasierte Praxis

Einleitung

Bei der Durchführung von logopädischen Therapien von kindlichen Sprach- und Sprechstörungen erlebt man es täglich, dass sowohl der Therapieablauf als auch allfällige Therapieerfolge von vielen Komponenten abhängig sind. Dabei spielen das vorhandene Störungsbild oder die verwendete Therapiemethode nicht immer die Hauptrollen. Oft sind es ganz andere Dinge, die eine Therapie gelingen oder scheitern lassen.

Nachfolgend werden grundlegende Ergebnisse einer qualitativen Untersuchung zu Therapieverständnis und Elternbedürfnissen in der logopädischen Therapie von kindlichen Sprach- und Sprechstörungen dargestellt, auf deren Grundlage dann das Paradigma evidenzbasierter therapeutischer Praxis hinterfragt wird.

Untersuchung

Ziel der Untersuchung, die den folgenden Ausführungen zugrunde liegt, war es, die – für einen Therapieerfolg – bedeutenden Aspekte einer logopädischen Therapie von kindlichen Sprach- und Sprechstörungen zu entdecken, zu beschreiben, zu strukturieren und zu interpretieren. Dabei sollte sowohl die Perspektive der LogopädInnen als auch

die Perspektive der Eltern (Mütter) Berücksichtigung finden. Durch die Exploration und qualitative Aufarbeitung der Thematik wurde versucht, u.a. folgende Fragen zu beantworten:

- Welche Faktoren, Aspekte und Phänomene bestimmen eine logopädische Therapie?
- Welche Rolle spielen dabei die unterschiedlichen Therapiepartner – LogopädIn, Mutter, Kind?
- Welche Faktoren werden von LogopädInnen als besonders entscheidend für den Therapieerfolg angesehen?
- Wie empfinden und beurteilen Mütter die logopädische Behandlung ihres Kindes?
- Was ist für Mütter im Rahmen einer logopädischen Therapie besonders wichtig?
- Gibt es Kern- oder Schlüsselkategorien, die sich durch die gesamte Thematik ziehen?

Methodik

Datenerhebung

Es erfolgten 18 Tiefeninterviews (halbstrukturiert, problemzentriert, leitfadengestützt) mit LogopädInnen und Müttern über die logopädische Therapie von kindlichen Sprach-

Mag. Dr. phil. Bertram Weber

ist seit 1994 an der Univ.-Klinik für Hör-, Stimm- und Sprachstörungen (HSS) in Innsbruck als Logopäde tätig. Er leitet dort die klinische Audiologie und ist für die Abklärung und Behandlung von kindlichen Sprach- und Sprechstörungen zuständig. Von 2001 bis 2004 absolvierte er in Innsbruck das Studium der Allgemeinen und Angewandten Sprachwissenschaft, 2013 erfolgte die Promotion im Fachbereich Patholinguistik. Neben seinen logopädischen Aufgabenfeldern ist Bertram Weber Lehrbeauftragter an den logopädischen Fachhochschulen in Innsbruck, Bozen und Klagenfurt sowie am WIFI-Tirol und an der Donau-Universität Krems.



und Sprechstörungen. Dabei wurden Mütter befragt, deren (4-6 Jahre alten) Kinder sich in logopädischer Therapie befanden bzw. befunden hatten. Bei den LogopädInnen erfolgte das Sampling nach zwei Kriterien (Anstellungsverhältnis: angestellt vs. freiberuflich; Erfahrung: ExpertIn vs. NovizIn). Alle Interviews wurden aufgezeichnet und für die spätere Datenanalyse transkribiert.

Datenauswertung

Alle Daten wurden mithilfe der Software MAXQDA in Anlehnung an die *Grounded Theory* (Glaser & Strauss 1998, Strauss & Corbin 1996) theoretisch kodiert (offenes, axiales und selektives Kodieren) und anschließend innerhalb des entstandenen Kategoriensystems geordnet, beschrieben und verknüpft. Abschließend wurden die Schlüsselkategorien identifiziert und zum restlichen Kategoriensystem in Verbindung gebracht.

Ergebnisse

In diesem Rahmen können nur einzelne ausgewählte Aspekte der Untersuchung in einer verkürzten Version dargestellt werden. Für eine nähere Betrachtung wird auf die Originalarbeit verwiesen (Weber 2013). Durch

die qualitative Analyse auf der Grundlage der *Grounded Theory* konnten verschiedene Haupt- und Nebenkategorien aus den Daten identifiziert und geordnet werden (Tab. 1 und 2). Im Folgenden werden einzelne ausgewählte Aspekte des Kategoriensystems näher erläutert.

Die Perspektive der LogopädInnen

Die „gute“ LogopädIn

Für eine erfolgreiche logopädische Behandlung braucht es ein therapeutisches Bündnis zwischen LogopädIn, Mutter und Kind. Ein solches kann nur dann entstehen, wenn LogopädInnen sowohl den Eltern als auch dem Kind mit Empathie und Respekt gegenüber treten und ressourcenorientiert arbeiten. Außerdem braucht es die nötige fachliche Kompetenz, aber auch Gelassenheit und Zuversicht, um auf die vielfältigen Herausforderungen adäquat reagieren zu können.

Aus der Sicht der LogopädInnen sind Offenheit, Flexibilität, Authentizität sowie die Freude an der Arbeit mit Menschen diejenigen Eigenschaften, die eine „gute“ LogopädIn ausmachen. Mit zunehmender Berufserfahrung vermehrt sich neben dem fachlichen Wissen auch die Sicherheit im Umgang mit schwierigen Therapiesituationen.

Die Eltern

Innerhalb des therapeutischen Prozesses nehmen die Eltern, im Besonderen die Mütter, eine bedeutende Stellung ein. Ihre Sorgen und Ängste müssen gehört und ernst genommen werden.

Die Hauptaufgabe der Elternarbeit ist es, die Eltern über das Störungsbild ihres Kindes, aber auch über die geplanten Therapieschritte zu informieren und möglichst klar und transparent zu kommunizieren, was in diesem Zusammenhang von ihnen erwartet wird. Nur wenn die Eltern der LogopädIn vertrauen und die Wichtigkeit der logopädischen Intervention einsehen, ist ihre Mitarbeit, die für einen therapeutischen Erfolg von großer Bedeutung ist, auch gesichert.

Das Kind

Im Zentrum der logopädischen Bemühungen steht das Kind. Neben dem Alter, dem Störungsbild und den Ressourcen des Kindes bestimmen seine individuellen Bedürfnisse sowohl die therapeutischen Ziele und Inhalte als auch die Therapiestruktur. Zudem ist die Motivation des Kindes eine Grundvoraussetzung dafür, dass eine logopädische Therapie überhaupt erfolgreich sein kann.

Der Therapieerfolg

Das Ziel einer logopädischen Intervention ist in erster Linie die Verbesserung der kommunikativen Fähigkeiten des behandelten Kindes. Damit eine solche erreicht werden kann, braucht es das Zusammenspiel aller Beteiligten. Aufseiten der Eltern benötigt es deren Einsicht für die sprachlichen Schwierigkeiten des Kindes und für die Notwendigkeit der logopädischen Behandlung sowie ihre aktive Mitarbeit im Rahmen ihrer Möglichkeiten.

Vonseiten der LogopädIn benötigt es ausreichend Fachkompetenz sowie therapeutische Flexibilität und auch ein Quäntchen Zuversicht. In Bezug auf das Kind entscheiden die Art und das Ausmaß der Sprachstörung, aber auch die kindliche Motivation darüber, wie schnell Erfolge erzielt werden können. Voraussetzung für das Gelingen einer logopädischen Behandlung ist jedoch in jedem Fall, dass es der LogopädIn gelingt, eine gute und tragfähige Beziehung zu Eltern und Kind herzustellen.

Die Beziehung

Diese wird von den LogopädInnen als das „Herzstück“ einer logopädischen Behandlung betrachtet. Um eine solche herzustellen, muss die LogopädIn mit einer wohlwollenden und empathischen Grundhaltung auf Kind und Eltern zugehen und sich als verlässliche PartnerIn beweisen. Dabei ist es in Bezug auf die Eltern besonders wichtig, dass diese klar und transparent informiert und „ins Boot“ geholt werden. Auch sollten die vereinbarten Ziele von allen Beteiligten mitgetragen werden. In Bezug auf das Kind helfen u.a. eine entspannte und angenehme Atmosphäre, das gemeinsame Tun, aber auch entsprechende Rahmenbedingungen wie ausreichend Zeit und Ruhe, die Beziehung zu stärken.

Die Perspektive der Mütter

Die Voraussetzungen

Die Einschätzung der kindlichen Sprachprobleme durch die Mütter und der Grad der subjektiven Belastung, die sie dadurch empfinden, wirken sich auf den Verlauf einer logopädischen Behandlung aus. Für das Ausmaß dieser Belastung spielen nicht nur die Art und Ausprägung der kindlichen Symptome, sondern auch die persönlichen und subjektiven Erfahrungen der Mütter eine wichtige Rolle. So können auch „einfache“ Aussprachestörungen durchaus als sehr belastend empfunden werden, vor allem dann, wenn sie sich auf den kindlichen Alltag auswirken und zu einem veränderten Sozialver-

■ **Tab. 1: Kategoriensystem (Haupt- und Nebenkategorien) der qualitativen Datenanalyse der LogopädInnen-Interviews (Weber 2013)**

Perspektive der LogopädInnen	
Hauptkategorien	Nebenkategorien
Die LogopädIn	<ul style="list-style-type: none"> ● Haltung ● Erfahrung ● Selbstbild
Die Eltern	<ul style="list-style-type: none"> ● Elternarbeit ● Mitarbeit der Eltern
Das Kind	<ul style="list-style-type: none"> ● Individualität ● Alter ● Stärken und Schwächen ● Motivation
Die Therapiestruktur	<ul style="list-style-type: none"> ● Organisatorische Struktur ● Therapieplanung
Der Therapieinhalt	<ul style="list-style-type: none"> ● Ziele und Schwerpunkte
Der Therapieerfolg	<ul style="list-style-type: none"> ● Was beeinflusst den Erfolg? ● Erfolgskontrolle
Die Beziehung	<ul style="list-style-type: none"> ● Die Beziehung zu den Eltern ● Die Beziehung zum Kind ● Faktoren, die die Beziehung behindern oder stärken
Die Fachkompetenz	<ul style="list-style-type: none"> ● Bedeutung von Fachkompetenz ● Quellen von Fachkompetenz ● Linguistik und Logopädie

■ **Tab. 2: Kategoriensystem (Haupt- und Nebenkategorien) der qualitativen Datenanalyse der Mütter-Interviews (Weber 2013)**

Perspektive der Mütter	
Hauptkategorien	Nebenkategorien
Der Weg	<ul style="list-style-type: none"> ● Der Beginn ● Vertrösten und Abwarten ● Die Abklärung
Die Voraussetzungen	<ul style="list-style-type: none"> ● Die mütterliche Einschätzung ● Auswirkungen auf den Alltag ● Sorgen – Hoffnungen – Erwartungen
Die Therapie	<ul style="list-style-type: none"> ● Die Information ● Der Ablauf
Der Erfolg	<ul style="list-style-type: none"> ● Erfolgsfaktor Fachkompetenz ● Erfolgsfaktor Beziehung ● Erfolgsfaktor „ein gutes Team“
Das Urteil	<ul style="list-style-type: none"> ● Die Zufriedenheit ● Die „gute“ LogopädIn

halten des Kindes führen. Bei logopädischen Beratungen, aber auch im Laufe einer Therapie müssen die Sorgen, Hoffnungen und Erwartungen der Mütter ernst genommen und in der therapeutischen Planung berücksichtigt werden. Nur wenn Logopädie von den Müttern als sinnvoll und wichtig empfunden

wird, tragen sie auch ihren Teil zur Gestaltung einer logopädischen Behandlung bei.

Der Therapieerfolg

Damit sich erhoffte und erwartete Therapieerfolge einstellen, ist für die Mütter die fachliche Kompetenz der LogopädIn Voraussetzung. Allerdings verbinden sie damit nicht nur das Wissen um die Anwendung von geeigneten therapeutischen Verfahren sowie therapeutische Kreativität und Abwechslungsreichtum, sondern auch bzw. in erster Linie soziale und emotionale Fähigkeiten.

Die Beziehung der LogopädIn zum Kind wird in diesem Zusammenhang als besonders bedeutend empfunden. Nur wenn das Kind mit Freude zur logopädischen Behandlung kommt und wenn es gelingt, es zu motivieren, flexibel auf seine Bedürfnisse einzugehen und eine „Wohlfühlatmosphäre“ zu schaffen, können die logopädischen Angebote auch entsprechend angenommen werden. Allerdings sehen die Mütter auch ihren eigenen Anteil als nicht unerheblich an, sondern wissen, dass für eine erfolgreiche Behandlung auch das häusliche Üben ausschlaggebend sein kann.

In diesem Sinne ist aus der Perspektive der Mütter „ein gutes Team“ für den Therapieerfolg verantwortlich: eine fachkompetente und bemühte LogopädIn, die es schafft, eine gute therapeutische Beziehung zu Mutter und Kind herzustellen, ein motiviertes Kind, das gerne zur logopädischen Behandlung kommt, und eine Mutter, die Verantwortung und Bereitschaft zeigt, aktiv mitzuarbeiten und fallweise auch zu Hause zu üben.

Das Urteil

Logopädie wird von den Müttern als wichtig und sinnvoll angesehen, wenn es gelingt, das therapeutische Vorgehen plausibel und nachvollziehbar zu machen. Dabei hängt die subjektive Zufriedenheit der Mütter mit Therapieablauf und Therapieerfolg nicht nur von den „harten Fakten“ einer Verbesserung der sprachlichen Leistungen des Kindes ab, sondern wird zu einem nicht geringen Anteil auch davon beeinflusst, wie verstanden sie sich von der LogopädIn fühlen.

Eine „gute“ LogopädIn soll aus der Sicht der Mütter neben ihrer fachlichen Kompetenz, die sie ohnehin voraussetzen, vor allem Fähigkeiten wie Verständnis, Engagement, Kreativität, Sympathie und Flexibilität in sich vereinen. Am allerwichtigsten ist den Müttern jedoch, dass es der LogopädIn gelingt, eine gute und tragfähige Beziehung zu ihrem Kind herzustellen. Für sich selbst erwarten sie sich vor allem Offenheit und ausreichende Information.

Der rote Faden: Struktur und Flexibilität

Die Phänomene Struktur und Flexibilität ziehen sich wie ein roter Faden durch die Daten. Sie wurden deshalb als sog. Kern- oder Schlüsselkategorien identifiziert. Beide Elemente spielen als persönliche Eigenschaften, aber auch in der Therapieplanung und Therapiedurchführung sowie in der Auseinandersetzung mit den Bedürfnissen von Eltern und Kind wichtige Rollen.

Der Erfolg einer logopädischen Behandlung hängt zu einem großen Teil davon ab, wie gut es der LogopädIn gelingt, die Balance zwischen Struktur und Flexibilität zu halten. Strukturelle Elemente, wie eine zielgerichtete, auf Fachkompetenz aufbauende Therapie, geben allen Beteiligten Halt und Sicherheit. Individuelle und situativ wechselnde Bedürfnisse von Kind und Eltern oder unerwartete Therapiesituationen erfordern jedoch vielfach ein Abweichen von dieser Struktur. Das betrifft die generelle Methodenwahl, aber auch die konkrete Gestaltung einer Therapieeinheit. Es ist also nicht verwunderlich, dass therapeutische Flexibilität von LogopädInnen und Müttern als wichtigste Eigenschaft einer „guten“ LogopädIn genannt wird.

Die Säulen: Fachkompetenz und Beziehung

Fachkompetenz ist für LogopädInnen und Mütter die Grundvoraussetzung für eine logopädische Therapie. Allerdings haben Beziehungsfaktoren in diesem Zusammenhang eine mindestens ebenso große Bedeutung. Die Herausforderung besteht für LogopädInnen demnach darin, ein Gleichgewicht zwischen der strukturierten und fachlich zielgerichteten Anwendung von logopädischen

Verfahren und dem Herstellen und Pflegen einer guten therapeutischen Beziehung zu finden. Vereinfacht könnte man sagen, Beziehung und Fachkompetenz sind die Säulen einer logopädischen Therapie, wohingegen Struktur und Flexibilität den Weg kennzeichnen, den LogopädInnen gehen müssen, um zwischen diesen Säulen hin und her zu wechseln (Abb. 1).

Obwohl LogopädInnen hauptverantwortlich für das Gelingen einer logopädischen Behandlung sind, tragen auch Kind und Eltern maßgeblich zum Therapieerfolg bei. Die aktive Zusammenarbeit aller an einer logopädischen Therapie beteiligten Personen – „ein gutes Team“ – ist in diesem Zusammenhang unerlässlich.

Das Evidenz-Dilemma

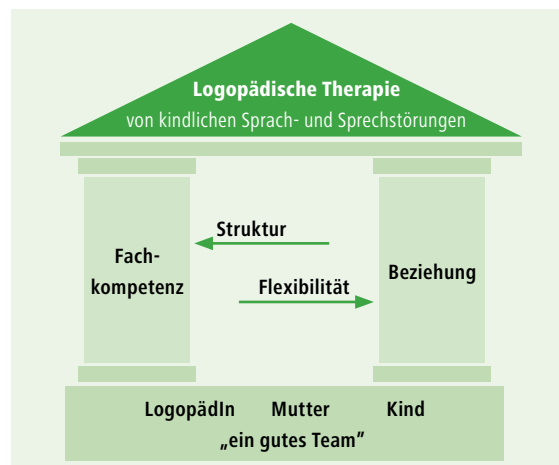
Vor dem Hintergrund der oben präsentierten Ergebnisse stellt sich für die Therapieforschung die Frage, ob diese komplexen Prozesse, wie sie in logopädischen Therapien ablaufen, mit den herkömmlichen Mitteln einer evidenzbasierten Praxis gemessen werden können. Die meisten Veröffentlichungen, die diesbezüglich erscheinen, fokussieren die Suche nach Wirksamkeitsbeweisen von einzelnen logopädischen Methoden, wobei die Ergebnisse an einer quantitativ ausgerichteten Evidenzhierarchie (Beushausen 2009, Beushausen & Grötzbach 2011) gemessen werden.

Nach dieser Hierarchie haben randomisierte Kontrollstudien (RCT) mit einer hohen Standardisierung und einer möglichst großen Stichprobe die größte wissenschaftliche Beweiskraft, während Einzelfallstudien oder die klinische Erfahrung von ExpertInnen praktisch gar keine Rolle spielen. Studien mit einem qualitativen, explorierenden und deskriptiven Studiendesign

werden gleich gar nicht berücksichtigt. Dabei wären solche Untersuchungen eigentlich besonders geeignet, komplexe und multifaktorielle Sachverhalte, wie sie in der logopädischen Therapie vorhanden sind, zu erforschen. Hält man sich bei der Untersuchung der Wirksamkeit von Logopädie an die klassische Evidenzhierarchie, dann ist es nicht verwunderlich, dass Untersuchungen mit hoher Evidenz Mangelware sind.

Die vielschichtigen Verhältnisse, wie wir sie in der

■ **Abb. 1: Schlüsselkategorien der logopädischen Therapie von kindlichen Sprach- u. Sprechstörungen (Weber 2013)**



sprachtherapeutischen Realität vorfinden, bergen für die Durchführung von RCTs zahlreiche Probleme. Dazu zählen u.a. die Schwierigkeit, die erforderlichen Stichprobengrößen zu erreichen oder die methodischen Unterschiede und Varianten einer logopädischen Intervention, vor allem jedoch die Heterogenität der Zielpopulation. Wir haben es in der Logopädie nicht mit „dem Dysgrammatismus“ oder „der Aphonie“ zu tun, sondern mit Menschen, die nicht nur aus ihrem logopädischen Störungsbild bestehen, sondern die ihre individuellen Bedürfnisse und Ressourcen in die logopädische Therapie mitbringen. Nicht selten ist der Therapieerfolg genau von diesen Bedürfnissen und Ressourcen abhängig.

Jeder logopädische Fall ist ein Einzelfall und mit einem anderen nicht vollkommen vergleichbar.

Das bedeutet auch, dass z.B. Studien mit großen Fallzahlen nicht unbedingt mehr Erkenntnisse für die logopädische Praxis bringen. Je größer die Stichprobe, desto schlechter lässt sich das Ergebnis auf den Einzelfall übertragen. Beck-Bornholdt & Dubben (2003, 34) formulieren in diesem Sinne pointiert:

„Große Zahlen liefern ein statistisch gesehen genaueres Ergebnis, von dem man nicht weiß, auf wen es zutrifft. Kleine Zahlen liefern ein statistisch gesehen unbrauchbares Ergebnis, von dem man aber besser weiß, auf wen es zutrifft. Schwer zu entscheiden, welche dieser Arten von Unwissen die nutzlosere ist.“

In der Vergangenheit wurde bereits mehrfach auf die Schwierigkeiten der Evidenzbasierung im herkömmlichen Sinn zur Beurteilung von logopädischen Methoden aufmerksam gemacht. Von manchen AutorInnen wird überhaupt bezweifelt, ob deren Anwendung, vor allem die (ausschließliche) Suche nach externer Evidenz im logopädischen Bereich zielführend und sinnvoll ist. Sie fordern daher eine Adaption der Kriterien an die Gegebenheiten der Sprachtherapie und schlagen unterschiedliche Alternativen bzw. Anpassungen vor (Borgelt 2015, Borgetto et al. 2016, Bürki et al. 2011, Cholewa 2010, Dodd 2007, Parkinson & Humphrey 2008, Robey 2004).

Ein medizinisch orientiertes, rein auf Quantifizierbarkeit ausgerichtete Evidenzparadigma greift im Fall der Logopädie auf jeden Fall zu kurz. Denn selbst wenn es möglich wäre, für eine randomisierte Kontrollstudie ausreichend viele Individuen zu finden, die haargenau das

gleiche Störungsbild aufweisen, gleich alt sind und das gleiche Geschlecht haben, bei denen die gleiche logopädische Methode in genau dem gleichen Ausmaß angewendet wird – selbst wenn dies alles möglich wäre – und das ist schon recht unwahrscheinlich, dann bleiben immer noch zahlreiche weitere Faktoren übrig, die eine vollkommene Vergleichbarkeit der Fälle verhindern. So sind Motivation, PatientInnenressourcen, die Unterstützung durch das Umfeld u.v.a.m. unter Umständen ebenso erfolgsbestimmend wie die verwendete Methode. In gleichem Maß steuern auch die Persönlichkeitsfaktoren der LogopädIn sowie eine gute und tragfähige therapeutische Beziehung den Verlauf und Erfolg einer logopädischen Behandlung.

Logopädie ist keine Tablette, sondern ein multifaktorielles und heterogenes Geschehen.

Sie kann daher auch nicht mit Instrumenten gemessen werden, die besser dazu geeignet sind, die Wirkung von Medikamenten einzuschätzen (Grohnfeldt 2011).

Wenn es um die Wirksamkeit von Sprachtherapie geht, darf neben der Fokussierung auf die externe Evidenz nicht vergessen werden,



Wir haben alles, was Sie dafür brauchen – Abrechnung und Software sinnvoll verknüpft

Sicher abrechnen und effizient organisieren: Mit der azh profitieren Sie von einer integrierten Gesamtlösung.

Einfach Rezepte einsenden, die Auszahlung erfolgt schnell und zuverlässig. Erleben Sie die Minimierung von Absetzungen und komplette Übersicht Ihrer gescannten Rezepte im Online-Portal.

Mit der Software für die Logopädie trifft moderne Patienten- und Rezeptverwaltung auf innovative Features und die passenden Apps.

Werden Sie jetzt einer von heute bereits 21.000 Kunden, die die azh mit Top-Zufriedenheitsnoten bewerten.

Live erleben!
Halle 4, Stand A12

1. PLATZ



Wettbewerb
TOP SERVICE
DEUTSCHLAND
2016



MEDICA®

13-16 NOVEMBER 2017
DÜSSELDORF GERMANY



www.azh.de

dass evidenzbasiertes Vorgehen bereits seit seinen Anfängen auf drei Beinen steht bzw. stehen sollte. Schon Sackett et al. (2000, 1) betonen die Bedeutung der Trias aus externer Forschungsevidenz, klinischer Expertise und Patientenbedürfnissen für eine evidenzbasierte Medizin: „Evidence-based medicine is the integration of best research evidence with clinical expertise and patient values.“

Die Notwendigkeit der Integration der drei Komponenten einer evidenzbasierten Therapie ist zwar inzwischen unumstritten (Dollaghan 2007, Ullrich 2011, Borgelt 2015), dennoch werden die genannten Bereiche vielfach unterschiedlich gewichtet, wobei es scheint, dass das Hauptaugenmerk besonders häufig auf dem Nachweis der externen Evidenz liegt und sowohl TherapeutInnen als auch PatientInnenvariablen oft vernachlässigt werden.

Dies wird der Komplexität des therapeutischen Geschehens aber keineswegs gerecht, da die Wirksamkeit von Therapiemethoden immer auch von Faktoren des therapeutischen Prozesses abhängt. Legt man in diesem Zusammenhang den Qualitätsbegriff Donabedians (1982) zugrunde, so geht es bei der Beurteilung von Sprachtherapie nicht nur um die Elemente der technischen Qualität, sondern eben auch um Faktoren der interpersonellen Qualität. Die therapeutische „Kunst“ wird ja zu einem nicht geringen Teil dadurch bestimmt, auf welche Art und Weise und mit welchen Mitteln unterschiedliche Therapiemethoden angewendet werden.

Im Hinblick auf die Therapieforchung wäre es demnach wünschenswert, wenn neben der (notwendigen) Suche nach externer Evidenz sowohl die Patientenbedürfnisse (Dehn-Hindenberg 2007, 2008) als auch der Therapieprozess an sich (Hansen 2009) mehr Beachtung fänden.

LITERATUR

- Beck-Bornholdt, H.-P. & Dubben, H.-H. (2003). *Der Schein der Weisen. Irrtümer und Fehlurteile im täglichen Denken*. Reinbek: Rowohlt
- Beushausen, U. (2009). *Therapeutische Entscheidungsfindung in der Sprachtherapie*. München: Elsevier
- Beushausen, U. & Grötzbach, H. (2011). *Evidenzbasierte Sprachtherapie. Grundlagen und Praxis*. München: Elsevier
- Borgelt, T. (2015). Wenn es keine Evidenz gibt ... Szenarien der evidenzbasierten Praxis im logopädischen Berufsalltag. *Forum Logopädie* 29 (1), 24-29
- Borgetto, B., Spitzer, L. & Pflingsten, A. (2016). Die Forschungspyramide. Evidenz für die logopädische Praxis brauchbar machen. *Forum Logopädie* 30 (1), 24-28
- Bürki, M., Kempe Preti, S., Kohler, J. & Steiner, J. (2011). Logopädie und Wirksamkeit. *Forum Logopädie* 25 (2), 28-33
- Cholewa, J. (2010). Empirische Sprachheilpädagogik. Strategien der Sprachtherapieforschung bei Störungen der Sprachentwicklung. *Empirische Sonderpädagogik* 2 (3), 48-68
- Dehn-Hindenberg, A. (2008). *Patientenbedürfnisse in der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie*. Idstein: Schulz-Kirchner
- Dehn-Hindenberg, A. (2007). Patientenbedürfnisse in der Logopädie: Die Qualität der Kommunikation bestimmt die Therapiebewertung. *Forum Logopädie* 21 (4), 26-32
- Dodd, B. (2007). Evidence-based practice and speech-language pathology: strengths, weakness, opportunities and threats. *Folia Phoniatrica et Logopaedica* 59 (3), 118-129
- Dollaghan, C. (2007). *The handbook for evidence-based practice in communication disorders*. Baltimore: Brookes
- Donabedian, A. (1982). An exploration of structure, process and outcome as approaches to quality assessment. In: Selbmann, H.-K. & Überla, K. (Hrsg.), *Quality assessment of medical care* (69-92). Gerlingen: Bleicher
- Glaser, B. & Strauss, A. (1998). *Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung*. Bern: Huber
- Grohnfeldt, M. (2011). Überlegungen zu einer Sprachtherapie als Wissenschaft. *Die Sprachheilarbeit* 56 (3), 122-130
- Hansen, H. (2009). *Therapiearbeit. Eine qualitative Untersuchung der Arbeitstypen und Arbeitsmuster ambulanter logopädischer Therapieprozesse*. Idstein: Schulz-Kirchner
- Parkinson, G. & Humphrey, N. (2008). Intervention for children with language impairments: a model of evidence-based outcome research. *Journal of Research in Special Education Needs* 8 (1), 2-12
- Robey, R. (2004). A five-phase model for clinical-outcome research. *Journal of Communication Disorders* 37 (5), 401-411
- Sackett, D., Straus, S., Richardson, W., Rosenberg, W. & Haynes, R. (2000). *Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM*. Edinburgh: Churchill Livingstone
- Strauss, A. & Corbin, J. (1996). *Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Beltz
- Ullrich, A. (2011). *Evidenzbasierte Diagnostik phonologischer Störungen. Entwicklung und Evaluation eines Sprachanalyseverfahrens auf der Basis nichtlinearer phonologischer Theorien*. Dissertation. Köln: Universität
- Weber, B. (2013). *Strukturiert in der Planung und flexibel dann im Tun. Logopädisches Therapieverständnis und Elternbedürfnisse in der Behandlung von kindlichen Sprach- und Sprechstörungen*. Dissertation. Innsbruck: Universität

SUMMARY. Structure and flexibility the basis of therapeutical outcome – speech and language therapy in children: therapeutical concept and parents' needs

In the treatment of children speech and language therapists face a number of challenges. Speech and language therapy in children is a very complex and multifactorial process. Treatment success will depend to a large extent not only on the individual disorder condition and the therapy method but also on many other factors such as the personality of the therapist, the child itself and his/her parents, the motivation and the patient's compliance, in how far parents can take an active part, the therapist's expertise and primarily quality and steadiness of the therapeutic relationship. This issue was addressed by a qualitative study on therapeutic concepts and parent's need in speech and language therapy in children. Based upon the results presented the study discussed the estimation of treatment efficiency by the common hierarchy of evidence enhanced by evidence-based practise.

KEYWORDS: speech and language therapy – therapeutic concept – parents' needs – therapeutic relationship – treatment success – evidence-based practice

DOI dieses Beitrags (www.doi.org)

10.2443/skv-s-2017-53020170601

Autor

Mag. Dr. phil. Bertram Weber
Klinik für Hör-, Stimm- und Sprachstörungen (HSS)
Innsbruck
Anichstr. 35
A-6020 Innsbruck
bertram.weber@tirol-kliniken.at

Unberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

Mit **HABA**® wird Sprachförderung zum Kinderspiel



Der Pustekuchen von HABA fördert:

- Lippen- und Mundmotorik
- Sprachentwicklung

Unser Top-Angebot exklusiv für Logopäd(inn)en:

Bestellen Sie HABA-Produkte zum Einkaufspreis!

Interesse?
Dann melden Sie sich bei uns unter:
spielendlernen@haba.de
Betreff:
HABA - Sprachförderung



Broschüre „Spielerische Sprachförderung“ online durchblättern und gratis anfordern:
www.haba.de/sprache

Sprachförderung - Jeden Tag und überall!

Kinder spielen für ihr Leben gern. Und sie lernen beim Spielen: Wir von HABA begleiten sie dabei mit hochwertigen Spielsachen und Spielen, die fordern, fördern und viel Spaß machen. Bei unserem Spiel Pustekuchen pusten die Kinder eine Kugel zu den Speisen. Wer die richtigen Löcher trifft, erhält ein Sahnehäubchen. Wer die richtigen Löcher trifft, erhält ein Sahnehäubchen.



Erfinder für Kinder

Interaktionsqualität in der Logopädie

„Logopädischer Erfolg wird durch die Interaktionsqualität und die Beziehungsebene zum Patienten bestimmt“

Nadja Weigand

ZUSAMMENFASSUNG. Die Interaktionsqualität und die Beziehungsebene sind in allen therapeutischen Berufen von ausschlaggebender Bedeutung und beeinflussen den Therapieerfolg. 15 % des Therapieerfolgs lassen sich aufgrund von Methode und Technik erklären, 85 % des Erfolgs werden sozialen Kompetenzen, individueller Patienteneinstellung und Patientenbedürfnissen sowie der therapeutischen Beziehung zugeschrieben. Es lässt sich also behaupten: Der Erfolgsfaktor wird durch die Beziehungsebene und die Interaktionsqualität bestimmt. Auf der Grundlage der Master-These der Autorin werden Aspekte und Faktoren, die zur Qualität der Interaktion beitragen und bewusst in der Eigenverantwortung und Kompetenz der TherapeutIn selbst liegen, kurz dargelegt. In der Schlussbetrachtung werden das Phänomen der therapeutischen Bindung im Sinne einer sicheren Basis und die Wirkfaktoren einer therapeutischen Beziehung in Anlehnung an die Erkenntnisse aus der Psychotherapie vertiefend dargestellt. Die therapeutische Haltung, das Menschenbild der TherapeutIn und die Beziehungsfähigkeit sind gefordert.

Schlüsselwörter: Interaktion – Interaktionsqualität – Kommunikation – Beziehung – Bindung – Neurobiologie

Nadja Weigand (MSc) ist seit 1992 Logopädin. Sie absolvierte berufsbegleitend das Masterstudium in Logopädie an der Donau-Universität Krems 2016 und besucht zurzeit den Universitätslehrgang für das Psychotherapeutische Propädeutikum an der Universität Innsbruck. Sie war jahrelang als fachliche Beraterin und Projektkoordinatorin in der „Frühen Sprachförderung in den Tiroler Kindergärten“ aktiv. Zusätzlich arbeitet sie freiberuflich in ihrer „ganzheitlichen logopädischen Fachpraxis“ sowie in der Erwachsenenbildung als Referentin in verschiedenen Bildungsinstitutionen.



Einleitung

Beziehungs- und Interaktionsqualitäten in der Logopädie werden zukünftig eine größere Bedeutung und Aufmerksamkeit erlangen. Die Logopädie ist eine komplexe Intervention und wirkt z.B. alleine schon durch die Zuwendung der LogopädIn an die PatientInnen. Therapeutische Effekte und Erfolge sind hochindividuell und nur im subjektiven Kontext zwischen TherapeutIn und PatientIn als Gestaltungselement zu sehen.

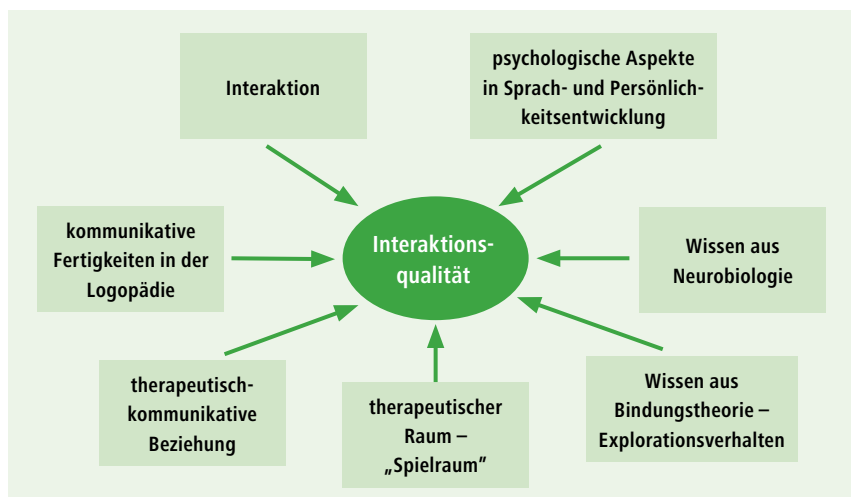
Im folgenden Artikel werden verkürzt die individuell erforschten Aspekte und Phänomene, die die Interaktionsqualität definieren, vorgestellt. Diese werde als persönliche Qualifikationen der LogopädIn gesehen. Sie liegen in der Eigenkompetenz der TherapeutIn selbst und haben keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Es werden folgende Faktoren/Aspekte erörtert (Abb. 1), die einen Einfluss auf den

logopädischen Therapieerfolg und auf das Umsetzen der Interaktionsqualität in der Logopädie haben (Weigand 2015):

- Interaktion
- Kommunikative Fertigkeiten in der Logopädie
- die therapeutisch-kommunikative Beziehung
- der therapeutische Raum – „Spielraum“
- das Wissen aus der Bindungstheorie – Explorationsverhalten
- psychologische Aspekte in der Sprach- und Persönlichkeitsentwicklung
- Wissen aus der Neurobiologie

■ **Abb. 1: Einflussfaktoren auf Interaktionsqualität**



Faktoren für Interaktionsqualität

Interaktion

Interaktion bezeichnet das wechselseitige Aufeinandereinfließen von Handelnden oder Systemen (Marinschek 2014). In der logopädischen Therapie findet Interaktion in Dreierbeziehungen unter folgenden Möglichkeiten statt: die LogopädIn, das Kind und die Eltern (Kurz 1993). In der Therapie mit erwachsenen PatientInnen kann das dritte Element, das „innere Kind“ der PatientIn sowie das der LogopädIn sein. Damit sind Erfahrungen,

Prägungen und Geschichten der jeweiligen Lebenswelten gemeint, die jede TherapiepartnerIn mitbringt. Ein weiterer Aspekt ist der Kontext, in dem sich die Beteiligten treffen, um miteinander zu agieren. Die Voraussetzungen, um in Interaktion zu treten, sind die Identitäts- und die Sprachentwicklung, diese Aspekte bedingen sich beide gegenseitig. Ohne Interaktion ist es nicht möglich, in Beziehung zu treten oder eine therapeutisch-kommunikative Beziehung aufzubauen.

Kommunikative Fertigkeiten in der Logopädie

LogopädInnen üben einen sprechenden Beruf aus, in dem es um kommunikativen Fertigkeiten und um Interaktion geht.

Jede LogopädIn muss ihren persönlichen Weg finden, um sich in kommunikativen Fähigkeiten zu spezialisieren und diese im Sinne der eigenen Kongruenz und Echtheit zu integrieren und ganz automatisch zu leben.

Zum Berufsbild der LogopädIn gehört unausweichlich die Kommunikation und die Reflexion darüber mithilfe von Theorien wie z.B. von Rogers, von Schulz von Thun (Gruner & Garnitschnig 2013) oder die Fertigkeiten der „Gewaltfreien Kommunikation“ von Rosenberg (2007). Besonders im Anamnese-gespräch ist es wichtig, Beobachtung von Interpretation zu trennen und sowohl Bitten als auch Bedürfnisse in Ich-Botschaften zu formulieren.

Diese achtsame Art der Kommunikation ist von Wertschätzung und Akzeptanz gegenüber der PatientIn geprägt und erhöht gleichsam den Selbstwert des Gegenübers. Die kommunikativen Fertigkeiten sind Teil der sozialen Kompetenz der LogopädIn.

Die therapeutisch-kommunikative Beziehung

Die therapeutisch-kommunikative Beziehung beinhaltet die Einstellung und die Gefühle der TherapeutIn und der PatientInnen und schließt dementsprechend Affekte wie Respekt, Vertrauen, Wertschätzung, Empathie (Rogers), und Fürsorge mit ein.

Die therapeutische Beziehung „ist eine partielle Reinszenierung biographischer Ereignisse mit dem unbewussten Wunsch nach einem besseren Ausgang“ (Gstür-Arming 2014, 2). Zur therapeutischen-kommunikativen Beziehung zählen auch kognitive Aspekte wie die Vereinbarung über Therapieziele sowie handlungsbezogene Aspekte wie Kommunikation und Interaktion, die die Umsetzung für die Zielerreichung definieren (Auhagen 2008).

Die logopädische Therapie repräsentiert immer eine Form eines Beziehungsangebots und ist das „Herzstück“ der Therapie (Weber 2013). Die therapeutisch-kommunikative Beziehung und der Therapieerfolg korrespondieren miteinander.

Die innere, positive Haltung der LogopädIn ist die Grundvoraussetzung für das Gelingen einer Therapie. Die LogopädIn ist für diese Haltung selbst zuständig und kann diese permanent durch ihr Denken, ihre Erfahrungen und das eigene, kritische Reflektieren positiv steuern und weiterentwickeln. Es ist von großer Wichtigkeit, sich seines eigenen Menschenbildes bewusst zu sein.

Der therapeutische Raum – „Spielraum“

Unter dem therapeutischen Raum versteht man in der Logopädie den Ort, den Therapieraum, sowie den „intermediären Raum“ (Kurz 1993), an dem durch Beziehung Ent-

wicklung passieren kann/darf. Voraussetzungen dafür sind die Atmosphäre und/oder Atmosphärisches. Wenn eine PatientIn durch einen geschützten Raum die Möglichkeit bekommt, sich intermediär wie auch räumlich gesehen zu öffnen und sicher zu fühlen, wird die Therapie im Sinne der Interaktion erfolgversprechend sein.

Osten (2000) meint, dass es für die TherapeutIn grundlegend ist, eine fördernde, einladende und „heilende“ Atmosphäre um sich herum aufzubauen, sowohl von ihrer persönlichen Ausstrahlung und Kompetenz als auch von der Einrichtung des Raumes.

Das Wissen aus der Bindungstheorie – Explorationsverhalten

Bindung ist als eine Grundmotivation in Beziehungen anzusehen. Es gibt im Prinzip keinen Therapieansatz sowie kein Störungsbild bei dem bindungstheoretische Überlegungen nicht zum Tragen kommen (Brisch 2010).

Die Qualität der Bindung und Feinfühligkeit (Ainsworth 2009) besteht darin, dass die Bezugsperson in der alltäglichen Interaktion die Signale des Kindes feinfühlig wahrnimmt, richtig interpretiert und prompt befriedigt.

Aus den Ergebnissen der Bindungsforschung ist nachvollziehbar, dass die Beziehungsebene die Basis für eine gelungene logopädische Therapie darstellt (Brisch 2010). Diese Erkenntnisse ermöglichen der LogopädIn, zu reflektieren und eine eigene Zuordnung bezüglich der persönlich erfahrenen Bindungsform zu treffen, um daraus Rückschlüsse auf die eigenen Bindungsrepräsentationen und die eigene Feinfühligkeit ziehen zu können.

Die eigene therapeutische Interaktions- und Beziehungsfähigkeit sollte im therapeuti-

The Grid 2 Mobilis

Die Kommunikationsstrategie bei neurologischen und degenerativen Erkrankungen

Aphasie | MS | Demenz | Parkinson

- Einfach strukturiert
- Symbole und Vokabular erwachsenengerecht
- Integriertes Therapiematerial
- Benutzerfreundliche Oberflächengestaltung

The Grid 2 Fortbildungsangebote und weitere Infos unter:
www.talktools-gmbh.de

Duisburg 0203 71354720 | Berlin 030 45020764 | Hamburg 04321 8526490




schen Praxisalltag stets reflektiert und durch regelmäßige fachliche Supervision bewusst gemacht und verbessert werden.

Nur wenn ein Kind sich sicher gebunden fühlt, kann es sich für das Explorieren, das Erweitern der Welt, der Sprache und für Bildung öffnen.

Generell lässt sich feststellen, dass sicher gebundene Kinder in der Sprachdomäne kompetenter sind und altersgemäß komplexere Strukturen in der Sprachproduktion und im Sprachverständnis zeigen.

Psychologische Aspekte in der Sprach- und Persönlichkeitsentwicklung

In jeder Form von Therapie, in der Menschen miteinander zu tun haben, sich begegnen und in Interaktion treten, spielen psychologische Aspekte eine Rolle (Kurz 1993). Es handelt sich um einen Beziehungsprozess, der in der logopädischen Therapie einen therapeutisch-kommunikativen Schwerpunkt bekommt.

Psychologischen Aspekten in der Sprachentwicklung ihren Stellenwert zu geben, bedeutet die Beziehungs- und emotionale Ebene auf differenzierte Weise mit einzubeziehen. Die Gesamtheit von nonverbalen, vorsprachlichen und zwischensprachlichen Prozessen wie Emotionalität, Gestik, Mimik, handlungsmäßiges Verhalten bedingen das Sprachgesehen.

Die Logopädie und die Sprachfähigkeit in der Vielfalt und Tiefe menschlicher Beziehung zu betrachten und zu definieren erfordert, dass sich das Wirkungs- und Beobachtungsfeld der Logopädie noch mehr erweitert, komplexer und noch anspruchsvoller gesehen wird.

Es ist unumgänglich, die Lebens- und Beziehungserfahrungen und Welten der PatientInnen mit einzubeziehen, und sie in ihrer Gesamtheit von körperlicher und psychisch-emotionaler Entwicklung zu sehen (Kurz 1993).

Die Bedeutung und die Betonung von psychologischen Aspekten wie z.B. triangulärer Blickkontakt (Zollinger 2002), Übertragungsphänomene (Osten 2000, Brisch 2008) oder Loslösung der symbiotischen Beziehung (Kurz 1993) in der logopädischen Therapiearbeit wird sowohl durch die LogopädIn je nach ihrer Kompetenz und ihren Zusatzqualifikationen als auch durch das Mitwirken der PatientInnen und gegebenenfalls der Bezugspersonen selbst bestimmt.

Hierbei werden hohe Anforderungen an die LogopädIn im Hinblick auf ihre eigene Feinfühligkeit und einen achtvollen Umgang mit den bereits gemachten Erfahrungen der PatientInnen gestellt.

Neurobiologie

Dieser Aspekt wird in der Master-These in folgende Unterpunkte gegliedert (Weigand 2015)

- Spiegelung – „mirror neurons“
- Neurobiologische Mechanismen, soziale Interaktion und Empathie
- Spiegelneuronen, Sprache und Kommunikation
- Gehirnforschung und Lernen

und durch das Wissen des Neurowissenschaftlers *Iacoboni* (2009) belegt und für die Logopädie greifbar gemacht.

Eine ganzheitliche Sichtweise und deren Zusammenhänge führen zum Begreifen neuer Erkenntnisse der Neurobiologie. Die klassische Naturwissenschaft hat eine Grenze erreicht, sodass Erkenntnisse aus naturwissenschaftlichen Beschreibungsformen und -formeln mit linearen und monokausalen Denkmustern neu überdacht werden sollten. Der Mensch strukturiert sein Gehirn nutzungsabhängig, je nachdem, was er im sozialen Kontext und auch im kulturellen Hintergrund erlebt (Hüther 2011).

Die gegenwärtige Spiegelneuronenforschung ist bestrebt, dieses System in unserem Gehirn besser kennenzulernen, zu erfassen und mehr darüber wissen zu wollen. Es ist die Basis, um mit anderen in Beziehung zu treten (*Iacoboni* 2009).

Das Phänomen der Spiegelung könnte das Geheimnis des Lebens sein, was bedeutet, dass wir andere finden, um unsere Gefühle und Sehnsüchte zu binden und zu spiegeln. „Wenn ich sehe und gesehen werde, so bin ich“ (Winnicott 1983, 131).

Sozialverhalten wird nur in einer Gemeinschaft gelernt, in der man handeln darf und kann. Kooperation wird spielerisch gelernt und das Spiel heißt „Miteinander leben!“ (Spitzer 2007, 314). Ein solches dialogisches Wirken ist eine Art von sozialer Interaktion, die die Spiegelneuronen durch Imitation fördern (*Iacoboni* 2009).

Gespiegelte Verhaltensweisen werden verstärkt oder sind erst möglich, wenn wir jemanden sympathisch finden. Wir finden vor allem solche Personen sympathisch, die adäquat spiegeln können. Grundvoraussetzung dafür ist, dass Mimik und Körpersprache der betreffenden Person spontan und kongruent/authentisch sind (Bauer 2012).

Das Imitieren – dem Spiegeln vergleichbar – sowie das „Lernen am Modell“

erleichtern die Interaktion und erhöhen die Beziehungsqualität. Dies wird in der logopädischen Therapie bewusst eingesetzt, z.B. in der Frühtherapie bei Late Talkern.

Laut *Spitzer* (2007) konnte nachgewiesen werden, dass sich sprachliche Inhalte bzw. Satzstrukturen und Wörter in einem positiven emotionalen Kontext leichter speichern lassen und auch besser erinnert werden. Das bedeutet, in der logopädischen Therapie eine positive Beziehung zwischen TherapeutIn und PatientIn aufzubauen, das Lernen mit Emotionen zu verbinden und eine stressfreie Umgebung zu schaffen, um auf diese Weise den Therapieerfolg zu begünstigen.

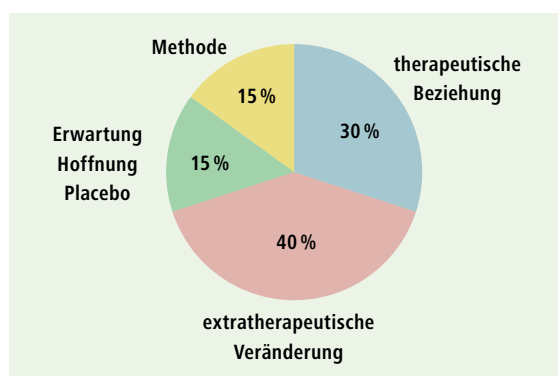
Die Interaktionsqualität – der Erfolgsfaktor

Das Vertrauen in die eigene Beziehungsfähigkeit durch das Be- und Verarbeiten eigener Beziehungs- und Lebensgeschichten ist entscheidend für die Qualität der Interaktion. Der professionelle und bewusste Umgang im therapeutischen Handeln wird unterstützt durch eigenverantwortliche, arbeitsbegleitende Supervision und ist ein wichtiger Bestandteil der eigenen Beziehungsfähigkeit und zeugt von Qualität in der Therapie (Kurz 1993).

Individuelle Voraussetzungen, Situationen und subjektiv getroffene Entscheidungen tragen oftmals zum Erfolg der logopädischen Therapie bei. Die Bewertung über den Therapieerfolg kann vielfach nur im persönlichen Vertrauensverhältnis zwischen LogopädIn und den PatientInnen getroffen werden. „Die Chemie muss passen“ (Weber 2013, 437).

Die therapeutische Beziehung ist hochkomplex und wird von einer Vielzahl an Einflussfaktoren geformt. *Asay & Lambert* (2001) teilen die diversen Faktoren, die eine Wirkung auf den Effekt einer Psychotherapie haben, vier Bereichen zu (Abb. 2):

■ **Abb. 2: Wirkfaktoren in der Psychotherapie (nach Asay & Lambert 2001, 49)**



- 15 % des Therapieerfolgs sind auf Methode und Technik zurückzuführen.
- 40 % sind extratherapeutische Veränderungen; darunter versteht man die Lebenssituation, die Charakteristika und das soziale Netz der PatientIn.
- 30 % der Wirkung wird der therapeutischen Beziehung zugeschrieben und
- weitere 15 % der Erwartung, der Hoffnung und dem Placebo.

In der Psychotherapieforschung ist seit Langem bekannt, dass der Therapieerfolg nicht primär von der Therapiemethode abhängt, sondern die Qualität der Beziehung zwischen TherapeutIn und PatientIn entscheidend ist. Sie ist die Plattform für ein Umlernen und ein Neuorientieren.

Abbildung 3 zeigt, die Faktoren, die in Hinblick auf ihre Auswirkung auf die logopädische Interaktionsqualität untersucht wurden. In einem Fragebogen wurden LogopädInnen um ihre Einschätzung der Bedeutung

der Faktoren mit folgender Frage gebeten: „Wirkt sich das Einbeziehen dieser Aspekte/Phänomene auf die Interaktionsqualität in der Logopädie aus?“ Die TeilnehmerInnen konnten in fünf Abstufungen eine Bewertung vornehmen: 5 „trifft völlig zu“, 4 „trifft zu“, 3 „trifft teilweise zu“, 2 „trifft eher nicht zu“ und 1 „trifft nicht zu“. Die Höchstpunktzahl pro Aspekt entspricht 100 % (Weigand 2015). Die abgefragten Faktoren sind für die Interaktionsqualität in der Logopädie von den Expertinnen aus der beruflichen Erfahrung als höchst wirksam eingestuft worden.

Schlussbetrachtung

Die Bedeutung und Wirkung der oben erörterten Aspekte/Phänomene und Faktoren liegen größtenteils in der Eigenverantwortung und Kompetenz der LogopädIn selbst und beeinflussen die Qualität der Interaktion und den Therapieerfolg. Die Inanspruchnahme einer

fachlichen Supervision ermöglicht es, sich dieser Interaktionsfaktoren im Berufsalltag bewusst zu werden, sie zu erarbeiten und an ihnen zu wachsen.

Bindungstheoretische Überlegungen spielen in allen therapeutischen Kontexten eine bedeutende Rolle und sollten daher in der therapeutischen Arbeit mit PatientInnen immer mit bedacht werden. Bindungsphänomene werden von Brisch (2010) als Grundmotivation in allen Beziehungskontakten sowie in der Behandlung von Störungen angesehen. Sie sind lebenslange Prozesse. Bindungsbasierte Therapien sollen als Ergänzung herangezogen werden, um manche Verhaltensweisen von PatientInnen besser erklären und verstehen zu können. Die Fähigkeit therapeutische Beziehungen einzugehen, könnte für die Eignung mancher therapeutischen Berufe ein Auswahl- oder Qualitätskriterium sein.

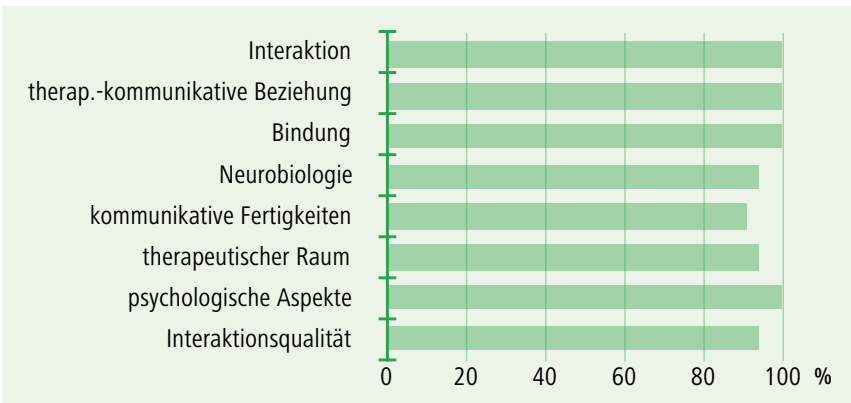
Phänomene der therapeutischen Bindung im Sinne einer sicheren Basis

Als zentrale Variable im therapeutischen Prozess kann die therapeutische Bindung gesehen werden. Es ist daher die Aufgabe der LogopädIn, eine sichere Basis – vergleiche „safe place“ (Katz-Bernstein 2015, Brisch 2010) – für die PatientInnen herzustellen. Dies erfordert Fähigkeiten wie Feinfühligkeit und Empathie, um sich auf das Interaktionsgeschehen und -verhalten der PatientInnen einzulassen und einzustellen.

Folgende Gesichtspunkte aus der Bindungstheorie könnten für die Logopädie modifiziert werden:

- Um das Zuwendungsverhalten des Patienten/Kindes zu stärken, sollte eine verlässliche psychische und physische

■ **Abb. 3: Ergebnis des Fragebogens „Interaktionsqualität in der Logopädie“ (Weigand 2015)**



Unterstützte Kommunikation – weil jeder was zu sagen hat.

z. B. mit dem Wortschatzprogramm „RehaFoXX“ auf einem „NovaChat 10“
 Katrin Möhlecke
 Diplom-Sprachheilpädagogin



Mit guter Beratung für Sie vor Ort!

Zentrale Terminvergabe unter:
 0561 785 59-18

 facebook.com/prd.home
 www.youtube.com/user/PrentkeRomich

Goethestraße 31 · 34119 Kassel
 www.prentke-romich.de



Basis angeboten werden, damit sich eine sichere Bindungsbeziehung entfalten kann.

- Durch das neue sichere Bindungserleben im Spielverhalten, in der direkten Interaktion und im Symbolspiel kann sich eine sichere Bindungsqualität entwickeln.

Die logopädische Erfahrung, dass das Bindungsverhalten und die wachsende Freude zu Explorieren korrespondieren, kann auch als Hinweis auf eine wachsende, sichere Basis gedeutet werden (Brisch 2010).

Diese sichere Bindung kann auch durch psychotherapeutische Hilfe in jedem Alter „nachgeerntet“ werden – „earned secure“ (Brisch 2010). Somit ist es nicht überraschend, dass selbst sicher gebundene TherapeutInnen die besten Therapieergebnisse erzielen.

Wirkfaktoren einer therapeutischen Beziehung

Mit Wirkfaktoren sind Kompetenzen und Qualitäten der TherapeutIn, wie z.B. sprachlich-soziale Kompetenzen, fachliche Kompetenzen, diagnostische und explorative Kompetenzen, Lebenskompetenzen und die Persönlichkeit der TherapeutIn gemeint (Andreatta 2016). Diese Phänomene der therapeutischen Beziehung sind angelehnt an die Erkenntnisse aus der Psychotherapie und sollten immer wieder neu auf ihre Wertigkeit in Hinblick auf den logopädischen Therapieerfolg bewertet und reflektiert werden.

Für den Therapieerfolg ist auch die Motivation der beteiligten Person(en) entscheidend. Um als Therapeutin erfolgreich zu sein, geht es meines Erachtens vor allem um zwei Dinge, die mitgebracht werden sollten:

- die Liebe zur anderen Person und
- die Begeisterung für die Sache (nach Spitzer 2007).

LITERATUR

- Ainsworth, M. (2009). Skalen „Feinfühligkeit versus Unfeinfühligkeit gegenüber den Mitteilungen des Babys. „Zusammenspiel versus Beeinträchtigung“. „Annahme versus Zurückweisung des Kindes“. In: Grossmann, K. & Grossmann, K.E. (Hrsg.). *Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie* (414-439). Stuttgart: Klett-Cotta
- Andreatta P. (2016). *Psychosoziale Intervention I. Vorlesungsunterlagen*. Innsbruck: Leopold-Franzens-Universität
- Auhagen, A.E. (2008). Soziale Schlüsselkonzepte der therapeutischen Beziehung. In: Hermer, M. & Röhrle, B. (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung* (169-205). Tübingen: dgvt
- Asay, T.P. & Lambert, M.J. (2001). Empirische Argumente für die allen Therapien gemeinsamen Faktoren: quantitative Ergebnisse. In: Hubble, M.A., Duncan, B.L. & Miller, S.D. (Hrsg.), *So wirkt Psychotherapie: Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen* (41-81) Dortmund: Modernes Lernen
- Bauer, J. (2012). Warum ich fühle, was du fühlst – Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneuronen. Hamburg: Hoffmann und Campe
- Brisch, K.H. (2008). Eltern-Säuglings-Therapie. Von der Prävention zur Beratung und Therapie. In: Brisch, K.H. & Hellbrügge, T. (Hrsg.), *Der Säugling – Bindung, Neurobiologie und Gene. Grundlagen für Prävention, Beratung und Therapie* (313-346). Stuttgart: Klett-Cotta
- Brisch, K.H. (2010). *Bindungsstörungen: Von der Bindungstheorie zur Therapie*. Stuttgart. Klett-Cotta
- Gruner, H. & Garnitschnig, K. (2013). *Kommunikation und Kooperation*. Vorlesungsunterlagen. Krems: Donau-Universität
- Gstür-Arming, R. (2014). *Familiendynamische Zusammenhänge kommunikativer Fertigkeiten – Therapeutische Beziehung*. Vorlesungsunterlagen. Krems: Donau-Universität
- Hüther, G. (2011). Was wir sind und was wir sein könnten: ein neurobiologischer Mutmacher. Fischer: Frankfurt/M.
- Iacoboni, M. (2009). *Woher wir wissen, was andere denken und fühlen. Die neue Wissenschaft der Spiegelneuronen*. München. DVA

- Katz-Bernstein N. (2015). *Selektiver Mutismus bei Kindern. Erscheinungsbilder, Diagnostik, Therapie*. München: Reinhardt
- Kurz, F. (1993). *Zur Sprache kommen. Psychoanalytisch orientierte Sprachtherapie mit Kindern*. München. Reinhardt
- Marinschek, S. (2014). *Frühe Interaktion und Nahrungsaufnahme. Interaktionsentwicklung*. Vorlesungsunterlagen. Krems: Donau-Universität
- Osten, P. (2000). *Die Anamnese in der Psychotherapie. Klinische Entwicklungspsychologie in der Praxis*. München: Reinhardt
- Rosenberg, B.M. (2007). *Gewaltfreie Kommunikation. Eine Sprache des Lebens*. Paderborn. Junfermann
- Spitzer, M. (2007). *Lernen. Gehirnforschung und die Schule des Lebens*. Berlin: Springer
- Stern, D. (2007). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Weber B. (2013). *„Strukturiert in der Planung und flexibel dann im Tun“. Logopädisches Therapieverständnis und Elternbedürfnisse in der Behandlung von kindlichen Sprach- und Sprechstörungen*. Dissertation. Innsbruck: Leopold-Franzens-Universität
- Weigand, N. (2015). *Interaktionsqualität in der Logopädie*. Master-These. Krems: Donau-Universität
- Winnicott D.W. (1983). *Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse*. Fischer Taschenbuch
- Zollinger, B. (2002). *Die Entdeckung der Sprache*. Bern: Haupt

SUMMARY. The quality of interaction in speech and language therapy

The quality of interaction and the relationship level are crucial factors of success in therapy interventions. 15 % of therapy success can be explained by methods and techniques, 85 % are explained by social skills, the patients behaviors and needs and also by therapeutic relationship. It can be said: Therapy success is determined by relationship level and the quality of interaction. Based on the author's master thesis the article presents aspects and factors that enhance the quality of interaction and that are within the therapist's responsibility and expertise. Concludingly the author focuses on the phenomenon of therapeutic bonding in the sense of a secure base and on the decisive factors in therapy relationship, according to outcomes of psychotherapy. The therapist's therapeutic approach, his/her conception of man and relational consciousness are challenging.

KEY WORDS: interaction – quality of interaction – communication – relationship – bonding – neurobiology

DOI dieses Beitrags (www.doi.org)

10.2443/skv-s-2017-53020170602

Autorin

Nadja Weigand, MSc
Schöpfstr. 6
6020 Innsbruck/Österreich
nadja.weigand@chello.at

Fachpublikationen Arbeitsmaterialien Fachzeitschriften



Psychosoziale Beratung in Therapieberufen

Therapeutisch Tätige erhalten in diesem Ratgeber Tipps und praktische Hinweise zur Gesprächsführung. Er zeigt ihnen, welche Worte und welche Gesten in der Beratung wie wirken, weist auf Gefahren im Gespräch hin und empfiehlt bestimmte förderliche Verhaltensweisen.

Reihe VARIO WISSEN,
Jürg Kollbrunner, 1. Auflage 2017,
kartoniert: ISBN 978-3-8248-1215-8, 104 Seiten,
E-Book: ISBN 978-3-8248-9995-1, PDF, 1.586 KB
EUR 16,00 [D]

Leseprobe/Inhaltsverzeichnis:

[www.schulz-kirchner.de/files/p/
kollbrunner_psychosoziale_beratung.pdf](http://www.schulz-kirchner.de/files/p/kollbrunner_psychosoziale_beratung.pdf)



www.schulz-kirchner.de/shop | bestellung@schulz-kirchner.de | Tel. +49 (0) 6126 9320-13



Evidenzen zu Empfehlungen und Ansätzen in der Sprachtherapie mit mehrsprachigen Kindern

Wiebke Scharff Rethfeldt

ZUSAMMENFASSUNG. Seit 2006 ist die Zuwanderung nach Deutschland steigend, sodass sich der Anteil von Menschen mit kulturell und linguistisch diversem Hintergrund an der deutschen Bevölkerung und damit auch die Bedarfe und Anforderungen an die logopädische Versorgung erhöhen. Die logopädische Therapie von Sprech- und Sprachstörungen hat sowohl für einsprachige als auch für mehrsprachige Kinder mit Blick auf eine gesellschaftliche Teilhabe und damit die gesundheitliche und soziale Chancengleichheit hochgradig Relevanz. Die in der Logopädie konsultierte Grundlagenforschung zur Sprachentwicklung und ihren Störungen basiert jedoch auf der Untersuchung monolingualer Kohorten. Theorien und Modelle sowie das Vorgehen in der sprachtherapeutischen Intervention bei Sprachentwicklungsstörungen sind damit vorrangig auf die Behandlung bei einsprachigen Kindern ausgerichtet. Auf der Grundlage monolingualer Erkenntnisse basierende Empfehlungen zur Beratung und Behandlung mehrsprachiger Kinder bedürfen somit einer kritischen Überprüfung. Der vorliegende Beitrag gibt einen Überblick über aktuelle Erkenntnisse aus Interventionsstudien mit mehrsprachigen Kindern. Sie bilden die evidenzbasierte Grundlage für Fragen zur Sprachwahl, zu geeigneten Therapieinhalten und möglichen Transfereffekten.

Schlüsselwörter: Mehrsprachigkeit – Sprachentwicklungsstörung – Sprachtherapie – evidenzbasierte Praxis – kulturelle und linguistische Diversität

Einführung

In Deutschland zählt die Migration zu den häufigsten Ursachen für Mehrsprachigkeit. Im Jahr 2015 hatten 17,1 Mio. Menschen in Deutschland einen Migrationshintergrund (*Statistisches Bundesamt* 2016), dem Land mit der zweitgrößten Wachstumsrate an internationalen Migranten (*United Nations* 2016). Insgesamt ist die Tendenz zur Immigration nach Deutschland weiter steigend, jedoch wird die Zuwanderung nicht mehr von der europäischen Binnenmobilität, sondern von Zuwanderern aus Syrien, Rumänien, Irak, Iran und Afghanistan sowie afrikanischen Herkunftsländern bestimmt. Mittelfristig wird sich der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund an der deutschen Bevölkerung weiter erhöhen und folglich auch die Bedarfe und Anforderungen an die logopädische Versorgung. Denn Sprachentwicklung stellt gleichermaßen für ein- wie auch mehrsprachige Kinder eine grundlegende und komplexe sowie störanfällige Aufgabe dar und Sprachentwicklungsstörungen (SES) zählen zu den häufigsten Entwicklungsstörungen (s.a. *Developmental Language Disorders*, DLD, in Anl. an *Bishop* 2017). Zwar liegen

keine epidemiologischen Studien zur Prävalenz von SES bei mehrsprachigen Kindern vor, jedoch sind internationalen Inzidenzraten zufolge ca. 7% aller Kinder von einer primären SES betroffen (*Tomblin et al.* 1997). Bezogen auf Deutschland bedeutet dies, dass rund 173.600 Kinder mit Migrationshintergrund im engeren Sinne im Alter von 0-10 Jahren von einer PSES betroffen sind (eig. Berechnung auf Grundlage des Mikrozensus 2015, *Statistisches Bundesamt* 2016, 36).

Werden SES nicht frühzeitig erkannt und sprachtherapeutisch behandelt, können sie sich im Schulalter u.a. als Lese-Rechtschreibstörung manifestieren, ein erhöhtes Risiko für Störungen des Sozialverhaltens und emotionale Störungen darstellen und im Erwachsenenalter häufiger zu einem niedrigen Ausbildungsniveau sowie sozialer Exklusion führen (*Conti-Ramsden & Durkin* 2015). Die frühzeitige Therapie einer SES ist daher sowohl für ein- als auch für mehrsprachige Kinder mit Bezug auf das eigene Wohlergehen und die gesellschaftliche Partizipation und damit gesundheitliche und soziale Chancengleichheit entscheidend.

Prof. Dr. phil. Wiebke Scharff Rethfeldt ist Logopädin. Sie leitet den Fachbereich Logopädie des Studiengangs Angewandte Therapiewissenschaften an der Fakultät Gesellschaftswissenschaften der Hochschule Bremen, in dem sie u.a. die Schwerpunkte Diversität und Klinische Urteilsbildung vermittelt. Seit 2016 ist sie Deputy Chair des Multilingual-Multicultural Affairs Committee der International Association of Logopedics and Phoniatrics (IALP).



In Deutschland sind dabei sprachtherapeutische Maßnahmen im logopädisch-ambulanten Setting von (früh-)pädagogischen Maßnahmen der Sprachförderung grundsätzlich zu unterscheiden. Denn von einer in Art und Ausmaß sehr unterschiedlich auftretenden SES betroffene Kinder benötigen eine individualisierte Sprachtherapie, da sie aufgrund der mit der SES verbundenen Sprachverarbeitungsdefizite nicht vom Angebot eines selbst optimal aufbereiteten, aber generalisierten Sprachangebotes profitieren können (*Ellis Weismer et al.* 2005, *Bishop* 2000).

Diverse Therapieindikationen mit Bezug auf mehrsprachig aufwachsende Kinder sind in *Scharff Rethfeldt* (2013, 164ff), eine umfassende Darstellung zur logopädischen Diagnosestellung bei mehrsprachigen Kindern in *Scharff Rethfeldt* (2017a, 177ff) aufgeführt.

Logopädische Intervention

Unter logopädischer Intervention wird allgemein ein auf der logopädischen (Verlaufs-) Diagnostik basierendes und mit dem bzw. auf den individuellen Patienten abgestimmtes geplantes Vorgehen verstanden, das sämtliche Maßnahmen betrifft, die zur nachhaltigen Verbesserung seiner alltagsorientierten Kommunikationsfähigkeit führen und das möglichst evidenzbasierten Prinzipien folgt.

Die logopädische Intervention basiert jedoch bisher – wie auch die in der Logopädie kon-

sultierte Grundlagenforschung zur Sprachentwicklung und ihren Störungen – auf der Untersuchung monolingualer Individuen der Mittelschicht und damit auf einer homogenen Gruppe. Denn kulturell und linguistisch diverse Probanden wurden in der Vergangenheit von Studien der Grundlagenforschung aufgrund ihrer vielfältigen heterogenen Variablen stets ausgeschlossen.

Dies bedeutet, dass fachspezifisches Wissen, Theorien, Modelle, Konzepte zur sprachtherapeutischen Intervention bei SES sowie auch weitestgehend Empfehlungen in der Beratung von Bezugspersonen vorrangig auf einsprachigen Normen und westlichen kulturellen Standards basieren. Daher bedarf es einer kritischen Reflexion und Evaluation der auf der Grundlage monolingualer Erkenntnisse basierenden Empfehlungen zur Beratung und Behandlung mehrsprachiger Menschen, um gemäß den Zielen einer evidenzbasierten Praxis (EBP) Patientinnen und Patienten vor unwirksamen Therapien zu schützen (Cochrane 1972) und effektive klinisch-therapeutische Maßnahmen zu ergreifen.

Evaluation gängiger Empfehlungen

Traditionell wurde zur Reduktion auf eine Sprache geraten, unter der Annahme, dass die Verwendung oder das Mischen verschiedener Sprachen kein geeignetes Sprachumfeld darstellen und ein von einer Entwicklungsstörung betroffenes Kind überfordern könnte. Mehrere Forschungsarbeiten konnten diese Annahme und die damit verbundene negative Auffassung vom natürlichen Sprachverhalten mehrsprachiger Menschen jedoch entkräften und vielmehr positive Auswirkungen auch für Kinder mit SES und/oder geistigen Beeinträchtigungen nachweisen (MacSwan 2016, Engel de Abreu et al. 2014, Kay-Raining Bird et al. 2005).

Dennoch lässt sich diese monolinguale Sichtweise noch heute in unterschiedlichen Kontexten beobachten, z.B. im Rahmen von Maßnahmen, die eine Sprachtrennung voraussetzen. Hierzu gehört u.a. das One-Parent-One-Language-Prinzip (OPOL) oder der Rat, dass Bezugspersonen möglichst konsequent nur eine Sprache mit einem Kind verwenden sollten. Dabei liegen keine Studien vor, die belegen könnten, dass eine konsequente Sprachtrennung und/oder die

Reduktion von Sprachmischungen förderlich für die Sprachentwicklung wären – vielmehr scheint eine sich daran orientierende Sprachpraxis sogar kontraproduktiv zu sein (De Houwer 2007, Barron-Hauwaert 2004, Piller 2002, Yamamoto 2001, Marinova-Todd et al. 2000). Folglich sollten Erkenntnisse, dass Prinzipien wie OPOL eher hemmend, dagegen natürliches Sprachverhalten wie Code-switching eher förderlich auf die sprachliche Entwicklung wirken, in Überlegungen zur Planung der logopädischen Intervention und begleitenden Beratung der Bezugspersonen einfließen.

Sprachwahl für die Intervention

Internationale Empfehlungen zur sprachtherapeutischen Arbeit mit mehrsprachigen Kindern stimmen darin überein, dass Diagnostik und Intervention in allen Sprachen eines Kindes stattfinden, zumindest jedoch sämtliche Sprachen eines Kindes in deren Kontexten berücksichtigt werden sollten (IALP 2011, Blumenthal et al. 2015, ASHA 2017). In der Praxis erscheint dieses Ideal jedoch wenig realistisch. Dies zeigt sich zumindest mit Blick auf sprachtherapeutische Angebote und die zahlreichen Sprachkom-



Optica =
EIN UNTERNEHMEN DER DR. GÜLDENER FIRMENGRUPPE
Ihr Erfolgsrezept

Meine Rezept-Abrechnung? Mit Optica völlig entspannt

Als moderner Servicepartner rund um die professionelle Rezept-Abrechnung unterstützen wir Sie dabei, Ihren Praxisalltag noch effizienter zu gestalten.

Abrechnung für Heilmittel

- ✓ Maschinenlesbare Abrechnung nach § 302 SGB V
- ✓ Überprüfung anhand aktueller Preislisten
- ✓ Vorab-Prüfung zur Reduzierung von Absetzungen
- ✓ Auf Wunsch Sofortauszahlung nach 48 Stunden
- ✓ Inklusive Rezept-Versicherung

Das Ergebnis:
Mehr Sicherheit. Mehr Liquidität.
Mehr Zeit und Kraft für Ihre Patienten.

Testen Sie unsere Leistungsfähigkeit jetzt mit einer **kostenlosen Probeabrechnung!**
Mehr Infos: www.optica.de/heilmittel
Tel.: 0711/61947-222

binationsmöglichkeiten in den von der Einwanderung im besonderen Maße tangierten deutschen Großstädten.

So erhält der Großteil der betroffenen Kinder eine Sprachtherapie im monolingualen Modus – und dies überwiegend auf Deutsch – und Bezugspersonen im Idealfall eine qualifizierte und hinreichende Hilfestellung zur Unterstützung der sprachlichen Entwicklung in den weiteren Sprachen (Scharff Rethfeldt 2017b). Die Frage, in welcher der vom Kind verwendeten Sprachen therapiert oder in welcher dieser Sprachen begonnen werden sollte, stellt sich dem überwiegenden Anteil der in Deutschland tätigen TherapeutInnen insofern eher nicht.

Zum Einsatz von Dolmetschern und Sprachmittlern

Weitere Empfehlungen betreffen die Einbindung von Dolmetschern und Sprachmittlern. Im Fall einer Sprachbarriere soll die Zusammenarbeit mit ihnen sowohl PatientInnen und ihren Angehörigen als auch TherapeutIn-

nen entlasten. Jedoch gilt diese Empfehlung angesichts ihrer fehlenden wissenschaftlich-fundierten Grundlage als umstritten (Stow & Dodd 2003). So wurden bislang keine Qualitätsstandards und konkreten Anforderungen an die Qualifikation für die Tätigkeit von Dolmetschern und Sprachmittlern im komplexen logopädischen Bereich formuliert. Damit kann ihr Einsatz selbst und nicht zuletzt auch angesichts knapper personeller sowie zeitlicher Ressourcen eine weitere Herausforderung darstellen.

In der logopädischen Arbeit wie in der Kooperation mit kulturell und linguistisch diversen Patienten und ihren Angehörigen bedarf es neben kontrastiv-linguistischem und transkulturellem Fachwissen zur Berücksichtigung der betreffenden Sprachen und Kulturen insbesondere klinisch interkultureller Kompetenzen (KIK, Scharff Rethfeldt 2016). Dies setzt u.a. die Fähigkeit zur Reflexion sowie die elementare Bereitschaft voraus, sich vor der Intervention bei einem kulturell und linguistisch diversen Patienten sowie fortlaufend kritisch mit sich selbst auseinanderzusetzen.

Interventionsstudien

In der einschlägigen Literatur lassen sich nur sehr wenige wissenschaftlich relevante, hochwertige Studien zur Evaluation von Interventionen bei mehrsprachigen Kindern mit SES identifizieren, und diese stammen nahezu ausschließlich aus dem angloamerikanischen Raum. So gibt es zwar auch im deutschsprachigen Raum einige Untersuchungen, die sich Interventionsformen bei mehrsprachig aufwachsenden Kindern widmen, jedoch erfüllen sie nicht die wissenschaftlichen Qualitätskriterien, überwiegend aufgrund mangelnder Überprüfbarkeit, Validität, Reliabilität oder logischer Argumentation. Dabei sind als Fehlerquellen weniger die zu kleinen Stichproben – denn Fallstudien liefern durchaus relevante Hinweise – als vielmehr Schwächen in der Gegenstandsbestimmung einer SES und die Kriterien zur Probandenauswahl zu nennen. Hierzu zählen die Kriterien zur Diagnosestellung SES bei mehrsprachigen Kindern und die für einsprachige Kinder konzipierten und ggf. standardisierten Verfahren.

■ Abb. 1: Evidenzen zur Intervention bei mehrsprachigen Kindern mit SES

Autoren	Probanden	Evaluation	Interventionsschwerpunkte	Konditionen
Thordardottir et al. 2015	n=29, primäre SES (PLI) Ø 5 (3;9-5;8) random. Zuordnung, RCT L1 = Minderheitensprachen	3 Zeitpunkte: ● vor Intervention ● 16. Woche ● 2 Mon. nach Int.	● Lexikon ● Syntaktische Fähigkeiten	16 Wochen, 1x wöchentlich ● bilingual L2 Französisch / L1 durch Eltern ● monolingual Französisch L2 ● keine (bzw. verspätete) Intervention
Thordardottir & Rioux 2016	n=15, primäre SES (PLI) Ø 7;6 (7;2-8;0) random. Zuordnung	4 Zeitpunkte: ● vor Intervention ● 6. Woche ● 12. Woche ● 2 Mon. nach Int.	● Lexikon ● Syntaktische Fähigkeiten (Erweiterung der Satzlänge)	franz. Intervention mit zwei Intensitätsstufen: ● 12 Wochen, 1x wöchentlich ● 6 Wochen, 2x wöchentlich
Ebert et al. 2014	n=59, primäre SES (PLI) 5;6-11;2 L1 = Spanisch oder L1 = Spanisch und Englisch	2 Zeitpunkte: ● vor Intervention ● 7.-8. Woche	● Aufmerksamkeit, Geschwindigkeit ● Lexikon, Morpho-Syn., Hörverstehen ● Lexikon, Morpho-Syn., Hörverstehen	6 Wochen, 4x wöchentlich ● neuropsychologisches Training ● monolingual Englisch ● bilingual Englisch / Spanisch
Pham et al. 2015	n=48, primäre SES (PLI) 5;6-11;3 L1 = Spanisch oder L1 = Spanisch und Englisch	3 Zeitpunkte: ● vor Intervention ● 7.-8. Woche ● 3 Mon. nach Int.	● Aufmerksamkeit, Geschwindigkeit ● Lexikon, Morpho-Syn., Hörverstehen ● Lexikon, Morpho-Syn., Hörverstehen	6 Wochen, 4x wöchentlich ● neuropsychologisches Training ● monolingual Englisch ● bilingual Englisch / Spanisch
Restrepo et al. 2013	n=143, SES (LI) ohne sensorische, kognitive oder neurologische Beeinträchtigung 3;7-5;8 L1 = Spanisch random. Zuordnung, RCT	4 Zeitpunkte: ● zu Beginn der Int. ● 12. Woche ● 4 Mon. nach Int. ● 8 Mon. nach Int.	● Lexikon	12 Wochen, 2x wöchentlich ● monolingual Englisch Vokabular ● bilingual Englisch/Spanisch Vokabular ● monolingual Englisch Mathematik ● bilingual Englisch/Spanisch Mathematik ● keine (bzw. verspätete) Intervention
Lugo-Neris et al. 2015	n=6, mit L2-Förderbedarf 6;2-7;2; →sozioök. Status random. Zuordnung L1 = Englisch und Spanisch	2 Zeitpunkte: ● vor Intervention ● nach Intervention	● Lexikon (Nomen, Adjektive u. Verben) ● morpho-syntaktische, ● narrative und ● Schriftsprachfähigkeiten	8 Wochen, 3x wöchentlich, Kleingruppe bilinguale Intervention: ● Englisch L2, dann Spanisch L1 ● Spanisch L1, dann Englisch L2
Petersen et al. 2016	n=73, SES (LI) 5;11-9;8; →sozioök. Status quasi-experimentell	2 Zeitpunkte: ● vor Intervention ● nach Intervention	● narrative Fähigkeiten im Englischen	2x 25 Min. Interventionszyklen ● monolingual Englisch ● bilingual Englisch / Spanisch

Aussagen auf Grundlage falscher oder anhand verzerrt ausgewählter Referenzgruppen und/oder die Überprüfung lediglich ausgewählter Sprachbereiche (wie z.B. des Wortschatzes, der Verbstellung und Subjekt-Verb-Kongruenz) im Deutschen, die im Rahmen einer Lernersprache häufig physiologisch auffällig sind und daher keine klinische Relevanz besitzen, schränken die Aussagekraft oftmals ein.

Nachfolgend wird eine evidenzbasierte Beantwortung von in der klinisch-therapeutischen Praxis häufig gestellten Fragen zur Intervention bei mehrsprachigen Kindern mit SES vorgenommen. Zu diesem Zweck wurden die in Abbildung 1 dargestellten Interventionsstudien herangezogen, die den o.g. Kriterien entsprechen.

Die vorliegenden Evidenzen tendieren weg von der Wahl nur einer Sprache. Es wird deutlich, dass mehrsprachige Kinder mit SES von einer parallelen oder sequenziellen Therapie in beiden (allen) Sprachen profitieren. Interventionen, die ausschließlich das Lexikon und/oder morpho-syntaktische Fähigkeiten der L2 fokussierten, resultierten auch nur in der L2, nicht aber in der L1 zur einer Verbesserung in den behandelten Bereichen. Lag der Fokus hingegen auf L1 und L2, zeigte sich eine Verbesserung in beiden Sprachen, wobei die

Verbesserung in der L2 vergleichbar mit einer ausschließlichen L2-Intervention ist (Thordardottir et al. 2015, Lugo-Neris et al. 2015, Ebert et al. 2014, Restrepo et al. 2013).

Lugo-Neris et al. (2015) untersuchten, ob die Reihenfolge der Sprachwahl einen Einfluss auf den Therapieerfolg bei bilingualen Interventionen hat. Sie konnten zeigen, dass der Behandlungsbeginn in der stärkeren (L1, Spanisch) im Vergleich zum Behandlungsbeginn in der schwächeren Sprache (L2, Englisch) zu insgesamt besseren narrativen Sprachfähigkeiten führt. Der Behandlungsbeginn in der schwächeren Sprache hingegen wirkte sich positiv auf die semantischen Fähigkeiten in beiden Sprachen aus. Die Autoren nehmen an, dass der Beginn in der L2 die Aufmerksamkeit auf semantisch-contrastive Merkmale lenkt und damit den Transfer zwischen L2 und L1 als Grundlage zur Förderung der Erstsprache(n) und folglich der Entwicklung einer Bildungssprache in L1 und L2 befördert.

Studien aus der Aphasitherapie stützen die Annahme, dass die Erarbeitung semantisch-konzeptueller Aspekte in der weniger dominanten Sprache zu einer cross-linguistischen Generalisierung in der dominanteren Sprache führt (Edmonds & Kiran 2006). Eine weitere Erklärung könnte die wie von Illuz-Co-

hen & Walters (2012) bei bilingualen Kindern mit einer SES beobachtete eher einseitige Transfer von der schwächeren in die stärkere Sprache sein, während sprachgesunde bilinguale Kinder bidirektional gleichmäßige Transfers zeigen.

Die vorliegenden Evidenzen zeigen, dass ein Transfer von in der L2 behandelten Sprachleistungen in die L1 bei mehrsprachigen Kindern mit SES möglich ist, jedoch lassen sich bei ihnen weniger Transferleistungen beobachten als bei mehrsprachigen Kindern ohne SES (Petersen et al. 2016). Dies bestätigt Erkenntnisse, dass Transfers wie z.B. Codeswitching bei sprachgesunden Kindern häufiger auftreten als bei Kindern mit einer Störung der Sprachverarbeitung, wie sie im Rahmen einer SES vorliegt (Scharff Rethfeldt 2017).

Transferleistungen

Die Evidenzen weisen darauf hin, dass der Transfer der in der Therapie bearbeiteten Inhalte jedoch nicht für alle Bereiche gilt. So mussten Thordardottir et al. (2015), Ebert et al. (2014) und Restrepo et al. (2013) feststellen, dass die Arbeit am Lexikon zu keinen positiven Effekten in der nicht behandelten Sprache führten. Auch zeigte sich in jeder dieser größeren Studien, dass das verbesserte

REHA VISTA
einfach.kommunizieren.



Logopad

Kommunikation und Therapie bei Aphasie

Das Kommunikationshilfsmittel **Logopad** unterstützt Menschen mit schweren Sprach- und Sprechstörungen durch

- erwachsenengerechte Symbole und Inhalte
- intuitive Bedienung im Alltag und in der Therapie
- flexible und individuelle Anpassbarkeit



Gerne beraten wir Sie und Ihre PatientInnen.
Vereinbaren Sie einen kostenlosen Beratungstermin
unter 0800 734 28 47.

logopad

© REHAVISTA GmbH

Hilfsmittel zur Kommunikation, PC-Bedienung
und Umfeldsteuerung — www.rehavista.de

Wortwissen in der jeweils behandelten Sprache auf die behandelten Items begrenzt und die Therapieerfolge nur kurzfristig waren. Dessen ungeachtet lassen sich gleichwohl positive Transfers in die unbehandelte Sprache auf einer abstrakteren Ebene feststellen, sofern in der Therapie sprachübergreifende bzw. sämtlichen Sprachen zugrunde liegende Fähigkeiten (z.B. narrative Fähigkeiten) behandelt wurden (Petersen et al. 2016).

Weiter zeigten selbst die als Kontrollgruppe in den Studien fungierenden mehrsprachigen Kinder mit SES in einigen Bereichen verbesserte Sprachfähigkeiten, nachdem sie anstelle einer Sprachtherapie ein neuropsychologisches Training absolvierten (Ebert et al. 2014). Ebert et al. (2014, 18) führen diesen „cognition-to-language skill transfer“ auf verbesserte Aufmerksamkeits- und Arbeitsgedächtnisleistungen zurück, die sich positiv auf grundlegende Sprachverarbeitungsprozesse auswirken.

Jedoch führt die alleinige Therapie dieser basalen nicht-linguistischen kognitiven Fähigkeiten im Vergleich zur Sprachtherapie im bilingualen oder monolingualen Modus nicht zu größeren Effekten (Ebert et al. 2014, Pham et al. 2015). Es ist eher davon auszugehen, dass sich eine intensive und umfassende logopädische Therapie auch positiv auf die Aufmerksamkeit auswirkt (Pham et al. 2015, Scharff Rethfeldt 2013, Rabipour & Raz 2012).

Grundsätzlich hängt der Transfer von der in der Therapie verwendeten Sprache in weitere Sprachen von zahlreichen Faktoren ab, die auch bei einsprachigen Kindern zum Tragen kommen. Neben der betreffenden Sprachkombination und somit den beteiligten Sprachstrukturen hängt der Transfer daher auch vom Ausmaß der Störung, von der Motivation der Beteiligten und von der Gelegenheit zur Anwendung des Erlernten ab.

Einbindung von Eltern

Tsybina & Eriks-Brophy (2010) konnten zeigen, dass die Einbindung von Eltern als Vertreter der Erstsprachen wirksam sein kann. Im Falle einer Sprachbarriere kann die Therapeutin Qualität und Quantität des Inputs in der Eltern-Kind-Interaktion jedoch nicht kontrollieren. Auch zeigen Erfahrungen aus der klinischen Praxis, dass die Elternbeteiligung individuell erheblich variiert. Überdies berichten Thordardottir et al. (2015) von Eltern, die sich bewusst für eine Therapie im bilingualen Kontext entschieden hätten, um Techniken zu lernen, die sie dann im L1-familialen Kontext einsetzten, um die L2 gezielt fördern zu können. Obwohl Fachkräfte u.a. in Positionspapieren (Scharff Rethfeldt & Schrey-Dern 2016, Blumenthal et al. 2015) nachdrücklich empfehlen,

dass Bezugspersonen ihre natürlichen Sprachen mit ihren Kindern verwenden, halten sich auch hier überholte monolinguale Sichtweisen. In der Praxis zeigt sich, dass manche Eltern sogar beharrlich an ihrer Vorstellung, mit diesem Verhalten die (deutschen) Sprachfähigkeiten ihrer Kinder fördern zu können, festhalten und sich dem wissenschaftlich fundierten Rat der LogopädIn gegenüber resistent zeigen. Jedoch kann hierdurch der Transfer möglicher, z.B. im Rahmen der Therapie nach dem Induktiven Ansatz (Scharff Rethfeldt 2013) erarbeiteter Strategien mit dem Ziel einer verbesserten Kommunikationsfähigkeit auch im familialen Kontext, erschwert werden.

Schlusswort

Abschließend lässt sich eine insgesamt bescheidene Evidenzlage konstatieren. Die Grundlagenforschung vollzieht sich in einem anderen Umfeld sowie unter Bedingungen, die kaum mit den in Deutschland vorzufindenden vergleichbar sind. Die logopädische Grundlagenforschung zu klinisch-therapeutisch relevanten Kommunikationsstörungen bei kulturell und linguistisch diversen Menschen steckt hierzulande noch in den Kinderschuhen.

So bleibt lediglich die vorsichtige Empfehlung einer verantwortungsvollen, kultursensiblen sowie insbesondere individuums- und alltagsorientierten Therapieplanung unter Berücksichtigung der Erkenntnisse internationaler Forschung. Auf Grundlage der aktuellen Evidenzen sollte der Wortschatz dabei keinen Therapie-schwerpunkt bilden, da sich die Arbeit am Lexikon bei mehrsprachigen Kindern mit SES im Alter zwischen vier und elf Jahren weder effizient noch hinsichtlich eines Transfers effektiv gezeigt hat.

LITERATUR

- ASHA (American Speech Hearing Association) (2017). *Bilingual Service Delivery*. www.asha.org/PRPSpecificTopic.aspx?folderid=8589935225§ion=Key_Issues (16.05.2017)
- Barron-Hauwaert, S. (2004). *Language strategies for bilingual families: the one-parent-one-language Approach*. Clevedon: Multilingual Matters
- Bishop, D.V.M. (2000). How does the brain learn language? Insights from the study of children with and without language impairment. *Developmental Medicine & Child Neurology* 42 (2), 133-142
- Bishop, D.V.M. (2017). Why is it so hard to reach agreement on terminology? The case of developmental language disorder (DLD). *International Journal of Language & Communication Disorders* 0 (0), 1-10
- Blumenthal, M., Scharff Rethfeldt, W., Salameh, E.K., Müller, C., Vandewalle, E. & Grech, H. (2015). *Position*

Statement on language impairment in multilingual children. www.logo-com.net/logo-com.net/Veroffentlichungen_files/20151106_Position%20statement_MULTISLI_FINAL.pdf (16.05.2017)

- Cochrane, A.L. (1972). *Effectiveness and efficiency: random reflections on health services*. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust
- Conti-Ramsden, G., & Durkin, K. (2015). What factors influence language impairment: considering resilience as well as risk. *Folia Phoniatrica et Logopaedica* 67 (6), 293-299
- De Houwer, A. (2007). Parental language input patterns and children's bilingual use. *Applied Psycholinguistics* 28, 411-24
- Ebert, K.D., Kohnert, K., Pham, G., Rentmeester Disher, J. & Payesteh, B. (2014). Three treatments for bilingual children with primary language impairment: examining cross-linguistic and cross-domain effects. *Journal of Speech, Language and Hearing Research* 57 (1), 172-186
- Edmonds, L.A. & Kiran, S. (2006). Effect of semantic naming treatment on crosslinguistic generalization in bilingual aphasia. *Journal of Speech, Language and Hearing Research* 49 (4), 729-748
- Ellis Weismer, S., Plante, E., Jones, M. & Tomblin, J.B. (2005). A functional magnetic resonance imaging investigation of verbal working memory in adolescents with specific language impairment. *Journal of Speech, Language and Hearing Research* 48 (2), 405-425
- Engel de Abreu, P.M., Cruz-Santos, A. & Puglisi, M.L. (2014). Specific language impairment in language-minority children from low-income families. *International Journal of Language & Communication Disorders* 49 (6), 736-747
- Iluz-Cohen, P. & Walters, J. (2012). Telling stories in two languages: narratives of bilingual preschool children with typical and impaired language. *Bilingualism: Language Cognition* 15, 58-74
- Kay-Raining Bird, E., Cleave, P., Trudeau, N., Thordardottir, E., Sutton, A., & Thorpe, A. (2005). The language abilities of bilingual children with Down syndrome. *American Journal of Speech Language Pathology* 14 (3), 187-199
- IALP (International Association of Logopedics and Phoniatrics) (2011). *Recommendations for working with bilingual children – prepared by the Multilingual Affairs Committee of IALP* (Updated May 2011), www.specchioriflessio.net/media/162083/linee_guida_bilingui_ialp_may_2011.pdf (16.05.2017)
- Lugo-Neris, M.J., Bedore, L.M. & Pena, E.D. (2015). Dual language intervention for bilinguals at risk for language impairment. *Seminars in Speech and Language* 36 (2), 133-142
- MacSwan, J. (2016). Code-switching in adulthood. In: Nicoladis, E. & Montanari, S. (Hrsg.), *Bilingualism across the lifespan: factors moderating language proficiency* (183-200). De Gruyter: Berlin
- Marinova-Todd, S., Bradford Marshall, D. & Snow, C.E. (2000). Three misconceptions about age and L2 learning. *TESOL Quarterly* 34 (1), 9-34
- Petersen, D.B., Thompsen, B., Guiberson, M.M. & Spencer, T.D. (2016). Cross-linguistic interactions from second

language to first language as the result of individualized narrative language intervention with children with and without language impairment. *Applied Psycholinguistics* 37, 703-724

Pham, G., Ebert, K.D. & Kohnert, K. (2015). Bilingual children with primary language impairment: 3 months after treatment. *International Journal of Language & Communication Disorders* 50 (1), 94-105

Piller, I. (2002). Passing for a native speaker: identity and success in second language learning. *Journal of Sociolinguistics* 6 (2), 179-206

Rabipour, S. & Raz, A. (2012). Training the brain: fact and fad in cognitive and behavioural remediation. *Brain Cognition* 79 (2), 159-179

Restrepo, M.A., Morgan, G.P. & Thompson, M.S. (2013). The efficacy of a vocabulary intervention for dual-language learners with language impairment. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 56 (2), 748-765

Scharff Rethfeldt, W. (2013). *Kindliche Mehrsprachigkeit. Grundlagen und Praxis der sprachtherapeutischen Intervention*. Stuttgart: Thieme

Scharff Rethfeldt, W. (2016). Kultursensible logopädische Versorgung in der Krise – zur Relevanz sozialer Evidenz. Eine kritische Reflexion evidenzbasierten Vorgehens am Beispiel der kindlichen Sprachentwicklung bei Mehrsprachigkeit. *Forum Logopädie* (30) 5, 38-43

Scharff Rethfeldt, W. (2017a). Sprachentwicklungsstörungen bei Mehrsprachigkeit. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.), *Kompendium der akademischen Sprachtherapie und Logopädie, Band 3: Sprachentwicklungsstörungen, Redeflussstörungen, Rhinophonien* (170-191). Stuttgart: Kohlhammer

Scharff Rethfeldt, W. (2017b). Logopädische Versorgungssituation mehrsprachiger Kinder mit Sprachentwicklungsstörung. Das MeKi-SES Projekt zur Versorgung einer ambulanten Inanspruchnahmepopulation in Bremen. *Forum Logopädie* 31 (4), 24-31

Scharff Rethfeldt, W. & Schrey-Dern, D. (2016). *Sprachentwicklungsstörungen bei Mehrsprachigkeit. dbf-Positionspapier (Oktober 2016)*. Frechen: Deutscher Bundesverband für Logopädie (dbf), www.dbf-ev.de/fileadmin/Inhalte/Dokumente/der_dbf/Positionspapiere/Positionspapier_Sprachentwicklungsstoerungen_bei_Mehrsprachigkeit.pdf (27.05.2017)

Statistisches Bundesamt (2016). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2015*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt

Stow, C. & Dodd, B. (2003). Providing an equitable service to bilingual children in the UK: a review. *International Journal of Language & Communication Disorders* 38 (4), 351-377

Thordardottir, E., Cloutier, G., Ménard, S., Pelland-Blais, E. & Rvachew, S. (2015). Monolingual or bilingual intervention for primary language impairment? A randomized control trial. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 58 (2), 287-300

Thordardottir, E. & Rioux, E.-J. (2016). *Should children with language impairment be treated for an hour once a week? A comparison of two intensity schedules*. Paper presented at the 30th World Congress of the International Association of Logopedics and Phoniatrics, Dublin, Ireland

Tomblin, J.B., Records, N.L., Buckwalter, P., Zhang, X., Smith, E. & O'Brien, M. (1997). Prevalence of specific language impairment in kindergarten children. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 40 (6), 1245-1260

Tsybina, I. & Eriks-Brophy, A. (2010). Bilingual dialogic book reading intervention for preschool children with slow expressive vocabulary development. *Journal of Communication Disorders* 43(6), 538-556

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2016). *International Migration Report 2015: Highlights (ST/ESA/SER.A/I375)*

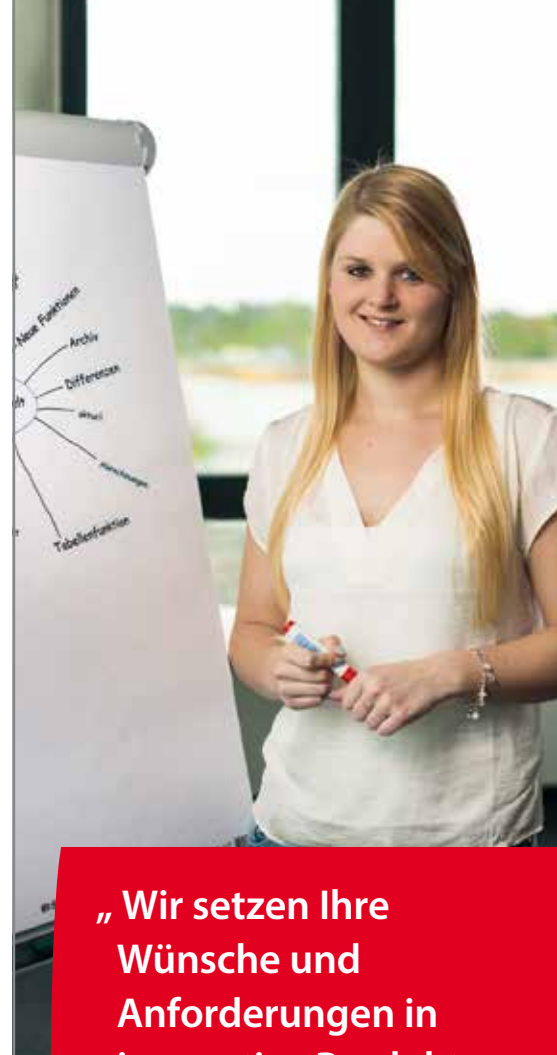
Yamamoto, M. (2001). *Language use in interlingual families: a Japanese-English sociolinguistic study*. Clevedon: Multilingual Matters

DOI dieses Beitrags (www.doi.org)
10.2443/skv-s-2017-53020170603

Autorin
Prof. Dr. Wiebke Scharff Rethfeldt
Hochschule Bremen
Fakultät 3 – Gesellschaftswissenschaften
Angewandte Therapiewissenschaften – Logopädie
Neustadtswall 30
28199 Bremen
w.scharff.rethfeldt@hs-bremen.de

SUMMARY. Evidences concerning recommendations and approaches for speech-language therapy with multilingual children

Cultural and linguistic diversity (CLD) has become a central issue for speech language therapists (SLT) in Germany, especially due to the high number of immigrants since 2006. As the number of CLD-children across Europe steadily increases, most SLT can expect to encounter these children on their caseloads, which come from a variety of cultural environments and linguistic backgrounds. Thus, SLT service provision is highly relevant to both monolingual and multilingual children with regards to participation as well as health and social equality of opportunity. However, avoidance of multilingualism was routinely part of fundamental research on language development and its impairments. Therefore theories and models as well as procedures in SLT intervention are mainly based on monolingual standards. Hence, recommendations for the advice and treatment of multilingual children with language impairments are questionable. This article provides an overview of current research on effective intervention for multilingual children with language impairments. Special considerations regarding the efficacy of progress in more than one language will be addressed. **KEY WORDS:** Multilingualism – language impairment – speech-language therapy – evidencebased practice – cultural and linguistic diversity



„ Wir setzen Ihre Wünsche und Anforderungen in innovative Produkte um. Auch über die reine Abrechnung hinaus.“

Sandra Diehr ///
Mitarbeiterin Produktmanagement

Die RZH macht Ihre Abrechnung und bietet Ihnen zahlreiche Dienstleistungen, die Sie individuell buchen können.

Profitieren Sie jetzt von umfangreichen Leistungen zu Top-Konditionen.

 Spezialist für Sonstige Leistungserbringer in der ARZ Haan AG

RZH.



Wir sind für Sie da.

Michael Rest ///
Vertriebsleiter

Telefon 0281/9885-111
www.rzh.de

Kindliche Schluckstörungen

Behandlung und Forschung im Rehabilitationszentrum für Kinder und Jugendliche in Affoltern am Albis (Schweiz)

Susanne Bauer, Chiara Hanser, Lea Tschirren

ZUSAMMENFASSUNG. Einen Schwerpunkt der logopädischen Tätigkeit im Rehabilitationszentrum in Affoltern am Albis stellt die Diagnostik und Therapie von kindlichen Schluckstörungen dar. Die Kenntnis der physiologischen Essentwicklung ist dafür eine entscheidende Grundlage. Nach einem Überblick über die Unterschiede der Dysphagietherapie bei erworbenen und angeborenen Hirnschädigungen wird der Fokus auf die Zerebralparese gelegt. Bei der Durchführung einer klinischen Studie am Rehabilitationszentrum zur Überprüfung der Reliabilität und Validität der deutschen Übersetzung des „Eating and Drinking Ability Classification System“ (EDACS) für Kinder und Jugendliche mit Zerebralparese zeigte sich eine sehr gute Reliabilität (0,91) und eine hohe Validität (0,66). Als Vergleichsinstrument diente der Bogenhausener Dysphagiescore (BODS). Die Erhebung wurde aktuell mit einer größeren Stichprobe weitergeführt und ist abgeschlossen (Artikel in Vorbereitung). Durch den Übersetzungsprozess ist eine Version für alle deutschsprachigen Länder (Schweiz, Österreich, Liechtenstein, Deutschland) entstanden. Das EDACS (Manual und Algorithmus) ist kostenlos erhältlich: www.kispi.uzh.ch/rza/de/forschende/publikationen/downloads/Seiten/default.aspx.

Schlüsselwörter: kindliche Schluckstörung – pädiatrische Dysphagie – Essentwicklung – Zerebralparese – EDACS

Besonderheiten kindlicher Schluckstörungen

Kindliche Schluckstörungen (pädiatrische Dysphagien) sind ein komplexes und wachsendes Behandlungsfeld. Im Rehabilitationszentrum in Affoltern am Albis stellen sie einen Schwerpunkt in der logopädischen und interdisziplinären Behandlung dar (Abb. 1). Was sind die Besonderheiten einer pädiatrischen Dysphagie?

Die Kindheit ist eine Phase einer unvergleichbaren körperlichen und kognitiven Entwicklung. *Dodrill & Gosa* (2015) weisen darauf hin, dass im Unterschied zu Erwachsenen, Schluckstörungen bei Kindern neben dem Risiko für respiratorische bzw. pulmonale Komplikationen aufgrund von Aspirationsereignissen eine Gefährdung für das Wachstum und die Entwicklung darstellen.

Das Auftreten einer pädiatrischen Dysphagie hat vielfältige und zudem häufig andere Ursachen als bei Erwachsenen. *Limbrock* (2011a) nennt in seiner Übersicht lokale bzw. anatomische Ursachen, gastroenterologische sowie neurogene Ursachen (angeborene und erworbene Hirnschädigungen), neuromuskuläre und neurometabolische Ursachen, genetische Syndrome sowie Frühgeburtlichkeit. Kindliche Schluckstörungen zeichnen sich so-

mit durch eine besondere Heterogenität aus und erfordern eine individuell zugeschnittene Behandlung (*Dodrill & Gosa* 2015).

In der Fachliteratur gibt es eine große Bandbreite in den Angaben zur Prävalenz und Inzidenz von pädiatrischen Dysphagien (*Lefton-Greif et al.* 2010). Dies liegt unter anderem daran, dass der Begriff Dysphagie sehr variabel definiert wird, sowie an der Methodik, die zur Erfassung der Schluckstörungen eingesetzt wird. So wird eine Vielfalt von Störungen der Nahrungsaufnahme zu pädiatrischen Dysphagien gezählt z.B. Fütterstörung, Ess- und Trinkstörung, mundmotorische Störung, myofunktionelle Störung, Nahrungsverweigerung, Refluxsymptom, Gedeihstörung, ohne dass eine genaue Differenzierung vorgenommen wird (*Miller & Willging* 2003, *Frey* 2011, *Motzko & Weinert* 2012).

Die Definition einer Dysphagie umfasst die „Störung der Aufnahme, der Zerkleinerung oder des Transports von Nahrung/Flüssigkeiten (inklusive Transport von Speichel und Sekret) in der oralen, pharyngealen oder ösophagealen Phase“ (*Limbrock* 2011a, 83). Somit ist die Dysphagie eine Störung des

Susanne Bauer sammelte nach dem Studium der Sprachheilpädagogik (M.A.) an der LMU München mehrjährige Erfahrungen in der neurologischen Erwachsenenrehabilitation. Von 2012 bis 2016 war sie Leiterin der Logopädie im Rehabilitationszentrum für Kinder und Jugendliche des Universitäts-Kinderspitals Zürich. Sie ist Vorstandsmitglied der Schweizerischen Gesellschaft für Dysphagie (SGD) und seit Oktober 2016 Diplomassistentin am Departement für Sonderpädagogik an der Universität Freiburg (Schweiz), Abteilung Logopädie.



Chiara Hanser studierte Logopädie (B.A.) an der Hochschule für Heilpädagogik in Zürich. Seit 2010 ist sie als Logopädin im Rehabilitationszentrum für Kinder und Jugendliche des Universitäts-Kinderspitals Zürich tätig, seit Oktober 2016 als Leiterin der Logopädie. Der Schwerpunkt ihrer logopädischen Tätigkeit liegt auf der Behandlung von pädiatrischen Dysphagien bei Kindern mit sensomotorischen Entwicklungsstörungen.



Lea Tschirren (M.Sc.) beendete 2009 ihr Studium zur Logopädin an der Universität Freiburg (Schweiz). Berufliche Erfahrung in der Behandlung neurologischer Patienten sammelte sie am Kantonsspital Baselland und am Rehabilitationszentrum für Kinder und Jugendliche des Universitäts-Kinderspitals Zürich. Sie absolvierte das Masterstudium in Neurorehabilitation an der Donau-Universität Krems und arbeitet seit August 2016 in der Neurorehabilitation am Universitätsspital Bern.



Schluckaktes, die dazu führt, dass die Sicherheit, Effizienz oder die Adäquatheit der Nahrungsaufnahme eingeschränkt ist. Für die Definition einer pädiatrischen Dyspha-

gie ist es wichtig herauszustellen, dass die Dysphagie eine fähigkeitsbezogene Störung ist, die von einer verhaltensbedingten Fütterstörung zu unterscheiden ist (Dodrill & Gosa 2015). Fütterstörungen bedeuten, dass das Kind keine Nahrung oder Flüssigkeit zu sich nimmt, auch wenn es keinen nachvollziehbaren körperlichen Grund für die Essverweigerung gibt. Kühn et al. (2014) betonen, dass in diesen Fällen zuerst unentdeckte Schmerzen (z.B. Tonsillitis, Pharyngitis oder Zahnwechsel), traumatische orale Erfahrungen (z.B. Ernährung mit einer Nasensonde, absaugen) oder sensorische Missempfindungen (z.B. orale Hypersensitivität) ausgeschlossen werden müssen. Schluck- und Fütterstörungen treten in der Pädiatrie im Zusammenhang mit medizinischen Erkrankungen, psychosozialen Risikokonstellationen und Entwicklungsstörungen auf (Aswathanarayana et al. 2010). Häufig zeigen sich starke Überlagerungen in der Symptomatik.

Logopädische Assessments

„Die klinische Dysphagiediagnostik in der Pädiatrie hat zum Ziel festzustellen, ob ein Kind sicher, mit Freude und ausreichend ernährt werden kann“ (Aswathanarayana & Lettgen

2012, 17). Es gibt jedoch kaum Evidenz und wie oben beschrieben keine einheitliche Terminologie für diesen Bereich. Folgende im englischsprachigen Raum häufig eingesetzte Diagnostikinstrumente sind zum Teil auf die Gütekriterien der Objektivität, Reliabilität und Validität überprüft worden: Neonatal Oral Motor Assessment Scale (Palmer et al. 1993), Schedule for Oral Motor Assessment (Skuse et al. 1995), Dysphagia Disorders Survey (Sheppard et al. 2014). Dennoch gibt es im Unterschied zum Erwachsenenbereich für den Bereich der Pädiatrie keine belegte Evidenz für klinische Aspirationsmarker. Aswathanarayana & Lettgen (2012) stellen drei Kriterien vor, die ein klinisches Diagnostikinstrument in der Pädiatrie erfüllen sollte:

- Effizienz und Einfachheit in der klinischen Handhabung
- Prädiktive Marker für einen klinischen Aspirationsverdacht
- Differenzialdiagnostische Abgrenzung zwischen oropharyngealen Dysphagien, ösophagealen Erkrankungen und frühkindlichen Fütterstörungen

Mit der deutschen „Feeding and Swallowing Checklist (FSC)“ (Aswathanarayana & Lettgen 2012) und der „Erfassung oralmotorischer Fähigkeiten und der Nahrungsaufnahme (EOFN)“ (Stefke et al. 2013) bestehen im

■ **Abb. 1: Das Rehabilitationszentrum für Kinder und Jugendliche in Affoltern am Albis (Schweiz)**



Seit 1945 betreibt das Universitäts-Kinderspital Zürich das Rehabilitationszentrum in Affoltern am Albis. Es ist die einzige Rehabilitationsklinik für die Neurorehabilitation von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz. Hier werden Kinder und Jugendliche behandelt und betreut, die an den Folgen von angeborenen oder erworbenen Krankheiten oder Verletzungen leiden. Das Ziel eines Aufenthaltes ist es, den Betroffenen zu größtmöglicher Selbstständigkeit zu verhelfen und dadurch die Lebensqualität der ganzen Familie zu verbessern. Die Struktur des Hauses und der inhaltlichen Arbeit orientiert sich dabei an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit für Kinder und Jugendliche (ICF-CY).



Schwerin | Berlin | Erfurt | Grimma | Augsburg | Paderborn

0,85%*

REZEPTABRECHNUNG OHNE WEITERE ZUSATZKOSTEN

- » Ohne Grund- oder Mindestgebühr
- » Keine Verwaltungsgebühr
- » Kein Mindestumsatz je Verordnung
- » Keine Verpflichtung zur regelmäßigen Einreichung
- » Versicherungsschutz der Verordnungen bereits in der Praxis
- » Webportal mit Kundenbereich

* Bsp. für eine Abrechnung mit vierwöchiger Auszahlung inklusive kostenfreier Banküberweisung und zzgl. MwSt.



DIE SOFTWARELÖSUNG FÜR DIE PRAXISVERWALTUNG

- » Patienten- und Ordnungsverwaltung
- » Kassenbuch, Rechnungs- und Mahnwesen
- » Detaillierte Zugriffs- und Rechteverwaltung
- » Umfangreiche Dokumentationsmöglichkeiten
- » NEU! inkl. zahnärztliche Heilmittelverordnung sowie Entlassmanagement nach Krankenhausbehandlung

Bestellen Sie jetzt kostenfrei und unverbindlich Ihre Demo-CD unter www.prothea.de

Info-Telefon: 0385 / 20 221 - 660
info@srzh.de | www.srzh.de

NOVENTI HealthCare GmbH
Geschäftsbereich
Schweriner Rechenzentrum für Heilberufe

Wismarsche Str. 304 | 19055 Schwerin

Ein Unternehmen der NOVENTI Group

deutschsprachigen Raum Grundlagen für weitere Forschungsarbeiten.

Die physiologische Essentwicklung

Ein anderer Unterschied zum Erwachsenenbereich liegt darin, dass kindliche Schluckstörungen in den ersten Lebensjahren in die Zeit der Essentwicklung fallen. Wichtige Bausteine sind hierfür die sensorische und (oral)motorische sowie die kognitive und soziale Entwicklung. Besonders wichtig in der Essentwicklung ist zudem die Erfahrung der Selbstregulation (Hunger- und Sättigungsgefühl).

Die Nahrungsaufnahme ist eine der ersten Aktivitäten, die ein Neugeborenes durchführt und erfordert eine abgestimmte Atem-Saug-Schluck-Koordination. Das Trinken an der Brust oder von der Flasche erfolgt dabei reflektorisch als Gesamtbewegungsablauf. Die Atem-Saug-Schluck-Koordination wird im Verlauf immer ausgereifter und willkürlich beeinflussbar. Die Nahrungsaufnahme des Säuglings ist im Unterschied zur späteren Nahrungsaufnahme durch frühkindliche orale Reflexe und Reaktionen bestimmt und umfasst nur eine (flüssige) Konsistenz (*Biber* 2012).

Der Wechsel zur oralmotorischen Kontrolle, beginnend in den ersten Lebensmonaten, stellt einen wichtigen Entwicklungsschritt dar und ist eine Voraussetzung für die Umstellung auf Breikost, die Kauentwicklung und die Umstellung auf feste Kost. In dieser Zeit beginnt somit die Entwicklung einer willkürlichen (kortikalen) Kontrolle und die primitiven Reflexe werden langsam integriert. Mit zwei Jahren ist die Essentwicklung weitgehend abgeschlossen.

Kindliche Schluckstörungen nach erworbenen Hirnschädigungen

Kinder und Jugendliche nach einer erworbenen Hirnschädigung (z.B. durch Schädel-Hirn-Traumata oder Schlaganfälle) werden im Rehabilitationszentrum auf der Station für Frührehabilitation behandelt. Die erworbene Dysphagie ist gekennzeichnet durch eine vor dem Ereignis physiologische orofaziale Entwicklung. In der Dysphagietherapie geht es darum, die neuronal bereits erworbenen Bewegungsmuster wieder hervorzurufen bzw. zu reorganisieren (ICF: Struktur- und Funktionsebene). Der Körper ist mit einer neuen Situation konfrontiert und anfällig, zum Beispiel besteht ein hohes Risiko für eine Pneumonie als Folge einer Aspiration. Im Mittelpunkt der Dysphagiebehandlung

stehen die Evaluation für ein sicheres Schlucken, die sensomotorische Stimulation und Stimulation der Schluckfrequenz (Speichel) und der Nahrungs- und Flüssigkeitstransport. Der Kostaufbau erfolgt in Abhängigkeit vom Allgemeinzustand, von der Atemsituation, den Schutzreflexen, der Wachheit und Belastbarkeit.

Die ganze Familie erlebt eine belastende Situation und eine enge Begleitung der Eltern ist ein wesentlicher Bestandteil der Therapie. Essen war zuvor eine normale Familienaktivität. Für das Kind entsteht ein plötzlicher Verlust der vorher selbstständigen Alltagsaktivität „Essen“ und eine kurz- oder längerfristige Unterbrechung in der Autonomieentwicklung. Die therapeutischen Ziele bei erworbenen Hirnschädigungen umfassen, wenn möglich, das Wiedererlangen der prämorbid Fähigkeiten und die Unterstützung von weiteren Entwicklungsschritten. Wichtig ist, dass die Dysphagietherapie sobald wie möglich nach dem Ereignis beginnen kann.

Kindliche Schluckstörungen bei angeborenen Hirnschädigungen (Fokus Zerebralparese)

Bei Kindern mit einer angeborenen Dysphagie liegt von Beginn an eine beeinträchtigte orofaziale Entwicklung vor. Es besteht eine Adaption des Körpers von Geburt an (z.B. ist der Körper Mikroaspirationen von Geburt an gewohnt). Eine erschwerte Nahrungsaufnahme stellt für die Eltern/Familien je nach Schweregrad der Beeinträchtigung von Anfang an ein zentrales und belastendes Thema dar. Essen ist ein wichtiges Element in der Beurteilung und Wahrnehmung der Lebensqualität und eine wichtige Interaktion zwischen Kind und Bezugsperson (manchmal eine der einzigen Interaktionsformen).

Die Zerebralparese ist der häufigste Grund für eine motorische Behinderung im Kindesalter und hat eine Prävalenz von 1,77 pro 1 000 Lebendgeborenen (*Sellier* et al. 2016). Der Begriff Zerebralparese beschreibt eine Gruppe von nicht voranschreitenden Störungen des sich entwickelnden Gehirns, die hauptsächlich die Entwicklung von Bewegung und Haltung beeinträchtigen. Neben der motorischen Störung können – abhängig vom Schweregrad – Komorbiditäten oder kognitive Einschränkungen hinzukommen (*Meyer-Heim* et al. 2014).

Die Störungsbereiche mit Auswirkungen auf die Nahrungsaufnahme umfassen bei Zerebralparese unter anderem die Haltung und Atmung (z.B. fehlender Haltungshintergrund, eingeschränkte oder fehlende Rumpf- und Kopfkontrolle, pathologische

Bewegungsmuster), den Mundbereich (z.B. Sensibilitätsstörungen, anhaltende frühkindliche Reflexe, fehlende oralmotorische Kontrolle) sowie die Zahn- und Kieferstellung (z.B. gotischer Gaumen, Fehlbisse/offener Biss) (*Limbrock* 2011b).

Typische Schwierigkeiten der Nahrungsaufnahme bei Kindern mit Zerebralparese ist das Erreichen einer nächsten Entwicklungsstufe. Zum Beispiel gelingt Kindern mit Zerebralparese das Trinken aus der Flasche aufgrund der persistierenden Saugreaktion häufig gut, jedoch kann es zu Schwierigkeiten bei der Umstellung auf das Trinken aus dem Becher kommen.

Ebenso ist für viele Kinder die Nahrungsaufnahme von breiigen Konsistenzen aus der Flasche oder mit dem Löffel möglich. Der Brei wird dabei meist mittels Saugbewegungen transportiert, ebenfalls aufgrund der persistierenden Saugreaktion. Eine Umstellung des Nahrungsangebotes auf weiche Kost und festere Konsistenzen ist dann erschwert oder nicht möglich.

Durch die anhaltende Gabe von flüssigen und breiigen Konsistenzen wird jedoch die frühkindliche Saugreaktion weiter gefestigt und automatisiert und nicht durch nächste sensomotorische Entwicklungsschritte abgelöst. In der Folge zeigen sich sekundäre Probleme wie veränderte Zahnstellungen, ein beeinträchtigtes Kieferwachstum oder Gedeihstörungen. In der Dysphagietherapie bei angeborenen kindlichen Schluckstörungen geht es daher meist darum, neue Bewegungsmuster anzubahnen und damit weitere orofaziale Entwicklungsschritte zu ermöglichen.

Neu: Klassifikationssystem der Ess- und Trinkfähigkeit für Kinder und Jugendliche mit Zerebralparese (EDACS)

Im Rehabilitationszentrum in Affoltern am Albis stellen Kinder und Jugendliche mit Zerebralparese eine große Patientengruppe dar (2016: 46%). Die Auftretenshäufigkeit der Ess- und Trinkschwierigkeiten bei Kindern und Jugendlichen mit Zerebralparese wird in der Literatur mit einer großen Bandbreite von 27% bis 85% angegeben (*Waterman* et al. 1992, *Benfer* et al. 2013). Bislang existierten für Kinder und Jugendliche mit Zerebralparese drei reliable und valide funktionelle Klassifikationssysteme:

- Gross Motor Function Classification System (GMFCS) zur Einteilung der grobmotorischen Funktion in Bezug auf Stehen und Gehen (*Palisano* et al. 1997),
- Manual Ability Classification System (MACS) zur Einteilung des Handeinsatzes

bei der Manipulation von Objekten in alltäglichen Aktivitäten (Eliasson et al. 2006),

- Communication Function Classification System (CFCS) zur Einteilung der Kommunikationsleistung im Alltag (Hidecker et al. 2011).

Anfang 2014 wurden diese Klassifikationssysteme durch das Eating and Drinking Ability Classification System (EDACS) um den Bereich der Nahrungsaufnahme im Alltag ergänzt (Sellers et al. 2014). Die Einteilung fokussiert in allen Klassifikationssystemen entsprechend der ICF auf die Ebene der Aktivität und erfolgt jeweils in fünf Stufen (Abb. 2). Die Unterschiede zwischen den Stufen sind klinisch relevant. Beim EDACS erfolgt eine Einstufung der alltäglichen Ess- und Trinkfähigkeit, dabei sind die zwei Schlüsselmerkmale „Sicherheit“ und „Effizienz“ entscheidend. Zusätzlich wird der

notwendige Unterstützungsgrad für die Ess- und Trinksituation erhoben.

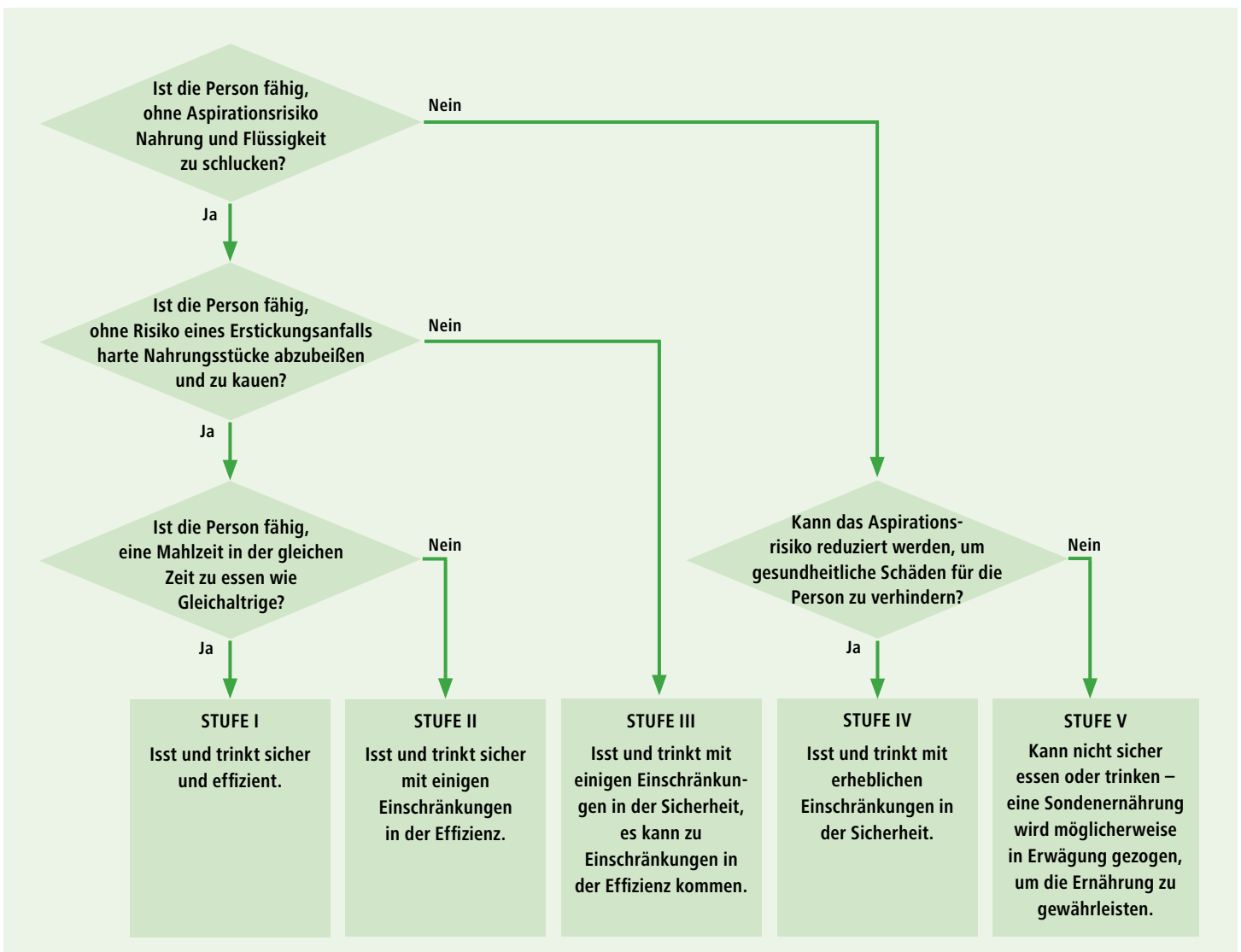
Im Rahmen ihres Masterstudiums in Neurorehabilitation an der Donau-Universität in Krems führte Lea Tschirren in Zusammenarbeit mit der Forschungsabteilung des Rehabilitationszentrums eine klinische Studie zur Reliabilität und Validität des „Eating and Drinking Ability Classification Systems“ (EDACS) durch. Hierfür wurde das Klassifikationssystem ins Deutsche übersetzt und am Rehabilitationszentrum anhand einer Stichprobe von 25 Kindern und Jugendlichen auf seine Gütekriterien überprüft (Tschirren 2015).

Dabei zeigte sich eine sehr gute Reliabilität (quadratisch gewichteter Kappa=0,91) und eine hohe Validität (Kendalls Tau=0,66, $p < 0,001$) der deutschen Version. Die Überprüfung der Validität erfolgte durch Korrelation mit dem Bogenhausener Dysphagie-

score (BODS, Bartolome et al. 2006). Die Studie wurde zur Erhebung einer größeren Stichprobe weitergeführt und aktuell abgeschlossen, die Ergebnisse weisen in die gleiche Richtung (Artikel in Vorbereitung). Durch den Übersetzungsprozess ist eine Version für alle deutschsprachigen Länder (Schweiz, Österreich, Liechtenstein und Deutschland) entstanden. Das deutsche Manual und der Algorithmus können von der EDACS-Homepage (www.edacs.org) sowie von der Homepage der Forschungsgruppe des Rehabilitationszentrums Affoltern am Albis (www.kispi.uzh.ch) kostenlos bezogen werden.

Durch den verbreiteten Einsatz des EDACS wird es in Zukunft möglich sein, ein genaueres Bild der Prävalenz und Vergleichbarkeit der Ess- und Trinkstörungen bei Zerebralparese zu erhalten.

■ **Abb.2: EDACS-Klassifikationssystem der Ess- und Trinkfähigkeit in deutscher Sprache (Algorithmus) (übersetzt nach Sellers et al. 2014)**



Deutsche Übersetzung: Tschirren, L., Bauer, S., Künzle, C., Kaufmann, N., Reiter, M., Aswathanarayana, C. (2015). Universitäts-Kinderspital Zürich

LITERATUR

- Aswathanarayana, C. & Lettgen, B. (2012). Entwicklung der Feeding and Swallowing Checklist – ein initialer Schritt zur Schaffung eines Standards der klinischen Dysphagiediagnostik in der Pädiatrie. *Dysphagieforum* 2 (1), 17-27
- Aswathanarayana, C., Wilken, M., Krahl, A. & Golla, G. (2010). Diagnostik und Therapie von Schluck- und Fütterstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern. Eine interdisziplinäre Aufgabe. *Sprache Stimme Gehör* 34 (1), 12-17, <https://doi.org/10.1055/s-0030-1248335>
- Bartolome, G. (2006). Grundlagen der funktionellen Dysphagietherapie (FDT). In: Bartolome, G. & Schröter-Morasch, H. (Hrsg.), *Schluckstörungen – Diagnostik und Rehabilitation* (245-370). München: Urban & Fischer in Elsevier
- Benfer, K.A., Weir, K.A., Bell, K.L., Ware, R.S., Davies, P.S.W. & Boyd, R.N. (2013). Oropharyngeal dysphagia and gross motor skills in children with cerebral palsy. *Pediatrics* 131 (5), 1553-1562, <https://doi.org/10.1542/peds.2012-3093>
- Biber, D. (2012). *Frühkindliche Dysphagien und Trinkschwächen. Leitfaden für Diagnostik, Management und Therapie im klinischen Alltag*. Wien: Springer
- Dodrill, P. & Gosa, M.M. (2015). Pediatric dysphagia. Physiology, assessment, and management. *Annals of Nutrition & Metabolism* 66 (5), 24-31, <https://doi.org/10.1159/000381372>
- Eliasson, A.C., Krumlind-Sundholm, L., Rösblad, B., Beckung, E., Arner, M., Öhrvall, A.M. & Rosenbaum, P. (2006). The Manual Ability Classification System (MACS) for children with cerebral palsy: scale development and evidence of validity and reliability. *Developmental Medicine & Child Neurology* 48 (7), 549-554, <https://doi.org/10.1017/S0012162206001162>
- Frey, S. (2011). Oropharyngeale Dysphagien. In: Frey, S. (Hrsg.), *Pädiatrisches Dysphagiemanagement. Eine multidisziplinäre Herausforderung* (103-122). München: Urban & Fischer in Elsevier
- Hidecker, M.J.C., Paneth, N., Rosenbaum, P.L., Kent, R.D., Lillie, J., Eulenberg, J.B., Chester Jr., K., Johnson, B., Michalsen, L., Evatt, M. & Taylor, K. (2011). Developing and validating the Communication Function Classification System for individuals with cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology* 53 (8), 704-710, <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2011.03996.x>
- Kühn, D., Miller, S., Schwemmler, C., Jungheim, M. & Ptok, M. (2014). Frühkindliches Schlucken. *Laryngo-Rhino-Otologie* 93 (4), 231-236, <https://doi.org/10.1055/s-0033-1355374>
- Lefton-Greif, M., Arvedson, J. & Hielscher-Fastabend, M. (2010). Störungen des Fütterns und des Schluckens bei Kindern. Gesundheitsstatus, Populationstrends und die Anwendung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). *Sprache Stimme Gehör* 34 (1), 8-11, <https://doi.org/10.1055/s-0030-1249642>
- Limbrock, J.G. (2011a). Ätiologie pädiatrischer Schluckstörungen. In: Frey, S. (Hrsg.), *Pädiatrisches Dysphagiemanagement. Eine multidisziplinäre Herausforderung* (83-102). München: Urban & Fischer in Elsevier
- Limbrock, J.G. (2011b). Störungen der Mundmotorik bei Kindern mit infantiler Zerebralparese (ICP). *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry* 12 (4), 360-366
- Meyer-Heim, A., van Hedel, H. & Baumann, T. (2014). Zerebralparese. Ein Update. *Pädiatrie update* 9 (2), 183-214, <https://doi.org/10.1055/s-0034-1365683>
- Miller, C. K. & Willging, J. P. (2003). Advances in the evaluation and management of pediatric dysphagia. *Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery* 11 (6), 442-446, <https://doi.org/10.1097/00020840-200312000-00006>
- Motzko, M. & Weinert, M. (2012). Pädyphagie – Schluck- und Fütterstörungen bei Kindern. Plädoyer für einen neuen Oberbegriff als Ausdruck einer umfassenden Betrachtung und Aufwertung dieses zersplitterten Fachgebiets. *Forum Logopädie* 26 (3), 27
- Palisano, R., Rosenbaum, P., Walter, S., Russel, D., Wood, E. & Galuppi, B. (1997). Development and reliability of a system to classify gross motor function in children with cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology* 39, 214-223
- Palmer, M.M., Crawley, K. & Blanco, I.A. (1993). Neonatal Oral-Motor Assessment scale: a reliability study. *Journal of Perinatology* 13 (1), 28-35
- Sellers, D., Mandy, A., Pennington, L., Hankins, M. & Morris, C. (2014). Development and reliability of a system to classify the eating and drinking ability of people with cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology* 56 (3), 245-251, <https://doi.org/10.1111/dmcn.12352>
- Sellier, E., Platt, M.J., Andersen, G.L., Krägeloh-Mann, I., de la Cruz, J. & Cans, C. (2016). Decreasing prevalence in cerebral palsy. A multi-site European population-based study, 1980 to 2003. *Developmental Medicine and Child Neurology* 58 (1), 85-92, <https://doi.org/10.1111/dmcn.12865>
- Sheppard, J.J., Hochman, R. & Baer, C. (2014). The dysphagia disorder survey. Validation of an assessment for swallowing and feeding function in developmental disability. *Research in Developmental Disabilities* 35 (5), 929-942, <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2014.02.017>
- Stefke, M., Geißler, M. & Winkler, S. (2013). Diagnostik frühkindlicher Schluck- und Fütterstörungen – Vorstellung und Evaluation des neuen Untersuchungsbogens „Erfassung oralmotorischer Fähigkeiten und der Nahrungsaufnahme (EOFN)“. *Forum Logopädie* 27 (3), 14-19
- Skuse, D., Stevenson, J., Reilly, S. & Mathisen, B. (1995). Schedule for Oral-Motor Assessment (SOMA). Methods of validation. *Dysphagia* 10 (3), 192-202, <https://doi.org/10.1007/BF00260976>
- Tschirren, L. (2015). *Reliabilität und Validität der deutschen Version des Eating and Drinking Ability Classification Systems für Kinder und Jugendliche mit Zerebralparese*. Unveröffentlichte Masterarbeit, Fakultät für Gesundheit und Medizin der Donau-Universität Krems, Österreich
- Waterman, E.T., Koltai, P.J., Downey, J.C. & Cacace, A.T. (1992). Swallowing disorders in a population of children with cerebral palsy. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* 24 (1), 63-71, [https://doi.org/10.1016/0165-5876\(92\)90067-Y](https://doi.org/10.1016/0165-5876(92)90067-Y)

Das EDACS (Manual und Algorithmus) ist kostenlos erhältlich: www.kispi.uzh.ch/rza/de/forschende/publikationen/downloads/Seiten/default.aspx

SUMMARY. Pediatric dysphagia – treatment and research at the rehabilitation center for children and adolescents in Affoltern am Albis (Switzerland)

One main focus of the speech and language pathology department at the Rehabilitation Center in Affoltern am Albis concentrates on the diagnosis and treatment of pediatric dysphagia based on the principles of the physiological development of eating. First there will be an overview of the differences in acquired and congenital brain damage. The focus of the article is then placed on cerebral palsy. The reliability and validity of the German translation of the "Eating and Drinking Ability Classification System" (EDACS) for children and adolescents with cerebral palsy has been reviewed at the rehabilitation center with very good results and is currently being assessed by a final data collection with a larger sample (article in preparation). The German translation of the EDACS (manual and algorithm) is available free of charge: http://www.kispi.uzh.ch/rza/de/forschende/publikationen/downloads/Documents/dt_EDACS_Version_2016.pdf.

KEY WORDS: pediatric swallowing disorder – pediatric dysphagia – eating development – cerebral palsy – EDACS

DOI dieses Beitrags (www.doi.org)

10.2443/skv-s-2017-53020170604

Korrespondenzadresse

Susanne Bauer
 Departement für Sonderpädagogik
 der Universität Freiburg/CH
 Abteilung Logopädie
 Rue St.-Pierre-Canisius 21
 CH-1700 Fribourg
susanne.bauer@unifr.ch

Fachpublikationen Arbeitsmaterialien Fachzeitschriften



Hoch, Tief, Laut und Leise ... hören und sprechen mit den Ohrwürmchen Hochtania, Tiefenius, Lautonio und Leisella

Die Wahrnehmungsfähigkeit, genau hinzuhören und Stimmen, Sprachlaute und Geräusche unterscheiden zu können, ist für den Gebrauch der eigenen Stimme unbedingte Voraussetzung. Das interaktive Hörspiel unterstützt die Fremd- und Eigenwahrnehmung auf kindgerechte und spielerische Weise.

Carolin Rogos, 1. Auflage 2018,
Manual (40 Seiten), plus 2 CD-ROM,
konfektioniert in CD-Box: ISBN 978-3-8248-1221-9
EUR 20,00 [D]

Leseprobe/Inhaltsverzeichnis:

www.schulz-kirchner.de/files/p/rogos_hoch_tief_laut_leise.pdf



www.schulz-kirchner.de/shop | bestellung@schulz-kirchner.de | Tel. +49 (0) 6126 9320-13



Sprachtherapie bei Demenz in Deutschland

Was haben wir, was brauchen wir?

Christina Knels

ZUSAMMENFASSUNG. Sprach- und Kommunikationsstörungen bei Demenz werden in der Logopädie zukünftig immer mehr Raum einnehmen. Die Logopädie benötigt für eine effektive Diagnostik und Therapie sowohl spezifisches Wissen um die sprachlichen Symptomkomplexe und -verläufe der verschiedenen Demenztypen als auch um die kognitiven Begleitstörungen. Die Diagnostik wie auch die Therapie richtet ihren Blick auf die Ermittlung bzw. Stärkung kommunikativer Ressourcen. Therapieziele und -inhalte sollen sinnvoll, alltagsnah und lebensbedeutsam sein. In der Studienlage zu Evidenz sprachtherapeutischer Interventionen spiegeln sich diese Prinzipien momentan nicht wider.

Schlüsselwörter: Ressourcenorientierung vs. Defizitorientierung – direkte und indirekte Therapie – S3-Leitlinie „Demenzen“ – Evidenzbasierung – Funktionelle Kommunikation als Outcome-Parameter

Prof. Dr. Christina Knels war im Anschluss an ihr Studium der Klinischen Linguistik an der Universität Bielefeld als Sprach- und Schlucktherapeutin an verschiedenen Akut- und neurologischen sowie geriatrischen Reha-Kliniken tätig. Nach ihrer Promotion an der Ludwig-Maximilians-Universität München arbeitete sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der LMU München und an der Hochschule Fresenius in Hamburg. Seit 2014 ist sie Professorin für Neurowissenschaften und Neurolinguistik an der Medical School Hamburg im Department Therapiewissenschaften.



Die demografische Situation

Der demografische Wandel

In Deutschland ist der demografische Wandel bereits angekommen mit weitreichenden Folgen für die Gesundheitsversorgung, gerade im Bereich der Geriatrie. Insbesondere der Anteil der älteren Bevölkerung wächst immer weiter: Im Jahre 2015 betrug der Anteil der über 65-Jährigen 21,1%, wobei das Statistische Bundesamt für das Jahr 2060 bereits einen Anteil von 30,9% vorausschätzt. Drastisch soll sich der Anteil an über 80-Jährigen (Hochbetagten) erhöhen: von 5,8% Ende 2015 soll sich im Jahr 2060 der Anteil auf 11,8% fast verdoppeln (Hoffmann et al. 2017).

Gleichzeitig erfolgt ein Rückgang des Anteils der jüngeren Generation an der Gesamtbevölkerung (Tab 1). In absoluten Zahlen ausge-

drückt: Der Anteil der über 65-Jährigen wird nach Vorausschätzungen des Statistischen Bundesamts in den kommenden Jahrzehnten um weitere 6 Millionen ansteigen (*Deutsche Alzheimer Gesellschaft* 2016). Diese überproportionale Zunahme an älteren und hochbetagten Menschen in Deutschland wird zu einer Erhöhung der Zahl an Demenzbetroffenen führen, auch wenn sich das Krankheitsrisiko selbst nicht erhöht (ebd.).

Rezeptverordnungen in der Logopädie

Der demografische Wandel hat auch die Logopädie erreicht: In den logopädischen Praxen in Deutschland stieg der Anteil der Verordnungen für über 65-jährige Patienten über die letzten Jahre hinweg stetig an

von 13,7% auf 18,9% im Zeitraum zwischen 2008 und 2015. Demgegenüber sank im gleichen Zeitraum der Anteil der Verordnungen für unter 10-Jährige von 63,6% auf 53,7% (GKV-HIS 2008-2015).

Demenzerkrankungen in Deutschland

Prävalenz und Inzidenz

Laut den Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation und der Alzheimer's Disease International litten im Jahr 2015 weltweit 46,8 Millionen Menschen an einer Demenz. Deutschland lag hierbei auf Rang 5 (nach der

■ **Tab.1: Bevölkerung in Deutschland nach Altersgruppen 2015 und 2060**

Altersgruppe	Anteil an der Gesamtbevölkerung	
	2015	2060
unter 20 Jahre	18,3 %	17,3 %
20-64 Jahre	60,6 %	51,8 %
65 Jahre und älter	21,1 %	30,9 %
80 Jahre und älter	5,8 %	11,8 %

Quelle: 13. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes (auf Basis einer stärkeren Zuwanderung), aktualisierte Fassung 2017

DEFINITION DEMENZ. Bei einer Demenz handelt es sich um eine erworbene Beeinträchtigung der kognitiven Leistungsfähigkeit, die Gedächtnis, Sprache, Orientierung und Urteilsvermögen einschränkt. Die Symptome sind dabei so schwerwiegend, dass die Betroffenen Probleme in der Bewältigung des Alltags zeigen und schließlich nicht mehr zu einer selbstständigen Lebensführung in der Lage sind. Die Symptome einer Demenz beginnen meist schleichend und schreiten langsam voran (Progredienz). Die Alzheimer-Demenz ist mit ca. 2/3 aller Demenzen die häufigste Demenzform, gefolgt von der vaskulären Demenz. Jeder Demenztyp zeigt einen unterschiedlichen Symptomkomplex. Primär degenerative Demenzen (z.B. Alzheimer-Demenz, Frontotemporale Demenz, primär progressive Aphasien, Lewy-Körper-Demenz, Kortikobasale Degeneration, Multisystematrophie) sind dabei direkt auf eine Atrophie des Hirngewebes zurückzuführen, bei sekundär degenerativen Demenzen liegt eine ursächliche Grunderkrankung vor (z.B. durch metabolische Ursachen, Vergiftungen, Autoimmunkrankheiten), die in der Konsequenz zu demenziellen Symptomen führt (Knels et al. im Druck).

■ Tab. 2: Darstellung der unterschiedlichen Symptomkomplexe bei ausgewählten Demenzformen, die sprachtherapeutisch berücksichtigt werden müssen

Demenzform	Symptome	
	sprachlich	nicht-sprachlich
Alzheimer-Demenz	Störung der Sprache/der Kommunikation	Probleme u.a. in Gedächtnis, Auffassungsvermögen, Orientierung, Erkennen, Aufmerksamkeit, logischem Denken
Primär progressive Aphasie	spezifische Sprachprofile: <ul style="list-style-type: none"> ● nicht-flüssige/agrammatische Variante ● semantische Variante ● logopenische Variante 	weitgehend intakt
Frontotemporale Demenz	Sprachverarmung <i>oder</i> Logorrhoe, Perseveration, Echolalie, Stereotypen	Störung insbesondere der exekutiven Funktionen mit Auswirkung auf Verhalten, Planen und Handeln, logisches Denken

Gesamtzahl der Demenzbetroffenen) nach China, den USA, Indien und Japan (*Deutsche Alzheimer Gesellschaft* 2016). Ende 2014 litten in Deutschland geschätzt knapp 1,6 Mio. Menschen an einer Demenz. Pro Jahr ist mit einer Gesamtzahl von rund 300.000 Neuerkrankungen zu rechnen. Sofern kein Durchbruch in der Prävention und Therapie von Demenzen gelingt, wird die Zahl der Demenzbetroffenen in Deutschland jedes Jahr um durchschnittlich weitere 40.000 ansteigen und sich bis zum Jahr 2050 nahezu verdoppeln (ebd.).

MERKSATZ

Bedingt durch die steigende Lebenserwartung und einen überproportional wachsenden Anteil der alten und hochbetagten Menschen in Deutschland wird sich die Zahl der Demenzbetroffenen weiterhin deutlich erhöhen.

Demenz als Arbeitsfeld der Logopädie

Indikation für Logopädie

Sprach- bzw. Kommunikationsprobleme sind in vielen Demenztypen Teil des Symptombildes. *Georges et al.* (2008) berichten in einer europaweiten Angehörigenbefragung, dass 88% der Angehörigen von Alzheimer-Patienten die Kommunikation als einen Problembereich im Betreuungskontext angaben, 36% bewerteten die Schwierigkeiten in der Kommunikation sogar als problematischstes Symptom.

Die Wichtigkeit der Klassifikation

Es gibt nicht die *eine* Demenz, daher gibt

es auch nicht die *eine* Sprachstörung bei Demenz: Unterschiedliche Demenztypen zeigen unterschiedliche sprachliche Symptomkomplexe und -verläufe (Tab. 2). Um als Sprachtherapeut ein individuell angepasstes Therapiekonzept erstellen zu können, muss nicht nur der Patient als Individuum betrachtet werden, sondern auch der jeweilige diagnostizierte Demenztyp und der vorliegende Schweregrad (*Knels et al.* 2017). Die Kenntnis des Demenztyps soll folgende therapeutisch relevante Fragen beantworten:

- die Natur der Sprach- bzw. Kommunikationsstörung
- Welche nicht-sprachlichen Symptome könnten vorliegen, die in der Therapie berücksichtigt werden müssen (Verhalten, Kognition)?
- Welche kognitiven Ressourcen könnten vorliegen?
- Welche Bereiche werden sich voraussichtlich im Verlauf verschlechtern?
- Kommen womöglich im Verlauf weitere kognitive bzw. sprachliche Symptome hinzu?

Differentialdiagnostik

Sprach- bzw. Kommunikationsstörungen aufgrund eines demenziellen Prozesses sind generell hinsichtlich klinischer Symptomatik, Diagnostik und Therapie von (vaskulär bedingten) Aphasien abzugrenzen, da zentrale Unterschiede in Ätiologie, Symptomatik und Verlauf bestehen. Die gängigen Bezeichnungen der Aphasiesyndrome (Broca, Wernicke, amnestisch, global) sind hinsichtlich ihrer sprachlichen Symptomatik bezogen auf gefäßbedingte Sprachstörungen und nicht anwendbar auf demenzbedingte Sprachstörungen (*Abel & Lange* 2014).

Diagnostik

Defizite und Ressourcen

Im Arbeitsfeld Demenz zielt die logopädische Diagnostik nicht nur auf die Erhebung von Defiziten, sondern insbesondere auf die Ermittlung von Ressourcen des Betroffenen ab (*Steiner & Haag* 2012, *Steiner* 2010, *Grün* 2016). Das bei Alzheimer-Demenz weitgehend intakte Altgedächtnis kann beispielsweise als Ressource genutzt werden, um die Kommunikation durch den Fokus auf Themen aus Kindheit/Jugend/junges Erwachsenenalter zu fasilitieren.

Ziele der Diagnostik

Diagnostische Ziele im sprachtherapeutischen Bereich sind:

- Identifikation von sprachlich-kommunikativen und persönlichen Ressourcen des Betroffenen, die in der Therapie genutzt werden können
- Erhebung von sprachlichen und kognitiven Beeinträchtigungen, die in der Therapie mitberücksichtigt werden müssen
- Verlaufskontrolle
- Erfassung des Schweregrades

Diagnostikverfahren

Die Verfahren aus der Aphasiediagnostik sind nur bedingt einsetzbar, da sie nicht nur rein defizitorientiert vorgehen, sondern häufig keine ausreichende Normierung für demenziell bedingte Sprachstörungen aufweisen und Betroffene überfordern könnten (*Steiner & Haag* 2012, *Knels et al.* 2017).

Eine ressourcen- und biografieorientierte Diagnostik stellt z.B. die Zürcher Demenz Diagnostik (ZDD) dar (*Steiner* 2010), eine Zusammenstellung von Frage- und Datenerhebungsbögen, die u.a. zur Anamnese und zu beobachtender Einschätzung der Kommunikation herangezogen werden können. Die ZDD erfüllt keine psychometrischen Eigenschaften bzw. formalen Gütekriterien, allerdings hat sie auch nicht das Ziel einer formalen Bewertung der Kommunikation, sondern soll u.a. die Erhebung therapierrelevanter Informationen im Rahmen einer Anamnese erleichtern. Gegenstand der Diagnostik ist dabei das Gespräch bzw. der Dialog.

Zur Erhebung des kognitiven Status eignen sich der weitgehend sprachfreie Uhrentest (*Shulman et al.* 1996) und kognitive Screenings wie z.B. der MOCA (Montrealer Cognitive Assessment, *Nasreddine et al.* 2005). Auf der englischen Webseite kann man sich den Test und die Testinstruktion in verschiedenen Sprachen herunterladen, auch auf deutsch: www.mocatest.org/paper-tests/moca-test-full/.

Therapie

Ziele der Logopädie

Die Logopädie wird hier verstanden als Intervention zur Verbesserung und Stützung von Kommunikation mit dem Ziel der Verbesserung der Lebensqualität und Teilhabe im individuellen Alltag und Lebenskontext bzw. Aufrechterhaltung der Interaktion mit dem Lebensumfeld und Vermeidung des psychosozialen Rückzugs. Aufgrund der Progredienz der Symptomatik (Degeneration) ist die Verbesserung von sprachstrukturellen Aspekten kein logopädisches Ziel in der Demenztherapie.

MERKSATZ

Nicht nur die Verbesserung, sondern auch der *Erhalt* von Fähigkeiten sind gesetzlich vorgeschriebene Rehabilitationsziele. (SGB IX)

Direkte und indirekte Therapie

Interventionen können direkt am Patienten oder indirekt am Lebensumfeld des Patienten (z.B. Kommunikationstraining von Angehörigen) erfolgen. Im Arbeitsfeld Demenz erfolgt eine Umorientierung von „symptomorientierter Therapie“ (SOT) (Arbeiten an beeinträchtigten Funktionen) hin zur „umgekehrt symptomorientierten Therapie“ (USOT, Arbeiten an (noch) erhaltenen Funktionen bzw. kompetenzerhaltendes Training) (Heidler 2007). Die USOT erfüllt hier die Funktion einer ressourcenstärkenden Therapie und dient dem Erhalt (noch) vorhandener Fähigkeiten (Grün 2016, Heidler 2007).

Wichtig ist hier das Wissen um den Demenztyp, um den potenziellen Symptomverlauf vorherzusagen. Im Verlauf ist eine Anpassung der Therapieinhalte und der Kommunikation notwendig: Es wird nicht gegen den demenziellen Prozess antrainiert, sondern immer im kompetenzerhaltenden Bereich ge-

arbeitet (Knels et al. 2017, Grün 2016, Steiner 2010). Je schwerer die Demenz, desto stärker verschieben sich die Therapieinhalte von der direkten Therapie (Arbeiten mit dem Betroffenen) zur indirekten Therapie im Sinne von Angehörigenberatung und -training (Steiner & Haag 2010).

Therapiemethoden

Die Therapieinhalte sollten für den Betroffenen sinnvoll, alltagsnah und lebensbedeutsam sein. Im Sinne der ICF sollte hier insbesondere der Therapiefokus auf aktivitäts- und teilhabeorientierte Inhalte gelegt werden (Steiner 2010, Grün 2016, Knels et al. 2017).

Mögliche direkte Interventionsmethoden umfassen KODOP (Kommunizieren – Dokumentieren – Präsentieren) (Steiner 2010), HOT (Handlungsorientierter Therapieansatz) (Reddemann-Tschaikner & Weigl 2002), ASTRAIN (Alzheimer-Sprach-Training) (Köpf 2001).

Das Kommunikationstraining TANDEM (Training für Angehörige von Alzheimerbetroffenen) zählt zu den indirekten Methoden. Hierbei werden Angehörige hinsichtlich Kommunikation darin geschult, die Schwächen des Menschen mit Demenz auf den jeweiligen Stufen zu umgehen und erhaltene Stärken gezielt fördern (Haberstroh & Pantel 2011).

ICF-orientiertes Fallbeispiel

Frau Müller (75 J., beginnende Alzheimer-Demenz) zeigt u.a. Wortfindungsstörungen im Bereich einer funktionalen Diagnostik. In der Anamnese wird klar, dass sie insbesondere gerne Märchen erzählt, wenn ihre Enkelkinder (6 und 4 Jahre) am Wochenende zu Besuch sind. Frau M. erfährt durch ihre Funktion als „Märchen-Oma“ Kompetenzgefühl, Sinnhaftigkeit und Teilhabe als Mitglied der Familie. Das reine Arbeiten am Funktionsziel Verbesserung der Wortfindung (z.B. durch allgemeine Benennübungen) sollte

von einem sinnorientierten Arbeiten an einem lebensbedeutsamen und alltagsnahen Kommunikationsziel (Erarbeiten eines Märchens) abgelöst werden.

Im weiteren Verlauf der Erkrankung kann der kommunikative Rückzug verhindert werden, indem das Thema „Märchen“, „Märchen-Oma“ als lebensbedeutsames Thema im Gespräch kommunikativ aufgearbeitet und dokumentiert wird, z.B. mittels KODOP (Steiner 2010) (Abb. 1)

Evidenz

Leitlinie Demenzen und evidenzbasierte Medizin

In den aktuellen medizinischen S3-Leitlinien „Demenzen“ (DGPPN/DGN 2016) ist die Logopädie bezüglich sprachtherapeutischer Interventionen mit einer Ausnahme (Jelcic et al. 2012) nicht vertreten – mit der Konsequenz, dass keine Empfehlung für Sprachtherapie bei Demenz ausgesprochen werden kann.

Die Gründe hierfür liegen nicht in einer fehlenden Wirksamkeit der sprachtherapeutischen Interventionen oder an einer fehlenden Studienlage: Es existiert durchaus eine Anzahl von Studien mit sprachtherapeutischen Interventionen und positivem Outcome, allerdings weist trotz Wirksamkeitsbeleg der evaluierten Intervention kaum eine Studie einen hohen Evidenzgrad auf. Qualitätsmängel betreffen insbesondere die verwendeten Studiendesigns (fehlende Kontrollgruppe, fehlende Randomisierung) und eine zu geringe Stichprobengröße.

Missverhältnis innerhalb der Studienlage zur Wirksamkeit von Logopädie bei Demenz

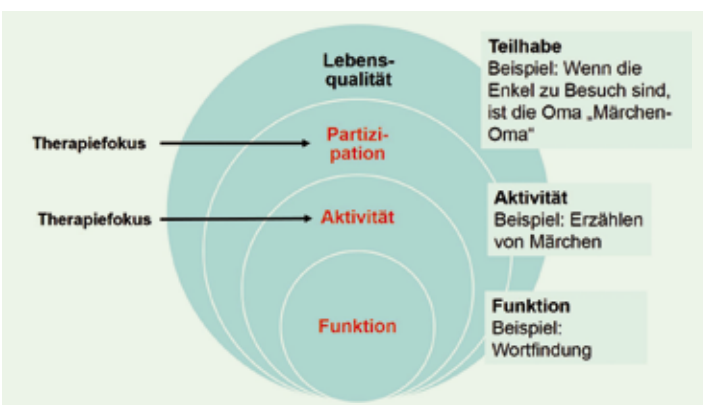
Die einzige Studie, die den in der medizinischen Forschung herrschenden Evidenzkriterien standhielt und in die Leitlinien aufgenommen wurde, ist die Untersuchung von Jelcic et al. (2012), die in einer randomisierten kontrollierten und untersuchergeblindeten Studie an 40 Patienten mit leichter Alzheimer-Demenz durch ein Training lexikalisch-semanticischer Fähigkeiten kurzzeitige Effekte auf sprachliche Funktionen (Benennen) sowie das verbale episodische Gedächtnis nachweisen konnte. Ebenfalls zeigte sich eine signifikante Verbesserung des allgemeinen kognitiven Status (Mini-Mental Status Test), die über das Follow-Up von 6 Monaten hinaus anhielt.

Natürlich ist es erfreulich, dass sich in dieser Studie eine Funktionsverbesserung gezeigt hat, allerdings stellt die Studie nur ein exemplarisches Beispiel dar für folgendes aktuell herrschendes Missverhältnis: Der überwiegende Anteil der Studien evaluiert SOT bzw. übende Maßnahmen, um ein Funktionsziel zu erreichen. Dies steht im Widerspruch zu der in der Grundlagenliteratur empfohlenen Methode der USOT bzw. der kommunikativ- und ressourcenorientierten Therapie (Steiner & Haag 2012, Steiner 2010, Grün 2016, Knels et al. 2017, Heidler 2007).

Welche Outcome-Parameter sind sinnvoll?

Im Arbeitsfeld Demenz stellt sich die Frage, wie positive Effekte durch sprachtherapeutische Intervention gemessen werden sollen.

■ **Abb. 1: Fokussierte Therapiebereiche bei Demenz innerhalb der ICF-Dimensionen (Knels et al. im Druck)**



Nach wie vor etabliert in der medizinischen Forschung im Arbeitsfeld Demenz sind z.B. Wortflüssigkeits- und Benenntests, allerdings zielen diese wieder auf die Messung der sprachstrukturellen Leistungsfähigkeit ab. Angemessene Outcome-Parameter sollten klinische und praktische Relevanz für Betroffene und Angehörige haben, aber dennoch auch gute psychometrische Qualitäten (gute Messbarkeit) aufweisen (Haberstroh et al. 2013). Um kommunikativ-orientierte sprachtherapeutische Interventionen zu evaluieren sind Skalen zur funktionellen Kommunikation ein geeigneter Outcome-Parameter (ebd.). Im deutschen Sprachraum stellt das KODEM solch ein Verfahren dar (Kümmel et al. 2014): KODEM ist ein theoriebasiertes Assessment-Instrument für Kommunikation bei Demenz, allerdings nicht im Hinblick auf Kommunikation als (Leistungs-)Fähigkeit, sondern im Hinblick auf Kommunikation als situations- und kontextbezogenes Verhalten (verbal und nonverbal). In einer Pilotstudie hat sich KODEM als ein valides und reliables Instrument erwiesen (ebd.). Es zeigt sehr gutes Potenzial als Messverfahren zur Evaluation bei Therapiestudien, da hiermit auch Veränderungen auf der Ebene der Aktivität bzw. Teilhabe gemessen werden.

Fazit

Die Herausforderung an die Logopädie im Arbeitsfeld Demenz ist das Umdenken: Der Fokus geht weg von der Diagnostik und Therapie bzw. Training sprachstruktureller Funktionsdefizite und hin zu kommunikativ-orientierten, kompetenzerhaltenden und ressourcenstärkenden Methoden, die in Übereinstimmung mit der ICF insbesondere Aktivität und Teilhabe ansprechen. Die Logopädie hat bereits das erforderliche Handwerkszeug, allerdings existieren gerade bei diesen Therapieansätzen keine ausreichenden Wirksamkeitsbelege. Insbesondere randomisierte kontrollierte Studien sind im Arbeitsfeld Demenz nach wie vor Mangelware. Das Ziel muss sein, bestehende Therapieverfahren methodisch sauber zu evaluieren, um die Logopädie in der Forschungslandschaft zu positionieren.

LITERATUR

- Abel, S. & Lange, I. (2014). Sprachstörungen nach Schlaganfall und bei Demenz: Wie bedeutsam sind die Unterschiede für die Logopädie? *Sprache Stimme Gehör* 38 (2), 86-91
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (2016). *Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen*. www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf (01.08.2017)
- DGPPN/DGN (2016). *S3-Leitlinie Demenzen*. AWMF 038-013. www.dgn.org/images/red_leitlinien/LL_2016/PDFs_Download/038013_LL_Demenzen_2016.pdf (01.08.2017)
- Georges, J., Jansen, S., Jackson, J., Meyrieux, A., Sadowska, A. & Selmes, M. (2008). Alzheimer's disease in real life – the dementia carer's survey. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 23 (5), 546-551
- GKV-HIS (2008-2015). *Heilmittel-Schnellinformation nach §84 Abs. 5 i.V.m. Abs. 8 SGB V. Bundesbericht Januar – Dezember*. www.gkv-heilmittel.de/fuer_vertragsaerzte/his_berichte/his_berichte.jsp (01.08.2017)
- Grün, H. (2016). Sprachtherapeutische Möglichkeiten bei Menschen mit Demenz. *Forum Logopädie* 30 (5), 18-21
- Haberstroh, J. & Pantel, J. (2011). *Kommunikation bei Demenz – TANDEM Trainingsmanual*. Berlin: Springer
- Haberstroh, J., Wollstadt, P., Knebel, M., Oswald, F., Schröder, J. & Pantel, J. (2013). Need for and challenges facing functional communication as outcome parameter in AD clinical trials. *Alzheimer Disease & Associated Disorders* 27 (4), 293-301
- Heidler, M.D. (2007). Kognitive Dysphasien – Klassifikation, Diagnostik und Therapie nichtaphasischer zentraler Sprachstörungen. *Forum Logopädie* 21 (1), 20-27
- Hoffmann, E., Romeu Gordo, L., Nowossadeck, S., Simonson J. & Tesch-Römer, C. (2017). *Lebenssituation älterer Menschen in Deutschland*. DZA-Fact-Sheet. Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA), www.dza.de/fileadmin/dza/publications/Fact_Sheet_Lebenssituation_%C3%84lterer_DZA_05-2017_DE.pdf (01.08.2017)
- Jelcic, N., Cagnin, A., Meneghello, F., Turolla, A., Ermani, M. & Dam, M. (2012). Effects of lexical-semantic treatment on memory in early Alzheimer's disease: an observer-blinded randomized controlled trial. *Neurorehabilitation and Neural Repair* 26 (8), 949-956
- Knels, C., Grün, F. & Schuster, P. (im Druck). *Sprache und Ernährung bei Demenz*. Stuttgart: Thieme
- Köpf, G. (2001). *ASTRAIN. Das Alzheimer Sprach-Training*. Oberhausen: Laufen
- Kümmel, A., Haberstroh, J. & Pantel, J. (2014). CODEM instrument – developing a tool to assess communication behaviour in dementia. *GeroPsych* 27 (1), 23-31
- Nasreddine, Z.S., Phillips, N.A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J.L. & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society* 53 (4), 695-699
- Reddemann-Tschaikner M. & Weigl, I. (2002). *HOT – ein handlungsorientierter Therapieansatz für Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen*. Stuttgart: Thieme
- Shulmann, K.I., Gold, D.P., Cohen, C.A. & Zuccherro, C.A. (1993). Clock-Drawing and dementia in the community: a longitudinal study. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 8 (6), 487-496
- Steiner, J. & Haag, F. (2012). Demenzerkrankungen: Auftrag an die Logopädie. *Sprache Stimme Gehör* 36 (3), e60-e64
- Steiner, J. (2010). *Sprachtherapie bei Demenz – Aufgabengebiet und ressourcenorientierte Praxis*. München: Reinhardt

DOI dieses Beitrags (www.doi.org)

10.2443/skv-s-2017-53020170605

Autorin

Prof. Dr. Christina Knels
MSH Medical School Hamburg
University of Applied Sciences and Medical University
Am Kaiserkai 1
20457 Hamburg
christina.knels@medschool-hamburg.de

SUMMARY. Language therapy in dementia in Germany – what do we have, what do we need?

Impairments of language and communication due to dementia will continue to play an increasing role in the future. For effective diagnosis and therapy speech therapists require specific knowledge about the different types of dementia particularly with regard to the composition and progression of the symptoms of both language and cognition. Diagnosis and therapy focus on identifying and consolidating communicative resources. Therapy should be meaningful (from the patients view) and focused on everyday life activities. Current studies on interventions in dementia therapy do not reflect those principles.

KEY WORDS: resource-oriented versus deficit-oriented – direct and indirect therapy – S3 clinical practice guidelines "Demenzen" – evidence-based practice – functional communication as outcome parameter

Logopädie in palliativen Situationen

Logopädischer Handlungsspielraum illustriert an Praxisbeispielen aus der Schweiz

Heike Rack Huser, Nicole Bruggisser

ZUSAMMENFASSUNG. Die Logopädie hat auch in palliativen Situationen einen wichtigen Beitrag zu leisten. Kommunikation und Schlucken sind zwei Anliegen, die für Patienten mit einer schwerwiegenden Krankheit auch am Lebensende eine zentrale Rolle spielen. Anhand von Praxisbeispielen werden mögliche Aufgaben der Logopädie aufgezeigt. Dabei sind ein Bewusstsein für die spezielle Situation der Patienten und ihrer Familien, die multiprofessionelle Zusammenarbeit, spezifische Weiterbildung und knappe Ressourcen die zentralen Herausforderungen für Therapeuten.

Schlüsselwörter: Palliative Care – Kommunikation – Schlucken – lebensbedrohliche Krankheit – Logopädie – multiprofessionelle Zusammenarbeit

Hintergrund

Die Dienste der Logopädie sind in der Palliative Care zunehmend gefragt. Der Begriff „palliativ“ stammt vom lateinischen „pallium“, Mantel. Palliativ bedeutet in Medizin und Pflege, die Beschwerden einer Krankheit zu lindern, aber nicht zwingend die Ursachen zu bekämpfen. „Der englische Begriff *care* kann mit ‚Fürsorge, Pflege im umfassenden Sinn‘ übersetzt werden. Er steht somit für Versorgung im Sinne einer ganzheitlichen Betreuung, Begleitung, Pflege und Therapie“ (Agbi 2010, 200).

Die Palliative Care wird in der öffentlichen Wahrnehmung manchmal auf die Behandlung von Patienten am Lebensende reduziert. Sie ist aber eine viel weiter gefasste medizinisch-therapeutische Kunst. Der Direktor des Bundesamtes für Gesundheit der Schweiz formuliert es so: Die Palliativmedizin z.B. am Universitätsspital Lausanne kommt „als selbstständige Abteilung immer dann zum Zug, wenn eine Patientin oder ein Patient mit der Diagnose einer unheilbaren Krankheit konfrontiert ist – unabhängig von der verbleibenden Lebenserwartung und nicht erst, wenn alle anderen medizinischen Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft sind. Dies erlaubt den Beteiligten, die noch zur Verfügung stehende Lebenszeit gemeinsam zu ‚planen‘. Ein interprofessionelles Team medizinischer Fachpersonen diskutiert die verschiedenen Behandlungsoptionen mit den Betroffenen; gemeinsam legen sie das weitere Vorgehen fest.“ (Strupler 2017, 9).

Stellenwert der Logopädie

Im Kontext einer guten Palliative Care, die ein interprofessionelles Team verlangt, ist die Logopädie vor allem in den Bereichen Schlucken und Kommunikation ein wichtiger Bestandteil. Kommunikation sowie Essen und Trinken sind zwei zentrale menschliche Anliegen und auch bei unheilbar schwerer Krankheit und am Ende des Lebens entscheidend.

Bei neurodegenerativen Krankheiten wie z.B. Amyotrophe Lateralsklerose (ALS) tritt die Logopädie in sich laufend ändernden Herausforderungen beratend und unterstützend für alle bulbären Belange auf (Majmudar 2014). Auch bei Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren mit den direkten Auswirkungen von Hals-Nasen-Ohren-Operationen und kurz- und langfristigen Bestrahlungsfolgen ist sie von Anfang an involviert (Shuman 2012).

Die Therapie ist nicht auf Wiederherstellung ausgerichtet, sondern auf einen guten Umgang mit den oft schwerwiegenden Folgen. Sie unterstützt sowohl Patienten als auch ihre Angehörigen und das Betreuungsteam. Die interprofessionelle Kommunikation ist hier eine Chance zu gegenseitigem Lernen (Pollens 2012).

Statt dem vertrauten logopädischen Fokus der Rehabilitation mit dem Ziel einer bestmöglichen Erholung steht in der Palliative Care die Symptomlinderung und damit die Lebensqualität im Zentrum (Freudrich et al. 2014). Zusätzliches Wissen ist notwendig, Reflexion und Bewusstsein über die eigenen Überzeugungen zum Umgang mit einer

Heike Rack Huser ist dipl.

Logopädin am Kantonsspital Baden¹ in der Schweiz. Dort ist sie Mitglied des Ethikforums und der Arbeitsgruppe Palliative Care. Ihr Logopädiestudium an der Hochschule für Heilpädagogik in Zürich schloss sie 2008 ab.



Nicole Bruggisser (MSc) ist

Leiterin Logopädie am Kantonsspital Baden¹ in der Schweiz. Sie schloss das Logopädiestudium an der Universität Fribourg 1995 ab und absolvierte 2015 den Master of Science in Evidence Based Practice an der Newcastle University in Großbritannien.



schweren Krankheit bis hin zum Umgang mit dem Thema Sterben sind Herausforderungen für den Therapeuten.

Von ärztlicher Seite wird der Einbezug der Logopädie sehr begrüßt: Die Logopädie bei Schluckstörungen dient dem Erhalt von Selbstständigkeit, Selbstbewusstsein und Würde auch bei gleichzeitiger Sondenernährung. Im Umgang mit tracheotomierten Patienten ist ihr Spezialwissen im Palliativteam unabdingbar (Büntzel 2013). Orale Ernährung bei Hals-Nasen-Ohren-Patienten mithilfe von Logopäden und die damit verbundene soziale Einbettung sollte immer bevorzugt werden (Büntzel 2014).

Oft machen sich Angehörige Sorgen über die geringe Essensmenge am Lebensende. Es ist wichtig, diese Angst zu relativieren und das wenige (genussreiche) Essen als eine liebevolle Interaktion umzudeuten. Auch Angst vor dem Verdursten wird oft geäußert. Auf-

¹ Am Kantonsspital Baden werden in der Logopädie stationäre und ambulante Patienten mit allen Krankheitsbildern behandelt. Es wird eine palliative Komplextherapie im multiprofessionellen Team angeboten.

klärung über die physiologischen Prozesse ist wichtig – Durstgefühl hängt meist mit trockener Mundschleimhaut zusammen und kann mit Mundpflege gut befriedigt werden. Flüssigkeitszufuhr ist dagegen eher schädlich, da sie bei eingeschränkter Nierenfunktion zu Einlagerung in die Lunge und Atemnot führen kann (Borasio 2013, 203). Beratung kann auch nötig sein beim Schlucken von Medikamenten. Der Einsatz von Sondenernährung muss je nach Stadium einer Krankheit sorgfältig abgewogen werden; beispielsweise sind PEG-Sonden bei Patienten mit fortgeschrittener Demenz kontraindiziert: mehr Komplikationen und sogar früherer Tod bei schlechterer Lebensqualität (Mitchell 2017). Im Hinblick auf die Kommunikation kann es eine entscheidende Unterstützung sein, hilfreiche Kommunikationsstrategien und alternative Methoden zu suchen und gemeinsam mit den Angehörigen einzuüben – dies z.B. bei einem Patienten mit Hirntumor und Aphasie. Die Kommunikation ist hier nicht nur für Alltagssituationen, sondern auch im Hinblick auf die Äußerung von Wünschen und die Entscheidungsfindung über das Therapievorgehen und die Betreuungsplanung ein zentraler Faktor (Pollens 2012). In welcher Form die Logopädie bei verschiedenen Krankheiten zum Tragen kommt, zeigt Abb. 1 (nicht abschließend). In allen diesen Situationen ist eine offene und regelmäßige Kommunikation mit den Betroffenen, den Angehörigen und im Team essenziell. Wenn es nicht in erster Linie um die Dauer des Überlebens, sondern um das Wohlbefinden geht, verändern sich fast täglich die individuellen Ziele. Das Maß für eine gute, flexible therapeutische Intervention ist die individuelle Zufriedenheit von Patient und Familie (Montagnini & Javier 2017).

■ **Abb. 1: Einsatzmöglichkeiten der Logopädie in palliativen Situationen**

Krankheitsbilder	Fokus Kommunikation	Fokus Schlucken	Beispielbelege
Neurodegenerative Erkrankungen: Amyotrophe Lateralsklerose, M. Parkinson und atypische Parkinsonsyndrome, Multiple Sklerose, Chorea Huntington, Myasthenia gravis	Dysarthrophonie	Dysphagie	Galvez-Jimenez 2017, Suchowersky 2016, Oliver & Veronese 2017, Goldsmith & Kurash Cohen 2016
Neurologische Krankheiten: Hirnschlag, Hirntumor, frontotemporale Demenz	Aphasie, Dysarthrophonie, faciale Parese	Dysphagie	Lee & Miller 2016, Goldsmith & Kurash Cohen 2016
Fortgeschrittene Demenz	Kommunikationseinschränkung	Dysphagie	Mitchell 2017
Kopf-Hals-Tumoren	Artikulationsstörung, Stimmstörung	Dysphagie, Trachealkanülenmanagement	Lewin et al. 2016, Granda-Cameron et al. 2010
Tumoren im Thoraxbereich, Lungenkrankheiten, Krankheiten im Magen-Darm-Trakt	Stimmstörung (bei Befall des Nervus recurrens)	Dysphagie	Granda-Cameron et al. 2010, Goldsmith & Kurash Cohen 2016
Ältere Patienten mit Mehrfachkrankheiten, Gebrechlichkeit		Dysphagie	Goldsmith & Kurash Cohen 2017
Patienten mit komplexen Erkrankungen und Komplikationen auf der Intensivstation		Dysphagie, Trachealkanülenmanagement	Goldsmith & Kurash Cohen 2017

Logopädische Praxisbeispiele

Folgende Praxisbeispiele sollen die vielfältigen Formen logopädischen Handelns in palliativen Situationen aufzeigen. Dabei steht jeweils nicht (mehr) der kurative Gedanke im Vordergrund, sondern vielmehr die Frage, wie und mit welchen Maßnahmen die subjektiv empfundene Lebensqualität der Betroffenen verbessert werden kann.

Patient mit Gaumenkarzinom

Herr P. (75 J.) mit Karzinom des harten Gaumens wird zunächst in die ambulante Therapie überwiesen für eine Beratung bei Mundtrockenheit (Xerostomie) nach Radiotherapie. Aufgrund einer ebenfalls tumorbedingten Sensibilitätsschwäche ist die Zungenmotilität so sehr eingeschränkt, dass eine kontrollierte orale Verarbeitung und der Transport von festen Konsistenzen sowie Flüssigkeit stark beeinträchtigt sind. In der Therapie werden zunächst Empfehlungen zur Behandlung der Mundtrockenheit abgegeben (Abb. 2) sowie das selbstständig durchführbare Mobilisieren der Zunge instruiert.

Im Verlauf spitzt sich die Ernährungssituation zu und Patient wie Angehörige stoßen an ihre Belastungsgrenzen. Es kommt zu mehrfachen Hospitalisationen, Herr P. wird schließlich in das palliative Komplexprogramm aufgenommen. Im Rahmen des wöchentlich stattfindenden interprofessionellen Reports werden die fragile häusliche Situation sowie die erschwerte Ernährungssituation thematisiert. Die Einlage einer PEG-Sonde rückt in den Fokus und wird mit dem Patienten und den Angehörigen diskutiert. Parallel hierzu wird in der Logopädie geschaut, welche Angebote peroral noch möglich sind. Zusammen mit dem Care Manage-

■ **Abb. 2: Therapeutische Interventionsmöglichkeiten beim Speichelmanagement (Auszug)**

Symptom	Mögliche Intervention
zu viel Speichel (Sialorrhoe)	<ul style="list-style-type: none"> Mundpflege mit Salbeitee roten Traubensaft trinken oder Mund damit befeuchten
zäher Speichel	Mundspülungen mit <ul style="list-style-type: none"> Ananassaft / Papayasaft (enthält proteinspaltende Enzyme) Thymian-/Salbeitee
zu wenig Speichel (Xerostomie)	<ul style="list-style-type: none"> regelmäßige Mundpflege sowie dosierte Applikation von Flüssigkeit via Mundspray glycerinhaltige Pastillen lutschen

Alle Maßnahmen beruhen auf klinischer Erfahrung und verstehen sich als Ergänzung zu einer angepassten pharmakologischen Therapie in Absprache mit dem behandelnden Arzt.

ment werden entlastende Maßnahmen wie tägliche Unterstützung durch die örtliche Spitex¹ sowie ein Entlastungstag in einer spezialisierten Pflegeeinrichtung in die Wege geleitet. Der Patient freut sich während des Spitalaufenthaltes über die täglichen Bewegungsangebote der Physiotherapie. Er und seine Partnerin zeigen sich zudem dankbar für die psychoonkologische Begleitung auch über den Spitalaufenthalt hinaus.

Patientin mit M. Parkinson

Frau K. (89 J.) mit M. Parkinson, dementieller Entwicklung und frischem Hirnschlag links leidet unter anhaltender Vigilanzminderung. In den seltenen wachen Momenten klagt sie regelmäßig über Durstgefühl bei hochgradi-

2 „Spitex“ ist eine Sammelbezeichnung für verschiedene Formen spitalexterner Angebote der Gesundheitsversorgung in der Schweiz.

ger Aspirationsgefahr für alle Konsistenzen. Wegen Dyspnoe mit Atemaussetzern wird sie über eine Nasenbrille mit zusätzlichem Sauerstoff versorgt, Medikamente und Flüssigkeit werden intravenös verabreicht. Im Verlauf des Spitalaufenthaltes zeigt sich wenig Erholungspotenzial.

Im Gespräch mit Angehörigen, dem Arzt- und Pflegedienst sowie der Logopädie einigt man sich auf ein palliatives Procedere. Das pflegerische wie logopädische Augenmerk liegt nun auf der Bekämpfung des Durstgefühls. Durstgefühl in der Sterbephase hängt meist nicht mit der Menge der zugeführten Flüssigkeit, sondern mit Trockenheit der Mundschleimhäute zusammen. Die Nasenbrille und intravenöse Versorgung werden entfernt. Stattdessen wird regelmäßige Mundpflege durchgeführt und Mundspray appliziert, was Frau K. in wachen Momenten sichtlich genießt, sie wirkt ruhiger und entspannter und stirbt schließlich in den folgenden Tagen.

Patientin mit Hirntumor

Bei Frau C. (36 J.) mit Glioblastom (Hirntumor) links fronto-temporal und motorischer Hemiparese rechts kommt es zu einer schweren Aphasie, die die Kommunikation mit ihr mas-

siv einschränkt. So sind nicht nur der mündliche Ausdruck, sondern auch das Verstehen, Lesen und Schreiben stark betroffen. Frau C. zeigt sich sehr antriebsvermindert. Sie lebt auf einem Bauernhof umgeben von vielen Tieren und wird liebevoll von ihrem Partner umsorgt, der die Pflege auch während des stationären Aufenthaltes in symbiotischer Art und Weise versucht aufrechtzuerhalten. Hier besteht der logopädische Auftrag zunächst darin, vor allem dem Partner wie auch den Angehörigen bezüglich der Möglichkeiten und v.a. Grenzen der zu erwartenden sprachlichen Entwicklung beratend zur Seite zu stehen.

Im Rahmen einer retrospektiv durchgeführten Supervision zu diesem Fall, wie sie im Referenzdokument für stationäre spezialisierte Palliative Care in der Schweiz (*palliative.ch* 2017) vorgegeben werden, zeigt sich später, wie groß die Risiken für Umfeld wie Behandlungsteam sind, sich von Hypothesen und Interpretationen leiten zu lassen. Dies trifft insbesondere bei stark eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit der Hauptbetroffenen zu. Der multidisziplinäre „Blick“ auf die Patientin trägt entscheidend dazu bei, diese Risiken frühzeitig zu erkennen und professionell damit umzugehen.

Patient mit Sepsis und Critical Illness Polyneuropathie

Herr A. (67 J.), tracheotomiert aufgrund von Speichelschluckunfähigkeit nach einer Sepsis und der neurologischen Komplikation Critical Illness Polyneuropathie, wird von der Intensivstation auf die Normalstation verlegt mit Entscheidung zur palliativen Behandlung. Die Angehörigen sind rund um die Uhr anwesend, zur Ermöglichung der Kommunikation kommt die Logopädin zum Entblocken der Trachealkanüle und Anwendung des Sprechventils.

Herr A. ist zuerst nicht ansprechbar, wird aber durch das Zureden und das Gebet seiner Tochter in seiner Sprache kurz wach und versucht murmelnd Antwort zu geben. Es ist viel Intimität spürbar, und die ratsuchende Tochter schätzt die Ermutigung zu hören, dass ihr Vater auch bei wenig Reaktion ihre Kontaktaufnahme sicher wahrnimmt. Wenige Stunden später stirbt er. In der auch für die Logopädin intensiven Situation wird anschaulich, wie die verschiedenen palliativen Ebenen (körperlich, psychisch, sozial, spirituell) auch in den letzten Lebensstunden in logopädisches Handeln einfließen können.

Palliative Care in der Schweiz

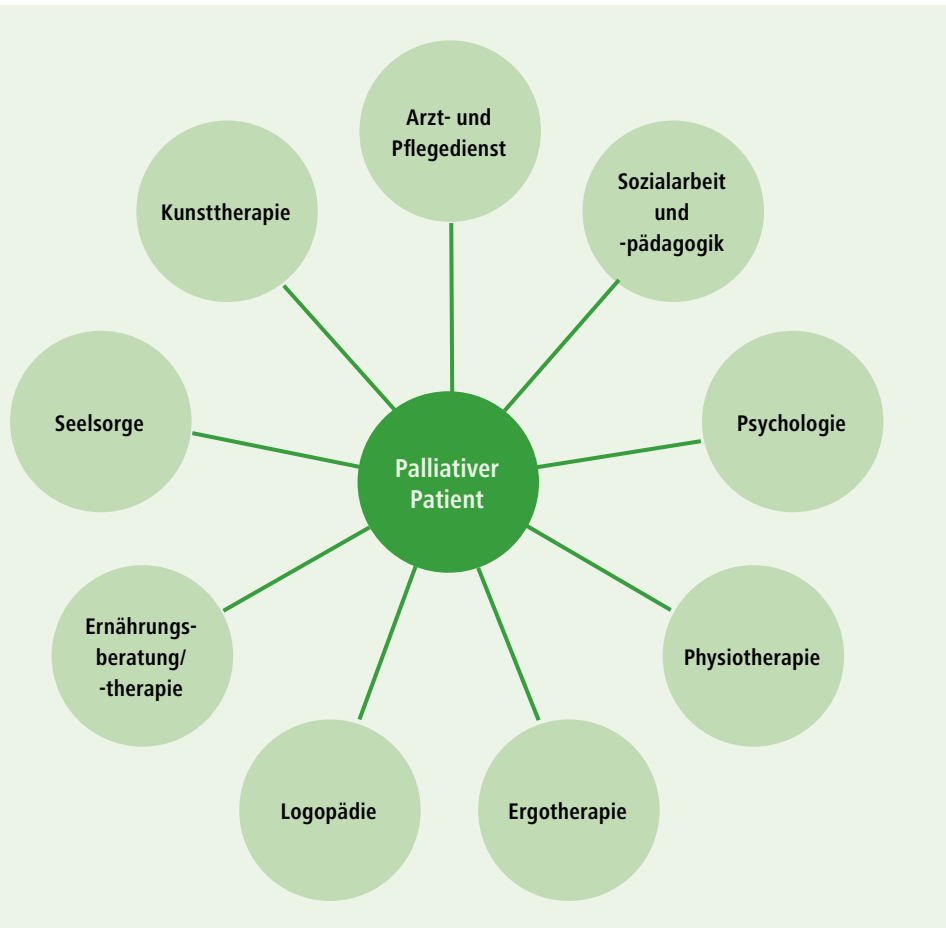
In der Schweiz existieren mehrere spezialisierte palliative Dienste, einerseits stationäre in Akutspitälern und Langzeitpflegeinstitutionen, andererseits mobile Konsiliardienste (www.palliative.ch). Die Vergütung für palliativmedizinische Leistungen ist – wohl aus gesellschaftspolitischen Gründen – unbefriedigend, obwohl im Vergleich zur Spitzenmedizin eine günstigere und patientengerechte Betreuung angeboten wird.

Die Logopädie ist v.a. im akutstationären Bereich ein Teil des Palliativteams und wird – via ärztliche Verordnung – nach Bedarf in Anspruch genommen. Das schweizerische System der Fallpauschalen sieht palliativmedizinische Komplexprogramme vor, in die Patienten in einer kritischen Situation eingeschlossen werden können. Mithilfe des Programms soll das Ziel erreicht werden, mit guter Unterstützung nach Hause oder in eine weiterführende Institution wie ein Hospiz oder Pflegeheim gehen zu können. In vielen Spitälern sind solche Spezialstationen vorhanden oder im Aufbau, und der Einbezug der Logopädie nimmt zu.

Vorgaben gemäß schweizerischer Operationsklassifikation

Die schweizerische Operationsklassifikation (CHOP 2017) hält in Art. 93.8A.2 fest: „Aktive, ganzheitliche Behandlung zur Symptom-

■ Abb. 3: Involvierte Disziplinen auf palliativen Stationen (CHOP 2017)



Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

kontrolle und psychosozialen Stabilisierung von Patienten mit einer progredienten, fortgeschrittenen Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung in einem dem Gesamtzustand des Patienten gerechten Zimmer. Vorausschauende und situationsbezogene Entscheidungsfindung mit allfälligem Einbezug von Spezialisten.“

Für palliativmedizinische Komplexbehandlungen schreibt die CHOP lediglich ein multidisziplinäres Behandlungsteam vor, in dem Logopädie nicht explizit erwähnt wird, jedoch Teil des Behandlungsteams sein kann. Auf spezialisierten Palliativeinheiten mit kontinuierlicher 24-stündiger Behandlung sieht die CHOP hingegen den Einsatz eines multidisziplinären, interprofessionellen, auf die besonders aufwändige und komplexe Palliativbehandlung spezialisierten Behandlungsteams inklusive Logopädie vor. Das Palliativteam ist in Abb. 3 dargestellt. Präzise Mindestkriterien der Struktur regelt das Referenzdokument für stationäre spezialisierte Palliative Care (*palliative.ch* 2017).

Schlussfolgerung

Kommunikation und Schlucken sind zwei zentrale Anliegen von Patienten speziell auch

in palliativen Situationen. In einer Untersuchung rangierte beides unter den 10 wichtigsten Anliegen solcher Patienten (*Pollens* 2012). Logopäden sind für diese Gebiete Experten und sollten ihre Dienste in kritischen Krankheitssituationen anbieten. Lebensbedrohliche, fortschreitende Krankheiten sind eine spezielle Herausforderung für alle Betroffenen. Dies wird auch international anerkannt: Eine Untersuchung in allen englischsprachigen Ländern führte zum Plädoyer für mehr Forschung, Weiterbildung und finanzielle Ressourcen (*O'Reilly* 2015).

Dem Leiden der Patienten am Verlust von Unabhängigkeit und von wichtigen Funktionen kann durch Therapieangebote oft begegnet werden. Indem individuelle Ziele und Vorlieben berücksichtigt werden, sollen Patienten befähigt werden, mit ihrer Krankheit umzugehen (*Montagnini* 2017).

Es ist wichtig, die Chancen der Logopädie aufzuzeigen: durch Präsenz und gute Kommunikation im interprofessionellen Team, durch eine gute Betreuung der Patienten und ihrer Familien, durch eigene Weiterbildung und Supervision und die Schulung anderer Berufsgruppen über die Angebote im logopädischen Spezialgebiet.

LITERATUR

Agbiih, S., Gerling, A., Giese, C., Heubel, F., Hildebrandt-Wiemann, H., Hofmann, I. & Koch, C. (2010). *Essen und Trinken im Alter*. Pflegeothek. Berlin: Cornelsen

Borasio, G.D. (2013). *Über das Sterben. Was wir wissen – was wir tun können – wie wir uns darauf einstellen*. München: C.H. Beck

Büntzel, J. (2014). Palliativmedizin in der HNO-Heilkunde. *HNO* 62 (5), 335-341

Büntzel, J., Büntzel, H. & Micke, O. (2013). Integrative Behandlungsansätze in der Palliativmedizin. *Der Onkologe* 19 (9), 762-767

CHOP 2017 – *Schweizerische Operationsklassifikation 2017 – Systematisches Verzeichnis*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen.assetdetail.502421.html> (22.08.2017)

Freudrich, L., Sommer, J. & Tisch, W. (2014). Logopädie in der Palliativmedizin. *Forum Logopädie* 28(6), 35-41

Galvez-Jimenez, N. (2017). Symptom-based management of amyotrophic lateral sclerosis. *UpToDate review*. www.uptodate.com/contents/symptom-based-management-of-amyotrophic-lateral-sclerosis (22.08.2017)

Goldsmith, T. & Kurash Cohen, A. (2016). Swallowing disorders and aspiration in palliative care: assessment and strategies for management. *UpToDate review*. www.uptodate.com/contents/swallowing-disorders-and-aspiration-in-palliative-care-assessment-and-strategies-for-management (22.08.2017)

Z A R B

Ein ideales Hilfsmittel für die Logopädie

ZARB erstellt Übungen zu Textverständnis und -reproduktion, zu Phonologie, zu Syntax/Morphologie oder auch Wortfindung.

legeipS

Buch	Augen	riechen
Buc_	Ohren	sehen
Bu__	Nase	hören
B___		

W O R T

E S W A R E I N M A L

In Microsoft Word oder OpenOffice Writer integriert stellt die Software über 60 Funktionen zur Verfügung: Rätsel, Wortformen- und Zuordnungsübungen, Geheimschriften, Lücken- und Umstellübungen entstehen aus beliebigen Texten ganz einfach per Mausclick.

hans
zybura
software

Waldquellenweg 52 · 33649 Bielefeld
Fon 0521.453 66590 · Fax 0521.453 66559
info@zybura.com · www.zybura.com




THEORG ist die perfekte Software für die Verwaltung von physiotherapeutischen, ergotherapeutischen und logopädischen Praxen sowie für Reha- und Gesundheitszentren.

Dazu gehören vielseitige Funktionen, regelmäßige Updates und ein umfassender Service.

Durch den modularen Aufbau passt THEORG immer – egal, wie groß oder klein Ihre Praxis ist. Damit ist THEORG auch für Existenzgründer die richtige Wahl.

Eben THEORG – einfach, durchdacht, praxistauglich.



THEORG

Die perfekte THErapieORGanisation

Weitere Informationen finden Sie unter www.theorg.de

SOVDWAER GmbH
Frankstraße 5
71636 Ludwigsburg
Tel. 0 71 41 / 9 37 33-0
info@sovdwaer.de

Fachpublikationen
Arbeitsmaterialien
Fachzeitschriften



Therapieintensität in der Sprachtherapie/Logopädie

Für die Effektivität einer Therapie ist die Therapieintensität entscheidend. Dieses Buch erläutert die verschiedenen Faktoren der Therapieintensität und stellt sie in einem Modell dar. Eine Übersicht über Intensitätsempfehlungen zur Behandlung logopädischer Störungsbilder auf Basis aktueller Studienergebnisse – ergänzt durch Angaben aus Leitlinien und Rehabilitationsstandards – hilft Therapeuten, die wissenschaftlich fundierten Evidenzen in die Praxis zu überführen.

Holger Grötzbach (Hrsg.), 1. Auflage 2017,
kartoniert: ISBN 978-3-8248-1206-6, 256 Seiten,
E-Book: ISBN 978-3-8248-9987-6, PDF, 2.324 KB,
EUR 33,50 [D]

Leseprobe/Inhaltsverzeichnis:
www.schulz-kirchner.de/fileslp/groetzbach_therapieintensitaet.pdf



www.schulz-kirchner.de/shop | bestellung@schulz-kirchner.de | Tel. +49 (0) 6126 9320-13



Schulz-Kirchner Verlag

Goldsmith, T., Kurash Cohen, A. (2017). Swallowing disorders and aspiration in palliative care: definition, consequences, pathophysiology, and etiology. *UpToDate review*. www.uptodate.com/contents/swallowing-disorders-and-aspiration-in-palliative-care-definition-consequences-pathophysiology-and-etiology (22.08.2017)

Granda-Cameron, C., DeMille, D., Lynch, M.P., Huntzinger, C., Alcorn, T., Levicoff, J., Roop, C. & Mintzer, D. (2010). An interdisciplinary approach to manage cancer cachexia. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 14 (1), 72-80

Lee, S.E. & Miller, B.L. (2016). Frontotemporal dementia: treatment. *UpToDate review*. www.uptodate.com/contents/frontotemporal-dementia-treatment (22.08.2017)

Lewin, J.S., Teng, M.S. & Kotz, T. (2016). Speech and swallowing rehabilitation of the patient with head and neck cancer. *UpToDate review*. www.uptodate.com/contents/speech-and-swallowing-rehabilitation-of-the-patient-with-head-and-neck-cancer (22.08.2017)

Majmudar, S., Wu, J. & Paganoni, S. (2014). Rehabilitation in amyotrophic lateral sclerosis: why it matters. *Muscle & Nerve* 50 (1), 4-13

Mitchell, S.L. (2017). Palliative care of patients with advanced dementia. *UpToDate review*. www.uptodate.com/contents/palliative-care-of-patients-with-advanced-dementia. (22.08.2017)

Montagnini, M. & Javier, N.M. (2017). Physical therapy and other rehabilitation issues in the palliative care setting. *UpToDate review*. www.uptodate.com/contents/physical-therapy-and-other-rehabilitation-issues-in-the-palliative-care-setting (22.08.2017)

O'Reilly, A.C. & Walshe, M. (2015). Perspectives on the role of the speech and language therapist in palliative care: an international survey. *Palliative Medicine* 29 (8), 756-761

Oliver, D. & Veronese, S. (2017). Palliative approach to Parkinson disease and parkinsonian disorders. *UpToDate review*. www.uptodate.com/contents/palliative-approach-to-parkinson-disease-and-parkinsonian-disorders (22.08.2017)

palliative.ch – Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung (2017). *Referenzdokument für stationäre spezialisierte Palliative Care, Version 3.0 vom 01.01.2017*. www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/publikum/2_PalliativeCare/Referenzdokument_spez_Palliative_Care_D_Version_3_0_def.pdf (22.08.2017)

SUMMARY. Speech and language therapy in palliative situations

Speech and language therapy contributes fundamentally in palliative situations. Communication and swallowing are two vital concerns for patients with severe diseases towards the end of life. Practical examples should help to illustrate the field of activity within speech and language therapy. The challenges for therapists are to create increasing awareness for the particular situation of patients and their families, to cooperate in multiprofessional teams, to follow further specific education as well as to take into account limited resources.

KEY WORDS: palliative care – communication – swallowing – life-threatening illness – speech and language therapy – multiprofessional cooperation

Vorschau

In der Januar-Ausgabe sind folgende Beiträge geplant:

- Wortschatzentwicklung in einem diglossischen Umfeld – eine Studie in Kindergärten in Basel-Stadt
- FOCUS-G – neues Assessment der kommunikativen Partizipation bei Klein- und Vorschulkindern
- Deutscher Mutismus Test (DMT-KoMut) – Erste Ergebnisse
- Entwicklung der Theory of Mind bei hörgeschädigten Kindern – eine Pilotstudie
- Auswirkung der Isolierbarkeit von isolierten Phonen auf die weitere phonologische Entwicklung – eine Langzeitstudie

Pollens, R.D. (2012). Integrating speech-language pathology services in palliative end-of-life care. *Topics in Language Disorders* 32 (2), 137-148

Shuman, A.G., Fins, J.J. & Prince, M. (2012). Improving end-of-life care for head and neck patients. *Expert Review of Anticancer Therapy* 12 (3), 335-343

Strupler, P. (2017). Das Sterben gemeinsam planen. *Neue Zürcher Zeitung* 238, 9

Suchowersky, O. (2016). Huntington disease: Management. *UpToDate review*. www.uptodate.com/contents/huntington-disease-management (22.08.2017)

DOI dieses Beitrags (www.doi.org)

10.2443/skv-s-2017-53020170606

Korrespondenzadresse

Heike Rack Huser
 Nicole Bruggisser
 Logopädie
 Kantonsspital Baden AG
 CH-5404 Baden
 logopaedie@ksb.ch

K-M-A
**Kölner Mutismus
 Anamnesebogen**



NEU!
 Freeload auf
boris-hartmann.de

**Institut
 für Sprachtherapie
 Dr. Boris Hartmann**

Unsere Angebote für Sie:

- Mutismus-Sprechstunde
- Intensivberatung
- SYMUT®
- 3 Diagnostikbögen
- Fortbildungen und LV

Petersenstr. 20
 51109 Köln
 Tel.: +49 221 844855
 Fax: +49 221 8807457

Starke Stimmen für LogopädInnen: Die Berufsverbände

Die Berufsverbände aus Deutschland, Liechtenstein, Österreich und der Schweiz eint das gemeinsame Ziel, die beruflichen, ethischen, wirtschaftlichen und sozialen Interessen ihrer Mitglieder zu vertreten. Alle Verbände sind als Vereine organisiert, wobei die rechtlichen Rahmenbedingungen in den deutschsprachigen Ländern nicht gleich sind. Dies wird auch an den kleineren und größeren Unterschieden der Verbände und der Aufgaben, die sie wahrnehmen, deutlich. Alle Verbände sind Mitglied beim europäischen Dachverband Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes-Logopèdes de l'UE (CPLOL) und in der International Association of Logopedics and Phoniatrics (IALP). Im Folgenden stellen sich die einzelnen Verbände kurz vor.

Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl)

Verbandsstruktur

Der dbl ist ein eingetragener Verein, der nach Satzung (29. April 2017) über sechs Organe verfügt: Mitgliederversammlung (MV), Bundesvorstand, Landesverbandsvorstände, Länderkonferenz (Tagung der Landesverbandsvorsitzenden), die Bund-Länder-Konferenz (Tagung des Bundesvorstandes mit den Landesverbandsvorsitzenden) und Ehrenrat. Der sechsköpfige Vorstand wird von der MV für vier Jahre gewählt. Er besteht aus einem



hauptamtlichen geschäftsführenden Vorstand (Präsidentin, Vizepräsidentin, Schatzmeisterin) und ehrenamtlichen Vorstandsmitgliedern für die Bereiche Angestellte, Bildung und Freiberufler. Die Vorstandsmitglieder können zweimal wiedergewählt werden. Auf der Mitgliederversammlung am 16. Juni 2017 wurde der amtierende Bundesvorstand für die Amtsperiode 2017-2021 gewählt.

Neben dem Bundesvorstand gibt es 16 Landesverbände als rechtlich abhängige Untergliederungen des dbl. Landesverbände werden ehrenamtlich von zwei Landesverbandsvorsitzenden geleitet.

Dem Ehrenrat kommt im dbl nicht nur die Rolle zu, in Konflikten zu vermitteln oder ethische Fragen in Hinblick auf die Berufsausübung zu klären, er hat auch darüber zu entscheiden, ob Mitglieder in begründeten Einzelfällen aus dem Verband ausgeschlossen werden oder ihnen gekündigt wird.

1 Neben staatlich anerkannten Logopädinnen gibt es weitere zwölf Berufsgruppen, die im Bereich der Sprachtherapie als zugelassene BehandlerInnen arbeiten, z.B. Atem-, Sprech- und StimmlehrerInnen, medizinische Sprachheilpädagogen, klinische Sprechwissenschaftler, klinische Linguisten oder Patholinguisten.

Mitgliedschaft – Mitgliederzahlen – Mitgliedsbeiträge

Im dbl gibt es drei Formen der Mitgliedschaft. Ordentliche Mitglieder sind alle Berufsangehörigen mit staatl. Anerkennung als LogopädIn, alle BehandlerInnen im Bereich der Sprachtherapie/Logopädie, die über eine Vollzulassung der Krankenkassen verfügen sowie Studierende der Logopädie. Mit 43% bzw. 42% sind Angestellte und FreiberuflerInnen

Rechtsberatung wenden. Die Juristinnen und Juristen sind auch zuständig für die bundesweit laufenden Kassenverhandlungen.

Die Verbandszeitschrift Forum Logopädie erscheint sechsmal jährlich.

Täglich werden Meldungen zur Berufs-, Gesundheits- und Bildungspolitik auf der Website sowie über Twitter und Facebook verbreitet, 14-tägig per Mail ein Newsletter verschickt.



dbl-Vorstand (v.l.): Frauke Kern (Freiberufler), Dagmar Karrasch (Präsidentin), Susanne Engelhardt (Vizepräsidentin), Antje Krüger (Bildung), Annett Dietzel (Angestellte), Silke Winkler (Schatzmeisterin)

etwa gleich stark im dbl organisiert. Daneben gibt es die außerordentliche bzw. Fördermitgliedschaft sowie die Ehrenmitgliedschaft, die der Ehrenrat verleiht. Im Januar 2017 hatte der dbl ca. 10.500 Mitglieder.

Das Beitragssystem sieht unterschiedliche Beiträge für ordentliche Mitglieder vor: Freiberufler (240 Euro), Angestellte (126 Euro), nicht Berufstätige, Studierende, CPLOL-Mitglieder (84 Euro). Bei nachweislich geringem Einkommen gilt für Angestellte, Freiberufler und Studierende ein reduzierter Beitragssatz.

Leistungen für die Mitglieder

Für die Mitgliederberatung stehen in der Geschäftsstelle sowohl LogopädInnen als auch JuristInnen zur Verfügung. An vier Tagen in der Woche wird eine juristische telefonische Erstberatung angeboten, Mitglieder können sich außerdem jederzeit per Mail an die

Angebote zur Fort- und Weiterbildung bieten der jährlich stattfindende dbl-Kongress, das jährliche Fortbildungsprogramm mit vergünstigten Preisen für Mitglieder sowie Fortbildungstage auf Länderebene.

Auf Wunsch können Mitglieder in die Logopädensuche der dbl-Website aufgenommen werden. Eine für Mitglieder kostenlose Online-Jobbörse gehört ebenfalls zum Service.

Darüberhinaus gehört zu den Kernaufgaben des dbl, die Leistungen der LogopädInnen ins öffentliche Bewusstsein zu tragen und die Bevölkerung, aber auch gezielt die Verantwortlichen in der Gesundheits- und Bildungspolitik, von der Wichtigkeit unserer Arbeit zu überzeugen. Dies ist eine wesentliche Grundlage für eine weitere zentrale Aufgabe des dbl: die Vertrags- und Vergütungsverhandlungen mit den Krankenkassen.

■ www.dbl-ev.de



logopädieaustria

Verbandsstruktur

Der Berufsverband logopädieaustria ist ein gemeinnütziger Verein, der österreichweit die Interessen der Logopädinnen und Logopäden vertritt. Für die optimale Betreuung der Mitglieder unterhält logopädieaustria Organisationen in den einzelnen Bundesländern sowie Kompetenzzentren. Diese befassen sich schwerpunktmäßig mit den Themen Freiberuflichkeit, Bildung, Wissenschaft und Forschung, Öffentlichkeitsarbeit und Angestellte. Zentrales Organ ist der Vorstand, der sich aus dem Präsidium, den Leiterinnen und Leitern der Kompetenzzentren und den Landesvorsitzenden zusammensetzt. Der Vorstand sowie das Präsidium werden von der Mitgliederversammlung alle drei Jahre gewählt.

Die Mitglieder des Berufsverbandes unterteilen sich in ordentliche, außerordentliche, fördernde und Ehrenmitglieder. Ordentliche Mitglieder müssen berechtigt sein, den Beruf der Logopädin/des Logopäden nach den gültigen gesetzlichen Vorgaben des MTD-Gesetzes auszuüben.

Mitgliedschaft – Mitgliederzahlen – Mitgliedsbeitrag

logopädieaustria hat zurzeit ca. 1.200 Mitglieder, wobei der größere Anteil in freier Praxis arbeitet. Der Mitgliedsbeitrag beträgt 249€ (2017). Ermäßigungen können in definierten Fällen (Elternkarenz, soziale Gründe, Pensionierung, Bildungskarenz usw.) beantragt werden. Studierende zahlen einen Beitrag in Höhe von 25%. Die Mitgliedschaft in verschiedenen nationalen und internationalen Organisationen (MTD-Austria, CPLOL u.a.) sind im Mitgliedsbeitrag enthalten.

logopädieaustria

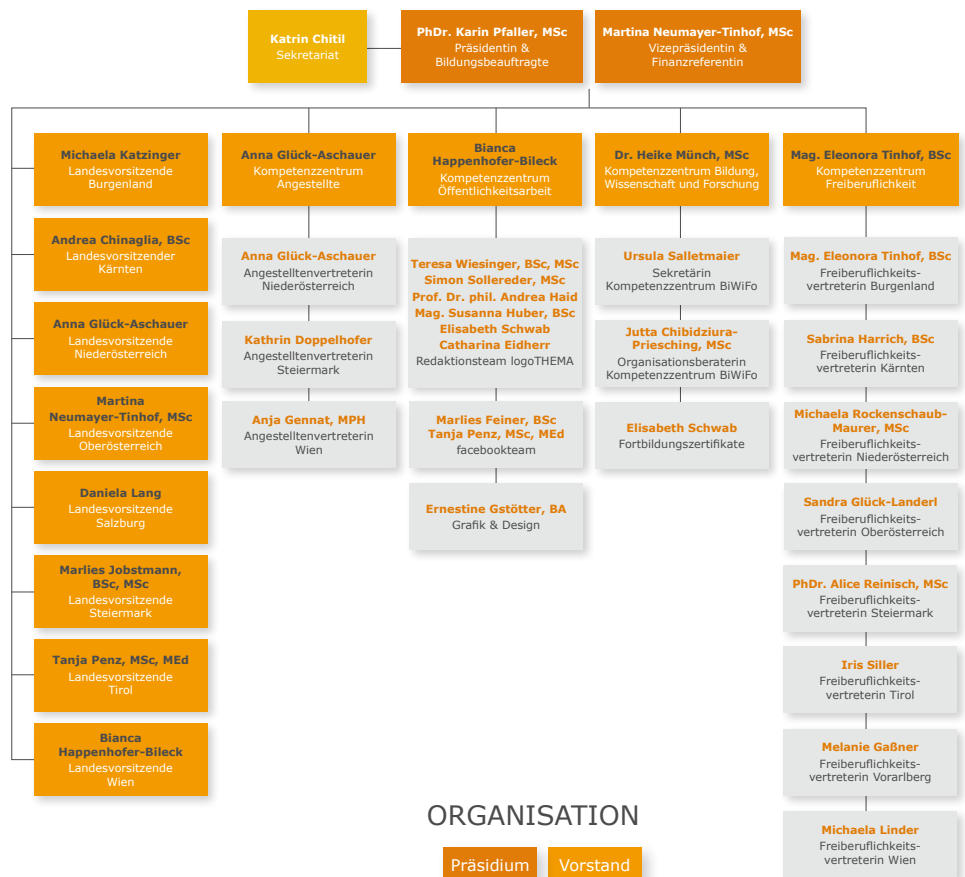
Leistungen für die Mitglieder

Zweimal jährlich erscheint die Verbandszeitschrift *logothema* und einmal jährlich wird ein Jahresbericht in Papierform versendet. Der monatlich versendete Newsletter informiert über aktuelle und berufspolitische Themen. Ergänzende Informationen liefern die Newsletter der Länder und der Kompetenzzentren. Das Kompetenzzentrum Bildung, Wissenschaft und Fortbildung erarbeitet ein

umfangreiches Fortbildungsangebot in allen logopädisch relevanten Themenkomplexen. Jährlich werden ca. 35 Fortbildungen, die einem qualitätsgesicherten Anerkennungs- und Approbationsverfahren unterliegen, veranstaltet. Zusätzlich werden Anfang März rund um den Europäischen Tag der Logopädie ein Symposium oder ein Kongress veranstaltet.

■ www.logopaediaustria.at

Präsidium logopädieaustria
(v.l.): Karin Pfaller (Präsidentin) und Martina Neumayer-Tinhof (Vizepräsidentin)



ORGANISATION

Präsidium Vorstand

DLV

Deutschschweizer Logopädinnen- und Logopädenverband

Verbandsstruktur

Der DLV ist ein politisch unabhängiger und konfessionell neutraler Verein gemäß ZGB Art. 60ff. Unter dem DLV sind 15 kantonale Verbände und das Fürstentum Liechtenstein vereinigt. Jeder Unterverband ist ein eigenständiger Verein. Dementsprechend ist der Berufsverband der Logopädinnen und Logopäden Liechtensteins Mitglied des DLV. Von vier kleinen (Halb-)kantonen sind die Mitglieder direkt dem DLV angeschlossen. Der Vorstand des DLV besteht z.Z. aus sieben Mitgliedern mit einem Gesamtanstellungsgrad von 85%. Die Wahl erfolgt alle drei Jahre, eine Amtszeitbeschränkung besteht nicht. Die DLV-Geschäftsstelle ist mit einer Geschäftsleiterin zu 60% und einer Sekretärin zu 50% besetzt.

Mitgliedschaft – Mitgliederzahlen – Mitgliedsbeiträge

Die Mitglieder müssen über eine Anerkennung der Schweizerischen Erziehungsdirektoren-Konferenz (EDK) verfügen. Eine Mitgliedschaft von Studierenden oder anderen Berufen ist nicht möglich. Von den 2.200 Mitgliedern (2017) sind ca. 90% angestellt,

von ihnen arbeiten sehr viele im Teilzeitpensum. Der Mitgliederbeitrag des DLV beträgt CHF 205.- (inkl. Beitrag CPOOL und Konferenz mit französisch- und italienischsprachiger Schweiz). Hinzu kommt ein kantonaler Beitrag je nach Größe und Situation von CHF 30.- bis 400.- (insgesamt also zwischen CHF 250.- und 600.-)

Leistungen für die Mitglieder

Mitglieder erhalten telefonisch oder per Mail gratis Auskunft und Beratung zu verschiedenen Fragen im Zusammenhang mit

der Berufsausübung. Daneben gibt es zwei Rechtshilfefonds für Anliegen von Kantonalverbänden oder von einzelnen Mitgliedern. Das Bulletin DLVaktuell erscheint viermal jährlich. Der DLV unterhält eine Website, deren Layout und Inhalt auch die Kantonalverbände übernehmen können und ist in verschiedenen sozialen Medien präsent. Die Weiterbildungen sind kantonal geregelt. Der DLV veranstaltet alle drei bis vier Jahre eine Tagung. Zahlreiche Dokumente sind nur Mitgliedern zugänglich.

■ www.logopaedie.ch



Vorstand Schweiz (v.l.): Pamela Hellstern, Irene Bischof, Claudia Poncioni (Präsidentin), Sylvia Bieri (hinten), Bérénice Wisard, Edith Vollmer – auf dem Foto fehlen Christine Spichiger (Vizepräsidentin) und Edith Lüscher (Geschäftsleitung)

**Verbandsstruktur**

Der BLL ist ein eigenständiger Landesverband und seit 2005 Kantonalverband beim DLV. Vorteil dieser Mitgliedschaft ist, dass die Mitglieder des BLL durch den DLV in der Schweiz vertreten werden, da die Organisation in den beiden Ländern ähnlich bzw. gleich ist. Der Verband ist ein Verein und verfügt über zwei Organe: die Mitgliederversammlung und den Vorstand, der jährlich von der



Vorstand Liechtenstein (v.l.): Angela Caminada, Jeannine Nigg, Nina Studach

Berufsverband der Logopädinnen und Logopäden Liechtensteins (BLL)

MV gewählt wird. Derzeit wird der BLL von einem vierköpfigen Co-Präsidium geleitet, alle Vorstandsmitglieder haben also eine gleichwertige Position im Vorstand, es gibt keine unterschiedlichen Vorstandspositionen wie in den anderen Verbänden.

Mitgliedschaft – Mitgliederzahlen – Mitgliedsbeiträge

Im BLL gibt es eine aktive und eine passive Mitgliedschaft. Voraussetzung ist eine EDK-Anerkennung, dies bedeutet, dass die Ausbildung entweder in der Schweiz absolviert worden ist oder dass das ausländische Diplom vom Generalsekretariat der EDK (schweizerische Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren) anerkannt wurde und gegebenenfalls einzelne Kurse an den Ausbildungsstätten nachgeholt wurden. Aktuell hat der Verband 20 Aktivmitglieder und ein Passivmitglied, wobei 19 Aktivmitglieder Angestellte, und zwei Mitglieder

Freiberufler, davon ein Mitglied sowohl angestellt als auch freiberuflich tätig ist. Für Studierende der Logopädie ist eine Mitgliedschaft im Verband nicht vorgesehen. Die aktuellen Mitgliedsbeiträge betragen 300 CHF, davon gehen 205 CHF an den DLV, der reine BLL-Mitgliedsbeitrag beträgt 95 CHF.

Leistungen für die Mitglieder

Die BLL-Mitglieder profitieren grundsätzlich von den Leistungen des DLV. Sie beziehen DLVaktuell, zudem ist ein Newsletter des BLL in Vorbereitung. Des Weiteren haben sie die Möglichkeit, zu vergünstigten Preisen an Fortbildungen und Tagungen des DLV sowie des dbf und der logopädieaustria teilzunehmen. Des Weiteren können sie die Angebote des DLV bezüglich Beratungen, Rechtsbeistand etc. in Anspruch nehmen. Der BLL gewährleistet den Informationsfluss zwischen dem DLV und den Mitgliedern.

■ www.logopaedie.li

Aktuelle berufspolitische Entwicklungen im Überblick

Österreich

Bereits 2015 hat logopädieaustria dem zuständigen Ministerium ein neu erarbeitetes Berufsbild übermittelt. Da der Beruf im Rahmen des MTD-Gesetzes (Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen technischen Dienste) geregelt ist, das sieben verschiedene Berufsgruppen umfasst, wird die Novellierung noch längere Zeit benötigen. Nichtsdestotrotz wird logopädieaustria alles daran setzen, dass das im Gesetz festgelegte Berufsbild den tatsächlichen Anforderungen an den Beruf entspricht und daher auf eine Gesetzesänderung drängen.

Schweiz

Der DLV setzt sich dafür ein, dass ein berufsbefähigender Master in der deutschsprachigen Schweiz eingeführt wird, der den europaweit schon bestehenden Abschlüssen, wie z.B. in Frankreich oder Finnland, entspricht. Des Weiteren fordert der DLV vom Gesetzgeber, die Rolle der Logopädie in der integrativen Schulung anzuerkennen und eine Aktualisierung des Krankenkassen-Leistungskatalogs (u.a. Schluckstörungen) vorzunehmen.

sierung des Krankenkassen-Leistungskatalogs (u.a. Schluckstörungen) vorzunehmen.

Deutschland

Der dbl setzt sich dafür ein, dass die Vergütung bundesweit auf ein der Tätigkeit angemessenes Niveau angehoben wird. Damit soll auch eine bessere Entlohnung der in Praxen angestellten LogopädInnen ermöglicht werden. Zudem will der dbl die unterschiedlichen Kassenpreise für logopädische Leistungen auf dem Niveau der vergütungstärksten Länder vereinheitlichen und damit endlich die Spaltung in alte und neue Bundesländer überwinden. Ende 2016 hat der Gesetzgeber die Deckelung der Vergütungsentwicklung an die Entwicklung der Grundlohnsumme (GLS*) für die Dauer von 3 Jahren aufgehoben. In der Folge konnten in den ersten erfolgreich abgeschlossenen Verhandlungen bis 2018/2019 Preiserhöhungen von bis zu 30 % durchgesetzt werden.

Des Weiteren setzt sich der dbl für die Revision des Berufsgesetzes von 1980 ein, das den

Anforderungen an die berufliche Tätigkeit seit langem nicht mehr entspricht. Hierzu wurde auf Initiative des dbl im Januar 2016 der Arbeitskreis Berufsgesetz gegründet, der den berufsqualifizierenden Bachelor im Bereich Logopädie fordert und aktuell an einer Rahmenstudienordnung arbeitet, die der neuen Bundesregierung vorgelegt werden soll.

Liechtenstein

Die grenzüberschreitenden Kostenübernahmen durch die Krankversicherungen zwischen der Schweiz und Liechtenstein sind, bedingt durch die Neuauslegung des Notenwechsels seit Januar 2016, nicht mehr automatisch gewährleistet. Ziel ist es, dass die Kosten der Behandlung von den Krankversicherungen wieder übernommen werden.

*) Mit GLS werden die beitragspflichtigen Löhne und Gehälter bezeichnet, aus dem die Krankenkassenbeiträge errechnet werden. Sie liegt im Durchschnitt zwischen 1,5 und 2,5% jährlich, was eine Ursache für die allgemein zu niedrigen Vergütungssätze ist.

Berufsstatus im Vergleich: gesellschaftliche Wertschätzung und rechtlicher Rahmen

„Einer aktuellen Umfrage zufolge werden die Logopädinnen und Logopäden in Österreich sehr geschätzt. Rund 80 % bewerten den Status des Berufes aus Sicht der Ärzteschaft, der Bevölkerung und der Berufsausübenden als sehr hoch bzw. hoch.“ Diese Aussage von Karin Pfaller spiegelt eine Wertschätzung, die vor allem in Deutschland im Hinblick auf den beruflichen Bildungsabschluss und das Einkommen der Logopädinnen und Logopäden nicht eingelöst wird.

Bezogen auf den **Berufsstand** können LogopädInnen in allen Ländern als Angestellte und FreiberuflerInnen arbeiten, wobei der Anteil der FreiberuflerInnen in Deutschland im Vergleich zu den anderen Ländern mit Abstand am höchsten ist. In allen Ländern sind LogopädInnen im Gesundheitswesen tätig, wobei nur in Deutschland eine Tätigkeit als Logopädin im Bildungswesen bisher in der Regel nicht vorgesehen ist.

In **Deutschland** gehören LogopädInnen zu den Gesundheitsfachberufen, also zu den nicht-ärztlichen Berufen im Gesundheitswesen. Im Bereich der Gesundheitsfachberufe (zu der u.a. auch die Pflege zählt) werden sie wie Physio- und Ergotherapeutinnen den

therapeutischen Berufen zugeordnet.

In **Österreich** gehören LogopädInnen zu den Medizinisch-Technischen-Diensten (MTD) und sind somit ebenfalls nichtärztliche Gesundheitsberufe und als solche auch gesetzlich im MTD-Gesetz geregelt, wie auch Physio- oder ErgotherapeutInnen.

In der **Schweiz** sind LogopädInnen sowohl pädagogisch-therapeutisch als auch medizinisch-therapeutisch tätig. Sie gehören im Bildungswesen zum sonderpädagogischen Fachpersonal und im Gesundheitswesen zum paramedizinischen oder therapeutischen Fachpersonal, ebenso wie Physio- und ErgotherapeutInnen.

In **Liechtenstein** zählt die Logopädie im Gesundheitswesen zu den Gesundheitsberufen und im Bildungswesen zu den pädagogisch-therapeutischen Maßnahmen.

Sozio-ökonomisch betrachtet gibt es deutliche Unterschiede zwischen den Ländern bezüglich des Bildungsgrads und dem daraus resultierenden Einkommen bzw. der Einstufung des Berufes nach dem Europäischen Qualifikationsrahmen (EQR).

In allen Ländern – außer Deutschland – wird die Grundausbildung mit einem berufsqualifizierenden Bachelor abgeschlossen,

der die Grundlage für eine Einstufung als Angestellte/r bildet.

In **Österreich** sind LogopädInnen auf Level sechs des Nationalen Qualifikationsrahmens (NQR, in Anlehnung an EQR) eingestuft. Die Gehälter variieren aufgrund der unterschiedlichen Dienstrechtvorschriften der einzelnen Arbeitgeber, aber prinzipiell wird der NQR herangezogen.

In **Deutschland** werden LogopädInnen, die in staatlichen Institutionen (öffentlicher Dienst) arbeiten, mehrheitlich noch auf Level vier, in Ausnahmefällen auf Level fünf des Deutschen Qualifikationsrahmens (DQR, in Anlehnung an EQR) eingestuft. Ansonsten variieren die Gehälter wie in Österreich auch in Abhängigkeit vom jeweiligen Arbeitgeber.

In der **Schweiz** sind die LogopädInnen gemäß ihrem Bachelorabschluss eingestuft und die Gehälter variieren je nach Arbeitgeber und Tätigkeitsbereich (medizinisch-therapeutisch oder pädagogisch-therapeutisch).

In **Liechtenstein** entsteht gerade ein Nationaler Qualifikationsrahmen (NQFL). Daher wissen wir derzeit noch nicht, auf welchem Level die Logopädie eingestuft wird. Erste eingestufte Berufe sollen im Dezember auf www.nqfl.li zur Verfügung stehen.

Berufsangehörige kommen zu Wort

Logopädinnen in Deutschland, Österreich, der Schweiz und Liechtenstein berichten über ihre berufliche Situation und Hoffnungen.

Jutta Blume, Freiberuflerin in Deutschland



Jutta Blume, Logopädin seit 45 Jahren, davon seit 42 Jahren Freiberuflerin aus voller Überzeugung. Gemeinsam mit Mechthild Clausen-Söhngen, mit der sie die Ausbildung in Marburg absolviert hat, gründete sie die erste logopädische Praxis in Aachen. Es war die Zeit der ersten erfolgreichen Kassenverhandlungen, der guten Kontakte zu Ärzten, aber auch zu Schulen und Kindergärten. Nach der Gründung der Lehranstalt für Logopädie am Aachener Klinikum 1977 entwickelte sich eine enge Zusammenarbeit durch die Betreuung von Praktikantinnen. Ihre Praxis für Logopädie und Lerntherapie in Aachen hat aktuell fünf Mitarbeiterinnen.

Sie führen seit 42 Jahren eine Praxis, was hat sich aus Ihrer Sicht seitdem grundlegend verändert?

Als ich angefangen habe, in der Klinik und danach in der Praxis, war ich für alles zuständig und habe dementsprechend alle Patienten behandelt, egal welches logopädische Problem sie hatten. Dies führte dazu, dass ich von Beginn an sehr viele Fortbildungen besuchte und etliche Zusatzausbildungen absolvierte. Schon seit langem führe ich eine Praxis mit vielen Angestellten, die sich in Fort- und Weiterbildungen entsprechend qualifiziert haben. Ich finde, dass sich durch die Schwerpunktsetzung, mein Fachgebiet ist Stimme, eindeutig die Qualität der Behandlung verbessert hat. Allerdings beobachte ich auch, dass das Interesse an Fortbildungen abgenommen hat. Für mich war es immer wichtig, auf dem Laufenden zu bleiben und in regelmäßigen Abständen mein Wissen aufzufrischen und meine praktische Kompetenz zu erweitern. Viele jüngere Kolleginnen sind da meines Erachtens weniger engagiert, was u.U. auch damit zu tun hat, dass sie sich

die Fortbildungen von ihrem zuweilen doch geringen Gehalt einfach nicht leisten können. Eine große Veränderung sehe ich auch in der Zunahme der behandlungsbedürftigen Kinder und Erwachsenen, gleichzeitig in der verminderten Verordnungsbereitschaft der Ärzte. Alles in allem ist von den niedergelassenen Logopäden ein großes Engagement nötig, um sich den neuen Herausforderungen zu stellen.

Wenn Sie einen Wunsch für die Logopädie frei hätten, was wünschen Sie sich?

Mir wäre wichtig, dass sich die Logopädie als Berufszweig mit einem ihr angemessenen Status etabliert. Leider sind wir nach wie vor von ärztlicher Verordnung abhängig. Es wäre wünschenswert, wenn Logopäden in Zukunft auf der Basis ihrer Diagnose über Dauer und Intensität der Therapie entscheiden könnten, ähnlich wie z.B. die approbierten Psychologen. Ich wünsche mir auch einen regelmäßigen Austausch mit anderen freiberuflichen Kollegen aus meiner Stadt, um ohne Konkurrenzdenken einen fachlichen, berufspolitischen und kollegialen Kontakt zu pflegen. Den Anfang haben wir hier in Aachen schon gemacht und regelmäßige Treffen organisiert. Auch wäre es toll, wenn mehr Männer diesen Beruf für sich entdecken würden, um die oft reinen Frauentteams etwas aufzumischen.

Tanja Baderschneider Angestellte in Deutschland



Tanja Baderschneider absolvierte ihre Ausbildung zur Logopädin 2002 an der Lehranstalt für Logopädie in Bonn. Von Beginn an hat sie als Angestellte in logopädischen Praxen gearbeitet. Aktuell ist sie in zwei freien Praxen

im Raum Köln/Bonn tätig. Eine Praxis ist auf den Bereich Aphasie spezialisiert. Hier werden vor allem Patientinnen und Patienten mit neurodegenerativen Erkrankungen behandelt – sowohl in der Praxis als auch in Einrichtungen wie Seniorenheimen.

Sie behandeln viele Patienten mit neurodegenerativen Erkrankungen, wie ist es zu diesem Arbeitsschwerpunkt gekommen?

Schon während meiner Ausbildung habe ich gemerkt, dass mich die Behandlung aphasischer Patienten besonders interessiert. In den ersten Jahren meiner Tätigkeit als Logopädin absolvierte ich dann eine Fortbildung zur Aphasiotherapeutin. Dies hat mich darin bestärkt, den Schwerpunkt meiner Tätigkeit auf die Arbeit mit aphasischen Patienten zu legen. Weil immer mehr Patienten mit Schluckproblemen zu versorgen waren, nahm ich zudem an einer Fortbildung zur Behandlung von Dysphagien teil. Zu Beginn meiner Tätigkeit hatte ich vorwiegend Patienten, die 65 Jahre und älter waren. Mittlerweile arbeite ich auch mit jüngeren Menschen, etwa ab dem 30 Lebensjahr, die oft eine erworbene Hirschädigung haben.

Welche besonderen Herausforderungen stellt die Tätigkeit in einer Einrichtung an Sie als externe Therapeutin?

Da ich die Patienten, die ich in den Einrichtungen betreue, nur punktuell versorge, habe ich zuweilen den Eindruck, als Störfaktor wahrgenommen zu werden. Offenbar ist es schwierig für den Ablauf in der Einrichtung, wenn auch noch Einzeltherapien einzuplanen sind. Hinzu kommt auch, dass ich natürlich versuche darüber zu informieren, wie beim Essen und Trinken auf die spezifischen Schluckprobleme des Patienten eingegangen werden kann oder auch, mit welchen Hilfsmitteln die Patienten selbstständig kommunizieren können. Ich fühle mich da zuweilen in einer Vermittlerrolle zwischen Arzt und Pflegekräften, was nicht immer leicht ist. Optimal wäre es sicher, wenn beispielsweise in Seniorenheimen feste Stellen für Therapeuten geschaffen würden, die Teil eines Teams sind, weil dann gemeinsam überlegt werden kann, was für die Betroffenen getan werden kann.

Wo sehen Sie sich als Logopädin in 10 Jahren?

Ich bin mit Leib und Seele Logopädin, weil mich die permanente Auseinandersetzung mit den unterschiedlichen Patienten und die

Komplexität der Störungen reizt. Hier fühle mich stets aufs Neue gefordert. Ich fände es gut, wenn wir uns stärker professionalisieren. Für mich heißt das vor allem, dass ich mich in einem Fachgebiet spezialisieren, damit ich gute Arbeit leisten kann. Durchmogeln ist nicht meine Sache. Ich finde es katastrophal, dass eine Logopädin in freier Praxis alles behandeln soll, egal welche Störung vorliegt. Für mich wäre es optimal, in einem Zentrum zur Behandlung neurodegenerativer Erkrankungen von Patienten aller Altersgruppen in einem interdisziplinären Team zu arbeiten. Langfristig habe ich sicherlich sehr gute Chancen, in meinem Fachgebiet arbeiten zu können, weil der Bedarf hier seit Jahren steigt.

Marlies Jobstmann selbständige Logopädin und Lehrende in Österreich



Marlies Jobstmann ist Logopädin und hat im Jahr 2011 an der University of Plymouth (UK) den M.Sc. in Neurological Rehabilitation abgelegt. 2010-2013 arbeitete sie als Logopädin an der Klinik Judendorf-Straßengel und ist seit 2013 selbstständige Logopädin im Raum Graz und Köflach. Darüber hinaus ist sie seit 2012 Lehrende an österreichischen Fachhochschulen, vorwiegend FH Kärnten und FH JOANNEUM in den Bereichen Aphasie und Wissenschaftliches Arbeiten.

Was gefällt Ihnen an Ihrem Beruf besonders gut?

Der Beruf der Logopädie vereint für mich Kommunikation und medizinische Wissenschaften. Diese Symbiose ermöglicht es, Patientinnen und Patienten mit Kommunikations- und/oder Schluckstörungen optimal zu versorgen/therapieren und deren Lebensqualität zu verbessern – und diese Arbeit bereitet besondere Freude. Das Spannende ist die Vielseitigkeit unseres Berufes: Er vereint die Bereiche der Kindersprache, Audiologie, den HNO- und Neurologie-Bereich usw., wodurch es nach Abschluss des Studiums möglich ist, sich entweder gleich im Berufsleben

Verdienst und Vergütung – ein Vergleich

Österreich

Die Ausübung des Berufes der Logopädin/ des Logopäden kann in angestellter Form erfolgen, z.B. bei öffentlichen Einrichtungen wie Ämtern, Behinderteneinrichtungen, Kindergärten, Krankenanstalten, Pflegeheimen, Schulen, Sozialversicherungsanstalten und/oder freiberuflich. Für die Bezahlung im Angestelltenbereich werden dem österreichischen föderalistischen System entsprechend unterschiedliche Gehaltsschemata herangezogen.

Bei der Berufsausübung im niedergelassenen Bereich zeigt sich ebenfalls ein sehr divergierendes Bild bei der Honorierung von logopädischen Leistungen, da diese durch die Rahmenbedingungen, die von den verschiedenen Sozialversicherungsträgern vorgegeben werden, bestimmt sind.

Schweiz

Angestellte Logopädinnen in Schulen und in Kliniken haben (mit Vollzeitpensum) eine Jahresarbeitszeit von ca. 1900 Stunden. Der größte Teil muss für Therapien eingesetzt werden. Die Vorgaben hierzu werden von den einzelnen Schulen und Institutionen gestellt und sind sehr unterschiedlich. Der Verdienst von Logopädinnen im Bildungswesen ist vergleichbar mit dem der Primarlehrerinnen oder fällt leicht höher aus. Angestellte Logopädinnen in Kliniken verdienen ca. 20% weniger als Kolleginnen im Bildungswesen und ähnlich wie die Physiotherapeutinnen. Freipraktizierende im Gesundheitsbereich (Bezahlung durch die Krankenkasse) können 20% der abrechenbaren Zeit für die Vor- und Nachbereitung einsetzen, die restliche Zeit muss für die Therapie am Patienten genutzt werden. Der Verdienst von Freipraktizierenden im Gesundheitswesen liegt bei gleicher Arbeitszeit ca. 10-20% niedriger als an den Kliniken.

Deutschland

Angestellte Logopädinnen arbeiten zum überwiegenden Teil in Praxen, werden aber auch in Kliniken und Institutionen, seltener in Einrichtungen des Bildungssystems wie Kindergärten und Schulen, angestellt. In einigen Institutionen werden die Angestellten nach einem Tarifvertrag vergütet und verdienen dann bis zu 23% mehr als KollegInnen ohne Tarifbindung. Auch Leitungsfunktionen in Institutionen oder die zusätzliche Tätigkeit

in Lehre und Forschung führen zu einer Verbesserung der Vergütung. Die Vergütung in Kliniken und Institutionen liegt deutlich unter denen von Grundschullehrern und erheblich unter denen von Psychologen und Psychotherapeuten.

Die Vergütungen von angestellten Logopädinnen und Logopäden in Praxen bewegen sich seit Jahren auf sehr niedrigem Niveau und variieren stark von Praxis zu Praxis. Teilweise liegen die Vergütungen in einigen Praxen sogar nah am deutschen Mindestlohn. Frei praktizierende Logopädinnen werden ausschließlich von den gesetzlichen Krankenkassen oder privat versicherten Patienten bezahlt, die Therapie kann nur auf ärztliche (Heilmittel-)Verordnung erfolgen.

Die Vor- und Nachbereitung einer Therapie wird mit ca. 10 Minuten zusätzlicher Zeit angesetzt, die Zeit am Patienten ist auf 30, 45 oder 60 Minuten festgelegt. Therapie und Mehraufwand (Beratung, Berichte, Gutachten, Teamgespräche, Prüfpflichten usw.) werden gemeinsam als eine Komplexleistung vergütet. Die eingepreisten 10 Minuten decken den realen Aufwand an Nebentätigkeiten zur Therapie jedoch nicht annähernd.

In den 16 Bundesländern werden die Preise mit den regionalen Krankenkassenverbänden einzeln verhandelt, teilweise erfolgen diese Verhandlungen aber auch länder- und/oder kassenübergreifend. Die Vergütungen sind von Bundesland zu Bundesland z.T. sehr unterschiedlich, es gibt Unterschiede zwischen neuen und alten Bundesländern und auch ein Nord-Süd-Gefälle.

In der Regel verdienen Angestellte in ambulanten logopädischen Praxen weniger als Angestellte im öffentlichen Dienst. Praxisinhaberinnen müssen mindestens 40 Therapieeinheiten/Woche leisten, um ihre Kosten decken zu können.

Liechtenstein

In Liechtenstein kommt die Bezahlung aus zwei verschiedenen Quellen. Wenn man im Bildungsbereich tätig ist, ist der Staat der Leistungsträger (wie in der Schweiz). Im Gesundheitswesen (freie Praxis im Erwachsenenbereich) übernehmen die Krankenversicherungen die Leistungen. Die Unterschiede in der Vergütungshöhe sind vergleichbar mit der Schweiz.

oder aber auch im Rahmen eines Masterstudiums in einem Bereich zu spezialisieren.

Welches waren Ihrer Meinung nach in den letzten Jahren die größten Veränderungen in der Logopädie?

Also das war zunächst einmal die Umstellung der Ausbildung von der Akademie zur Fachhochschule: Auf einmal gibt es sehr viel mehr empirische Arbeiten als früher und es werden Masterstudiengänge angeboten, auch im Ausland. Auch wichtig ist für mich die Erweiterung der Berufsaufgaben (z.B. FEES), „Schlucken“ ist Teil unseres Aufgabengebietes geworden und wird mit unserer Expertise bei der Versorgung von Patienten mit Trachealkanülen eingebunden.

Wie sehen Sie die Zukunft der Logopädinnen und Logopäden und der Logopädie?

Wünschenswert wäre für mich in Österreich die stufenweise Akademisierung bis zum Doktorat; weiterhin sollte es immer mehr Abgänger von Masterstudiengängen geben und dadurch auch mehr Spezialisierungen und empirische Arbeiten. Wir brauchen dringend evidenzbasierte Grundlagen. Auch hoffe ich, dass es in absehbarer Zukunft eine flächendeckende Versorgung in allen Bundesländern in Österreich gibt.

**Michaela Katzinger
Freiberuflerin in Österreich**



Michaela Katzinger ist seit 2002 Logopädin und hat zunächst zehn Jahre am AKH (Allgemeines Krankenhaus) der Stadt Wien in der Abteilung Audiologie mit dem Schwerpunkt CI Implantation gearbeitet, bevor sie eine logopädische Kassenpraxis in Lackenbach, Mittelburgenland eröffnete.

Was gefällt Ihnen an Ihrem Beruf besonders gut?

Ich bin Logopädin, weil jede Stimme von Menschen, wenn sie spricht oder singt, zum Klang der Welt beiträgt, weil jeder Mensch, wenn möglich, diesen Klang hören soll und verstehen soll. Ich möchte Menschen helfen,

an diesem Weltklang teilzuhaben. Mein Beruf erfüllt mich jeden Tag mit dem Reichtum der Gegenseitigkeit im Arbeiten mit dem Patienten. *Kein* Tag gleicht dem anderen und der stete Blick auf das, was der Patient benötigt, fordert mich im positiven Sinne heraus. Ich bin stolz, Logopädin zu sein.

Welches waren Ihrer Meinung nach in den letzten Jahren die größten Veränderungen in der Logopädie?

Logopädie hat erreicht, autonom, authentisch und kompetent, Menschen bei Funktionsbeeinträchtigungen der Sprache, des Sprechens, des Hörens, der Stimme und des Schluckens zu begleiten, um dem Patienten Besserung zu ermöglichen. Wir sind ein Berufstand, der die feine Klinge der Sprache professionell zum Wohl der Patienten, aber auch für das Standing der Berufsgruppe einsetzt. Erreicht haben wir, dass wir geschätzter Partner der Gesundheitsversorgung in Österreich sind und die Bevölkerung Logopädie wahrnimmt als eine fundierte, qualitative Therapie.

Wie sehen Sie die Zukunft der Logopädinnen und Logopäden und der Logopädie?

Ich habe eine Vision: In vielen, vielen, vielen Jahren haben Patienten in Teilbereichen der Logopädie einen Direct Access. Logopäden sind die Professionisten, die bundesweit Sprachscreenings im Kindergarten durchführen. Wir haben Mitspracherecht bei der Gesundheitsversorgung in Entscheidungsgremien und erarbeiten präventiv Programme und Screenings für die Bevölkerung. Jeder Hausarzt und jedes Spital hat Konsiliarlogopäden, die mit fachlicher Expertise zur Seite stehen... und Logopäden verdienen mehr Geld, weil sie eben einfach unersetzlich sind in ihrer Kompetenz, ihrem Wissen, ihrem Forscherdrang.

**Anna Glück Aschauer
Angestellte in Österreich**

Anna Glück Aschauer ist seit 1998 im Klinikum St. Pölten in der Abteilung für Neurologie und freiberuflich im Hausbesuch tätig. Sie ist Vorsitzende Niederösterreichs bei logopädieaustria sowie des Kompetenzzentrums Angestellte bei logopädieaustria und gleichzeitig stellvertretende Vorsitzende Niederösterreichs bei MTD- Austria.

Was gefällt Ihnen an Ihrem Beruf besonders gut?

Die Möglichkeit, mit Menschen über einen gewissen Zeitraum zu arbeiten, um Veränderungen oder Verbesserungen in ihrer Lebensqualität zu erreichen. Ich mag den

intensiven Dialog mit Menschen in schwierigen Lebenssituationen und das Wissen, ihnen ein Stück weit helfen zu können. Ich lerne ständig etwas Neues, keine Situation, keine Patientin, kein Lebensentwurf ist gleich. Auch ich selbst reife und lerne dadurch ständig.

Welches waren Ihrer Meinung nach in den letzten Jahren die größten Veränderungen in der Logopädie?

Die größten Veränderungen sehe ich in der Weiterentwicklung des Tätigkeitsfeldes im Bereich CI und Hörtraining, der Diagnostik von Schluckstörungen und im selbstständigen Endoskopieren durch die Logopädin/ den Logopäden.

Wie sehen Sie die Zukunft der Logopädinnen und Logopäden und der Logopädie?

Die Zukunft beinhaltet meiner Meinung nach viele Möglichkeiten: Ich sehe Logopädinnen und Logopäden in Schluckambulanzen, die selbst endoskopieren, Betroffene beraten und weiterhin therapieren. Ich wünsche mir Kolleginnen und Kollegen, die mit ihrem Wissen stets auf dem neuesten Stand sind und Qualitätsmanagement betreiben. Ich hoffe, dass meine Kolleginnen und Kollegen ebenso auf gerontopsychiatrische Herausforderungen in ethisch korrekter Weise, mit Wissen um Hintergründe und in liebe- und respektvollem Umgang eingehen können, denn diese Patientengruppe wird größer und an Bedeutung gewinnen. Ebenso wünsche ich mir gut informierte Eltern, die ihre Kinder frühzeitig zu Logopädinnen und Logopäden bringen, damit bei Sprachentwicklungsproblemen schnell und fundiert interveniert werden kann. Auch hoffe ich auf eine leistbare Logopädie, sodass jeder-mann so schnell wie möglich und so lange wie nötig Zugang zu logopädischer Therapie bekommt.



Nadja Sommer, Angestellte in der Schweiz



Nadja Simmer begann nach Abschluss der Ausbildung im Jahr 2010 an der Universität Fribourg ihre Arbeit im logopädischen Dienst an einer Schule im Kanton Aargau. Auslöser ihrer Entscheidung für den Bildungsbereich waren ihre Vorlieben zur Arbeit mit Kindern und das Abschlusspraktikum in einer Sprachheilschule. Sie arbeitet mit Kindern im Kindergarten, in der Primarschule (Grundschule) und der Oberstufe, die logopädische Störungsbilder sehr unterschiedlicher Art und Schweregrades haben. Dies beginnt bei Kindern mit isolierten Störungen, mit denen ein Mal wöchentlich gearbeitet wird, bis hin zu Integrationskindern mit komplexen Sprachstörungen, die auf Antrag zwei bis drei Mal wöchentlich behandelt werden. Seit zwei Jahren arbeitet sie in der pädagogisch-therapeutischen Kommission des DLV (Ver-ein Aargauer Logopädinnen) mit.

Welche Herausforderungen stellen sich Ihnen im Jahre 2017 im Vergleich zum Beginn Ihrer Tätigkeit?

Ich arbeite immer häufiger mit mehrsprachig aufwachsenden Kindern, deren Eltern z.T. auch noch unterschiedliche Sprachen sprechen. Dann ergeben sich Schwierigkeiten, zum Beispiel die Frage, welche Familiensprache gesprochen wird, um dem Kind den bestmöglichen Sprachinput zu gewährleisten und es für alle Familienmitglieder stimmt. Dies ist oft eine große Herausforderung, denn wenn ich zu wenig über die Kultur des anderen weiß, kann das in Elterngesprächen oder auch im Kontakt mit dem Kind zu Fehlinterpretationen führen. Weiter ist es herausfordernd, mit den zur Verfügung stehenden Diagnoseverfahren und Therapieansätzen effektiv zu arbeiten und sich vom DaZ-Unterricht abzugrenzen. Gleichzeitig haben mehrsprachig aufwachsende Kinder, wie auch unsere Schweizer Kinder, immer öfter multiple Störungen, d.h. nicht nur Sprachentwicklungsstörungen, sondern zusätzlich andere soziale und kommunikative Probleme. Ich habe den Eindruck, dass hier aufgrund der gesellschaftlichen Veränderungen die Eltern sowie die Kinder mehr unter Stress stehen als früher, sich Eltern auch weniger Zeit nehmen, ihren Kindern zuzuhören und auch die verschiedenen Medien einen Einfluss haben. Hier zeigt sich eine weitere große Herausforderung für die Zukunft – die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Sie kann

bereichernd sein, es braucht aber auch neue Zeitgefäße, die oftmals nicht gegeben sind.

Welche Rahmenbedingungen würden Sie gerne ändern?

Da sind zunächst einmal die Sparmaßnahmen der letzten Jahre, die dazu geführt haben, dass uns weniger Ressourcen zur Verfügung stehen. Es wird an verschiedenen Stellen gespart und relativ häufig betrifft dies die Therapeuten, also auch uns Logopädinnen, weil uns ein zu geringer Stellenwert beigemessen wird und wir häufig zu hören bekommen: „Braucht es das wirklich?“. Auch die Kürzungen im Bereich der Prävention finde ich tragisch. Durch die Sprachstandserfassungen und die enge schulische Zusammenarbeit in der Schweiz sind uns fast keine Kinder „durch die Lappen“ gegangen. Nun sind an vielen Orten solche Präventionsmaßnahmen wegen Sparbeschlüssen im Bildungsbereich und dem Vorwurf der Selbstzuweisung wieder abgeschafft worden. Neben der Rücknahme von Sparmaßnahmen würde ich mir wünschen, den Aufwand für die Administration abzubauen, damit die Arbeit am Kind wieder im Vordergrund steht und die interdisziplinäre Zusammenarbeit den Raum erhält, den sie braucht.

Wo sehen Sie sich mit ihrer Tätigkeit in 10 Jahren?

Natürlich im logopädischen Dienst in der Schule, dazu finde ich die Arbeit mit den Kindern und die interdisziplinäre Zusam-

Wo arbeiten Logopädinnen und Logopäden?

In allen Ländern arbeiten Logopädinnen und Logopäden im Gesundheitswesen, wobei es in Liechtenstein, Österreich und der Schweiz im Gegensatz zu Deutschland üblich ist, dass Logopädinnen im Bildungswesen angestellt sind.

Österreich

Die Ausübung des Berufes der Logopädin/des Logopäden kann in angestellter Form erfolgen, z.B. bei öffentlichen Einrichtungen wie Ämtern, Behinderteneinrichtungen, Kindergärten, Krankenanstalten, Pflegeheimen, Schulen, Sozialversicherungsanstalten. Sie können sich auch in eigener Praxis niederlassen und freiberuflich arbeiten.

Schweiz

Logopädinnen in der Schweiz arbeiten sowohl im Gesundheits- als auch im Bildungswesen, also medizinisch-therapeutisch oder pädago-

gisch-therapeutisch. Für die 0 bis 18-Jährigen ist im Normalfall die Bildung zuständig, für die Erwachsenen das Gesundheitswesen. Logopädische Arbeitssettings finden sich in Diensten, Schulen, Ambulatorien, Heimen und Kliniken sowie in privaten Praxen. Die große Mehrheit der Logopädinnen und Logopäden ist an Schulen angestellt.

Deutschland

Die meisten Berufsangehörigen in Deutschland arbeiten in logopädischen Praxen – ob als PraxisinhaberIn oder als Angestellte. Darüber hinaus sind Logopädinnen und Logopäden in unterschiedlichen Einrichtungen, beispielsweise in Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen, Ambulanzen, Förderzentren und Kindergärten sowie an Berufsfachschulen und an Hochschulen tätig. Immer mehr Logopädinnen und Logopäden arbeiten auch außerhalb des medizinisch-therapeu-

tischen Berufsfeldes, zum Beispiel im Bildungsbereich – in der Sprachförderung, insbesondere in der Beratung und Fortbildung von Eltern und pädagogischem Personal oder in der Lese-Recht-schreib-Therapie. Auch in der Prävention sind LogopädInnen tätig, z.B. in der Stimmprophylaxe für Menschen in Sprechberufen.

Fürstentum Liechtenstein

Logopädinnen und Logopäden arbeiten in Liechtenstein sowohl im Gesundheits- als auch im Bildungswesen. Im Fürstentum gibt es zwei freie Praxen, die vereinzelt Patienten ab dem 18. Lebensjahr behandeln, z.T. auch in Krankenhäusern und Alters- und Pflegeheimen. Die Mehrheit der Logopädinnen und Logopäden arbeitet im Bildungswesen und behandelt dort Patienten von 0 bis 18 Jahre; sie sind dort entweder im Schulhaus oder in außerschulischen Ambulanzen stationiert.

menarbeit einfach zu spannend. Gleichzeitig denke ich aber, dass ich mich weiterhin aktiv für eine Weiterentwicklung meines Berufes einsetze. Mein Engagement in der logopädisch-therapeutischen Kommission und in Arbeitsgruppen ist da für mich ein Weg, Dinge auf politischer Ebene durchzusetzen. Die Verbesserung des Stellenwerts der Logopädie in der Gesellschaft, mehr Anerkennung für das, was wir Logopädinnen leisten, sind für mich zentral. Auch sollte es bis dahin gelungen sein, die Zuständigkeiten von schulischer Heilpädagogik und Logopädie geklärt zu haben. Dazu gehört vor allem auch, dass ich als Logopädin ganz selbstverständlich zuständig für die Versorgung von Kindern mit LRS bin und dies nicht begründen muss.

Ivana Chatton, Freiberuflerin in der Schweiz



Ivana Chatton ist dreisprachig (italienisch, französisch, deutsch) in Basel aufgewachsen. Als Lehrerin für Klavier, Musik, Bewegung und Theater hat sie in Musikschulen und in einer Sprachheilschule gearbeitet. Die Arbeit mit einem Kind mit selektivem Mutismus war Auslöser für ihre Ausbildung zur Logopädin. Ab 1989 arbeitete sie in logopädischen Diensten, hat einen logopädischen Dienst in der Stadt Liestal aufgebaut und über 10 Jahre geleitet. Seit Beginn der 1990er Jahre ist sie auch als Lehrlogopädin tätig. Sie war Fachbeauftragte für Logopädie des Kantons Basel-Stadt und eröffnete 2013 ihre freiberufliche Praxis mit zwei Schwerpunkten: Als Logopädin arbeitet sie mit Kindern und Jugendlichen in den Bereichen Mehrsprachigkeit, Sprachentwicklung, selektiver Mutismus und Stottern, als ausgebildete personenzentrierte Beraterin arbeitet sie mit Eltern sowie Lehrern oder Therapeuten.

Welche Herausforderungen stellen sich Ihnen in der freien Praxis im Jahre 2017?

Die Zusammenarbeit mit den Schulen hat sich verändert: Einmal soll ich als freiberufliche Logopädin alles irgendwie lösen, gleichzeitig ist es aber so, dass eigentlich keine Zeit für interdisziplinäre Arbeit bleibt. Ich gehe mittlerweile immer häufiger in die Schulen, was ich zunächst mit den zahlenden Eltern abstimme. Dann muss die

Klassenlehrerin zustimmen und auch das pädagogische Team der Schule, so ist das hier in Basel, weil die Kinder- und Jugend-Logopädie für Schulpflichtige seit 2012 in die Volksschule integriert wurde und damit für die Finanzierung grundsätzlich die Bildung zuständig ist. Das wissen auch die Kassen. In anderen Kantonen der Schweiz ist die Logopädie anders organisiert. Für mich ist es wichtig, das Kind, seine Eltern und seine ganze Umgebung kennenzulernen, damit es mir gelingt, die Dynamik in der Kommunikation besser zu verstehen und dazu beizutragen, dass Kinder und Jugendliche ihren Weg selbständig gehen. Ich selbst bin mehrsprachig aufgewachsen und sehr vertraut mit mehrsprachigen und interkulturellen Situationen. Ich berate aber immer öfter Eltern, die verunsichert sind bezüglich des Umgangs mit verschiedenen Sprachen in der Familie, insbesondere bei verspätetem Spracherwerb. Sie möchten auf keinen Fall etwas falsch machen, möchten eine gute Sprachförderung für Ihr Kind, haben bisweilen schon bei Lehrpersonen und ÄrztInnen nachgefragt, ohne eine wirklich umsetzbare Antwort erhalten zu haben. Das hat deutlich zugenommen.

Welche Rahmenbedingungen würden Sie gerne ändern?

Ich habe schon relativ große Abrechnungsprobleme, nur mit der freiberuflichen Tätigkeit kann man eigentlich nicht überleben. Für mich ist das Problem, dass die Krankenkassen meinen Klienten die Behandlungen in der Grundversicherung nicht vergüten, meine Klienten sind in der Regel Selbstzahler. Ich habe zwar die schulische und die klinische Ausbildung absolviert, habe aber nie zwei Jahre in einer Klinik gearbeitet, was die Voraussetzung für die Berechtigung zur Abrechnung mit einer Kasse in der Grundversicherung ist. Heute können LogopädInnen nach abgeschlossener Ausbildung entscheiden, ob sie noch eine klinische Zusatzausbildung anhängen möchten, was leider nicht mehr viele tun. Dadurch hat eine „Pädagogisierung der Logopädie“ stattgefunden, deutlich erkennbar auch am Wortgebrauch, wenn nicht mehr von Therapie, sondern von Förderung die Rede ist. In der Ausbildung müssten Grundkenntnisse sowohl der „pädagogischen“ Logopädie als auch der klinischen Logopädie gelehrt werden. Auch sollte am Ende die Möglichkeit bestehen, sich in einem Bereich zu spezialisieren. Auch scheint es mir so zu sein, dass die Eltern immer weniger in die Prozesse einbezogen werden. Hier sollte es mehr Möglichkeiten für Elterngespräche geben.

Wo sehen Sie sich mit ihrer Praxis in 10 Jahren?

Ich bin mit Herzblut Logopädin und arbeite sicherlich auch in 10 Jahren noch mit Kindern, Jugendlichen und Eltern, weil mir dies auch ein ganz persönliches Anliegen ist und die Verbindung von Musik und Sprache für mich essentiell ist. Ich fände es sehr reizvoll, in freier Praxis in einem interdisziplinären Fachteam zu arbeiten, um zum Beispiel auch behinderte Kinder entsprechend zu versorgen, was momentan leider nicht geht. Die Leitung einer solchen Praxis sollte jemand mit einer entsprechenden Qualifikation innehaben. Die Kolleginnen und Kollegen, mit denen ich zusammenarbeite, sollten immer öfter eine doppelte Qualifikation haben. Ich sehe an mir selbst, wie meine Ausbildung in personenzentrierter Beratung sich positiv auf meine Arbeit auswirkt.

Isabelle Kratochwil, angestellt und selbstständig in Liechtenstein



Isabelle Kratochwil schloss ihr Logopädiestudium 1988 in Innsbruck ab. Danach praktizierte sie an der HNO-Abteilung eines Krankenhauses. Seit 1992 arbeitete sie selbstständig und im Angestelltenverhältnis. Nach dem Einstieg in die Praxis 1998 war sie Mitbegründerin des Berufsverbandes der Logopädinnen und Logopäden Liechtensteins (BLL), in dem sie 15 Jahre lang das Amt der Präsidentin innehatte. Dank des engagierten Vorstandes konnte im Jahr 2008 „Logopädie“ als Gesundheitsberuf gesetzlich verankert werden. Dies erst ermöglichte dem Verband, Tarifverhandlungen mit dem Krankenkassenverband zu führen. 2011 ging Isabelle Kratochwil wieder ein Teilzeit-Angestelltenverhältnis im pädagogisch-therapeutischen Bereich ein, sodass noch Kapazität für die Praxis im Gesundheitsbereich blieb.

Sie arbeiten freiberuflich und in Anstellung als Logopädin. Wenn Sie beide Arbeitsverhältnisse miteinander vergleichen, was sind die jeweiligen Vor- und Nachteile?

In unserer Institution arbeite ich mit einem vielfältigen Team zusammen. Hier arbeiten Kolleginnen und Kollegen aus allen deutschsprachigen Ländern und bringen ihren

Ausbildungshintergrund mit. Unsere Kompetenzen erweitern wir zudem durch laufende Fortbildungen. Durch die gute Zusammenarbeit ergänzen wir uns gegenseitig und helfen uns. Die gestellte Infrastruktur sowie das Budget für Weiterbildungen und Therapiematerial sind gute Rahmenbedingungen. Ein weiterer Vorteil, im Angestelltenverhältnis zu arbeiten, ist die gesamte Administration. Des Weiteren steht in schwierigen Fällen eine Therapieleiterin hinter mir. Ein Nachteil jedoch stellt es für mich dar, dass die administrativen Abläufe starr und oft langwierig sind. In meiner Selbständigkeit entscheide ich selbst das Tempo und habe so schnellere Reaktionsmöglichkeiten.

Im Gegensatz zur Institution kann ich mich in meiner eigenen Praxis eher spezialisieren. In der Institution therapiere ich alle Kinder, die Logopädie benötigen, egal welches Störungsbild sie zeigen. Als Vorteil in meiner Selbständigkeit sehe ich auch die freie Zeiteinteilung. Als meine Kinder klein waren, schätzte ich die Flexibilität als selbständige Logopädin sehr. In meiner Praxis erlebe ich die Patienten motivierter, als wenn sie zugeteilt werden. Die Klienten kommen ja mit der Überweisung eines Arztes und entscheiden sich aus freiem Willen für eine Therapie. Wichtig dabei ist eine gute Vernetzung mit den verschiedenen Fachpersonen, z.B. Hausärzten, Kliniken und anderen Therapiestellen. Die freie Praxis bietet zudem einen neutralen Therapierahmen an, d.h. die Therapie findet an einem neutralen Ort statt, also nicht im medizinischen Umfeld der Patienten und für Kinder nicht an der Schule.

Wo sehen Sie sich als Logopädin in zehn Jahren?

Hoffentlich bin ich immer noch mit Herzblut bei der Arbeit, habe Freude an Neuem und bin fortbildungswillig. Ich möchte mein Leben weiterhin 150 % leben und mit meinen Gedanken auch in zehn Jahren noch voll bei der Sache sein. Natürlich hoffe ich, dass ich auch dann noch gesund bin. Zudem wünsche ich mir, bis in zehn Jahren gelassener gegenüber Behörden zu sein und Kräfte schonender mit deren Entscheidungen umgehen zu können. Dann stehe ich eher am Ende meiner beruflichen Karriere und hoffe, dass ich weiterhin vernetzt mit verwandten Berufsgruppen, wie Ärzten, Therapeuten oder Lehrern bin. Schön wäre es, so flexibel zu bleiben, wie ich bin.

Ausbildungssituation: Deutschland hinkt hinterher

In allen Ländern ist die Ausbildung Teil eines Berufsgesetzes und dauert insgesamt drei Jahre. Mit Abschluss der Ausbildung haben die Berufsangehörigen gleichzeitig auch eine Berechtigung zur Ausübung der Tätigkeit erworben. Der wesentliche Unterschied besteht darin, dass Deutschland das einzige Land ist, in dem die Ausbildung in der Regel an Berufsfachschulen, also unterhalb des Fachhochschulniveaus durchgeführt und mit einem Staatsexamen abgeschlossen wird. In der Schweiz und in Österreich wird ein berufsqualifizierender Bachelor an (Fach-)Hochschulen erworben. Liechtenstein verfügt über keine eigene Ausbildungseinrichtung.

Österreich

In Österreich erfolgt die Ausbildung seit 2010 ausschließlich an derzeit sechs Fachhochschulen (Graz, Innsbruck, Klagenfurt, Linz, Wiener Neustadt, Wien) und schließt nach drei Jahren mit dem akademischen Grad eines Bachelors und der Berufsausübungsberechtigung ab. Die Ausbildungsinhalte sind in einer Ausbildungsverordnung (MTD-FH-Ausbildungsverordnung) österreichweit festgelegt. Die Ausbildung ist für die Studierenden kostenfrei und jährlich beenden ca. 100 Studierende das Logopädiestudium.

- www.logopaedie-austria.at/ausbildung/ausbildungsstuetten

Schweiz

Die Ausbildung dauert drei Jahre und wird an vier Ausbildungsstätten durchgeführt: Universität Fribourg (integriert ins Departement Heilpädagogik), Fachhochschule Nordwestschweiz in Basel (integriert ins Departement Sonderpädagogik), Hochschule für Heilpädagogik in Zürich, Schweizer Hochschule für Logopädie Rorschach (angeschlossen der PH Kanton St. Gallen). Alle Studiengänge vergeben Diplome auf Bachelor-

stufe. Die Ausbildung ist kostenfrei, es ist lediglich eine geringe Semestergebühr zu entrichten. Die Erziehungsdirektorenkonferenz (EDK) stellt Mindestanforderungen an die Ausbildungsinhalte (Reglement über die Anerkennung der Hochschuldiplome in Logopädie). Ca. 110 Studierende absolvieren das Studium pro Jahr.

- www.logopaedie.ch/aus-und-weiterbildung

Deutschland

Im Gegensatz zu Österreich und der Schweiz ist die Ausbildungssituation in Deutschland unübersichtlich. Dies liegt daran, dass seit Beginn der Modellklausel, die 2009 in das Gesetz über den Beruf des Logopäden eingefügt wurde, ausnahmsweise eine Ausbildung auf hochschulischem Niveau zugelassen wird – parallel zur Ausbildung an Berufsfachschulen. Seit 2010 sind sieben primärqualifizierende Logopädie-Studiengänge entstanden, die mit einem berufsqualifizierenden Bachelor (BA) abschließen. Sowohl die hochschulischen als auch die berufsfachschulischen Absolventinnen und Absolventen sind berechtigt, die Berufsbezeichnung „Logopädin/Logopäde“ zu führen. Daneben gibt es 14 Studiengänge, die den BA-Abschluss entweder integrierend, d.h. als Teil der Ausbildung an der Berufsfachschule, oder aber additiv nach Abschluss der Ausbildung an der Berufsfachschule anbieten. Die Kosten für die Ausbildung müssen mehrheitlich selbst finanziert werden, nur ein kleiner Teil der Ausbildungsstätten ist in staatlicher Trägerschaft und erhebt keine Ausbildungskosten; dabei handelt es sich vor allem Schulen mit staatlicher Trägerschaft. Insgesamt dürften ca. 1.000 Studierende pro Jahr ihre Ausbildung (berufsfachschulisch und hochschulisch) abschließen.

- www.dbl-ev.de/bildung-und-wissenschaftsfoerderung/ausbildung-und-studium/studienganguebersicht.htm

Ausbildungssituation in Deutschland			
Ausbildungsart	Ausbildungseinrichtungen	Ausbildungskosten	AbsolventInnen
Berufsfachschulen	82 (davon 66 in privater Trägerschaft)	zwischen 60 € und 750 € monatlich: durchschnittlich 455 € (teilweise zusätzliche Kosten für Aufnahme- und Prüfungsgebühren)	ca. 900 pro Jahr (nach Gesundheitsberichterstattung des Bundes)
Primärqualifizierende Modellstudiengänge	7	zum Teil zwischen 370 € und 595 € monatlich (teilweise zusätzliche Kosten für Aufnahme- und Prüfungsgebühren; Semestergebühren unterschiedlich)	ca. 100-120
Ausbildungsintegrierende & additive Studiengänge	14	Abhängig von der jeweiligen Berufsfachschule/Hochschule	es liegen hierzu keine Zahlen vor

Einheit trotz Vielfalt

Um gleiche Rahmenbedingungen für die Qualität der Berufsausübung in Europa herstellen zu können, plädiert Karin Pfaller aus österreichischer Sicht für eine schrittweise Harmonisierung der Regulative im Bereich der Logopädie in Europa – angefangen bei den deutschsprachigen Ländern.



Karin Pfaller ist Präsidentin des österreichischen Berufsverbandes logopädieaustria

Einleitung

Der Gesundheitsbereich in den einzelnen Ländern der Europäischen Union und der Schweiz unterliegt im Allgemeinen nationalstaatlichen Regelungen und Ausgestaltungen. Im Bereich der Logopädie gibt es mit Ausnahme der Anerkennung von Ausbildungen keine europaweit einheitlichen geltenden Regulatoren für die Berufsausübung.

Die Bedingungen unterscheiden sich in Bezug auf das Ausbildungsniveau und die Berufsverankerung im Gesundheits- und/oder Bildungswesen und die Finanzierung betreffend enorm. Um gleiche Rahmenbedingungen für die Qualität der Berufsausübung herstellen zu können, ist eine Erhebung dieser und deren schrittweise Harmonisierung erforderlich.

Regulierungsbedarf

Die Zugangskriterien, die Ausbildung und die Berufsausübung der Logopädinnen und Logopäden werden von nationalen, gesetzlichen Rahmenbedingungen gestaltet. Während die diagnostisch/therapeutischen logopädischen Maßnahmen am aktuellen internationalen Stand der wissenschaftlichen Forschung orientiert sein müssen, ist dies bei der Einbettung der logopädischen Berufsausübung auf nationaler Ebene geregelt und somit bereits im deutschsprachigen Raum (A, CH, D, FL) unüberschaubar und höchst unterschiedlich. Somit ist es bereits innerhalb des

deutschsprachigen Raumes nachvollziehbar, dass aufgrund von nationalen Gegebenheiten logopädische Patientinnen und Patienten aller Altersstufen unterschiedliche Interventionen erhalten – gerechtfertigt aus Sicht der betroffenen Patientinnen und Patienten erscheint dies jedoch nicht.

Die Regulatoren, denen die Logopädie unterliegt, sind in mehrere juristische Ebenen gegliedert. Dazu zählen auf der höchsten Ebene jedes Staates die Berufsgesetze, die durch Verordnungen, Durchführungsverordnungen oder anders genannte Präzisierungen die Berufsausübung – sei es im angestellten und/oder niedergelassenen Bereich – regeln. Daneben hat jeder Staat zahlreiche Konkretisierungsvorschriften, wie z. B. sozialversicherungsrechtliche und arbeitsrechtliche Regelungen sowie jene, die die Qualitätssicherung betreffen.

Regelungsbereiche der Logopädie

Als Regelungsmaterien im Bereich der Logopädie kann man im Wesentlichen die Ausbildung, die Berufsausübung, die Quali-

tätssicherungsnormen und die Finanzierungsregulative bzw. Abrechnungsmodalitäten mit Sozialversicherungen/Privatversicherungen betrachten. Ein Teil dieser Regulatoren haben eine international gültige Tangente, hier sind vor allem die Harmonisierung und die wechselseitigen Anerkennungsverpflichtungen im EU-EWR¹-Bereich zu nennen. So regeln die Anerkennungsrichtlinien Kompetenzen, Abschlüsse oder Berufsausübungsberechtigungen (EWR-36/2005)² im Bereich der Logopädie sowie die Anerkennung oder Teilerkennung der logopädischen Ausbildungen innerhalb Europas. Besonders eine Harmonisierung im Bereich der Ausbildungen wäre an erster Stelle wünschenswert und dringlicher als die der nationalstaatlichen Regulative.

Einzelkomponenten der Berufsausübung

Die im Folgenden angeführten Bereiche orientieren sich an der österreichischen Situation und haben sich als sehr zweckmäßig erwiesen. Sie übertragen den Logopädinnen und Logopäden ein hohes Maß an Verantwortung und Eigenständigkeit und ermöglichen der logopädischen Disziplin eine Steigerung der Qualifikation.

Berufsbild: Dieses regelt die Aufgaben des Berufes bzw. der Berufsausübung und dient auch der Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen, die sich eine Kompetenz im logopädischen Bereich zuschreiben, ohne eine gesetzlich reglementierte Ausbildung zu haben. Für Österreich ist zurzeit folgende Definition gültig (eine aktualisierte, dem jetzigen Stand der logopädischen Wissenschaft entsprechende Version liegt dem zuständigen Bundesministerium bereits vor): „Der logopädisch-phoniatrisch-audiologische Dienst umfasst die eigenverantwortliche logopädische Befunderhebung und Behandlung von Sprach-, Sprech-, Stimm-, Schluck- und Hörstörungen sowie audiometrische Untersuchungen nach ärztlicher oder zahnärztlicher Anordnung“ (vgl. § 2 (6) MTD-G). Eine solche Definition sollte nur vom Gesetzgeber erstellt werden, da Gesundheitsberufe aufgrund der hohen Verantwortung innerhalb einer Gesellschaft strengeren Regeln unterliegen müssen als andere.

Ausbildungsniveau und Dauer: Die Dauer sowie die Eignung für die Ausbildung zur Logopädin/zum Logopäden sollte ebenfalls harmonisiert sein, mit der Hochschulreife beginnen und zumindest drei Jahre dauern. Die

1 Europäischer Wirtschaftsraum

2 (1) die Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen, ABl. Nr. L 255 vom 30.09.2005 S. 22, zuletzt geändert durch die Verordnung (EG) Nr. 1137/2008 zur Anpassung einiger Rechtsakte, für die das Verfahren des Artikel 251 des Vertrags gilt, an den Beschluss 1999/468/EG des Rates in Bezug auf das Regelungsverfahren mit Kontrolle, ABl. Nr. L 311 vom 21.11.2008 S. 1; (2) das Abkommen zwischen der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten einerseits und der Schweizerischen Eidgenossenschaft andererseits über die Freizügigkeit, ABl. Nr. L 114 vom 30.04.2002 S. 6, BGBl. III Nr. 134/2002, in der Fassung des Beschlusses Nr. 2/2011 des Gemischten Ausschusses EU-Schweiz vom 30. September 2011 über die Änderung von Anhang III (Gegenseitige Anerkennung von Berufsqualifikationen) dieses Abkommens (2011/702/EU), ABl. Nr. L 277 vom 22.10.2011 S. 20; (3) die Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, ABl. Nr. L 88 vom 04.04.2011 S. 45

Akademisierung der Berufsgruppe erklärt sich von selbst, da u.a. die Anforderungen aus logopädisch-fachlicher, aber auch aus managementtechnischer und wissenschaftlicher Sicht gestiegen sind.

- **Eignung für die Ausbildung zur Logopädin/zum Logopäden:** Hiermit sind neben der physischen und psychischen Eignung vor allem die Bereiche der persönlichen und sozialen Kompetenzen, der Zuverlässigkeit, der Sprachkenntnisse und ähnliches zu nennen.

Berufsausübung: Der österreichische Gesetzgeber hat für die Logopädie die folgenden Regelungen getroffen, damit sich die Patientinnen und Patienten orientieren können und wissen, wer ein logopädisches Störungsbild diagnostizieren und behandeln darf.

Des Weiteren ist eine Registrierung von allen gesetzlich geregelten Gesundheitsberufen notwendig, um staatlich anerkannte von nicht anerkannten Personen unterscheiden zu können. Dies ist vor allem für Betroffene von immenser Wichtigkeit, damit sie in der Lage sind, zwischen kommerziellen Angeboten und dem seriösen Gesundheitsberuf Logopädie zu unterscheiden. Dieses Register sollte auch flankiert sein von weiteren Maßnahmen, die den Beruf zum einen auszeichnen und zum anderen vor Kommerzialisierung schützen. Dazu zählen unter anderem der

- **Bezeichnungsvorbehalt:** Nur Logopädinnen/Logopäden dürfen diese Bezeichnung führen.
- **Tätigkeitsvorbehalt:** Nur Logopädinnen/Logopäden sind berechtigt, die im Berufsbild/Tätigkeitsfeld genannten Leistungen zu erbringen. Diese Regelungen haben sich insbesondere in Hinblick auf sämtliche Qualifikationserfordernisse und Berufspflichten (z.B. Schweigepflicht, Dokumentationspflicht etc.) als wichtig erwiesen und sie schließen auch aus, dass logopädische Leistungen als „Hobby“ usw. betrachtet werden.
- **Ausbildungsvorbehalt:** Die Ausbildung zur Logopädin/zum Logopäden darf nur in staatlich anerkannten Ausbildungsstätten, die die für die Ausbildung gesetzlich vorgeschriebenen Regelungen einhalten, erbracht werden und nicht in „Privatinstituten“ ohne jegliche Qualitätssicherung oder entsprechende Curricula, wie sie im Hochschulbereich selbstverständlich sind.

Berufsrechte/Pflichten: Ein Gesundheitsberuf hat besondere Verantwortungen den betroffenen Menschen gegenüber, insbesondere weil diese eingeschränkt handlungsfähig und auch fachlich unterlegen sind, daher sind Patientinnen und Patienten auch keine Konsumenten im herkömmlichen Sinn. Dementsprechend sollten die mit der Berufsausübung einhergehenden Pflichten wie Verschwiegenheitspflicht, Auskunftspflicht, Dokumentationspflicht, Aufbewahrungspflicht, Werbebeschränkungen, Rechnungslegungsdetails ebenfalls national geregelt sein.

Die Arten der Berufsausübung (angestellt, freiberuflich), die Aufgaben bei institutionalisierter Berufsausübung sowie die Rolle der fachlich zuständigen Vorgesetzten bedürfen ebenfalls einer Regelung, um zu vermeiden, dass andere Personen (z.B. Ärztinnen und Ärzte, Gesundheits- und Krankenpflege usw.) logopädisch relevante Vorgaben machen können, die die fachliche Rolle der Logopädin/des Logopäden einschränken würden. Hygienemaßnahmen, Meldepflichten sowie die Regelungen der Fortbildungspflichten runden den Bereich der Berufsrechte und Pflichten ab und spielen eine große Rolle insbesondere in Bezug zu Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement.

Qualitätssicherung/Management: Qualitätsbezogene Anforderungen an die logopädische Berufsausübung sollten ebenfalls auf nationalstaatlicher Ebene geregelt werden, um zu vermeiden, dass besonders im Bereich der angestellten Berufsausübungen Einschränkungen auf dienstrechtlichem Wege minimiert bzw. ausgeschlossen werden können. Angestellte sind in der Regel nicht in der Lage, Qualitätsprobleme derart zu artikulieren, dass diese beseitigt werden können. Ein Dienstgeber, der z.B. Kosteneinsparungen im Fokus hat, kann seine Dienstnehmer im Rahmen von Treue, Verschwiegenheit oder Verträgen dazu verpflichten, Bedingungen zu akzeptieren, die einer guten qualitätssichernden Berufsausübung nicht mehr entsprechen.

Sozialversicherung/Finanzierung: Die Einsatzbereiche der Logopädie sollten ebenfalls in Hinblick auf einen therapeutischen Gesundheitsberuf harmonisiert werden. Da logopädische Erkrankungen im Sinne der WHO (ICD) therapiert werden, kann nur ein Gesundheitsberuf (Gesundheitsfachberuf) diesen Aufgaben mit den entsprechenden Regelungen nachkommen. Der Einsatz von Logopädinnen und Logopäden in Schulen und/oder pädagogischen Einrichtungen macht aus dem Therapeieberuf Logopädin/

Logopäde keinen pädagogischen Beruf (und umgekehrt) und deshalb sollten die Verpflichtungen, denen Gesundheitsberufe unterliegen, über denen von institutionalisierten Regelungen stehen.

Gesundheitssystem: Gesundheitssysteme unterscheiden sich teils gravierend voneinander, wobei dies keinen Hinderungsgrund für eine Harmonisierung im Bereich der Logopädie darstellen muss. So ist z.B. die Frage einer Versicherungspflicht (D) oder eine Pflichtversicherung (Ö) kein Hinderungsgrund dafür, dass die Rahmenbedingungen der Berufsausübung ähnlich sein könnten. Gerade vor dem Hintergrund einer Zunahme der internationalen beruflichen Migration sollte diesen Umständen mehr Rechnung getragen werden.

Schlussfolgerungen

Logopädinnen und Logopäden, die sich im Rahmen der internationalen Verbände miteinander austauschen, können wechselseitig viel voneinander lernen. Ein wesentlicher Teil besteht darin, dass die gewonnenen Erkenntnisse und die Erfahrungen der Einzelnen auch den jeweiligen staatlichen Entscheidungsträgern zur Verfügung gestellt werden sollten. Dies könnte in einer Weise geschehen, dass es möglich wird, Beiträge für eine gesetzliche und/oder politische Harmonisierung zu leisten und diese (weiter) zu entwickeln.

Den Erfahrungen entsprechend haben die dafür zuständigen nationalen Verwaltungseinrichtungen und die politischen Entscheidungsträger nicht die für eine Harmonisierung notwendigen Detailkenntnisse und sind sich der Unterschiede in den einzelnen Ländern auch nicht bewusst. Daher könnte ein – vielleicht vorerst unter den deutschsprachigen Ländern, jedoch durchaus im europäischen Geiste – abgestimmter Aktionsplan maßgebliche Weiterentwicklungen für die Logopädie beflügeln.

Wie Studierende ihre Zukunft sehen

Interviews mit Studierenden in Deutschland, Österreich, der Schweiz und Liechtenstein bieten einen Ausblick in die Zukunft der Logopädie.

Jonas Laux, Deutschland



Jonas Laux absolvierte von 2010 bis 2012 eine Ausbildung zum staatl. geprüften Sozialassistenten, leistete einen freiwilligen Wehrdienst als Sanitäter und arbeitete dann als Sozialassistent im Pflegebereich einer gerontopsychiatrischen Einrichtung. 2014 begann er die Ausbildung zum Logopäden an der Schule für Logopädie in Koblenz und studiert seit 2015 dual Logopädie (B.Sc.) an der Hochschule in Trier. Er wird die Ausbildung zum staatl. geprüften Logopäden im Herbst 2017 abschließen.

Wieso haben Sie relativ kurz nach Ihrer Ausbildung zum Sozialassistenten eine Ausbildung zum Logopäden begonnen?

Für mich stand relativ früh fest, dass ich mit und auch am Menschen arbeiten möchte. Und das auf einem möglichst hohen und professionellen Niveau, um gut helfen zu können. Der Sozialassistent bot mir die Möglichkeit, viele Erfahrungen in der Pflege älterer, multimorbider Menschen zu erlangen. Die Zusammenarbeit im Pflegealltag mit anderen Professionen wie Physio, Ergo und Logo empfand ich als sehr hilfreich und spannend. Besonders beeindruckt hat mich, wie sich die logopädische Therapie auf die Lebensqualität der Patienten auswirkt, sie profitieren enorm davon. Und es entsteht tatsächlich ein intensiver Kontakt zwischen Therapeut und Patient, der sich nicht nur durch zeitliche Aspekte von den anderen Therapierichtungen unterscheidet. Um das Wissen um wirksame Hilfen und Techniken beneidete ich die Therapeuten sehr. Außerdem gefiel mir die therapeutische Arbeit. Daher habe ich mir überlegt, dass ich noch eine Ausbildung mache, gleichzeitig wollte ich aber auch eine weitergehende Perspektive haben und habe mich daher für das duale Studium entschieden. Mit dem

Bachelor kann ich weitermachen und mich weiter spezialisieren.

Wie wichtig ist Ihres Erachtens die Logopädie im Bereich Gerontologie?

In der Einrichtung, in der ich gearbeitet habe, und auch in meinen bisherigen Praktika kam der Logopädin tatsächlich eine Art Schlüsselfunktion zu. Sie hat nicht nur mit den Patienten gearbeitet oder Gespräche mit Angehörigen geführt, in Teamsitzungen und Besprechungen hat sie auch über einzelne Patienten aufgeklärt, beispielsweise hinsichtlich deren Ernährung oder über den Umgang mit unterstützenden Kommunikationsmitteln. Zusätzlich hat sie gemeinsam mit Physios, Ergos und der Pflege Patienten versorgt. Ich denke, dass die logopädische Therapie für die Lebensqualität der Patienten eine entscheidende Rolle spielt. Denn solange Patienten selbstständig essen, trinken und auch kommunizieren können, haben sie deutlich mehr Lebensfreude, können selbstbestimmter sein und sind dadurch auch weniger pflegebedürftig. So hat der Therapieeffekt eine große Reichweite und ist für viele Patienten sehr wichtig.

Wo sehen Sie sich als Logopäde in 10 Jahren?

Auf jeden Fall sehe ich mich als praktizierender Logopäde, weil mir der Patientenkontakt und der therapeutische Alltag sehr wichtig sind. Gleichzeitig kann ich mir aber vorstellen, dass ich mich in einem berufs begleitenden Studiengang akademisch weiterqualifiziere. Ich denke da an eine Dozenten- oder auch Supervisorstätigkeit. Beides hat den Vorteil, dass ich stets auch als Therapeut arbeiten kann. Zudem denke ich, dass ich im Bereich der Erwachsenentherapie und Gerontologie weiterarbeite. Die Inhalte interessieren mich und ich empfinde sie als anspruchsvolle, wichtige Arbeit. Ich gehe aber auch davon aus, dass der Bedarf an Logopäden immer größer wird, betrachtet man die demographische Entwicklung. Meines Erachtens arbeiten in der Versorgung älterer und alter Patienten zu wenig Therapeuten, um auch in den nächsten Jahren eine gute Patientenversorgung zu gewährleisten und unsere Kompetenzen wirksam in interdisziplinären Teams einbringen zu können. Was

nicht zuletzt auch mit einem Mangel von fest angestellten Logopäden in entsprechenden Einrichtungen einhergeht.

Theresa Kaserer, Österreich



Theresa Kaserer hat im Juli 2011 die Ausbildung zur Volksschullehrerin an der PH Salzburg beendet und ist ausgebildete Freizeitpädagogin und Lehrerin für römisch-katholische Religion. Von 2011 bis 2015 arbeitete sie als Volksschullehrerin in einer Vorschul- und Integrationsklasse. Im September 2015 begann sie ihre Ausbildung zur Logopädin an der Fachhochschule Gesundheitsberufe Oberösterreich in Linz

Was war Ihre Motivation, Logopädie zu studieren?

Mein Wissensdurst und mein hohes Interesse an Sprache, aber auch an der Medizin sowie an der Arbeit mit Menschen haben mich dazu bewegt. In meiner Tätigkeit als Volksschullehrerin habe ich die Förderstunden, speziell im Fach Deutsch, sehr genossen, da ich in diesen ganz individuell mit einem Kind oder einer Kleingruppe arbeiten konnte. Am Beruf fasziniert mich außerdem, dass ein Arbeiten mit Babys, Kindern sowie auch mit Erwachsenen und älteren Menschen möglich ist. Zudem besteht die Möglichkeit, innerhalb der verschiedenen Bereiche der Logopädie (Neurologie, Stimme, Kindersprache, LRS, Audiologie) zu wechseln, wengleich dies auch sicherlich mit einem erhöhten Einsatz in der ersten Zeit einhergeht.

Welches sind die größten Herausforderungen für diesen Beruf?

Es ist sicherlich wichtig, die hohe Fachkompetenz, die ein Logopäde/eine Logopädin mitbringen sollte, stets durch den Besuch von Fortbildungen aufzufrischen. Diese Herausforderung besteht für einen Absolventen/eine Absolventin ebenso wie für bereits langjährig im Beruf Tätige. Zudem denke ich,

dass es notwendig ist, sich zu spezialisieren, da die unterschiedlichen Fachbereiche im Berufsbild eines Logopäden/einer Logopädin zahlreich und jeder Bereich für sich facettenreich sind. Eine Herausforderung ist außerdem die interdisziplinäre Zusammenarbeit, wodurch Erfolge erzielt und Patienten bzw. Patientinnen ganzheitlich und gut betreut werden können.

Wie schätzen Sie Ihre berufliche Zukunft ein?

Da Logopädie an gelungener Kommunikation arbeitet und Menschen aller Altersgruppen von diesem Angebot profitieren können, glaube ich, dass das Berufsbild des Logopäden/der Logopädin weiterhin Zukunft hat. Im Kinderbereich fände ich persönlich es sehr schön, wenn künftig wieder mehr Stellen für Logopäden bzw. Logopädinnen an Schulen zur Verfügung stünden. Ich denke, dass die Besetzung an den Kindergärten schon gelungen ist und es wäre meiner Ansicht nach sinnvoll, die Förderung bzw. Therapie dann auch im Schulbereich weiterzuführen.

Oliver Frischknecht, Schweiz



Oliver Frischknecht absolvierte nach der Matura (Abitur) 1998 zunächst die Ausbildung zum Primarlehrer in Kreuzlingen. Nach diesem ersten Abschluss 2001 ging es Schlag auf Schlag: 2003 Diplom an der London School of Musical Theatre, 2006 an der Joop van den Ende Academy in Hamburg und schließlich 2016 der Bachelor in Vokalpädagogik an der Hochschule Osnabrück (Studium zum Gesangslehrer). Seit 2006 ist Oliver Frischknecht als Musicaldarsteller/Sänger in Deutschland, Österreich und der Schweiz tätig. Seit September 2016 studiert er Logopädie an der Schweizerischen Hochschule für Logopädie in Rorschach (SHLR).

Was hat Sie eigentlich dazu bewegt, ihre zahlreichen Qualifikationen auch noch um eine logopädische Ausbildung zu ergänzen?

In meiner Bachelorarbeit im Rahmen meines Studiums an der Hochschule Osnabrück habe ich mich mit der Entstehung und Be-

handlung von hyperfunktionellen Stimmstörungen beschäftigt und war sofort fasziniert von diesem Arbeitsbereich. Dies lag sicherlich auch an den zahlreichen interessanten Stimmtherapeuten aus Großbritannien, Deutschland und der Schweiz, mit denen ich diesbezüglich Kontakt aufgenommen hatte. Dabei habe ich gemerkt, dass es mich reizen würde, mit stimmungsgestörten Menschen zu arbeiten. Vor Beginn des Studiums habe ich versucht, mich darüber zu informieren, welche Arbeitsmöglichkeiten es in der Schweiz im Bereich „Stimmtherapie“ eigentlich gibt. Da war mir der DLV sehr hilfreich. Sie haben mir geraten, das Bachelorstudium zum Logopäden zu absolvieren, da der Beruf „Logopäde“ in der Schweiz von den Krankenkassen anerkannt ist und ich nach Beendigung des Studiums sowohl angestellt als auch freiberuflich arbeiten kann. Als Sänger, der meist von Engagement zu Engagement gearbeitet hat, eröffnet mir dies natürliche Optionen – auch bezüglich Sicherheit, die ich vorher nicht hatte.

Was reizt Sie daran, im Bereich Stimme zu arbeiten?

Arbeiten mit der Stimme ist meine Leidenschaft. Mich faszinieren die verschiedenen Klänge, die die menschliche Stimme erzeugen kann, und vor allem auch wie diese durch die dazugehörigen Einstellungen im Gesangs- und Sprechorgan produziert werden. In den letzten Jahren wurde mir mehr und mehr bewusst, wie wichtig der physiologische Umgang mit der Stimme für Sänger und auch Berufssprecher ist. Gleichzeitig finde ich es spannend, welche therapeutischen Möglichkeiten es gibt, gestörte Stimmen zu behandeln – völlig unabhängig davon ob es nun funktionelle oder organisch bedingte Stimmstörungen sind. Wichtig scheint mir dabei zu sein, dass die Wirksamkeit eines Behandlungsansatzes wissenschaftlich nachgewiesen werden kann. Daher würde ich mich auch gerne in der Forschung im Bereich „Stimme“ engagieren.

Wo sehen Sie sich in zehn Jahren?

Für mich persönlich wäre die Kombination von logopädischer und künstlerischer Arbeit optimal. So ganz kann und will ich nicht auf die Bühne verzichten, da ich mich auf der Bühne in meinem Element fühle. In der Logopädie sehe ich mich vor allem im Bereich „Stimme“ aktiv. Ich fände es schön, wenn es mir gelänge, die Stimmforschung in der Schweiz anzustoßen, ähnlich wie dies Sara und Tom Harris – meine großen Vorbilder – in Großbritannien mit der Gründung der „British Voice Association“ geschafft haben.

Dies bedeutet auch, dass ich mich dafür engagieren möchte, dass die Arbeit mit Stimmpatienten in der Schweiz ausgebaut wird. Gerne würde ich an einem Ort arbeiten, an dem auch professionelle Sänger Tat und Rat suchen wie z.B. im SingStimmZentrum Zürich.

Joëlle Moser, Liechtenstein

Joëlle Moser, Liechtensteinerin, studiert seit dem September 2015 Logopädie an der Hochschule für Heilpädagogik (HfH) in Zürich, absolviert derzeit ihr letztes Praktikum (Hauptpraktikum) von Juli 2017 bis Februar 2018 am Heilpädagogischen Zentrum in Schaan/Liechtenstein und wird voraussichtlich im Mai/Juni 2018 ihr Studium abschließen.

Warum haben Sie sich beruflich für die Logopädie entschieden?

Bei mir sind zwei Beweggründe zusammengekommen. Da ist mein Wunsch gewesen, mit Kindern zu arbeiten, auch mit Kindern, die es vielleicht schwerer als andere haben. So hat mich z.B. der heilpädagogische Arbeitsbereich auch schon vor meiner Entscheidung für die Logopädie interes-

Fachkräftebedarf wächst

Deutschland

Aus einer Studie zur Ermittlung des Fachkräftebedarfs (BMWi 2017) im Bereich der Gesundheitsfachberufe geht hervor, dass schon heute ein Engpass von ca. 8,7% besteht, der bis zum Jahr 2030 auf ca. 24,6% ansteigen wird. Bedauerlicherweise wurden die Gesundheitsfachberufe nicht differenziert betrachtet, sodass die Zahlen für die Logopädie nur als Tendenz gewertet werden können. Jedoch sind Engpässe in der Versorgung bereits heute zu erkennen. Stellen in freien Praxen können nur schwer besetzt werden, Wartezeiten für Behandlungstermine sind die Folge, wie auch die unzureichende Versorgung mit notwendigen Hausbesuchen, insbesondere in ländlichen Regionen.

Österreich

Da es in Österreich (noch) keine Registrierung von Logopädinnen und Logopäden gibt und man die genaue Zahl der Berufsausübenden nicht kennt, kann der Bedarf für die Zukunft nicht korrekt eingeschätzt werden. Einer Dissertation zufolge, die den Bedarf bezogen auf die logopädischen Störungsbilder errechnet hat, wird von 5 200 notwendigen Logopädinnen und Logopäden für Österreich ausgegangen, wobei es in Österreich zurzeit geschätzt ca. 2 500 gibt.

Schweiz und Liechtenstein

In beiden Ländern liegen dazu keine Untersuchungen vor.

sirt. Dieser Wunsch kam zusammen mit meinem Interesse an Sprache, an Linguistik, aber auch an kommunikativen Vorgängen überhaupt. Die Logopädie hat da für mich beide Anteile gut verbunden. Außerdem hat mich die inhaltliche Vielfältigkeit des Berufes sehr angesprochen und die Möglichkeit, an unterschiedlichen Stellen arbeiten zu können, wie z.B. an Regelschulen, an heilpädagogischen Einrichtungen, in Kliniken oder Reha-Zentren. Am Anfang der Ausbildung ist nicht festgelegt, in welchem Bereich man mal arbeiten wird, diese Offenheit hat mir gefallen. Alles zusammen hat mich nach der Matura dazu bewogen, mich für diesen Beruf zu entscheiden. Das Vorpraktikum, das ich brauchte, um mich an der HfH für die Logopädie bewerben zu können, habe ich an einer heilpädagogischen Einrichtung gemacht und das hat mich in meiner Entscheidung dann noch bestärkt.

Sie sind ja jetzt schon im letzten Abschnitt Ihrer Ausbildung. Wie sehen Sie die Logopädie heute und können Sie schon sagen, wo Sie sich später im Beruf sehen?

Im Großen und Ganzen hat sich mein Bild nicht verändert und meine Entscheidung

finde ich immer noch gut. Sonst hat sich natürlich im Studium der Blick auf die Logopädie erweitert, das liegt ja in der Natur der Sache. Die Vielfältigkeit in der Logopädie ist z.B. noch größer, als ich dachte. Das finde ich gut, aber der Umfang des Stoffes und seine Bewältigung im Studium stellt doch eine echte Herausforderung dar. Insbesondere was den klinischen Bereich angeht war ich überrascht, wie umfangreich dieser ist, vor allem in der Arbeit mit Erwachsenen. Und was mir schon vorher irgendwie klar war, dass die Ausbildung nach der Ausbildung nicht aufhören wird, wird mir jetzt im Studium und in den Praktika ganz anders bewusst. Wo ich mich nach der Ausbildung sehe, kann ich noch nicht sagen. Das Interesse im Bereich Heilpädagogik ist noch stärker geworden, aber mal sehen, es hängt ja auch davon ab, was es für Stellen geben wird. Im Studium konnten wir eine Woche eine Ausbildungsstätte für Logopädie in Berlin besuchen, das hat Spaß gemacht und war sehr interessant. Welche Unterschiede es da gibt, war mir gar nicht so klar, zum Beispiel dass die Logopädie im Kinderbereich in Deutschland nicht dem Bildungssektor zugeordnet ist. Auf jeden

Fall möchte ich in Liechtenstein oder in der Schweiz arbeiten, ich glaube, dass ich mich in Österreich oder in Deutschland doch eher fremd fühlen würde.

Können Sie noch etwas zu Ihren Praktika sagen?

Die Praktika sind ja dafür da, dass man in der Praxis den Bezug zum theoretisch Gelernten sieht und dass man etwas aus der Theorie umsetzt. Ich habe für mich erfahren, dass das einfach sein kann, aber auch, dass das manchmal nicht einfach sein kann. Ich habe vor allem gemerkt, wie wichtig der Austausch darüber ist. Manches ist mir erst klarer geworden im Gespräch, theoretisch wie praktisch. Aber neben den Dingen, die sich klären oder von denen man erst einen Begriff im Praktikum bekommt, gibt es auch Fragen, die sich einem erst in der Praxis stellen. Interessant war für mich die Erfahrung, dass jede Praktikumsleitung ihre Eigenheiten hat. Das ist zwar irgendwie logisch, wenn man es aber dann in der Praxis erlebt, kann man das auch besser verstehen. Es tut gut zu sehen, dass es unterschiedliche Stile im Gemeinsamen geben kann.

Gemeinsam in Europa

Europäischer Tag der Logopädie am 6. März 2018 zum Thema Unterstützte Kommunikation.

Während das politische Europa immer mehr in Streit und Abgrenzung verfällt, zeigt unsere Berufsgruppe, dass es auch anders geht: Anlässlich des Europäischen Tages der

Logopädie informieren Logopädinnen und Logopäden aus den Ländern der CPLOL-Mitgliedsverbände am 6. März 2018 über das Thema Unterstützte Kommunikation. Auch

die deutschsprachigen Länder beteiligen sich an diesem Aktionstag, der neben dem vorgeschlagenen Themenschwerpunkt viel Raum für länderspezifische Akzente lässt.

Symposium in Salzburg

In Österreich findet aus diesem Anlass am 9. und 10. März 2018 unter dem Motto „Hören – Zuhören – Verstehen“ ein Symposium in Salzburg statt, zu dem auch die Mitglieder der Partnerverbände aus der Schweiz, Luxemburg, Liechtenstein und Deutschland herzlich eingeladen sind.

■ www.logopaediaustria.at/tag-der-logopaedia

In der Schweiz und für die Kolleginnen in Liechtenstein stellt der DVL ab Januar 2018 zahlreiche Merkblätter und Links zu weiteren Informationen zum Thema Unterstützte Kommunikation auf seiner Website zur Verfügung. Darüber hinaus bietet der Verband Giveaways für örtliche Informationsveranstaltungen an, um eine möglichst breite Informationsarbeit durch die Logopädinnen und Logopäden im Land zu unterstützen.

■ www.logopaedie.ch

© Tourismus Salzburg, Foto: Breitegger Günther



Am 9. und 10. März 2018 veranstaltet logopaediaustria unter dem Motto „Hören – Zuhören – Verstehen“ ein Symposium zum Thema Unterstützte Kommunikation in Salzburg

Informationskampagne in Deutschland

Auch in Deutschland setzt der dbl vor allem auf eine breite Informationsarbeit durch die Mitglieder vor Ort. Hierzu bereitet er die Presse bereits im Vorfeld des Aktionstages mit entsprechenden Meldungen auf das Thema vor, um das Interesse an den örtlichen und regionalen Aktionen zu wecken. Mitglieder und Journalisten finden ab Januar 2018 auf der Verbandswebsite zahlreiche Informationsmaterialien. Erstmals wird es auch einen Info-Folder des dbl zum Thema Unterstützte Kommunikation geben, der sich an Betroffene und deren Angehörige wendet. Darüber hinaus können LogopädInnen Plakate zur Bewerbung des Aktionstages in Praxen, Apotheken oder öffentlichen Einrichtungen kostenlos anfordern – er eignet sich auch dazu, auf örtliche Veranstaltungen wie Vorträge oder Tage der offenen Tür aufmerksam zu machen. Eine bundesweite Expertenhotline am 6. März 2018 komplettiert die Informationskampagne.

Wussten Sie schon...

dass Sie als Mitglied eines im CPLOL organisierten Logopädieverbandes an den Veranstaltungen der meisten Partnerländer zu den gleichen Konditionen teilnehmen können wie deren Mitglieder? Auch das ist ein Stück gelebte Solidarität und Zusammenarbeit im Europa der Logopädinnen und Logopäden. Nutzen Sie also die damit verbundenen Möglichkeiten – insbesondere hinsichtlich der Veranstaltungen in den deutschsprachigen Ländern, in denen keine Sprachbarriere gibt!



© Bielefeld Marketing

Der Deutsche Bundesverband für Logopädie veranstaltet am 15. und 16. Juni 2018 seinen Jahreskongress wieder in Bielefeld

Fortbildung kennt kein Grenzen

Unter dem Stichwort „Fortbildung“ möchten wir noch einmal auf das o.g. *Symposium „Hören – Zuhören – Verstehen“* der österreichischen Kolleginnen in Salzburg hinweisen. Auf der Seminarwebsite von *logopaediaustria* sind weitere Veranstaltungen zu finden, die grenzüberschreitend von Interesse sind.

- www.logopaediaustria.at/seminare-logopaediaustria

Auch der Deutschschweizer Logopädinnen- und Logopädenverband bietet auf seiner *Fortbildungshomepage* eine Reihe von interessanten Veranstaltungen, deren Titel neugierig machen, wie „Humor und Provokation in Therapie und Beratung“ oder „Sich binden – sich trennen – zur Sprache finden. Frühe Bindungserfahrungen und Spracherwerbsstörungen“.

- www.logopaedie.ch/veranstaltungen

dbl-Kongress 15.-16. Juni 2018 in Bielefeld

Der Deutsche Bundesverband für Logopädie wird im kommenden Jahr wieder einen *Jahreskongress in Bielefeld* mit einem breiten Themenspektrum anbieten. Anders als bisher wird dieser nicht am üblichen Fronleichnamswochenende stattfinden, sondern am **15. und 16. Juni 2018**.

Neben zahlreichen Vorträgen und Postern wird es ein ausgebautes Angebot von Workshops sowie zwei große Symposien zu den Themen Kindersprache und Dysphagie geben. Selbstverständlich finden Sie in Bielefeld auch eine umfassende Fachausstellung vor, bei der Sie sich über neue und altbewährte Produkte auf dem logopädischen Markt informieren können. Weitere Veranstaltungen des dbl finden Sie auch hier auf der Fortbildungswebsite.

- www.dbl-ev.de/service/shop/dbl-fortbildungen.html

Fachpublikationen Arbeitsmaterialien Fachzeitschriften



Stimm- und Sprechtraining Praxistipps für alle, die etwas zu sagen haben

Fachleuten auf der Suche nach Übungstexten sowie allen, die ihre Stimme oder ihr Sprechen optimieren möchten, bietet der Ratgeber alltagstaugliche Übungen, um die Stimme zu verfeinern.

Ratgeberreihe für Angehörige, Betroffene und Fachleute, Barbara Widhalm, 1. Auflage 2017, kartoniert: ISBN 978-3-8248-1211-0, 64 Seiten, EUR 9,49 [D]
E-Book: ISBN 978-3-8248-9992-0, EUR 6,99 [D]



www.schulz-kirchner.de/shop | bestellung@schulz-kirchner.de | Tel. +49 (0) 6126 9320-13



Schulz-Kirchner Verlag

SEM-S2



Fortbilden an der Ostsee!

IBAF gGmbH Schule für Logopädie
www.ibaf.de

SPRECHEN VERBINDET

Sie leiden an Aphasie?
Es ist nie zu spät! Lernen Sie wieder sprechen
und haben Sie teil am Leben!



Intensive Sprachtherapie Lindlar hilft

... seit mehr als 25 Jahren

www.logozentrumlindlar.de
Tel. +49 (0) 22 66 / 906 - 0



Zentrum für Diagnostik und Therapie bei Schluckstörungen DAS DYSPHAGIEZENTRUM

Basiskurs Dysphagie - Strukturierte Diagnostik und evidenzbasiertes Vorgehen bei Schluckstörungen

im Akuthaus, in Rehabilitationseinrichtungen und freier Praxis

- Seminar B** • Erweiterter 4-Tages-Basiskurs (inkl. Einführung Trachealkanülenmanagement)
Referent: Mirko Hiller, MSc / Neurorehabilitation, Leiter DDZ
- B02/18 - 01.02. - 04.02.2018 in Erfurt · 585,-€
 - B11/18 - 15.11. - 18.11.2017 in Freiberg (Sachsen) · 585,-€
 - Brixen 2018 in Planung

FEES-Basisseminar zur Erlangung des FEES-Zertifikats der DGN / DSG

- Seminar F** • 3-Tages-Kurs (Basisseminar zur Vermittlung theoretischer Grundlagen und praktischer Fähigkeiten)
Referent: Mirko Hiller, MSc / Neurorehabilitation, Leiter DDZ, Zertifizierter FEES-Ausbilder der DGN / DSG
- F04/18 - 13.04. - 15.04.2018 in Freiberg (SN)
 - F08/18 - 24.08. - 26.08.2018 in Erfurt

Trachealkanülenmanagement - der professionelle Umgang mit tracheotomierten Patienten -

von der Diagnostik bis zur Dekanülierung

- Seminar TK** • 3-Tages-Intensivkurs
Referent: Mirko Hiller, MSc / Neurorehabilitation, Leiter DDZ
- TK01/18 - 12.01. - 14.01.2018 in Freiberg (Sachsen) · 430,-€
 - TK03/18 - 02.03. - 04.03.2017 in Kerpen (Köln) · 430,-€

Fachtherapeut Dysphagie

Erfurter Dysphagiewoche zur Spezialisierung auf den Fachbereich Dysphagie

- Seminar D** • 9-tägiger Kompaktkurs,
Referent: Mirko Hiller, MSc / Neurorehabilitation, Leiter DDZ
- D06/18 - 23.06. - 01.07.2018 in Erfurt · 1180,-€
 - D09/18 - 15.09. - 23.09.2018 in Erfurt · 1180,-€

NEU - Refresher - PRAXISKURS DYSPHAGIE

Auffrischung der Kenntnisse zur Therapie der Dysphagie

- Seminar R** • 1-Tages-Kurs,
Referent: Mirko Hiller, MSc / Neurorehabilitation, Leiter DDZ
- R11/18 - 24.11. 2018 in Erfurt · 170,-€
 - 2-Tages-Praxiskurs mit standardisierter FEES (inkl. eigene Durchführung der FEES)
• R10/18 - 06.10. - 07.10.2018 in Erfurt · 270,-€

Inhouse-Schulungen und FEES-Supervisionen auf Anfrage

Fachliche Leitung: Mirko Hiller, MSc/Neurorehabilitation, Weiterführende Informationen zu den Seminaren, eine Möglichkeit zur Anmeldung sowie aktuelle Termine finden Sie unter:
www.das-dysphagiezentrum.de

Bei Fragen zur Anmeldung wenden Sie sich bitte telefonisch an die 03733 / 41 95 600

Schlusspunkt 2019



KLEINE KINDER

Während 25 Jahren waren wir als Veranstalter von Fortbildungen tätig.

Im Mittelpunkt unseres Interesses standen und stehen kleine spracherwerbsauffällige Kinder mit ihren Bezugspersonen.

Nun ist der Moment gekommen, das Ende dieser spannenden Zeit anzukündigen.

Den Schlusspunkt setzt Barbara Zollinger im Juni 2019 mit ihrem Kurs «Frühe Therapie mit sprachentwicklungsauffälligen Kindern».

Bis dahin geben wir wie gewohnt unser Bestes.

Wir freuen uns auf Sie und bedanken uns für Ihre Treue! Das Team vom Zentrum für kleine Kinder.

Das Kursprogramm und weitere Informationen finden Sie auf www.kinder.ch

Manchmal müsste man zaubern können!

Zertifizierte Ausbildung Therapeutisches Zaubern®

Therapeutisches Zaubern® als Medium für die therapeutische und pädagogische Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Familien

	Tübingen	Aarau (Schweiz)
Modul I:	23.02.-24.02.2018	23.03.-24.03.2018
Modul II:	04.05.-05.05.2018	15.06.-16.06.2018
Modul III:	28.09.-29.09.2018	26.10.-27.10.2018
Modul IV:	30.11.-01.12.2018	18.01.-19.01.2019



Infos und Anmeldung:
 Thomas Dietz, Europaplatz 5, 72072 Tübingen
 Tel. 07071 949949 Fax 07071 949951
 info@logopaedie-tuebingen.de
 www.logopaedie-tuebingen.de

SEM-S7

MFT STARS

18
Fortbildungs-
Punkte

Myofunktionelle Therapie für 4- bis 8-Jährige mit spezieller Therapie der Artikulation von s/sch nach A. Kittel

72555 Metzingen – 15.-16. Juni 2018
 Dozentinnen: Nina Förster und Anita Kittel

MFT STARS

18
Fortbildungs-
Punkte

Myofunktionelle Therapie für 9-99-jährige mit spezieller Therapie der Artikulation von /s/ und /sch/ nach A. Kittel

75428 Illingen (Württ.) – 12.-13. November 2018
 Dozentin: Anita Kittel

Anita! Kittel FORTBILDUNGEN

Anmeldungen und weitere Seminare über

<http://www.anitakittel.de/logopaedie-seminare.html>



NFIT® „Die Zunge hat keine Ohren“

Sind Sie auf der Suche nach frischen und neuen Ideen?

In 2 aufeinander aufbauenden Blöcken wird für die Stimulation der wichtigen Bewegungsentwicklung von Mund, Körper, Hände und Augen das nötige Handwerkszeug auf neurophysiologischer Basis in der Theorie und Praxis vermittelt.

Infos: Elke Rogge, 28857 Syke, Tel.: 01522 2353479
 und 04242 5979214, E-Mail: elke.rogge@nft-rogge.de

Termine unter:

www.nft-rogge.de

Buch 3. Auflage:
NFIT®-Mund
 modernes lernen/Nr. 1936
 (auch Leseproben)

www.forumkindersprache.de

FORUM KINDERSPRACHE VORTRÄGE UND FORTBILDUNG

Mehr Infos:
forumkindersprache.de
 Jetzt online
 anmelden!

Forum Kindersprache 2018 Eltern, Kind und Sprache

Freitag, 19. Januar und Samstag, 20. Januar 2018
 Bürgersaal, Bissinger Straße 8, 71732 Tamm

1. Tag, 11.00 Uhr bis 17.00 Uhr

Prof. Dr. Sabine Weinert

Der Spracherwerb des Kindes – soziale Einflussgrößen und deren Bedeutung

Sozpäd. ak. grad. Egon Garstick

Die Bedeutung von Vätern für die (Sprach-)Entwicklung von Kindern

Dipl.-Log. Suzanne Walpen

Gemeinsam in die Therapie starten – Bezugs- und Fachpersonen von Beginn an im Gespräch

2. Tag, 9.30 Uhr bis 15.30 Uhr

Dipl.-Psych. Delia Möller

Schritte in den Dialog – frühe, pragmatisch-kommunikative Therapie mit Eltern

+ Bitte beachten: Seminare sind nicht einzeln buchbar
 + Teilnahmegebühr: **210 Euro** inkl. Pausen-Verpflegungen und Skript
 + 12 Fortbildungspunkte für Logopäden und Sprachtherapeuten

Forum Kindersprache | Praxis für Logopädie: Thorsten Lindenmeyer
 Stuttgarter Straße 21 | 71665 Vaihingen/Enz | hallo@spracheverbindet.uns.de

Johansen Individualisierte Auditive Stimulation (JIAS)

Neue Kurse: Hörtraining

Das Johansen Hörtraining ist ein häusliches, individualisiertes, frequenz- und hemisphärenspezifisches auf Musik basierendes Hörtraining nach den Erkenntnissen von Dr. Kjeld V. Johansen aus Dänemark und wird seit über 30 Jahren in derzeit 22 Ländern angeboten.

JIAS wird erfolgreich für Kinder und Erwachsene eingesetzt, z.B. bei: **AVS, LRS, Störungen der Sprache, Hyperakusis, Aufmerksamkeit und Konzentration.**



Informationen und Kursanmeldung über
www.jias.de · www.jias.ch · www.jias.at

SEM-S8

Ansprechpartnerin in der Anzeigenabteilung



Andrea Rau
 Forum Logopädie
 Praxis Sprache

Tel.: +49 (0)6126 9320-20
 Fax: +49 (0)6126 9320-50
a.rau@schulz-kirchner.de

... immer gerne für Sie da!

Schulz-
Kirchner
Verlag

REZENSIONEN

Frührehabilitation in der Intensivmedizin

Interprofessionelles Management
Stefan Nessizius, Cornelia Rottensteiner & Peter Nydahl (Hrsg.)

293 S., 79,99 € (Buch), 64,99 € (E-Book).
 München: Elsevier/Urban & Fischer,
 www.elsevier.de

Gleich vorweg: So ein Buch hätte ich vor 20 Jahren gebraucht! Die Expertise von Praktikern für



alle, die auf der Intensivstation (ITS) arbeiten, aber auch für (außer-)klinische Teams, die schwer betroffene Patienten versorgen! Zum Nachlesen, Updates und um auf der eigenen ITS Neuerungen, wie z.B. Querbettstuhl, anregen zu können.

Intensivmedizinische Grundlagen sind verständlich beschrieben, illustriert und mit Patientenbildern bestückt, wie z.B. Beatmung, bildgebende Verfahren, relevante Laborparameter, Medikation, Lagerung (Bettsysteme, Matratzen) und Positionierung, Flüssigkeitshaushalt/Ernährung,

Schmerz-/Symptomkontrolle, Hygieneaspekte (vom Schutzhandschuh bis zu den nosokomialen Infektionen) und Hilfsmittel.

Thematisiert werden: die Herausforderung bei adipösen, geriatrischen und sterbenden Patienten, Organersatztherapie, die gefürchtete „Intensive Care Unit Acquired Weakness“, exemplarische Fallbeispiele sowie Entscheidungsfindung/palliative Aspekte, die Kommunikation mit Patienten und Angehörigen, die Vorteile eines Intensivtagebuches – einfach klasse!

Das österreichisch-deutsche Herausgeberteam (Physiotherapie/Pflege, unterstützt von einem interprofessionellen Autorenteam) hat sich der Frührehabilitation verschrieben. Unerwünschten Wirkungen wie Muskelabbau, Desorientierung, funktionellen Einschränkungen soll begegnet werden z.B. durch die „Königsdisziplin der Frühmobilisation“, das Gehen mit beatmeten Patienten.

Berufsübergreifende Assessments, Scoring-Systeme und Frühreha-Skalen werden vorgestellt. Ein interprofessioneller Neglect besteht leider weiterhin weltweit darin, die Vitalfunktion Schlucken und die Atem-Schluckkoordination von Beginn an zu erfassen und anzugehen (EFA, Early Functional Abilities, ist die Ausnahme).

Das Kapitel zur Rehabilitation muskulärer, skelettaler und neurologischer Funktionsstörungen

ist sehr umfassend. Die Behandlung von Atemfunktionsstörungen, Beatmungsformen, Sekretclearance, Atemmuskeltraining, Trachealkanülen-Management sind zugeschnitten auf den ITS-Patienten. Der Hinweis zur TK-Versorgung bei Kindern ist sehr gut, vermisst wird, dass hier in der Regel nicht-blockbare Kanülen verwendet werden.

Klar, die Rezensentin sieht Optimierung für den Beitrag über Schluckstörungen, der den Schwerpunkt auf der Oralisierung (?) hat. Kompensatorische Verfahren: Mittel der Wahl auf der ITS? Die Abbildung der Chin-tuck-Übung sollte zur nächsten Auflage korrigiert werden, sie zeigt ein Chin-down. Leider findet sich nichts über orale Mundstimulationen zur Anbahnung von Schlucken, wie sie in Deutschland und fast flächendeckend in der Schweiz mit Erfolg praktiziert werden. Für ITS-Patienten geht es vorrangig um das Speichelschlucken, um die Atem-Schluck-Koordination.

Zurufen möchte ich den geschätzten AutorInnen: Schlucken ist eine Vitalfunktion! Kommt noch vor Gehen. Erweitert euer Motto: „Wake up, breath/swallow and mobilize“! Da ist ungenutztes Potenzial für das interprofessionelle Team!

Ricki Nusser-Müller-Busch, Berlin



Hörware®

Ein Trainingsprogramm zur Förderung von auditiven Wahrnehmungs- und Verarbeitungsprozessen.

„Von akustischen Reizen geht eine starke Aktivierungswirkung aus. [...] Sie liefert die Energie für die Aufmerksamkeit.“
 (Prof. J. Tauchnitz, Cottbus)

Die Hörware schafft Voraussetzungen für eine erfolgreiche Therapie!

Sowie bei Auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen und bei Hörbeeinträchtigung. (Im Speziellen nach CI-Implantation) Einsetzbar vom Kleinkind- bis ins Erwachsenenalter.

Software (Windows, Mac, Tablet) und Arbeitsmaterial zum „handelnden Lernen“.

Schauen Sie sich doch das Demo an unter: www.sinnrich.ch



Software für die Praxis

X Audio 2 Übungen zu den wichtigsten auditiven Funktionen: Merkfähigkeit, Laut- und Silbenanalyse, Differenzierung... **96,90 €**

X Hören-Sehen-Schreiben Hervorragend geeignet für die Aphasiotherapie. Hören, Lesen, Schreiben, Erinnern, visuelles u. auditives Zuordnen. **79,90 €**

X Sprachkompetenz Sprachverständnis auf Wort- und Satzebene, Handlungen erfassen und versprachlichen, für die Aphasiotherapie. **89,90 €**

X UniWort Professionell Effektive Lernmethoden zur Behandlung von LRS, intensives Einprägen, langfristiges Behalten, sehr leicht erweiterbar **69,90 €**

E.T. Verlag Tel. 05404-71858 www.etverlag.de

Unterstützt erzählen – Erzählen unterstützen

Treffpunkt Logopädie 4

Anja Blechschmidt & Ute Schräpler (Hrsg.)

188 S., 38,00 € (Buch), 29,99 € (E-Book). Basel: Schwabe 2017, www.schwabeverlag.ch

Dieser Herausgeberband mit Aufsätzen verschiedener Autorinnen und Autoren stellt sich der Frage: „Wie kann mündliches Erzählen und Verstehen gelingen?“ Er richtet sich an Fachpersonen, die mit Menschen ohne verbale Sprache oder mit sonstigen Störungen der Sprachentwicklung arbeiten.

Dabei werden sowohl Mittel der Unterstützten Kommunikation als auch der Leichten Sprache und des Scaffoldings vorgestellt. Die Inhalte werden sehr verständlich in einen theoretischen Kontext eingebettet – sowohl Modelle der Unterstützten Kommunikation als auch des Erzählens werden erläutert. Was ist Erzählen? Was sind dessen Grundfertigkeiten? Wie können Zuhörer Menschen mit Einschränkungen der Kommunikation im Erzählen unterstützen? Diese Frage wird auch für die Arbeit mit verschiedenen spezifischen Zielgruppen beleuchtet: Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen, Hörbeeinträchtigungen und geistiger Behinderung. Kerstin Nonn beschreibt die Unterstützung durch Leichte Sprache sehr konsequent. Simone Kanengieser gibt Beschreibungen kommunikativer Beziehungen zwischen Fachpersonen und Kindern in der frühen Sprachförderung und weist darauf hin, wie Zuhören konkret unterstützt werden kann. Claudia Ermert widmet sich dem sozialen Verständnis von Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen und gibt eine sehr differenzierte Übersicht zu Hilfestellungen für das Sprachverständnis.

Das Buch behandelt das Thema multiprofessionell mit Bezug auf konkretes Sprachhandeln – dabei bleibt der Bezug zu den wissenschaftlichen und theoretischen Grundlagen immer nachvollziehbar, die Ausführungen entfernen sich nie vom Bedarf der PraktikerIn. Die Aufsätze liefern reflektierenden PraktikerInnen eine sichere Basis für das Nachdenken über die Erzählfertigkeiten ihrer Klienten. In Lehre und Wissenschaft Tätigen geben sie Stoff, um das Thema Erzählen zu vermitteln oder weiter zu untersuchen. Die einzelnen Artikel sind durchweg leicht lesbar, Tabellen und Abbildungen vereinfachen den Zugang.

Die Ausgabe für den Band lohnt sich unbestritten, da dieser eine Vielzahl von Handlungsmöglichkeiten und Grundwissen zum eigenen, begründeten und kreativen Handeln gibt.

Kristin Snippe, Berlin

Sprachförderung im inklusiven Unterricht

Praxistipps für Lehrkräfte

Karin Reber & Wilma Schönauer-Schneider

80 S., 19,90 €. München: Reinhardt 2017, www.reinhardt-verlag.de

In der Reihe „Inklusiver Unterricht kompakt“ erschienen, richtet sich „Sprachförderung im inklusiven Unterricht“ an Lehrkräfte, die mit Schülerinnen und Schülern mit Auffälligkeiten der Sprache zu tun haben.

Der schmale Band enthält eine Einführung in das Thema Sprachförderung, geht auf spezifische Unterrichtsprinzipien ein und bietet viele praktische Ideen. Reber und Schönauer-Schneider geben Hinweise dazu, wie Auffälligkeiten erkannt und klassifiziert werden und welche Hilfestellungen (Sprachtherapie, Nachteilsausgleiche und Notenschutz) neben der Sprachförderung im Unterricht gegeben werden können. In einzelnen Schritten wird erläutert, wie eine erfolgreiche Unterrichtskommunikation gestaltet werden kann.

Im Weiteren widmen sich die Autorinnen der gezielten Förderung einzelner sprachlicher Ebenen: Aussprache, Wortschatz, Grammatik, usw. Hier geben sie sehr gute praktische Ideen, die im Unterricht leicht umsetzbar sind. Von der Elaboration in der Wortschatzförderung bis zur Inputspezifizierung grammatischer Strukturen werden Grundprinzipien erklärt und auf die Unterrichtssituation bezogen. Dabei kommt das in allen Bereichen sehr effektive Mittel der Kontrastierung leider zu kurz.

Erstaunlich ist auch, dass das Thema der Mehrsprachigkeit allein in einer Sammlung aus Links und Literaturangaben zu Handreichungen, Filmen und Broschüren besteht und nicht explizit und ausführlicher aufgegriffen wird. Auch der Bedarf von Schülern mit Hörschädigungen wird ausgeklammert, wobei es hier ein eigenes Buch in der Reihe gibt, das sich dem Thema widmet.

Der Band ist sehr übersichtlich gegliedert, mit vielen Abbildungen und Übersichten versehen und eignet sich sowohl zum Stöbern als auch zum Nachschlagen im Bedarfsfall. Er ist für Lehrer sehr gut verständlich und bietet auch für die Zusammenarbeit zwischen Sprachtherapie und Schule ein übersichtliches Medium.

Kristin Snippe, Berlin



REZENSIONSANGEBOTE

- Andreas Mayer & Tanja Ulrich (Hrsg.). **Sprachtherapie mit Kindern.** 504 S., 39,99 €. München: Reinhardt 2017
- Kathrin Mahlau & Sylvia Herse. **Sprechen, Spielen, Spaß – sprachauffällige Kinder in der Grundschule fördern.** 154 S., 19,90 €. München Reinhardt 2017
- Kathrin Mahlau & Sylvia Herse. **Sprechen, Spielen, Spaß. 20 Spielpläne für die Förderung sprachauffälliger Kinder.** 18,50 €. München: Reinhardt 2017
- Roland Brünken, Stefan Münzer & Birgit Sinath. **Pädagogische Psychologie – Lernen und Lehren.** 330 S., 29,95 €. Göttingen Hogrefe 2017
- Maria Klätte, Claudia Steinbrink, Kirstin Bergström & Thomas Lachmann. **Lautarium. Ein computerbasiertes Trainingsprogramm für Grundschulkindern mit Lese-Rechtschreibschwierigkeiten.** 73 S., USB-Stick, 89,00 €. Göttingen: Hogrefe 2017
- Christian Larsen, Julia Schürer & Dana Gita Stratil. **Einfach Singen! Die Stimme im Chor entwickeln.** 96 S., 12,99 €. Stuttgart: Trias 2017
- Susanne Falke & Sabine Stein. **Ein (Pflege-)Kind mit FASD – und glücklich! Ein pädagogisch-therapeutischer Wegweiser.** 127 S., 20,00 €. Idstein: Schulz-Kirchner 2017
- FASD Deutschland e.V. (Hrsg.), Gisela Michalowski & Katrin Lepke. **FASD – Resignation? Motivation! 18. FASD-Fachtagung in Würzburg 23.-24.9.2016.** 147 S., 11,00 € (E-Book). Idstein: Schulz-Kirchner 2017
- Anne Häußler. **Praxis TEACCH: Kompetenz-Schlüssel. Wege zum Handeln eröffnen.** 96 S., 18,95 €. Dortmund: Modernes Lernen 2017
- Madeleine Güntheroth & Maika Gumpert. **GreTa. Grammatische Fähigkeiten einordnen – Therapieziele ableiten.** 104 S., 24,90 €. Schaffhausen (CH) Schubi Lernmedien 2017
- Sabrina Steinmann. **Textkompetenz bei Aphasie und Demenz.** 176 S., CD-ROM, 27,90 €. Braunschweig: Schubi 2017
- Elmar Bartel. **Einfach besser sprechen. So gelingt ein starker Auftritt.** 168 S., CD, 19,50 €. Mainz: Schott Music 2017
- Wolfgang Lenhard, Alexandra Lenhard & Wolfgang Schneider. **ELFE II. Ein Leseverständnistest für Erstbis Siebtklässler. Version II.** 148,00 €. Göttingen: Hogrefe 2017
- Alexandra Lenhard & Wolfgang Schneider. **Diagnostik von Lesestörungen mit ELFE II bei Kindern mit Migrationshintergrund (inkl. adaptierter Normen).** 19,00 €. Dettelbach: Psychometrica 2017

Diese Neuerscheinungen können als kostenlose Besprechungsexemplare schriftlich angefordert werden: *Christine Lücking, Gerichtsstraße 2a, 32756 Detmold, christine.luecking@freenet.de.* Sie verpflichten zur Rezension innerhalb von zwei Monaten. Die Redaktion behält sich Kürzungen vor. Bitte geben Sie bei Zuschriften Ihre vollständige Anschrift an, um unnötige Rückfragen zu vermeiden. Wir bitten um Verständnis, dass wegen der hohen Zahl an Rezensionen nur Zusagen beantwortet werden können.

NEUES IN KÜRZE

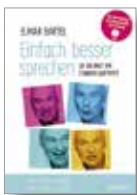
Wirksamkeit der Stottertherapie – Was wir tun und wie wir messen (DVD und Buch). Fachvorträge auf der 8. Stotterkonferenz der Interdisziplinären Vereinigung der Stottertherapeuten e.V. (ivs) am 13. Mai 2017 in Fulda. 8 Vorträge auf 3 Video-DVDs, 12,50€. Buch 158 S., 19,50 €. Köln: Demosthenes/BVSS 2017, www.bvss-shop.de



Die Veröffentlichung der neuen AWMF-Leitlinie Stottern hat unter TherapeutInnen Verunsicherungen und Diskussionen ausgelöst. Das Thema bestimm-

te auch die Stotterkonferenz 2017 der ivs: „Wirksamkeit der Stottertherapie – Was wir tun und was wir messen“. Die beiden Publikationen fassen die Kongressvorträge zum Nachhören und Nachlesen zusammen.

Einfach besser sprechen. So gelingt ein starker Auftritt. Ausgabe mit CD. **Elmar Bartel.** 168S., 19,50€. Mainz: Schott Music 2017, www.schott-music.com



Das neue Buch von ZDF-Sprecher Elmar Bartel bietet ein Coaching für alle, die im entscheidenden Moment gut ankommen wollen – fundiert, unterhaltsam und leicht verständlich. Mit den Stimmen von Petra Gerster, Markus Lanz, Maybrit Illner u.v.a.

Arbeit – Beruf und Berufung!

Hörzeit – Radio wie früher für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen. **Christine Schön.** CD 77 Min., 24,99€. Heidelberg: medhochzwei 2017, www.medhochzwei-verlag.de



Hörzeit – Radio wie früher ist ein Audiomagazin für Menschen mit Demenz im Radiostil der 1950er Jahre. Jedes Magazin ist etwa 45 Minuten lang. Ihm schließt sich ein ca. 10 bis 15 Minuten langer Teil für Angehörige an: Dort werden Bücher und Spiele, Hilfsangebote, Institutionen und Menschen vorgestellt.

Neu: WebApp Lautgestenvideos

Logofin in Quickborn hat 68 Lautgestenvideos ins Netz gestellt, die sich kostenlos über jeden Browser mit dem Computer, Laptop, Tablet oder Smartphone nutzen lassen.



www.logofin.com/lautgestenvideos

Musiktherapie bei Sprach- und Kommunikationsstörungen

Stephan Sallat
202 S., 29,90 €. München: Reinhardt 2017, www.reinhardt-verlag.de.

Dieses Buch bietet eine Einführung in die evidenzbasierte therapeutische Nutzung von Musik bei Sprach- und Kommunikationsstörungen. Es wendet sich sowohl an MusiktherapeutInnen als auch an SprachtherapeutInnen, die mit der Musik einen zusätzlichen Zugang zu ihren Patienten suchen. Der Autor betont, dass Musik nicht jedem und von alleine hilft, sondern plädiert für einen zielgerichteten Einsatz. Er warnt davor, die Effekte der Musiktherapie zu überschätzen, und stellt klar, dass die Musiktherapie die Sprachtherapie nicht ersetzen kann und will.

Das erste Kapitel widmet sich auf 72 Seiten überblicksartig den theoretischen Grundlagen von Musikwirkungsforschung, Musiktherapie, Sprache, Sprechen, Spracherwerb und Sprachstörungen, Kommunikation und dem Vergleich von Sprache und Musik. Diese knappe Darstellung ist übersichtlich gegliedert, sehr gut lesbar und führt verständlich in die hochspannenden Zusammenhänge zwischen Sprache und Musik ein.

Im zweiten Kapitel behandelt der Autor die wesentlichen sprachlichen Störungsbereiche (SES, Redeflussstörungen, Autismus-Spektrumstörungen, psychogene Sprachstörungen/Mutismus, neurogene Sprach- und Sprechstörungen sowie Hörstörungen). Er beschreibt jeweils kurz die Klassifikation, Prävalenz und Ätiologie, die Symptomatik und sprachtherapeutischen Interventionen. Ausführlicher werden Studien aus Musikpsychologie/Musiktherapie im betreffenden Störungsgebiet behandelt.

Zum Schluss jedes Abschnitts werden konkrete musiktherapeutische Interventionsmöglichkeiten dargestellt. So werden zum Beispiel für jede linguistische Ebene Anregungen sowohl für das Training von Basiskompetenzen wie Aufmerksamkeit und Konzentration als auch für die sprachlich-musikalische Festigungsphase von Lauten oder Wortfeldern gegeben. Sallat war vor seiner Juniorprofessur für Sprachheilpädagogik Lehrer für Deutsch und Musik an einer Hörbehindertenschule. Daher sind die Bereiche, die die Kindersprache betreffen, weitaus ausführlicher beleuchtet als die neurologischen Sprech- und Sprachstörungen.

Im dritten Kapitel werden auf 16 Seiten „Bausteine und Anregungen für die musiktherapeutische Praxis“ als eine Art „Fundus“ zusammengestellt und, nach sprachlich-kommunikativen Zielen sortiert, etwas detaillierter beschrieben.

Fazit: Dieses Buch ist für alle KollegInnen empfehlenswert, die sich für die Zusammenhänge von Sprache und Musik interessieren. Für SprachtherapeutInnen, die im Bereich Kindersprache tätig sind und musiktherapeutische Elemente in ihre Arbeit integrieren wollen, bietet dieses Buch darüber hinaus viele Anregungen für die therapeutische Praxis. Für den neurologischen Bereich hätte ich mir eine ausführlichere Darstellung gewünscht.

Andrea Schultze-Jena, Merzhausen

Stimm- und Sprechtraining

Praxistipps für alle, die etwas zu sagen haben

Barbara Widhalm
64 S., 9,49 € (Buch), 6,99 € (E-Book). Idstein: Schulz-Kirchner 2017, www.schulz-kirchner.de

Das vorliegende Büchlein richtet sich an Menschen, die viel sprechen und ihre Stimme, ihr Sprechen verbessern möchten, aber auch an Fachleute aus den Bereichen Logopädie, Sprachheilpädagogik, Schauspiel und Gesang. Die Autorin ist Logopädin, Psychologin, Stimm-, Sprech- und Auftrittcoach.

Ihr Ratgeber enthält zunächst kurz gefasst Grundlagen zum Phänomen Stimme. Den Hauptteil des Büchleins bilden Übungen zu den Bereichen Hören, Haltung und Bewegung, Atmung, Stimme, Artikulation und Intention. Die Übungen sind jeweils mit drei Symbolen gekennzeichnet, die den Nutzen, Fehlerquellen und Zusatztipps enthalten.

Außerdem findet man ein Kapitel zum Thema Lampenfieber, allgemeine Tipps zum Thema Stimme, ein Wort zum Thema Training, Therapie & Co., Buchtipps und zu Aktionstagen. Der Leser erhält in Kurzform Runduminformationen zum Thema Stimme und Sprechen.

Mir gefällt der Ratgeber, der durchaus auch einmal Patienten an die Hand gegeben werden kann, die etwas zum Nachlesen haben möchten oder als Ergänzung bzw. Zusammenfassung zur Therapie. Die Übungen sind anschaulich dargestellt und eingängig. Der Bereich Stimme kommt mir etwas zu kurz vor, aber aus dem Bereich Artikulation habe ich schon Anregungen oder Texte für meine Stimmtherapien genommen. Zusammenfassend möchte ich sagen: Für Laien und Stimminteressierte ist dies ein guter Ratgeber, der ihnen Zusammenhänge zwischen Körper und Stimme erschließt und mit wenigen Übungen Verbesserungen und Soforttipps zum Thema Stimme und Sprechen gibt. Für Fachleute



sehe ich diesen Ratgeber eher als kleine Übungssammlung, denn als Quell neuer Informationen und Erkenntnisse.

Margret Volz, Königsfeld

Logopädie in der Geriatrie

Kommunikations- und Schluckstörungen

Sabine Corsten & Tanja Grewe (Hrsg.)

296 S., 49,99 € (Buch/E-Book). Stuttgart:

Thieme 2017, www.thieme.de

Das Arbeitsfeld Geriatrie ist aufgrund des demografischen Wandels inzwischen ein wichtiger Bestandteil unseres Berufs, dessen Relevanz auch durch den Umfang des vorliegenden Bandes aus der Reihe Forum Logopädie deutlich wird.

Ausgehend von der gesellschaftlichen Bedeutung

und den bestehenden

Versorgungsstrukturen

werden die altersspezifischen Besonderheiten älterer und alter Patienten

aus vielfältigen Blickwinkeln erläutert. Auf diese Weise erhält der Leser

schon zu Beginn einen ausführlichen Einblick in die Vielschichtigkeit des Alterns und die Herausforderungen, die mit der geriatrischen Arbeit verbunden sind.

Hierzu gehören auch Aspekte wie das erfolgreiche Altern und die damit eng verbundene Krankheitsverarbeitung älterer multimorbider Menschen.

Bei der nachfolgenden Darstellung der altersspezifischen physiologischen Veränderungsprozesse in den Bereichen Kognition und Sensomotorik wird deutlich, dass der Alterungsprozess als ein Kontinuum von Gesundheit bis hin zu Krankheit verstanden werden sollte.

Nach der Einführung ausgewählter altersassoziierter neurologischer Erkrankungen, bei denen der Demenz und ihren Formen eine besondere Bedeutung zukommt, werden die pathologischen Veränderungsprozesse im Alter beschrieben. Dies geschieht stets mit dem Fokus auf die logopädisch relevanten Symptome.

Das geriatrische Assessment umfasst neben der Beurteilung der Selbsthilfefähigkeit durch Standardverfahren wie den Barthel-Index auch die neuropsychologische Überprüfung kognitiver Funktionen sowie die Diagnostik von Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckfunktionen. In diesem Kapitel wird eine Vielzahl von Diagnostikinstrumenten ausreichend ausführlich vorgestellt. Dies gilt nicht nur für die reine Überprüfung der Körperfunktionen, sondern auch für die Erfassung der Aktivitäten- und Partizipationsebene sowie der Lebensqualität geriatrischer Patienten.

Die Aufrechterhaltung des möglichst selbstbestimmten Lebens und der sozialen Teilhabe stehen im Mittelpunkt der Therapieplanung, deren

Feinziele stets mit dem Patienten gemeinsam definiert werden sollten. Das abschließende Kapitel enthält einen Überblick über präventive Maßnahmen und soziale Unterstützungssysteme für ältere Menschen. Zusammengefasst schließen die Autorinnen mit diesem Buch eine Lücke in der logopädischen Literatur und veranschaulichen einmal mehr den Stellenwert und Nutzen des allgegenwärtigen ICF-Modells.

Dr. Barbara Wellner, Kiel

Sprach- und Gedächtnistraining

Eine Sammlung praxiserprobter Übungen

Band 2: Natur

Jutta Strauß

Loseblattsammlung, 273 S., 89,80 €.

Köln: ProLog 2017, www.prolog-shop.de

Diese Übungssammlung enthält eine Fülle an sprachbasierten Gedächtnisübungen zum Thema Natur, die die Autorin in ihrer langjährigen Tätigkeit als Gedächtnistrainerin gesammelt hat.

In zehn Kapiteln werden zu den Wortfeldern Bäume, Blumen, Tiere, Erde, Wasser, Steine, Farben, Wetter, Weltall und Sinne verschiedenste

Übungen zur Wortfindung, Wortgestalt, Wortbildung, Bild-Wort-Zuordnung, zur semantischen Assoziation und zum Ausschluss, Reimbildung sowie Silben-, Buchstaben-, Wort-, Bild- und Zahlenrätsel bereitgestellt. Zu Beginn der Kapitel finden sich mündliche Aufgaben zur Auffaltung des jeweiligen Themas, Fragen zur eigenen Biografie und Vorschläge zu Sinnesübungen. Danach folgen zahlreiche, oft schriftlich zu lösende Aufgaben, die sich auch zum Mitgeben als Hausaufgabe eignen.

Die reichhaltige Übungssammlung stellt durch die Fülle an Übungen ein „Schatzkästchen“ für die anregende und abwechslungsreiche Arbeit mit Seniorengruppen dar, sie kann aber auch in der Einzel- und Gruppentherapie bei leichteren Sprachstörungen eingesetzt werden.

Kritisch betrachtet werden kann die etwas unübersichtliche Darbietung des Materials. Wünschenswert wäre hier eine praktikablere Handhabung, z.B. durch farbige Kapitelmarkierungen, Einfügung von Seitenzahlen und ein übersichtliches Inhaltsverzeichnis, das hier leider keinen gezielten Zugriff auf spezielle Übungen und Anforderungen ermöglicht. Dies ist ein echtes Manko, zumal es sich um eine mehrbändige Übungsreihe handelt. Bisher liegt der erste Übungsband mit dem Thema „Jahr“ vor. Ein dritter Band zum Thema „Alltag“ ist in Planung.

Stefanie Keppler Hannover



Bilderbücher für stotternde Kinder



Weitere Informationen finden Sie unter www.natke-shop.de/kinderbuecher

Intensiv-Modifikation Stottern (IMS)

von **Hartmut Zückner**

„Die IMS ist ein in jeder Hinsicht gut gelungenes und durchdachtes **Gesamtwerk** zum Thema Stottermodifikation, das in keiner logopädischen Praxis fehlen darf.“
Forum Logopädie, 3/2015



Therapiemanual, 255 Seiten, kartoniert
ISBN 978-3-936640-22-9, € 39,80

Informationen für Patienten und Übungsaufgaben, 253 Seiten, Sammelordner mit Übungs-CD (mp3) ca. 3:49 Stunden
ISBN 978-3-936640-23-6, € 59,80



Einscannen und Verlagsbroschüre herunterladen

Fundierte Literatur zu Redeflussstörungen – natürlich aus dem **Natke Verlag!**

Im Buchhandel oder direkt in unserem Online-Shop unter www.natke.de

mail@natke.de | Fax: +49 (0)2137 929472

Mehrsprachigkeit in der KiTa
 Grundlagen – Konzepte – Bildung
Solveig Chilla & Sandra Niebuhr-Siebert
 224 S., 29,00 € (Buch), 25,99 € (E-Book).
 Stuttgart: Kohlhammer 2017,
 www.kohlhammer.de

Die Autorinnen beschreiben ein interessantes und wichtiges Thema: die Kita als Ort mehrsprachlicher Bildung. Sie erläutern u.a. mehrsprachigen Erwerb und Ergebnisse der Spracherwerbsforschung, Begleitung und Dokumentation mehrsprachlicher Bildung in der Kita,



Zusammenarbeit mit den Eltern, institutionelle Kooperation und Vernetzung sowie die Gestaltung von Übergängen einzelner Bildungsstufen.

Die Zielgruppe dieses Fachbuchs bleibt unklar, die Beschreibungen variieren

zwischen umfangreichen theoretischen Informationen (für Fachleute) und Beispielen zur pädagogischen Förderung mehrsprachiger Entwicklung (für pädagogische Fachkräfte).

Als ErzieherIn die persönliche Haltung zu mehrsprachiger Entwicklung und Bildung kritisch zu hinterfragen, sich eigene Wünsche für die Arbeitssituation mit Mehrsprachigkeit in der Kita zu überlegen sowie den Gedanken des Philosophierens mit Kindern näher zu verfolgen, ist ein lohnenswerter Aspekt. Die Auflistung von Gesprächsstrategien und dialogischem Lesen, die Darstellung von mehrsprachigen Kinderliedern und Versen sind als unterstützend bekannt und könnten hilfreich sein. Insgesamt jedoch erscheint mir das Buch für ErzieherInnen zu theoretisch und fachspezifisch und zu wenig konkret für den Kita-Alltag.

Sehr fragwürdig finde ich das Kapitel über diagnostische Aufgaben: „Diagnostische Aufgaben gehören ebenso wie das Beobachten zum Alltag von Erzieherinnen“ (S. 113) und: „Für die Diagnostik sprachlicher Entwicklungsprozesse stehen eine Reihe von Instrumentarien zur Verfügung“ (S. 115) mit nachfolgender Auflistung verschiedener (standardisierter) Testverfahren. Das erweckt den Eindruck, dass ErzieherInnen Sprachtests durchführen könnten – sollte das wirklich so gemeint sein? Testverfahren gehören noch immer in die Hände von geschulten Fachleuten!

Die gut gedachten Zusammenfassungen bzw. pädagogischen Fazits am Ende eines jeden Kapitels sind leider oft zu banal und geben nicht den vorherigen Theorieteil wieder. Das Ergebnis der vorgeschlagenen „Aufgabe“ wird im Anschluss nicht eingeordnet, sodass das Ziel der Aufgabe verpufft: „Informieren Sie sich im Internet über das Europäische Sprachenportfolio. Erstellen Sie selbst ein solches Portfolio.“ (S. 13). Abgesehen

von der verwirrenden Internetseite stellt sich die Frage nach der Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit einer solchen Aufgabe. Welchen Erkenntnisgewinn zieht die Erzieherin daraus (wenn diese Berufsgruppe gemeint sein soll)?

Das Literaturverzeichnis ist sehr ausführlich, ein Stichwortregister fehlt dagegen (würde bei diesem komplexen Thema ein schnelles Nachschlagen erleichtern). Anstelle des überwiegend in Graustufen gehaltenen, teilweise sehr kleinen Schriftbilds mit optisch mühsam zu entziffernden Tabellen wünscht man sich eine farblich ansprechendere Gestaltung.

LogopädInnen, die Interesse an diesem Thema haben oder z.B. Fortbildungen für Erzieher anbieten, können einige Anregungen in diesem Buch finden. Aufgrund der oben beschriebenen Mängel kann ich das Buch jedoch nur bedingt empfehlen.

Annette Schneider, Berlin

„Guten Tag, Herr Sänger“
 Begrüßung und Gesprächseinstieg in Psychotherapie und Beratung
Rainer Sänger

127 S., 19,90 €. München: Reinhardt 2017,
 www.reinhardt-verlag.de

Das dünne Taschenbuch gibt einen Einblick in den psychologischen Praxisalltag von Rainer Sänger, Heilpraktiker in Hildesheim. Es ist sehr übersichtlich gestaltet und die Gesprächseinstiege lesen sich gut und oft auch sehr unterhaltsam.

Es ist allerdings kein Leitfaden für Begrüßungs- und Gesprächseinstiege. Auch bietet es keine konkreten Strategien an. Vielmehr lässt uns der



Autor an seiner Art, Klienten willkommen zu heißen und Vertrauen aufzubauen, anhand von Gesprächsprotokollen teilhaben.

Er schöpft aus verschiedenen Therapiemethoden und versucht, den Klienten mit Empathie und Echtheit entgegenzutreten. Dabei hilft ihm eine „emotionale Augenblicksfotografie“, in der er sich emotional überprüft, um in diesem konkreten Moment angemessen reagieren zu können. Im Anschluss an jeden Gesprächseinstieg ordnet er diesen ein und gibt einen Ausblick auf die weitere Entwicklung in der Therapie.

Sich selbst wahrzunehmen und gleichzeitig die Signale, die der Klient zeigt, einordnen zu können, ist ein wichtiger Aspekt in der therapeutischen Arbeit und auch für uns LogopädInnen relevant. Dieser Aspekt wird anhand von Gesprächseinstiegen herausgestellt und auf unterhaltsame Art beschrieben.

Anja Schneider, Berlin

Durch Hospitation zur logopädischen Handlungskompetenz

Ein Konzept für die klinisch-praktische Ausbildung

Birgit Müller-Kolmstetter

91 S., 34,99 € (Buch), 26,99 € (E-Book). Wiesbaden: Springer 2017, www.springer.com

Dieses Buch beruht auf der Masterarbeit der Autorin. Aus der Sicht einer Lehrlogopädin wirft sie einen gründlichen systematischen Blick auf die in Deutschland üblichen Hospitationen bei logopädischen Therapien im Rahmen der Logopädieausbildung.

Dabei beleuchtet sie lerntheoretische Überlegungen und Grundlagen für den Erwerb von Handlungskompetenz inklusive der Darstellung von Kompetenzentwicklungsmodellen, die in der Ausbildung von reflektierenden Therapeu-



ten bedeutsam sind. Auf dieser Grundlage blickt sie auf den Sinn von Hospitationen in den jeweiligen Entwicklungsphasen von Logopädienschülern und -studierenden.

Resultierend aus den Erkenntnissen, die sie in ihrer

Arbeit zusammenträgt, entwickelt sie ein auf konstruktivistischen Grundüberlegungen, kollegialer Beratung und dem Sandwich-Prinzip basierendes weiterführendes Modell von Hospitationen, um diese profitabler für die Studierenden zu gestalten. Dieses Modell ist noch nicht erprobt, sondern laut der Autorin nur während der Erstellung ihrer Arbeit in Ansätzen angestoßen worden. Fragen in Bezug auf Umsetzbarkeit sind also zu diesem Zeitpunkt noch nicht zu beantworten. Die Autorin bezieht sich allerdings kritisch hinterfragend in ihrem Fazit und Ausblick auf diese Themen.

Auch wenn somit kein fertiges, über Jahre erprobtes Konzept vorliegt, so halte ich die Lektüre für Personen, die in der Lehre tätig sind, für anregend und sinnvoll. Das Buch enthält eine Darstellung vieler grundsätzlicher Überlegungen der Lehre mit Bezug zu den Gegebenheiten und Bedürfnissen einer fundierten praktischen Ausbildung – mit Fokus auf das Thema Hospitation – und bietet somit eine Option zur Selbstreflexion des eigenen Tuns. Durch die dezidierte Darstellung des neu entwickelten Konzepts ermöglicht sie Ausbildungsstätten, Anregungen zu übernehmen und/oder das entwickelte Konzept zu erproben.

In einer Zeit, in der wichtige berufspolitische Entscheidungen bevorstehen, ist die Aufarbeitung und Darstellung von Lernprozessen im Zusammenhang mit der praktischen Ausbildung von Logopädinnen und Logopäden nicht zu unterschätzen. Durch ihre Fokussierung und die gleichzeitige Herausstellung der Bedeutung einer gut durchdachten Praxisausbildung kann sie wegweisend

sein für die Zukunft der Logopädenausbildung, ob sie nun in der Schule oder an der Hochschule stattfindet. Diese Arbeit leistet somit auch einen wichtigen Beitrag zur aktuellen berufspolitischen Situation.

Beatrice Rathey-Pötzke, Kiel

Therapie Myofunktionseller Störungen (MyoMot)

Ein ganzheitliches Konzept mit 6 Bausteinen
Laura Ruben & Constanze Wittich
148 S., 24,90 €. München: Reinhardt 2017,
www.reinhardt-verlag.de

In diesem Buch wird das Konzept „MyoMot“ vorgestellt, das die Autorinnen zur ganzheitlichen Behandlung myofunktionseller Störungen bei Kindern ab vier Jahren erarbeitet haben.

Nach einem Überblick über Ursachen und Symptome des Störungsbildes werden die sechs Therapiebausteine von MyoMot (Wahrnehmung, persistierende frühkindliche Reflexe, Tonus und Haltung, Gleichgewicht, Bewegung, Mundfunktion) sowie deren Einfluss auf das orofaziale System und den ganzen Körper beschrieben.



Mit dem vorgestellten dreiseitigen Anamnese- und Befundbogen werden – über Mundfunktion und Schluckfähigkeit hinaus – zahlreiche Befunde erhoben. Das Vorgehen beim Überprüfen von Reflexen, Gleichgewicht und Bewegung, Halte-, Stell- und Gleichgewichtsreaktionen, Feinmotorik und Konzentration wird genauer erläutert. Der Bogen kann neben anderem Online-Zusatzmaterial von der Internetseite des Verlags heruntergeladen werden.

Es folgt eine umfangreiche Sammlung von Vorübungen und therapeutischen Übungen zu allen sechs Therapiebausteinen, aus denen individuell je nach Schwerpunktsetzung ausgewählt werden kann. Zu den Übungen gibt es Erklärungen zur Durchführung, zu möglichen Varianten und zum Therapieziel sowie Angaben zu Dauer, benötigtem Material, Fehlerquellen und Kontraindikationen. Den Schluss bildet ein Kapitel über Elternarbeit und Transfer.

Auch wenn die Bereiche Schlucktraining und Transfer etwas zu kurz kommen, ist das vorgestellte Buch eine Fundgrube für die ganzheitliche Behandlung myofunktionseller Störungen. Allerdings sollte man sich selbstkritisch fragen, ob man z.B. bezüglich der Reflex-Integration die erforderliche Kompetenz zu Befundung und Therapie hat.

Ariane Kallus, Schwalbach/TS.

Herr Kohler und das Leben

38 kurze Erzählungen
Wolfgang Wendlandt
202 S., 12,90 €. Frankfurt: Edition Fischer,
www.rgfischer-verlag.de

„Herr Kohler ist ein eigenartiger Mensch. Eben ein Mensch wie du und ich. Sie werden ihn mögen.“ So beginnt das neue Buch von Wolfgang Wendlandt, den Sie hier von ganz anderer Seite kennenlernen können. Wer seine Bücher, vor allem über die Kommunikationsstörung Stottern, kennt, wird aber immer wieder seine einfühlsame und berührende Art wiederfinden, wie er zuversichtlich anstehende Veränderungsschritte liebevoll thematisiert.

„Herr Kohler, mutter- und vaterlos bei seiner Tante aufgewachsen, in sicherer Anstellung und nun auch endlich in seiner eigenen Wohnung in Berlin-Kreuzberg, wäre gerne eine Spur unange-

passter und selbstbewusster und ja, manchmal auch ein bisschen verwegen. Mal absichtlich schwarzfahren oder in der Sparkasse laut ein Liedchen trällern, sich endlich trauen, die Angbetete in der U-Bahn anzusprechen. Oder sich einfach nur auf fremde Menschen einlassen und neue Erfahrungen wagen.“

In 38 Kurzgeschichten erleben wir, wie Herr Kohler die Kunst erprobt, über den eigenen Schatten zu springen und Träume wahrzumachen. In den Texten werden Innenwelten sichtbar, die wir alle kennen, und Themen, die uns alle immer wieder aufs Neue beschäftigen.

Sprachtherapeutinnen können immer wieder Assoziationen zu den neun Veränderungsbereichen seines 2010 erschienen Fachbuchs „Abenteurer Stottern“ finden. Und der nicht fachlich geprägte Leser wird mit großer Freude eigene Ziele und Wünsche reflektieren oder gar erst entdecken.

Gleich in der zweiten Geschichte „Immer diese Gefühle“ gönnt sich der ambivalente Herr Kohler, krankgeschrieben zu Hause zu bleiben und entdeckt auf seinem Weg zur Apotheke „wie schön, dass das Leben so wechselhaft sein kann, nicht nur hart und gemein, sondern auch wohligh und leicht.“ Gleichzeitig erlebt man eine wunderbare In-vivo-Übung, wie er an der roten Ampel seine Fußsohlen spürt, den Bauch wahrnimmt und das Atmen klappt. Bei der letzten Geschichte „Aufwärts in die Tiefgarage“ wurde ich zu einem richtigen Fan von Herrn Kohler.

Dieses Buch kann ich allen empfehlen, die eine niveauvolle Unterhaltung mit Tiefgang lieben und selbst neugierig auf das Leben sind. Ein schöneres Weihnachtsgeschenk kann ich mir nicht vorstellen.

Karl Schneider, Freiburg



MUTISMUS.DE

DIE FACHZEITSCHRIFT

16. Mutismus-Tagung in Rostock, 16. Juni 2018

Mutismus.de ist geeignet für:

- Betroffene und Angehörige
- Interessenten aus den Disziplinen
Medizin
Sprachtherapie/Logopädie
Psychologie
Ergotherapie
Pädagogik
Heilpädagogik
- Studierende und Lehrkräfte

Mutismus.de erhalten Sie über
www.mutismus.abmedia-online.de



HEFT 18:

**DAS DIATHESE-STRESS-MODELL
IN DER MUTISMUS-THERAPIE –
EIN ANSATZ AUF DEM PRÜFSTAND
AKTUELLER SICHTWEISEN**



MUTISMUS SELBSTHILFE DEUTSCHLAND E.V.

www.mutismus.de

ZEITSCHRIFTENLESE

Sprache – Stimme – Gehör 3/2017

- Graf, S., Dziewas, R., Warnecke, T., Pluschinski, P. & Wirth, R.: **Genese einer oropharyngealen Dysphagie**, 127-132
- Hey, C., Pluschinski, P., Hofmayer, A., Jungheim, M., Ptok, M. & Olthoff, A.: **Diagnostik einer oropharyngealen Dysphagie**, 133-140
- Ledl, C., Frank, U., Pérez Álvarez, C., Kummer, P.: **Therapie der oropharyngealen Dysphagie – bewährt und innovativ**, 141-147
- Rohrbach-Volland, S.: **Kindliche Dysphagien: Ursachen, Diagnostik und Therapie – ein Überblick**, 148-151
- Kühn, D.: **Der velopharyngeale Verschlussdruck bei Trompetern**, 152-153
- Brunner, M., Kizilkaya, E. & Plinkert, P.K.: **Phonemdiskrimination und Lese-Rechtschreibleistung unter logopädischer Therapie**, 154-159

www.thieme.de/dfz/ssg

Logos 3/2017

- Napp, I. & Beushausen, U.: **Einsatz und Auswirkungen von Kommunikationsstrategien der KommunikationspartnerInnen von Personen mit Dysarthrie**, 164-169
- Breunig, S. & Kauschke, C.: **Bimodale Bilingualität – Der Einfluss der Zweisprachigkeit auf die Lautsprachentwicklung von Children of Deaf Adults (Coda)**, 170-180
- Chilla, S., Hennies, J. & Hofmann, K.: **Hörende Kinder gehörloser Eltern (Codas): Sprachentwicklung und Prävention**, 181-189
- Simon, L., Imler, M. & Kindervater, A.: **Stand der Implementierung der ICF in Frühförderstellen in Deutschland**, 190-193
- Boßmann, T., Voigt-Radloff, S., Braun, C., Ottinger, D., Höhl, W., Müller, C., Ellger, K., Lauer, N. & Marotzki, U.: **Praxisbasierte Forschungsnetzwerke: ExpertInneninterviews zur Umsetzung in der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie**, 194-201
- Kotten, A.: **Sprache und Denken, Teil 3: Untersuchungen kognitiver Leistungen bei Aphasie**, 202-205
- Beßling, S.: **Fallbegleitung am LIN.FOR (Logopädisches Institut für Forschung): Unterstützung für TherapeutInnen im Bereich Sprachentwicklungsstörungen**, 206-208

www.logos-fachzeitschrift.de

logoTHEMA 1/2017

- Schönauer-Schneider, W.: **„Hä? Das verstehe ich nicht!“ – Monitoring des Sprachverstehens bei Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen**, 8-13
- Jakob, H. & Späth, M.: **neolexon – individuell anpassbare Aphasie- und Sprechapraxietherapie am Tablet**, 14-20
- Dincer, A.: **Logopädische Sprachtherapie bei Demenz: Status quo des Therapieangebots und der therapeutischen Vorgehensweise in den Geriatriezentren Wiens**, 22-26
- Schinko, A. & Rother, A.: **Die Logopädische Lehrpraxis an der FH Joanneum in Graz**, 30-33

www.logopaediaustria.at

SAL Bulletin 3/2017

- Ingrid Hove, I.: **Konfrontiert mit Schweizerdeutsch, Schweizerhochdeutsch und bundesdeutschem Hochdeutsch – Zum Umgang mit Variation**, 5-14
- Gyger, M.: **Mehrsprachigkeit in Dialektumgebung**, 15-23

www.logopaedieschweiz.ch

Frühförderung interdisziplinär 4/2017

- Müller, C., Grimminger, A., Caroli, B. & Rohlfing, K.: **Diagnostik des vorsprachlichen Kommunikationsverhaltens**, 187-199
- Sarimski, K.: **Nutzung von Förderangeboten und Entwicklung adaptiver Kompetenzen bei Kindern mit Down-Syndrom**, 200-210
- Müller, C. & Caroli, B.: **Tests und Screenings: Komml-Bogen: Elternfragebogen zur Erfassung des vorsprachlichen Kommunikationsverhaltens bei minimal verbalen Kindern mit Behinderung**, 211-223
- Beushausen, U.: **Stichwort: Dokumentation**, 224-229

www.reinhardt-verlag.de

Sprachförderung & Sprachtherapie 3/2017

- Berg, M.: **Diagnostik bei Sprach- und Sprechstörungen – Basisartikel**, 134-139
- Ulrich, T.: **Diagnostik lexikalischer Störungen bei spracherwerbsgestörten Kindern**, 140-147
- Riehemann, S.: **Prozessdiagnostik grammatischer Fähigkeiten im Schulalltag – ein Fallbeispiel**, 148-154
- Achhammer, B.: **Diagnostik pragmatischer Störungen bei Kindern**, 155-161

- Hachul, C.: **Diagnostik des Wort-, Satz- und Textverstehens bei Kindern und Jugendlichen**, 162-167
- Mayer, A.: **Diagnostik bei Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten**, 168-174
- Hasselhorn, M.: **Arbeitsgedächtnis und Sprachentwicklungsstörungen: Bestandsaufnahme und Möglichkeiten der Diagnostik**, 175-181
- Chilla, S.: **Diagnostik von Sprach- und Sprechstörungen bei Mehrsprachigkeit**, 182-187
- Neidlinger, V. & Thum, G.: **Diagnostik des Stotterns**, 188-196

www.verlag-modernes-lernen.de

Neurologie & Rehabilitation 3/2017

- Stephan, K.M. & Lotze, M.: **Plastizität als Grundlage für die Erholung nach Schlaganfall**, 199-208
- Heidler, M.-D.: **Elektrische Muskelstimulation (EMS) und essenzielle Aminosäuren (EAS) bei Patienten mit Critical-Illness-Polyneuropathie – wie ist der aktuelle Forschungsstand?** 209-215
- Morkisch, N., Lommack, R., Kadow, I., Rietz, C. & Dohle, C.: **Evaluation eines standardisierten Therapieprotokolls zur Spiegeltherapie**, 216-226
- Stumm, C., Hug, K., Ballert, C.S. & Hund-Georgiadis, M.: **Responsivität des „Spinal Cord Independence Measure“ (SCIM) und des „Functional Independence Measure“ (FIM) bei Personen mit Rückenmarksverletzung**, 227-232
- Schmitt, A., Rall, B., Haase, I., Durner, J. & Schreiber, H.: **Vergleich eines Roboter-gestützten Gangtrainings mit konventionellem Gangtraining bei Patienten mit fortgeschrittenem idiopathischen Parkinson-Syndrom**, 233-242
- Rövekamp, I., Barthel, M. & Beushausen, U.: **Communication Partner Training (CPT) – eine sinnvolle Ergänzung für die logopädische Aphasiotherapie?** 243-248
- Schönle, P.W., Beyer, J., Bredehorst, M., Grotkamp, S., Brahner, V., Seger, W., Cibis, W., Badke, A. & Weinbrenner, S.: **Intensivmedizinische Rehabilitation funktionell schwerstgeschädigter Patienten – missing link zwischen Intensivmedizin und Rehabilitation**, 249-255

www.hippocampus.de

Augsburger Logokoffer

Spielend, ganzheitlich sprechen lernen und dabei Spaß haben. Stabile, ökologisch, vielseitig, ansprechende Ausrüstung für Motorik, Wahrnehmungsbereiche, Artikulation, Syntax für Kinder (3–8 J.) Geeignet für Frühförderung, Logopädie in Einzelbetreuung und Kleingruppen.

**Mehr bei youtube unter: Augsburger Logokoffer
Bestellung+Begleitheft: www.logokoffer.at**



**Individuell auf Sie zugeschnitten:
unsere Sonderprämiën und Tarife**

Beispiel: Berufshaftpflicht ab 50,- EUR netto/jährlich

Fordern Sie unseren Info-Coupon an!
Tel.: 02171 / 3 99 2 30 · Fax: 02171 / 4 34 34
info@mosaik-gmbh.de · www.mosaik-gmbh.de





Anzahl			Mitglied	Nicht-Mitglied
LOGOPÄDIE FÜR KINDER UND JUGENDLICHE, SPRACHERWERB				
___	1000	Die kindliche Sprachentwicklung von der U3 bis zur U9	2,50	5,00
___	1001	Faltblatt ‚Kindlicher Spracherwerb in mehrsprachigen Familien‘ – Deutsch (10 Stück)	2,50	5,00
___	1003	Faltblatt ‚Kindlicher Spracherwerb in mehrsprachigen Familien‘ – Türkisch (10 Stück)	2,50	5,00
___	1004	Faltblatt ‚Kindlicher Spracherwerb in mehrsprachigen Familien‘ – Arabisch (10 Stück)	2,50	5,00
___	1005	Faltblatt ‚Wie spricht mein Kind‘ – Deutsch (10 Stück)	3,50	7,00
___	1006	Faltblatt ‚Wie spricht mein Kind‘ – Russisch (10 Stück)	2,50	5,00
___	1007	Faltblatt ‚Wie spricht mein Kind‘ – Türkisch (10 Stück)	2,50	5,00
___	1008	Plakat ‚Sprachentwicklung/Tabelle‘ (DIN A1) gerollt	5,00	10,00
___	1009	Plakat ‚Sprachentwicklung/Tiermotive‘ (DIN A2) gerollt	4,00	8,00
___	1010	Faltblatt ‚Förderung der kindlichen Sprachentwicklung 0-1. Lj.‘ – Deutsch (10 Stück)	2,50	5,00
___	1011	Faltblatt ‚Förderung der kindlichen Sprachentwicklung 0-1. Lj.‘ – Russisch (10 Stück)	2,50	5,00
___	1012	Faltblatt ‚Förderung der kindlichen Sprachentwicklung 0-1. Lj.‘ – Türkisch (10 Stück)	2,50	5,00
___	1013	Faltblatt ‚Förderung der kindlichen Sprachentwicklung im 2. Lj.‘ – Deutsch (10 Stück)	2,50	5,00
___	1014	Faltblatt ‚Förderung der kindlichen Sprachentwicklung im 2. Lj.‘ – Russisch (10 Stück)	2,50	5,00
___	1015	Faltblatt ‚Förderung der kindlichen Sprachentwicklung im 2. Lj.‘ – Türkisch (10 Stück)	2,50	5,00
___	1016	Faltblatt ‚Förderung der kindlichen Sprachentwicklung im 2.-3. Lj.‘ – Deutsch (10 Stück)	2,50	5,00
___	1017	Faltblatt ‚Förderung der kindlichen Sprachentwicklung im 2.-3. Lj.‘ – Russisch (10 Stück)	2,50	5,00
___	1017	Faltblatt ‚Förderung der kindlichen Sprachentwicklung im 2.-3. Lj.‘ – Türkisch (10 Stück)	2,50	5,00
___	1019	Faltblatt ‚Förderung der kindlichen Sprachentwicklung im 3.-4. Lj.‘ – Deutsch (10 Stück)	2,50	5,00
___	1020	Faltblatt ‚Förderung der kindlichen Sprachentwicklung im 3.-4. Lj.‘ – Russisch (10 Stück)	2,50	5,00
___	1021	Faltblatt ‚Förderung der kindlichen Sprachentwicklung im 3.-4. Lj.‘ – Türkisch (10 Stück)	2,50	5,00

Anzahl			Mitglied	Nicht-Mitglied
LOGOPÄDIE FÜR KINDER UND JUGENDLICHE, BEHANDLUNGSBEREICHE				
___	2000	Faltblatt ‚Sprachentwicklungsstörungen bei Kindern‘ (10 Stück)	3,50	7,00
___	2001	Faltblatt ‚Hörstörungen bei Kindern‘ (10 Stück)	3,50	7,00
___	2002	Faltblatt ‚Schluckstörungen bei Kindern‘ (10 Stück)	2,50	5,00
___	2003	Faltblatt ‚Sprechstörungen bei Kindern‘ (10 Stück)	2,50	5,00
___	2004	Faltblatt ‚Stimmstörungen bei Kindern‘ (10 Stück)	2,50	5,00
___	2005	Plakat ‚Sprachentwicklungsstörung‘ (30x60 cm) gefaltet	1,00	3,00
___	2006	Postkarte ‚Früherkennung‘ (10 Stück)	2,00	3,00
___	2007	Postkarte ‚Sprachentwicklungsstörung‘ (10 Stück)	2,00	3,00

Anzahl			Mitglied	Nicht-Mitglied
LOGOPÄDIE FÜR ERWACHSENE, BEHANDLUNGSBEREICHE				
___	3000	Faltblatt ‚Logopädie und Demenz‘ (10 Stück)	3,50	5,00
___	3001	Faltblatt ‚Schlucken – Lebenswichtig und nicht immer selbstverständlich‘ (10 Stück)	3,50	5,00
___	3002	Plakat ‚Schlaganfall‘ (30x60 cm) gefaltet	1,00	3,00
___	3003	Plakat ‚Schlucken‘ (30x60 cm) gefaltet	1,00	3,00
___	3004	Plakat ‚Stimme‘ (30x60 cm) gefaltet	1,00	3,00
___	3005	Postkarte ‚Stimme‘ (10 Stück)	2,00	3,00

Anzahl			Mitglied	Nicht-Mitglied
INFORMATIONEN ZUM BERUF				
___	4000	Broschüre ‚Logopädie – Menschen zur Sprache bringen‘	1,00	2,00
___	4001	Faltblatt ‚Logopädie zukunftsfähig machen‘ (möglich als ‚Einleger‘ in Art.-Nr. 4000)		kostenlos
___	4002	Plakat ‚100 Jahre Logopädie/Heß‘ (DIN A2) gerollt	2,50	5,00
___	4003	Plakat ‚100 Jahre Logopädie/Hüneke‘ (DIN A2) gerollt	2,50	5,00
___	4004	Plakat ‚100 Jahre Logopädie/Leipold‘ (DIN A2) gerollt	2,50	5,00
___	4005	Plakat ‚100 Jahre Logopädie/Niedecken‘ (DIN A2) gerollt	2,50	5,00

Anzahl			Mitglied	Nicht-Mitglied
INFORMATIONEN ZUR SELBSTÄNDIGKEIT				
___	5000	Mustervertrag ‚Gemeinschaftspraxis‘ (DIN A4, 8 Seiten)	30,00	--
___	5001	Mustervertrag ‚Partnerschaftsgesellschaft‘ (DIN A4, 13 Seiten)	55,00	--
___	5002	Mustervertrag ‚Praxismgemeinschaft‘ (DIN A4, 8 Seiten)	30,00	--
___	5003	dbl-Qualitätsmanagement-Handbuch auf USB Stick	178,50	297,50

Anzahl			Mitglied	Nicht-Mitglied
MATERIAL FÜR DEN PRAXISALLTAG				
___	6000	Leermappe ‚Menschen zur Sprache bringen‘	1,50	---
___	6001	Notizblock dbl (5 Stück)	2,50	6,00
___	6002	Terminblöcke für Patienten (12 Stück)	4,80	12,00
___	6003	Terminblöcke für Patienten ‚Muh!‘ (12 Stück)	4,80	12,00
___	6004	Kugelschreiber (10 Stück)	10,00	10,00
___	6005	Schlüsselanhänger	3,00	4,00
___	6006	Türanhänger	1,00	2,00
___	6009	Buntstifte	1,50	3,00

Anzahl			Mitglied	Nicht-Mitglied
SPRACHREICH®				
___	7000	Faltblatt ‚Sprachreich® – Logopädisch orientierte Sprachförderung im Alltag‘ (10 Stück)	2,50	2,50
___	7001	Plakat ‚Sprachreich® – ErzieherInnenfortbildung‘ (DIN A2) gerollt	2,00	---
___	7002	Ordner ‚Sprachreich® – Ergänzungswissen II‘ (2014) – Literacy dbl-Konzept und Materialien zur Vorbereitung und Durchführung einer Fortbildung für Erzieherinnen	79,50	99,50

Anzahl			Mitglied	Nicht-Mitglied
MARKETING FÜR BERUF UND VERBAND				
___	8000	Broschüre ‚Logopädie eine Stimme geben – dbl‘		kostenlos
___	8001	Faltblatt evidenzst für Studierende		kostenlos
___	8002	Faltblatt evidenzst für Wissenschaft und Praxis		kostenlos

Liefer- und Rechnungsadresse*:

Firma/Praxis	
Name/Vorname	
Straße	
PLZ/Ort	
Mitglieds-Nr.	Datum/Unterschrift

* Die Datenerhebung erfolgt ausschließlich zur Auftragsabwicklung. Die Auftragsabwicklung und Rechnungsstellung erfolgt im Auftrag des dbl durch den Schulz-Kirchner Verlag, Idstein.

Diskussion um neue Leitlinie Stottern

Leserbriefe zum Beitrag: „Zur Praxisrelevanz der neuen AWMF-Leitlinie Stottern. Kritische Fragen und mögliche Erklärungen“ von Jürg Kollbrunner in Forum Logopädie 4/2017, S. 32

„Leitlinien eminenzbasiert!“

Danke für den sehr treffenden Artikel, der die inhaltlichen und auch formale Probleme bei der Erstellung der Leitlinie thematisiert!

Eigentlich sollte das frühere Prinzip TOBSAT (the old boys sat at a table) durch Leitlinien-Standards und Evidenzbasierte Medizin (EbM) neutralisiert werden. De facto zeigt die Gremien-Zusammensetzung aber das „who is who“ in Deutschland – und so sind die Leitlinien weiterhin (zwangsläufig?) eminenzbasiert!

Als dbl-Mandatsträgerin in drei Leitlinien-Kommissionen erlebe ich, dass Leitlinien zunehmend den konsensbasierten „State of the Art“ in Deutschland beschreiben. Es verlangt Selbstbewusstsein und Durchsetzungsvermögen, sich als Therapeutin oder Selbsthilfevertreter in den temporeichen Sitzungsabläufen an der richtigen Stelle bei den Eminenzen Gehör zu verschaffen bzw. zu finden. Dank der kompetenten AWMF-ModeratorInnen und zunehmender Routine gelingt das aber immer besser!

Desaströs sieht es derzeit auch bei der Veröffentlichung von Studien in international gelisteten Journalen aus. Qualitative Einzelfallstudien werden so gut wie gar nicht mehr angenommen. Die Professoren Wernicke, Broca und auch Freud hätten heute keine Chance mehr...

Ricki Nusser-Müller-Busch, Berlin

„Einseitigkeit offengelegt“

Jürg Kollbrunner hat mit seinem klugen Artikel die Einseitigkeit und Lückenhaftigkeit der neuen AWMF-Leitlinie „Stottern“ offengelegt. Seine Analyse bestätigt und bestärkt all das, was ich seit langem erlebe und denke, deckt sich mit all meinen Erfahrungen, meinem Welt- und Fachwissen als langjährige Stottertherapeutin und selbst betroffene Stotternde.

Tagtäglich begegne ich der psychosozialen Komponente des Stotterns (und auch seines Bedingungsgefüges), berichten Patienten und Eltern stotternder Kinder von sich aus von den Zusammenhängen ihres Stotterns und seiner Entstehung mit ihrer Lebensgeschichte. Diese Befunde und vor allem die Bedeutung der therapeutischen Beziehung für den Therapieerfolg ignoriert die neue Leitlinie „Stottern“ (NLLS) weitgehend.

In seiner sauberen und schlüssigen Argumentation macht Kollbrunner auf fehlerhafte Interpretationen, tendenziöse Sichtweisen und falsche Schlussfolgerungen der NLLS aufmerksam und setzt sich für eine Weitung des Blickes auf das Phänomen „Stottern“ und seine Behandlung ein. Er macht konkret umsetzbare Vorschläge, wie ein solch umfassenderes Konzept von „Stottern“ in einer revidierten Fassung der NLLS Eingang finden könnte.

Ich danke Jürg Kollbrunner und der Redaktion von „Forum Logopädie“ für diesen wichtigen, mutigen und erfrischenden Artikel und wünsche ihm viele neugierige Leser sowie eine breite Diskussion.

Dorothea Beckmann, Münster

„S3-Leitlinie ist evidenzbasiert, nicht eminenzbasiert oder meinungsbasiert“

Leitlinien sind nicht durchweg umstritten, wie von Kollbrunner behauptet wird (S. 35), sondern werden international als wichtige Instrumente des Wissensmanagements und der Qualitätsförderung angesehen und eingesetzt. Berechtigte Kritik besteht an der – gemessen an international konsentierten Standards – mangelnden Qualität zahlreicher international publizierter Leitlinien. In Deutschland unterliegen Leitlinien, die wie unsere über das Leitlinienregister der AWMF publiziert werden, jedoch einer entsprechenden Qualitätssicherung (AWMF 2012, *McMaster University* 2014).

Eine medizinische Leitlinie soll demnach begründete Empfehlungen geben, vorrangig für Versreiber und TherapeutInnen. Für die Nutzer sollen diese Empfehlungen schnell zugänglich sein, Literaturangaben für vertiefende Recherchen bereitstellen und regelmäßig aktualisiert werden. Eine Leitlinie ist also nicht zu verwechseln mit einer Enzyklopädie und kann folglich nicht auf alle möglichen Fragestellungen eingehen. Letzteres wird aber wiederholt gefordert, etwa wenn das Fehlen des Bezuges zur Epigenetik und von „Einsicht in die Neuroplastizität“ (S. 34) moniert wird.

Zur Epigenetik des Stotterns sind nach unserer Kenntnis bislang keine empirischen Befunde bekannt. Verallgemeinerungen aus den mittlerweile vielen Tierstudien und den wenigen Studien an Menschen, die alle nicht Redeflussstörungen betreffen, wären spekulativ und daher hier unangemessen. Zu Neuroplastizität des Stotterns haben Neumann und Koautoren eine neuere Pu-

blikation vorgelegt (*Ingham et al.* 2017). Wenn die Leitliniengruppe daraus keine konkreten handlungsleitenden Empfehlungen für die Leitlinie abgeleitet hat, so ist das wohlbegründet, beruhte aber kaum auf Unkenntnis oder thematischen Berührungsängsten.

Eine S3-Leitlinie ist evidenzbasiert, nicht eminenz- oder meinungsbasiert. Mutmaßungen haben in der Leitlinie keinen Platz und sind als Kritik an der Leitlinie unangemessen. Wir ermuntern die Kritiker, ihre Mutmaßungen als Hypothesen in evidenzbasierte Forschung einfließen zu lassen und die Ergebnisse dann gegebenenfalls in Neuauflagen der Leitlinie einzubringen.

Die vorliegende S3-Leitlinie folgt strengen, international konsentierten methodischen Kriterien, auch solchen, die explizit für Stotterbehandlungen gelten (u.a. ausreichende Fallzahl, Effektstärken, Nachuntersuchung, interne Kontrollen). Der von Kollbrunner zitierte systematische Review von *Baxter et al.* (2016) kann methodisch nicht als vorbildlich gewertet werden, denn er schließt viele Untersuchungen ein, die diese Kriterien nicht erfüllen. Aus der therapeutischen Forschung ist bekannt, dass methodische Strenge und Behandlungswirkung negativ korrelieren. So wundert es wenig, dass die Arbeit von *Baxter et al.* in einer wenig hilfreichen Dodo-Empfehlung endet („Virtually all evidence ... reported at least some positive effect for some participants“).

Eine solche everything-goes-Empfehlung ist nicht das Ziel einer Leitlinie. Diese soll vielmehr die nach Evidenzlage bestmöglichen Behandlungsansätze ordinal benennen. Kernpunkte sind die Hinterfragung der Aussagesicherheit vorhandener Studien und die Frage, ob ein patientenrelevanter Nutzen potenzielle unerwünschte Effekte überwiegt. Es ist zu vermuten, dass auch bei einer Bachblütentherapie oder Akupunktur des Stotterns „some positive effect for some participants“ beobachtet werden könnten.

Die Kritik an der Autorengruppe der Leitlinie ist aus verschiedenen Gründen nicht nachvollziehbar und zurückzuweisen. Wiederholt wird vermutet, dass bei den Autoren „Verdrängung“ im Spiel sei; Angstmotivation wird attribuiert, „Widerstand gegen psychologisches Denken“ unterstellt. Solcherlei Mutmaßungen erfordern Klarstellungen. Dazu ist festzustellen:

- Die Leitlinie wurde von offiziell benannten Mandatsträgern aus 17 Fachgesellschaften und Organisationen konsentiert sowie durch deren Vorstände verabschiedet.
- Die Leitliniengruppe ist repräsentativ sowohl für die an der Versorgung Beteiligten als auch für die Betroffenen durch explizite Einbeziehung der Selbsthilfe.

- Die Konsensfindung erfolgte im Rahmen eines Nominalen Gruppenprozesses (NGP) mit externer Moderation. Der NGP ist eine geprüfte Technik, um Risiken für Verzerrungen in Gruppendiskussionen zu vermeiden
- Grundlage für die Konsensfindung war ein ausführlicher Evidenzbericht (siehe obige Ausführungen).

Vor diesem Hintergrund erscheint es unwahrscheinlich, dass psychodynamische Probleme die Leitlinieninhalte beeinflussen.

Schließlich möchten wir auf die Frage von Genetik und nicht-geteilter Umgebung eingehen. Die Befunde der quantitativen Verhaltensgenetik (Plomin et al. 2013) haben im letzten Drittel des vorigen Jahrhunderts in Psychologie, Sozialisationstheorie und verwandten Disziplinen einen Paradigmenwechsel angestoßen. Man ging bis dahin davon aus, dass intergenerationale Transmission von Verhalten ausschließlich oder vorwiegend auf psychologischen Prozessen gründete (z.B. Vorbildwirkung, Verstärkung, Objektbeziehung). Genetische Effekte blieben unberücksichtigt. Korrelationen zwischen elterlichen und kindlichen Merkmalen reichten oft aus, um ursächliche Transmissionsprozesse anzunehmen. Damit waren die meisten Befunde über die Auswirkungen von Eltern auf das Verhalten ihrer Kinder nicht länger interpretierbar, etwa herkömmliche Annahmen über die frühkindliche Prägung der Persönlichkeit.

Als bald wurde offensichtlich, dass (1) fast alle menschlichen Verhaltensmerkmale erblich sind, (2) in der gleichen Familie aufzuwachsen einen geringeren Effekt hat, als die gleichen Gene zu haben, (3) ein erheblicher Anteil der Variation in komplexen menschlichen Verhaltensmerkmalen nicht durch die Effekte von Genen oder Familien erklärt werden kann. Diese drei Erkenntnisse (Turkheimer 2000) stammen nicht von ein paar Studien, sondern von sehr vielen, aus mehreren Ländern, über einen Zeitraum von mehreren Jahrzehnten immer wiederholt. Es sind also „robuste“ Erkenntnisse, weswegen sie in den Lehrbüchern der Persönlichkeitspsychologie auch mittlerweile breiten Raum einnehmen.

Die quantitative Verhaltensgenetik, anders als die molekulare Genetik, ist glücklicherweise in ihren Grundzügen auch von Nicht-Biologen recht leicht zu verstehen. Freud hätte wohl gesagt, dass gegen die Annahme dieser Erkenntnisse Widerstände bestünden, da sie eine Kränkung des herkömmlichen Wissenschaftsverständnisses darstellten.

Dass schon früh im Leitlinientext die Erblichkeit des Stotterns hervorgehoben wird, ist keine ideologische Voreingenommenheit, sondern eine Folge der überwältigenden Evidenz. Die Erblichkeit ist kein Faktor, der irgendwann hinter möglichen psychosozialen Verursachungen

erwähnt werden sollte, sondern vorrangig, denn wo sonst in den Verhaltenswissenschaften einschließlich der Stotterforschung lässt sich ein Varianzanteil von 70-85% aufklären? Die verbleibenden etwa 15-30% Varianzanteil sind nun aber nicht sogleich psychosozialen Einwirkungen zuzuordnen, denn erstens muss noch der Messfehler abgerechnet werden (etwa 5% Varianzanteil), und zweitens ist in der Verhaltensgenetik die Umwelt jegliche Umwelt außerhalb des Zellkerns (intrazelluläre, interzelluläre, metabolische, intrauterine, einschließlich vielfältiger Interaktionen im Entwicklungsprozess, zuletzt die Umwelt im alltagssprachlichen Verständnis).

Aus den verhaltensgenetischen Studien lässt sich nicht erkennen, welcher Art von Umwelt der verbleibende Varianzanteil zugeschrieben werden kann, weswegen dieser Varianzanteil statt „Umweltanteil“ besser „unaufgeklärter Varianzanteil“ genannt wird (Turkheimer 2000). Es lässt sich aber festmachen, welcher Anteil der von Geschwistern geteilten Umwelt und der von ihnen nicht geteilten Umwelt zugeschrieben werden kann, wobei selbstverständlich diverse Kindheitserlebnisse innerhalb der Familie zur nicht geteilten Umwelt beitragen, etwa Geburtsrang oder individuelle Krankheiten.

Unerwarteterweise kommen die fünf verschiedenen Zwillingsuntersuchungen, die Aussagen zu geteilter vs. nicht-geteilter Umwelt machen können (Literaturangaben in der Leitlinie), einhellig zu dem Schluss, dass diejenigen Modelle die beste Passung zeigen, die den Anteil der geteilten Umwelt auf null setzen. Die Zwillingsdaten unterstützen also nicht die Annahme, dass familiäre Umwelten oder elterliche Merkmale, von denen man annehmen muss, dass sie Geschwister ähnlicher machen im Vergleich zu Kindern aus unterschiedlichen Familien, nicht oder bestenfalls unerheblich zur Entstehung des Stotterns beitragen. Dieser Befund ist robust: Er wurde fünfmal von unterschiedlichen Forschergruppen berichtet, aus unterschiedlichen Ländern mit teilweise unterschiedlichen statistischen Modellverfahren, mit Fallzahlen zwischen $n=1567$ und $n=33296$.

Wenn andererseits Untersuchungen die Rolle familienpsychologischer Einflussfaktoren zu belegen behaupten, ist zu fragen, ob in diesen Untersuchungen der Einfluss genetischer Transmissionswege herausgerechnet wurde. Wenn nicht, wären sie angesichts der hohen Erblichkeitsbefunde nicht interpretierbar, auch wenn es eine große Fülle von Untersuchungen ist.

Der Befund über die Bedeutungslosigkeit der geschwister-geteilten Umwelt überrascht weniger angesichts der sehr vielen verhaltensgenetischen Untersuchungen über jene Kräfte, die die adulte menschliche Persönlichkeit formen. Auch hier spielen geschwister-geteilte Umwelten bestenfalls eine untergeordnete Rolle, allen sozialisationstheoretischen Behauptungen des vorigen Jahrhun-

derts zum Trotz (Harris 1995). In den Lehrbüchern der Psychologie ist diese Erkenntnis längst angekommen (z.B. Asendorpf & Neyer 2012).

Wenn man also nicht akzeptieren kann, dass psychodynamische Faktoren bei der Entstehung des Stotterns vernachlässigbar sind, und wenn „psychoanalytische, tiefenpsychologisch orientierte und gesprächspsychotherapeutische Verfahren“ ihren Wirksamkeitsbeleg bislang nicht ausreichend erbracht haben, dann fordern wir auf, die entsprechenden Belege vorzulegen beziehungsweise junge WissenschaftlerInnen darin zu unterstützen.

Leitlinien können keine Wahrheiten formulieren, denn diese gibt es nur in der formalen Logik, Mathematik und Religion. Leitlinien können nur der Wahrheit ein wenig näherkommen, bis neue Evidenzen bisherige Erkenntnisse relativieren oder relegieren.

Harald A. Euler^{1,2},
Katrin Neumann¹ und Ina Kopp³

- 1 Abt. für Phoniatrie und Pädaudiologie, HNO-Klinik, St. Elisabeth-Hospital, Ruhr-Universität Bochum
- 2 Abt. für Entwicklungspsychologie, Universität Wien
- 3 AWMF-Institut für Medizinisches Wissensmanagement, Philipps-Universität Marburg

Literaturangaben

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2012). *AWMF-Regelwerk „Leitlinien“*. www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk.html
- Asendorpf, J.B. & Neyer, F. J. (2012). *Psychologie der Persönlichkeit*. Berlin: Springer
- Harris, J.R. (1995). Where is the child's environment? *Psychological Review* 102 (3), 458-489
- Ingham, R., Ingham, J.C., Euler, H.A. & Neumann, K. (2017). Stuttering treatment and brain research in adults: a still unfolding relationship. *Journal of Fluency Disorders*. DOI: 10.1016/j.jfludis.2017.02.003. McMaster University (2014). *GIN McMaster Guideline Development Checklist*. <https://cegrade.mcmaster.ca/guidecheck.html>
- Plomin, R., DeFries, J.C., Knopik, V.S. & Neiderhiser, J.M. (2013). *Behavioral genetics*. New York, NY: Worth Publishers
- Turkheimer, E. (2000). Three laws of behavior genetics and what they mean. *Current Directions in Psychological Science* 9 (5), 160-164

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

Verkaufe wegen Praxisauflösung (Logopädie) gesamtes **Arbeitsmaterial**: 1500 €. Postleitz.: 273.., Tel. 015775817489

V-1
Verkaufe Praxis in München-Allach
 gut etabliert, mit Patientenstamm. Übernahme nach
 Absprache zwischen 01.01.18 und 30.06.18.

 Tel.: 089 211 110 62
<http://www.logopaedische-praxis-muenchen.com>

Nachfolge für langjährige, gut gehende logopädische Praxis im Rheingau für 1. Quartal 2018 gesucht
 ● einzige logopädische Praxis am Ort mit großem Einzugsgebiet ● zentrale Lage mit gegenüberliegendem Parkplatz ● auch für gehbehinderte Patienten geeignet ● es könnten gleichzeitig zwei Therapien durchgeführt werden ● reichhaltiges Therapie- und Diagnostikmaterial ● Warteliste
Preis orientiert sich am Umsatz
 Zuschriften bitte unter Chiffre FL17-601-AG an den Verlag. V-2

V-4
Logopädische Praxis in PLZ 55...
seit 14 Jahren aktiv – wegen Krankheit zu verkaufen.

 2 Angestellte, 3 Therapieräume, günstige Miete.
 Zuschriften bitte unter Chiffre FL17-602-BM an den Verlag.

Erfahrene Logopädin mit eigener Praxis im ostfriesischen Raum sucht **interdisziplinäre Zusammenarbeit in Form von Praxengemeinschaft, Therapiezentrum oder andere Kooperationsmöglichkeiten** im ostfriesischen/ammerländischen Raum. Eigene Räumlichkeiten stehen zur Verfügung. Für ein gutes (neues oder auch bestehendes) Projekt besteht bei mir die Bereitschaft zu einem Ortswechsel.
Bitte melden unter: suche-praxispartner@web.de V-5




**Klinik- und
Rehabilitationszentrum
Lippoldsberg GmbH**

Das Klinik- und Rehabilitationszentrum in 37194 Lippoldsberg mit schwerpunktmäßiger Behandlung von Patienten der Frührehabilitationsphase B sucht ab sofort:


Logopädin/Logopäde (Vollzeit)

Als Teil unseres Teams erwarten Sie folgende Aufgaben:
 Umfassende logopädische Betreuung unserer stationären Patienten der neurologischen Phasen A, B, C sowie die Durchführung von gängigen Diagnostiken inkl. FEES-Untersuchung. Darüber hinaus das Arbeiten im interdisziplinären Team aus Ärzten, Neuropsychologen, Physio-/Ergotherapeuten und Pflegekräften.
 Fortbildungen im Bereich Dysphagie und/oder Trachealkanülenmanagement sind wünschenswert.
 Wir bieten: Regelmäßige Fortbildungen; eine attraktive Vergütung orientiert an den AVR des Diakonischen Werkes Kurhessen-Waldeck sowie die Möglichkeit, eine Wohnung/Apartment im Klinikgelände zu mieten.
 Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung per E-Mail:
brigitte.schulte@klinik-lippoldsberg.de
www.klinik-lippoldsberg.de V-3

SPITZENMEDIZIN IN HANNOVER



**Medizinische Hochschule
Hannover**



**Logopädische Schule
Hannover**

Die Schule für Logopädie an der Medizinischen Hochschule Hannover bietet zum 01.02.2018 eine 75%-Stelle als

Lehrlogopädin/Lehrlogopäde im Fachbereich Stimme

Der Schwerpunkt liegt in der theoretischen und praktischen Lehre und der Supervision der Therapien unserer Studierenden im Bereich Stimmstörungen.
 Bewerber/innen sollten bereits fundiertes Grundlagenwissen und eingehende Therapieerfahrungen im Bereich Stimme und in der Anleitung von Praktikanten/-innen haben. Voraussetzung ist eine akademische Qualifikation. Fachspezifische Fortbildungen und Lehrerfahrungen werden erwartet, pädagogisch didaktische Fortbildungen sind erwünscht.


Wir bieten:

- Eine gut ausgestattete Schule mit 12 Studierenden pro Kurs
- Unterstützung bei der Einarbeitung in die Lehrtätigkeit
- Teambesprechungen und Falldarstellungen in einem engagierten und erfahrenen Team

Die Vergütung erfolgt nach TV-L.
 Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung.

Telefonische Auskunft erteilt:
 Herr Gramann, leitender Lehrlogopäde, Tel.: 0511/532-4966.
 Ihre Bewerbung richten Sie bitte mit den üblichen Unterlagen an die:

**Medizinische Hochschule Hannover
 Schule für Logopädie, OE 9566
 Herr Prof. Dr. Dr. Martin Ptok
 Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover
 E-Mail: Ptok.Martin@mh-hannover.de**



www.mh-hannover.de

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

MÄRKISCHE REHA-KLINIKEN GMBH

Die Märkische Reha-Kliniken GmbH ist seit Jahren spezialisiert auf ambulante wohnortnahe Rehabilitation mit stetig steigenden Patientenzahlen. Wir sind der einzige ambulante Anbieter für ein Einzugsgebiet von 1,5 Mio. Einwohnern in Südwestfalen mit Zulassung durch Rentenversicherung, Krankenversicherung und Berufsgenossenschaften. Unsere Gesellschafter betreiben 5 Akutkrankenhäuser im Märkischen Kreis, u.a. unmittelbar benachbart die Sportklinik und das Klinikum Lüdenscheid.

Zur Unterstützung unseres Teams suchen wir für unsere stationären Einsatzbereiche in Iserlohn und Hemer zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine/n

Logopädin/en

in Voll- (40 Stunden/Woche) oder Teilzeit. Voraussetzung ist ein Examen als Logopädin/e. Berufserfahrung und Zusatzqualifikationen sind wünschenswert, aber nicht Bedingung. Auch Bewerbungen von Berufsanfängern sind uns willkommen.

Wir erwarten:

- Fortbildungsbereitschaft
- Spaß an der Arbeit
- Teamfähigkeit
- Übernahme von Hausbesuchen
- Führerschein Klasse B, eigener PKW sollte vorhanden sein

Wir bieten Ihnen eine angemessene Vergütung und eine interessante Tätigkeit in einem motivierenden Team und Arbeitsumfeld.

Schriftliche Bewerbungen bitte an:

Märkische REHA-Kliniken GmbH
Herrn Peter Beckmann
Paulmannshöher Str.14 · 58515 Lüdenscheid
Telefon (02351) 46-5121

5-1

6-2

Suche ab Januar 2018

LogopädIn für ca. 30 Wochenstunden

Ich freue mich auf Ihre schriftliche Bewerbung

Praxis für Logopädie Rhea A. Blake
 Bergstr. 106 – 64319 Pfungstadt
 ☎ 0 61 57 / 98 92 00

Interdisziplinäres Team von Logopäden und Ergotherapeuten sucht Verstärkung im Bereich Logopädie für Teil- bis Vollzeit, gerne auch Berufsanfänger.

Wir bieten:

- engagiertes, kompetentes, nettes Team
- Einarbeitungszeit
- wöchentliche Teambesprechung
- Weihnachts-, Urlaubs- und Fortbildungsgeld
- schöne, gut ausgestattete Praxisräume
- interdisziplinäre Zusammenarbeit
- Praxisauto für Hausbesuche

Wir wünschen uns:

- Teamfähigkeit
- Engagement
- Flexibilität
- Therapie von Störungsbildern im Erwachsenen- und Kinderbereich

Wir freuen uns auf Ihren Anruf/ Ihre Bewerbung.

Therapiezentrum Geisenfeld
 Ansprechpartnerin: Ulrike Rockermeier
 Nöttingerstr. 38 – 85290 Geisenfeld
 Tel.: 08452/734032 – ergogeisenfeld@aol.com

8-2

Für meine Praxis in Völklingen-Ludweiler suche ich ab sofort oder später eine/n weitere/n

Logopädin/en in Teil- oder Vollzeit.

Ich biete:

- leistungsgerechte Bezahlung bei eigener Zeiteinteilung
- einen eigenen Therapieraum
- ein freundliches, engagiertes Team
- regelmäßige Teamsitzungen
- Zuschüsse zu Fortbildungen nach Absprache
- Einarbeitungszeit nach Bedarf

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung per Post oder Mail!

Praxis für Logopädie Dominique Fedick
 Friedrich-Ebert-Platz 1 – 66333 VK-Ludweiler
 info@logopaedie-fedick.saarland

Praxis für Logopädie
 Dominique Fedick

6-1

Klinik. Karriere. Leben.



Klinikum Ludwigsburg

Meine Karriere. Mein Lebensplan.

Die Klinik für Neurologie im Klinikum Ludwigsburg freut sich auf Sie (m/w) als **Logopäden**

- in Teilzeitbeschäftigung (50 %)
- zunächst befristet als Elternzeitvertretung

Haben wir Ihr Interesse geweckt?
www.rkh-karriere.de

Praxis für LOGOPÄDIE



Birk Patricia

Logopäde/Logopädin in Teil- oder Vollzeit ab sofort oder später gesucht!

Hauptstr. 63 - 77767 Appenweiler - Tel.: 078057819951
 Fax: 078057819950 -post@logopraxis-birk.de

7-2



Logopäde/in in Voll- o. Teilzeit gesucht

Logopädie & Lerntherapie
 Raiffeisenstraße 15a
 85276 Pfaffenhofen
 Tel. (0 84 41) 27 71 91

Stellenbeschreibung unter

www.logoteam-paf.de

8-1

Logopädische Praxis Aigner 8-5



Wir suchen
Logopädin/en
ab sofort oder später, Vollzeit oder Teilzeit

- engagiertes, kompetentes, nettes Team
- Behandlung aller Störungsbilder
- Einarbeitungszeit, Teambesprechungen
- Weihnachts-, Urlaubs- und Fortbildungsgeld
- schöne, sehr gut ausgestattete Praxis
- interdisziplinäre Zusammenarbeit
- gerne Berufsanfänger/in

Ich freue mich auf Ihre Bewerbung oder Ihren Anruf (0172/7373364)

Elvira Aigner, Levelingstr. 7, 85049 Ingolstadt
www.logopaedie-aigner.de, www.viavitae-ingolstadt.de

SEIEN SIE DABEI, WENN SIE NICHT NUR DIE SYMPTOME BEHADELN, SONDERN AUCH DIE URSACHEN.

 **ASKLEPIOS**

Klinik Schaufling

Die Asklepios Klinik Schaufling ist das ostbayerische Rehabilitationszentrum für Neurologie, Orthopädie/Traumatologie, Geriatrie, Kardiologie und Psychosomatik. Die Klinik verfügt über 350 Betten.

Wir suchen ab sofort einen

Logopäden (w/m)

Ihr Aufgabengebiet

Sie übernehmen die therapeutische Versorgung von Rehabilitanden mit einer Aphasie, Dysarthrie, Dysphonie, Dysphagie und Gesichtslähmung.

Ihr Profil

Abgeschlossene Berufsausbildung zum Logopäden bzw. eine akademische Ausbildung zum Sprachtherapeuten | Diagnostische und therapeutische Erfahrung mit zentral bedingten Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen sowie zentral und peripher bedingten Gesichtslähmungen | Wünschenswert sind Kenntnisse im Umgang mit Trachealkanülen, insbesondere Verordnungen von Kanülen, Kanülenwechsel und Kanülenhygiene | Kenntnisse in der Auswertung flexibler Nasenendoskopien (FEES)

Wir bieten

ein interessantes und vielseitiges Aufgabengebiet in Zusammenarbeit mit einem engagierten Team, außerdem eine umfassende Förderung von Fort- und Weiterbildung und eine flexible Arbeitszeitgestaltung.

Für weitere Informationen steht Ihnen gerne Herr Holger Grötzbach, Leiter der Abteilung Sprachtherapie, unter Tel.: (0 99 04) 77-22 00 zur Verfügung.

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Dann freuen wir uns auf Ihre Bewerbung – gerne auch per E-Mail!


Asklepios Klinik Schaufling · Hausstein 2 · 94571 Schaufling
E-Mail: bewerbung.schaufling@asklepios.com




Besuchen Sie uns auf Facebook und werden Sie unser Fan!

www.facebook.com/skverlag

9-3



MEDICLIN 

schlägt Ihr Herz auch für uns?

www.klinik-am-rennsteig.de

Die Behandlungsschwerpunkte der MEDICLIN Klinik am Rennsteig in Bad Tabarz liegen im Bereich der Inneren Medizin, Kardiologie und Stoffwechselerkrankungen, der Orthopädie und der Neurologie. Unter dem Dach der Klinik befindet sich außerdem ein anerkanntes Schulungszentrum für Typ-1- und Typ-2-Diabetiker, das auf die Behandlung des Diabetes mellitus und diabetesspezifische Folge- und Begleiterkrankungen spezialisiert ist. Die 1995 eröffnete Klinik verfügt über 175 Betten und beschäftigt rund 125 Mitarbeiter.

Wir suchen ab dem 01.11.2017 einen

Logopäden (m/w) für unsere Fachklinik für Neurologie

Ihr Profil

- Staatlich anerkannter Berufsabschluss als Logopäde (m/w)
- Teamfähigkeit, Motivation, Eigenverantwortlichkeit
- Gute Kenntnisse oder Interesse an der Behandlung bei Stimm-, Sprach-, Sprech- oder Schluckstörungen
- Interesse an der Weiterbildung spezieller neurologischer Therapieformen

Was bieten wir Ihnen?

- Wir bieten Ihnen einen Arbeitsplatz im Herzen Thüringens, eine über die Grenzen Thüringens hinaus **anerkannte Klinik** und ein eingespieltes Team!
- Wir unterstützen Sie mit einem **strukturierten Einarbeitungsprogramm**. Wir sind mit unserem Einarbeitungskonzept Preisträger des „MediClin HR Awards“ 2015 geworden
- Wir ermöglichen Ihnen die Teilnahme an unserem **umfangreichen klinikinternen Fort- und Weiterbildungsprogramm**, organisiert von unserer spezialisierten MediClin Akademie
- Darüber hinaus bieten wir Ihnen **attraktive Mitarbeiter-vorteile** wie z.B. Vergünstigungen durch unser Corporate Benefit Programm oder unser „Mitarbeiter werben Mitarbeiter“-Programm
- Wir unterstützen die **Vereinbarkeit von Beruf und Familie** u. a. durch eine frühzeitige und verlässliche Dienstplangestaltung, in die Sie gern Ihre Wünsche einbringen können
- Wir wollen, dass Sie fit bleiben. Mit unserem **Betrieblichen Gesundheitsmanagement** erhalten und fördern wir die Gesundheit unserer Mitarbeiter
- Unsere Integrationsbeauftragte berücksichtigt im Rahmen des **Betrieblichen Eingliederungsmanagements** Ihre Wünsche nach einem Wiedereinstieg aufgrund längerer Krankheit
- Wir sind Ihnen bei der **Wohnungssuche gern behilflich**, entweder in der etwas beschaulicheren Gegend in oder um Bad Tabarz oder etwas dynamischer in den umliegenden attraktiven Städten wie Gotha, Eisenach oder Erfurt
- Zu guter Letzt: Wir bieten **tarifliche Vorteile**: Sie erhalten eine Vergütung nach unserem Gehaltsrahmen, 28 Tage Urlaub, Urlaubsgeld und zwei Jahressonderzahlungen. Freistellungen aus Anlass von Fort- und Weiterbildungen sind selbstverständlich

Schwerbehinderte Bewerber (m/w) werden bei gleicher Eignung besonders berücksichtigt.

Für **erste Fragen vorab** steht Ihnen unser Therapieleiter, Herr Höhler, Telefon 036259 64-135, gerne zur Verfügung.

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung über unser Online-Portal unter www.klinik-am-rennsteig.de/Stellenmarkt

MEDICLIN – Ein Unternehmen der Asklepios Gruppe



Wir suchen ab 1.11.2017 zur Elternzeitvertretung einen

LOGOPÄDEN ODER SPRACHTHERAPEUTEN (W/M) IN TEILZEIT

für unsere Abteilung Logopädie



BARMHERZIGE BRÜDER
Krankenhaus Regensburg

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung über unser Online-Portal.

www.barmherzige-regensburg.de

Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg
Ltd. Logopädin Frau Eibl, Telefon: 0941/369-92416
Prüfening Straße 86, 93049 Regensburg

9-1

www.barmherzige-regensburg.de

Fachpublikationen Arbeitsmaterialien Fachzeitschriften



Foto: © Alexandra - Fotolia.com

Das SKV-Vorteilsprogramm für dbI-Mitglieder



An der richtigen Stelle:

Mit Ihrer **Stellenanzeige** in „Forum Logopädie“ erreichen Sie genau die Richtigen zu attraktiven dbI-Konditionen. Darüber hinaus ist Ihre Anzeige ohne zusätzliche Kosten im Internet präsent – und das sowohl auf den Webseiten des Schulz-Kirchner Verlags als auch der Webpräsenz Ihres Verbandes.

Für **reine Online-Stellenanzeigen** zahlen Sie übrigens nur eine Bearbeitungsgebühr.

www.schulz-kirchner.de
info@schulz-kirchner.de
Tel.: +49 (0) 6126 9320-0



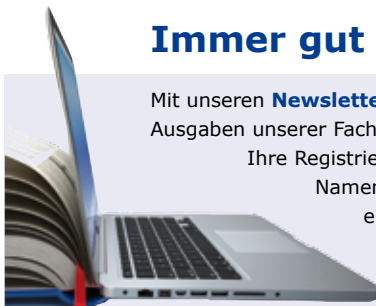
Schulz-
Kirchner
Verlag

Fachpublikationen Arbeitsmaterialien Fachzeitschriften

Immer gut informiert ...

Mit unseren **Newslettern** informieren wir Sie regelmäßig über Neuheiten aus unserem Verlag: aktuelle Ausgaben unserer Fachzeitschriften, Neuerscheinungen, Neuauflagen, Sonderaktionen und vieles mehr.

Ihre Registrierung ist ganz einfach: Tragen Sie auf unserem Newsletter-Bestellformular Ihren Namen, Ihre E-Mail-Adresse und das gewünschte Fachgebiet ein. Danach erhalten Sie eine E-Mail, mit der Sie Ihre Bestellung bestätigen müssen – so können wir sicher gehen, dass Ihnen der Newsletter nur mit Ihrer Zustimmung zugestellt wird. Selbstverständlich ist der Bezug unserer Newsletter kostenfrei!



© Maksym Yemelyanov - Fotolia

Newsletter-Registrierung www.schulz-kirchner.de → Newsletter



Schulz-
Kirchner
Verlag

Immer
informiert



Quatschkopf!

Verbformen
Situationen
Spontansprache



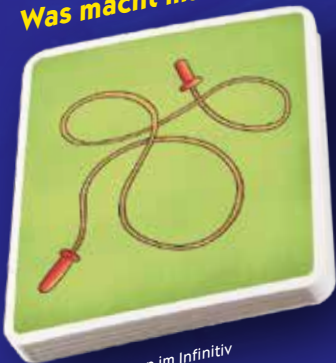
Was macht man damit?

Was ist merkwürdig?

Was ist da los?

Was denkt ... ?

Was sagt ... ?



Verben im Infinitiv

Verben in der 3. Personform
im Präsens

Verben in der 3. Personform
im Perfekt

Verben mit Modalverben

Verben im Imperativ

Die Spielidee

Quatschkopf! präsentiert 60 Verben in jeweils 5 Situationen. Bei der Beschreibung entstehen viele Hundert Verbformen, und es wird konjugiert, was das Zeug hält! Ob als Anregung für die Spontansprache oder zur gezielten Übung einzelner Verbformen: Quatschkopf! ist vielseitig und macht Spaß!

300 große Bildkarten

Die Sammlung von 300 farbigen Bildkarten ist voller witziger und liebevoll illustrierter Situationen. Mit einem Format von 105 x 99 mm sind sie besonders attraktiv, damit Sie und Ihre Kinder an Quatschkopf! richtig viel Freude haben!

Selektives Üben

Die 5 Fragestellungen können zusammen, selektiert oder auch einzeln gespielt werden. Mit Quatschkopf! entsteht immer ein sinnvolles und spannendes Spiel!

Zu gewinnen gibt es große, bunte Holzscheiben, mit denen die Spieler Türme bauen. Wer von jeder Farbe eine Scheibe hat, gewinnt!

Infos und Bestellmöglichkeit hier:

Deutschland/Österreich

Schweiz

TRIALOGO Verlag
www.trialogo.de

SCHUBI Lernmedien AG
www.schubi.ch



TRIALOGO · Bücklein & Joekel GbR
An der Linde 1 · D-78464 Konstanz
Telefon (+49) 07531-128360