

forum:logopädie

4 · 2020 | 34. Jahrgang

Deutscher Bundesverband
für Logopädie e.V.



THEORIE & PRAXIS

Atmungstherapie:
Arbeitsfeld für
LogopädInnen

VED und IPS:
Zwei seltene
Störungsbilder

BERUF & VERBAND

Corona: Der dbf
setzt sich ein

BILDUNG & FORSCHUNG

Weltgesellschaft
für Logopädie hat
ambitionierte Ziele



Trinknahrung

So sorgfältig hergestellt
wie alles von HiPP

Neue Lebensenergie. Mit natürlichen Zutaten.

Eiweiß
17 kcal%



HiPP Trinknahrung mit natürlichen Zutaten.

- Abwechslung durch süße und herzhafte Sorten.
- Optimal bei Gewichtsverlust, Schwäche oder Appetitverlust.
- Erhältlich in Apotheken und Sanitätshäusern – mit oder ohne Rezept vom Arzt.

Kostenlose Bestellung von Mustern und Produktinformationen unter
hipp.de/trinknahrung

EDITORIAL

Störungen als Chance

Vor 34 Jahren, am 7. Mai 1986, hörten die TeilnehmerInnen des damaligen ZVL/dbl-Kongresses gespannt einem Vortrag von Evemarie Haupt zu. Der Titel: „Integration von tonusregulierenden Maßnahmen in der Stimmtherapie“. Vor dem aktuellen Hintergrund des größten anzunehmenden Unfalls (GAU) eines Atomkraftwerks im sowjetischen Tschernobyl stellte sie das Vorgehen in der Stimmtherapie in einen größeren Zusammenhang. Die Erfahrung eines die ganze Gattung bedrohenden Unfalls lasse die Menschheit innehalten.

Dieser „STOP“ habe einen Wahrnehmungsprozess ermöglicht „der Veränderungen auslöste“. Nicht anders gehe es Stimmpatienten: Ihre Störung setze ein „STOP“ in deren Lebensalltag. „So wie bisher geht es nicht weiter.“ Dies könne „zu Veränderung und damit in den Konsequenzen zur Heilung führen“, so die in ganz Europa bekannte Gründerin des Internationalen Verbandes für integrative Stimmtherapie und Stimpmpädagogik.

Wir haben unseren „STOP“ durch die aktuelle Corona-Pandemie erfahren. Und dies in allen Lebensbereichen. Im beruflichen wie im privaten Kontext kann dieser an die Existenz gehen. Und doch beinhaltet diese „Störung“ auch Potenzial für zukunftsweisende Veränderungen – wenn wir denn bereit sind, uns Zeit für den dafür notwendigen Wahrnehmungsprozess zu nehmen, um daraus die richtigen, produktiven Konsequenzen zu ziehen.

Nicht mehr und nicht weniger verlangen wir von denen, die in der Gesundheitspolitik Verantwortung tragen: Nutzen Sie diese „Störung“ und die daraus erwachsenen neuen Impulse, um unser Gesundheitssystem – auch im Heilmittelbereich – ein Stück besser und zukunftsfähiger zu machen! Zum Beispiel durch Einbezug in die direkte Versorgung und sinnvolle digitale Ergänzungen in der Logopädie! Wir bringen unsere Ideen und Vorschläge gerne in eine entsprechende Debatte ein!

Auch fachlich hat Covid-19 einiges in Bewegung gebracht: Dass die Atmungstherapie ein anspruchsvolles Arbeitsfeld für LogopädInnen und von hoher klinischer Relevanz ist, wie Christina Rohlfses in ihrem Beitrag zeigt, stellt aktuell wohl niemand mehr in Frage (Seite 6ff). Neben weiteren interessanten Beiträgen wenden wir uns auch dem Thema Stimme zu: Hier beschreibt Klaus Wiebe am Beispiel einer Patientin mit Dysphonie und Dysodie eine konsequent ICF-orientierte Stimmtherapie (Seite 30).

Eine Störung, so Evemarie Haupt, beinhaltet immer auch die Chance, neue Wege zu gehen: „Der therapeutische Prozess insgesamt ist immer der gleiche: Wahrnehmungsstrategien – Entscheidungsfindungen – Handlungsexecutive“. Dieses Wissen und die damit gemachten guten Erfahrungen teilen wir gerne mit den GesundheitspolitikerInnen – lassen Sie uns reden!

PS:
Den ganzen Vortrag von
Evemarie Haupt finden Sie
auf der dbl-Website
(Meldung vom 22.6.2020)

Mit den besten Grüßen
Ihre



Dagmar Karrasch
Präsidentin des dbl





Vorteile für Mitglieder

BERUFSPOLITIK & IMAGE

Wir bringen Ihre Interessen nach vorne

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

BERATUNG & INFORMATION

Wir bieten Ihnen Sicherheit

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

PRAXIS & MARKETING

Wir fördern Ihre Öffentlichkeitsarbeit

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

AUSTAUSCH & VERNETZUNG

Wir stärken Ihre Kommunikation

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

FACHLICHER INPUT

Wir unterstützen Ihre Weiterbildung

- Fortbildungen (100 € Zuschuss/Jahr)
- Zeitschrift „Forum Logopädie“
- Logopädische Fachberatung

LOGOPÄDIE & WISSENSCHAFT

Wir entwickeln Logopädie weiter

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

VERGÜNSTIGUNGEN & PARTNER

Wir sichern Ihnen Sonderkonditionen

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

Mitgliedschaft schon ab

48 € / Jahr

Mehr Infos unter www.dbI-ev.de



INHALT

4 · 2020 | 34. Jahrgang

THEORIE & PRAXIS

- 6** *Christina Rohlfes*
**Atmungstherapie: Anspruchsvolles
Tätigkeitsfeld für LogopädInnen**
- 12** *Julia Adam, Veronika Segler & Rainer Seidl*
**Pilotstudie zur Langzeitmessung des
Schluckens im Trachealkanülenmanagement
bei neurologischen Patienten**
- 16** *Annette Fox-Boyer & Anne Schulte-Mäter*
**Zwei seltene distinkte Störungsbilder:
Verbale Entwicklungsdyspraxie und
Inkonsequente Phonologische Störung**
- 24** *Sandra Neumann, Lisa Schäuble &
Sharynne McLeod*
**Skala zur Verständlichkeit im Kontext
(ICS-G)**
- 30** *Klaus Wiebe*
**Outcome-Forschung Dysphonie und
Dysodie – Eine Einzelfallstudie**
- 37** **FRAGEBOGEN**
11 Fragen zur Logopädie an Jonka Netzebandt

BERUF & VERBAND

- 40** Mit „Lisa Logopädin“ auf Platz 1 im
Videowettbewerb
- 40** Forschungspreis: Frist verlängert
- 40** Neues auf www.dbl-ev.de
- 41** S3-Leitlinie Schlaganfall wurde aktualisiert
- 41** Die aktuelle Zahl: 13
- 41** dbl-Publikationen für Ihre Öffentlichkeitsarbeit
- 42** Der dbl mischt sich ein: Aktuelle berufspoliti-
sche Aktivitäten mit und ohne Corona-Themen
- 44** Dagmar Karrasch: Ihr Dank für unsere Arbeit
- 47** Ausschreibung Vizepräsidentin
- 48** Neue Services für dbl-Mitglieder:
Videokonferenzen und Online-Fortbildungen
- 49** dbl-Kongress 2021: Kein Call for Abstracts
- 50** Einladung zur Mitgliederversammlung
- 50** Für dbl-Mitglieder: Rabatte von ProLog
im Juli und August

BILDUNG & FORSCHUNG

- 52** IALP-Treffen in Malta
- 52** Jubiläumsfeier in Hannover abgesagt
- 53** Neues von evidenssst.org
- 53** Forschungsprojekt zu Musik bei CI
- 55** dbl-Fortbildungen

MEDIEN & MATERIALIEN

- 60** Rezensionen
- 61** Rezensionsangebote
- 63** Neues in Kürze
- 64** Zeitschriftenlese

RUBRIKEN

- 3** Editorial
- 38** Marktplatz
- 40** dbl-Adressen / Beratungszeiten
- 51** dbl-Informationsmaterial
- 54** Termine
- 66** Stellengesuche / Verschiedenes /
Stellenangebote
- 71** Vorschau / Impressum



Hält nicht, was sein Name verspricht: der Rettungsschirm für Heilmittelerbringer. Nach intensivem Ringen um den Schuttschirm selbst setzt sich der dbl nun gegen die darin enthaltenen Ungerechtigkeiten ein. (Seite 42ff)

THEORIE & PRAXIS



Christina Rohlfes

Atmungstherapie: anspruchsvolles Tätigkeitsfeld für LogopädInnen

Kompetenz für die inner- und außerklinische Behandlung von spontanatmenden sowie beatmeten Menschen mit Atemwegs- und Lungenerkrankungen

Einleitung

Wie wichtig gut qualifiziertes Personal mit Behandlungskompetenz im Bereich respiratorischer Erkrankungen ist, hat sich jüngst im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie gezeigt. In erster Linie hat die Öffentlichkeit hierbei, vollkommen zu Recht, die Ärzte, Pflegekräfte sowie viele andere im Gesundheitswesen tätige Berufsgruppen wahrgenommen, die alle Hände voll zu tun hatten, die ihnen anvertrauten Menschen adäquat zu versorgen.

Dass aber auch LogopädInnen mit entsprechender Weiterbildung ihren Beitrag zur Versorgung der COVID-19-Patienten leisten könnten, ist vermutlich kaum jemandem bewusst. Dabei hat sich das Tätigkeitsfeld der Logopädie, nicht zuletzt aufgrund des demografischen Wandels sowie der fortschreitenden medizinischen Möglichkeiten, in den letzten Jahrzehnten fortlaufend erweitert und um-

fasst mittlerweile ein breites Spektrum unterschiedlichster Aufgabengebiete.

Relativ neu bzw. weniger bekannt ist das Tätigkeitsfeld der Atmungstherapie. Nicht nur im Rahmen der COVID-19-Pandemie, sondern bereits seit mehreren Jahren wächst die Nachfrage nach spezialisiertem Fachpersonal, das die steigende Zahl kanülierter und häufig noch beatmeter Patienten professionell versorgen kann, stetig an – laut Statistischem Bundesamt von 25.000 auf 86.000 im Zeitraum von 2006 bis 2016 – vor allem im außerklinischen Bereich. Die Weiterbildungsmöglichkeit Atmungstherapie bedient dabei nicht nur die steigende Nachfrage nach qualifiziertem Personal, indem es dieses Tätigkeitsfeld für die Logopädie erschließt, sondern kann der Berufsgruppe idealerweise auch wieder zu mehr Präsenz verhelfen.

Arbeitsfeld und Aufgaben der Atmungstherapie

Die Atmungstherapie ist ein Arbeitsfeld für Pflegekräfte, LogopädInnen und PhysiotherapeutInnen, die nach erfolgreichem Abschluss einer entsprechenden Weiterbildung dazu befähigt sind, in verschiedenen inner- und außerklinischen Fachbereichen zu arbeiten (DGP, DGpW, Karg 2004). Es handelt sich um einen eigenständigen Therapiebereich, allerdings (noch) um keinen anerkannten Beruf. Die Tätigkeiten umfassen das Spektrum der Pneumologie und damit überschneidende Gebiete wie die neurologische Frührehabilitation.

Eine AtmungstherapeutIn übernimmt unter Supervision und durch Delegation eines Arztes selbstständig ein erweitertes Tätigkeitsfeld, u.a. in der Beatmungsmedizin, verknüpft Diagnostik und Therapie eng miteinander und versorgt fachkompetent Patienten mit Atemwegs- und Lungenerkrankungen. Oftmals getrennt ablaufende Prozesse laufen so in einer Schnittstelle zusammen. Zum Aufgabengebiet gehören die Aufnahme, Befundung und Diagnostik, Therapie in der Patientenversorgung, Schulungen sowie häufig die Tätigkeit als Medizinprodukteverantwortlicher.

Die Befundung und Diagnostik umfassen u.a.:

- Blutgasanalysen (Abnahme, Auswertung und medizinisch-therapeutische Handlungen ableiten),

ZUSAMMENFASSUNG. Der Bedarf an Fachkräften für die inner- und außerklinische Behandlung von Menschen mit Atemwegs- und Lungenerkrankungen ist stark gewachsen. Durch die Covid-19-Pandemie ist die Relevanz der klinischen Beatmung mehr als deutlich geworden. Der Beitrag beschreibt das Arbeits- und Aufgabenfeld von Atmungstherapeuten, erläutert die Voraussetzungen und Weiterbildungsmöglichkeiten für diese anspruchsvolle und vielseitige Tätigkeit. LogopädInnen haben prinzipiell gute Voraussetzungen für die Atmungstherapie, benötigen aber eine entsprechende Weiterbildung, die ihnen vielfältige Einsatzmöglichkeiten in der Klinik, in der logopädischen Praxis und außerklinischen Versorgung eröffnet.

- Polygrafien (ambulante nächtliche Schlafdiagnostik) und Polysomnografien (Untersuchungsmethode im Schlaflabor),
 - transkutane Kapnometrien (Messung des CO₂-Gehalts in der Ausatemluft des Patienten),
 - Spirometrie- und Peak-Cough-Flow-Messungen (Lungenfunktionsprüfungen und Hustenspitzenflussmessungen),
 - Bronchoskopien (Lungenspiegelungen),
 - Miteinbeziehen von Röntgenbefunden,
 - Auskultation der Lunge (inkl. Ableitung von medizinisch-therapeutischen Handlungen).
- Zum therapeutischen Spektrum inner- und außerklinisch gehören beispielsweise:
- Atemwegs- und Sekretmanagement,
 - atemtherapeutische Maßnahmen (Lagerungen, Atemmuskeltraining u.a.),
 - pneumologische Rehabilitation,
 - Raucherentwöhnung,
 - Aerosoltherapie,
 - Sauerstofftherapie,
 - Trachealkanülenmanagement,
 - Schulung und Anleitung von Patienten, Angehörigen und Personal,
 - Palliativbetreuung zur Symptomkontrolle.
- Innerklinisch wird dies darüber hinaus um folgende Tätigkeiten/Aufgaben ergänzt:
- Weaning (Beatmungsentwöhnung) von einer invasiven (Endotrachealtubus, Trachealkanüle) oder nicht-invasiven (Masken-)Beatmung,
 - Einbindung in das Entlassmanagement,
 - Einstellung auf eine Heimbeatmung bei frustranem Weaning,
 - Umstellung von einer invasiven Beatmung auf eine nicht-invasive Beatmung.

Je nach Arbeitsplatz kann das Spektrum variieren. Das Einsatzgebiet kann sich von einer Intensiv-, Überwachungs- und Palliativstation über die pneumologische Rehabilitation bzw. neurologische (Früh-)Rehabilitationen bis hin zu diagnostischen Abteilungen, Schlaflaboren oder außerklinischen Pflegediensten erstrecken. Die Arbeit dient also als Schnittstelle zwischen den Patienten und anderen Professionen bzw. Ansprechpartnern wie bspw. dem ärztlichen Dienst, der Pflege, den Therapeuten, den Versorgern, den Angehörigen oder innerklinisch auch dem Sozialdienst (Abb. 1). Durch den flexiblen, professionsübergreifenden und interdisziplinären Einsatz ist es möglich, den Therapieerfolg und die Patientenzufriedenheit zu steigern.

Die Atemtherapie ist nicht mit der Atemphysiotherapie (auch Atemtherapie genannt) zu verwechseln, die eine Fortbildung für PhysiotherapeutInnen zur Wiederherstellung und Erhaltung der uneingeschränkten Atmung darstellt (*Deutsche Atemwegsliga*).

Bedeutung und Bedarf der Atemtherapie

Das Gesundheitswesen unterliegt mit den wachsenden medizinischen Möglichkeiten stetigen Veränderungen. Auch die zu betreuende Patientenklientel verändert sich. So sind in Deutschland die Fallzahlen der heimbeatmeten Patienten erheblich angewachsen. Die regelmäßige Evaluation einer erneuten Entwöhnungsmöglichkeit vom Respirator nach Entlassung aus dem Krankenhaus, der Rehabilitationsklinik bzw. Weaningstation oder auch die Umstellung von einer invasiven auf eine nicht-invasive Beatmung ist dringend notwendig und bedarf geschulten Personals (Karg 2004, Karagianidis et al. 2019). Auch hinsichtlich der weltweiten Ausbreitung des Sars-CoV-2-Virus stellt sich die Frage nach fachkompetentem Personal, das die betroffenen Patienten mitversorgen und die von der Bundesregierung organisierten Beatmungsgeräte an den Intensivbetten bedienen könnte. Ausgebildete AtemtherapeutInnen können solche Lücken schließen helfen.

Derzeit gibt es kein Register und damit keine Zahlen über alle in Deutschland ausgebildeten AtemtherapeutInnen – die Zahl dürfte sich derzeit jedoch insgesamt der Tausend nähern, rechnet man die bereits abgeschlossenen Kurse beider Weiterbildungsanbieter zusammen. Nur ein Bruchteil dieser AbsolventInnen hat einen logopädischen Hintergrund – zwischen zehn bis zwanzig in ganz Deutschland (Rechercherrückmeldung durch die DGpW). Dabei bieten atemtherapeutisch-qualifizierte MitarbeiterInnen durch Unterstützung des pflegerischen Dienstes und der Ärzte durch Delegation originär ärztlicher Aufgaben an die

Atemtherapie eine deutliche Entlastung. Nicht zuletzt aufgrund der durch diesen Umstand ausgelösten hohen Nachfrage im medizinischen Sektor konnte sich dieser neue therapeutische Zweig der Atemtherapeuten seit der Einführung dieser Weiterbildungsmöglichkeit in Deutschland gut etablieren.

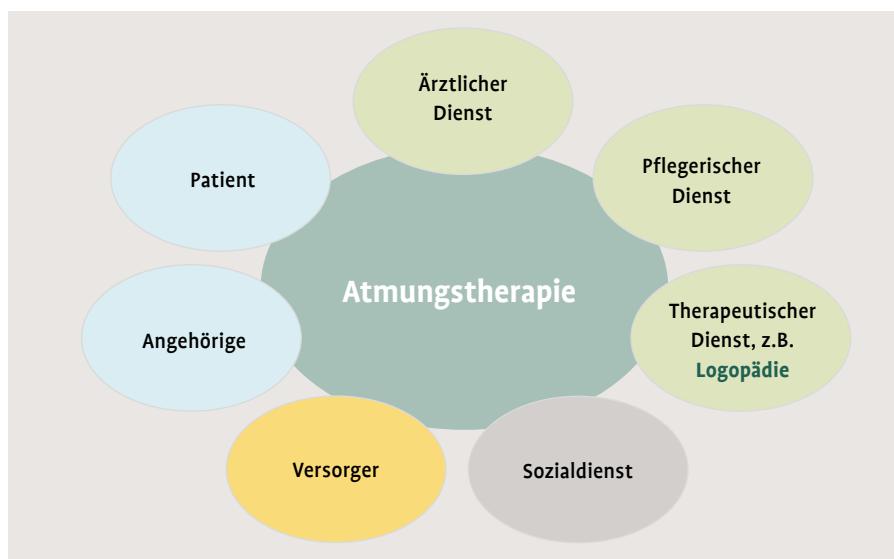
Tatsächlich gibt es bei den Weiterbildungsanbietern bereits entsprechend lange Anmelde- und Wartelisten – ein unverkennbares Zeichen, dass die AtemtherapeutInnen in der Wahrnehmung der Medizin angekommen sind. Berücksichtigt man darüber hinaus noch die zunehmende Arbeitsverdichtung im Gesundheitssektor, den nicht mehr zu ignorierenden, stetig steigenden Pflege- und auch Ärztemangel sowie die wachsende Anzahl einschlägiger Stellenausschreibungen, kann davon ausgegangen werden, dass der Bereich weiter an Bedeutung gewinnen wird.

Defizite in der logopädischen Ausbildung

Seit 1980 ist die Berufsausbildung auf Bundesebene durch das Gesetz über den Beruf des Logopäden (LogopG) und die Ausbildungs- und Prüfungsordnung (LogAPrO) gesetzlich geregelt. Diese wurde 2009 durch die sogenannte Modellklausel (LogopG §4, Abs. 5-7) erweitert. Sie erlaubt den Bundesländern, probeweise die logopädische Ausbildung an Hochschulen anzugliedern. Dabei darf von der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Logopäden abgewichen, die praktische Ausbildung muss jedoch umgesetzt werden.

Ebenso besteht die Möglichkeit, die bereits absolvierte Ausbildung an einer Berufsfachschu-

Abb. 1: Innerklinische Schnittstellenfunktion der Atemtherapie



Zwischen den verschiedenen Bereichen existieren ebenfalls Schnittstellen und Verbindungen, die in dieser schematischen Darstellung nicht enthalten sind.

le durch einen Bachelor- und Masterstudien-gang zu erweitern. Somit werden in Deutschland derzeit zwei gleichrangige Ausbildungsformen (Berufsfachschule und Hochschule) angeboten, bei denen das Examen stets im sechsten Semester nach Vorgaben der LogA-PrO in jeweils einer mündlichen, schriftlichen und praktischen Prüfung durchgeführt wird. Ziel ist es, durch die Etablierung primärqualifizierender Studiengänge für die Logopädie an Hochschulen den Beruf zukünftig zu akademisieren (dbl 2013). Die Erlangung der Berufsbezeichnung erfolgt weiterhin in weiten Teilen durch eine schulische Ausbildung an einer anerkannten Schule.

Die zu vermittelnden Inhalte der Ausbildung bestehen seit 1980. Sie umfassen grundsätzlich 1740 Theorie- und Praxisunterrichtsstunden sowie 2100 Stunden praktische Ausbildung. Die Studiengänge bieten ein zusätzliches Spektrum an Fächern an, um so auf die veränderten Arbeitsbedingungen einzugehen. So beinhalten diese bspw. interprofessionelles, markt-orientiertes/wirtschaftliches Handeln und gesundheitswissenschaftliche Grundlagen.

Dysphagie und Trachealkanülenmanagement

In den letzten Jahren haben die Ausbildungsträger bereits den Unterricht an die Veränderungen der Arbeitsanforderungen angepasst. So werden bspw. Themen wie Dysphagie und Trachealkanülenmanagement mit aufgegriffen. Auch wurden durch die Modellklausel von 2009 bereits erste Schritte in die richtige Richtung getan. Die gesetzlich vorgeschriebenen Inhalte der Unterrichtsstunden wurden jedoch seit 40 Jahren, also seit Inkrafttreten 1980, nicht an die alltäglichen Arbeitsbedingungen angepasst. Ebenso sind die Vorgaben für die praktischen Anteile bis heute unverändert.

Während der Ausbildung sind von den 2100 zu erbringenden Stunden 1860 durch Hospitationen und (supervidiertes) Arbeiten vorgegeben. Die Schwerpunkte hierbei sind jedoch nicht gesetzlich festgelegt, sodass bei immerhin theoretischem Wissen über Dysphagien und Trachealkanülenmanagement viele Kollegen nach dem Examen in der Regel hierzu keine oder kaum praktische Erfahrungen haben, in der Praxis oder gar Klinik diese Klientel jedoch therapeutisch betreuen dürfen und sollen. Gerade diese Patienten bedürfen jedoch eines hohen Maßes an Expertise. Verunsicherungen führen zu einem Nichtausschöpfen von in der Regel vorhandenem Behandlungspotenzial und dem damit verbundenen Gewinn an Lebensqualität; unterschätzte Beeinträchtigungen und deren Auswirkungen führen zu ernsthaften Risiken. Die KollegInnen müssen so-

mit neben ihrer Tätigkeit in den anderen logopädischen Therapiefeldern ein hohes Maß an Eigeninitiative aufbringen, um diesen Anforderungen gerecht werden zu können.

Wie bereits für Patienten mit Trachealkanülen bzw. Dysphagien gilt das in besonderem Maße für beatmete Patienten: Die Behandlung von dysphagischen Symptomen ohne Einbeziehung der respiratorischen Situation schöpft das Therapiepotenzial der Patienten nicht nur nicht vollends aus, sondern kann das Outcome der Patienten negativ beeinflussen, wenn kein entsprechendes Fachwissen vorhanden ist. Dennoch findet das Thema Beatmung trotz des erhöhten Komplikationspotenzials und der immens gestiegenen Zahlen im letzten Jahrzehnt (Karagiannidis et al. 2019) im Rahmen der Berufsqualifikation weiterhin keine Beachtung.

Weiterbildungsmöglichkeiten für LogopädInnen

Therapeutische Ansätze zum Thema Dysphagie und Trachealkanülenmanagement werden mittlerweile in einer Vielzahl unterschiedlicher Fortbildungen angeboten. Dabei zeigen sich die Bereiche Sekretmanagement und v.a. (Be-)Atmung weiterhin unterrepräsentiert.

Die bereits gut etablierte FEES (flexible fiberoptische Evaluation des Schluckens) zur Begutachtung und Evaluation der pharyngealen und laryngealen Anatomie und des Schluckaktes stellt eine anerkannte und wichtige diagnostische Fortbildung dar, in der eine originär ärztliche Tätigkeit an die Logopädie übertragen wird. Diese bietet die Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) in zertifizierten Kursen an.

Das Tätigkeitsfeld der Atemtherapie wurde in Deutschland von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) 2004 in Anlehnung an den in den USA bestehenden Beruf des „Respiratory Therapist“ eingeführt (Karg 2004, 2017), der dort einen eigenständigen, etablierten Beruf darstellt (AARC). Seit 2011 bietet neben der DGP als weiterer Anbieter die Deutsche Gesellschaft für pflegerische Weiterbildung (DGpW) die Ausbildung an. Die Inhalte beider Anbieter sind vergleichbar, da sie sich an den erworbenen Grundkompetenzen von Pflegekräften und aktuellen Standards orientieren. Der Weiterbildungsablauf variiert jedoch in einigen Aspekten. Es bestehen in Deutschland keine gesetzlichen Vorgaben für diese Weiterbildung, sodass die Qualifikationen der AbsolventInnen beider Anbieter sich in nichts nachsehen, sondern als gleichrangige Abschlüsse anzusehen sind. LogopädInnen werden derzeit jedoch nur bei der DGpW zugelassen, weshalb nur dieser Anbieter im Weiteren näher erläutert wird.

Die DGpW bietet die berufsbegleitende Weiterbildung „Atemtherapeut/Respiratory Therapist“ als Zertifikatslehrgang in Zusammenarbeit mit der Steinbeis Hochschule oder IUBH Internationale Hochschule an den zwei Standorten Neu-Ulm und Oldenburg an. Als Zugangsvoraussetzungen benötigen LogopädInnen mindestens ein Jahr Berufserfahrung in der Versorgung beatmeter Patienten.

Die Weiterbildung umfasst über einen Zeitraum von ca. 1,5 Jahren 720 Stunden, die sich aus 360 Stunden Theorie in 9 Blockwochen und 240 Stunden Praktikum in verschiedenen Einsatzgebieten sowie 120 Stunden Selbststudium ergeben. Die Weiterbildung vermittelt das notwendige Wissen, um die im ersten Abschnitt beschriebenen Tätigkeitsfelder ausüben zu können. Des Weiteren werden die Bereiche Evidence Based Practice (EBP) und Case Management geschult.

Der Abschluss erfolgt durch eine schriftliche und mündliche Prüfung sowie pro Modul zu erbringende Leistungsnachweise. Der Weiterbildungslehrgang ist so konzipiert, dass Creditpoints bei den genannten Hochschulen angerechnet werden können, um nach Abschluss dort ggf. zu studieren. Mittlerweile werden auch Refresher-Kurse und das Zusatzmodul „Pädiatrischer Atemtherapeut“ für examinierte AtemtherapeutInnen angeboten. Die Finanzierung kann über den Arbeitgeber oder durch Eigenleistung erfolgen.

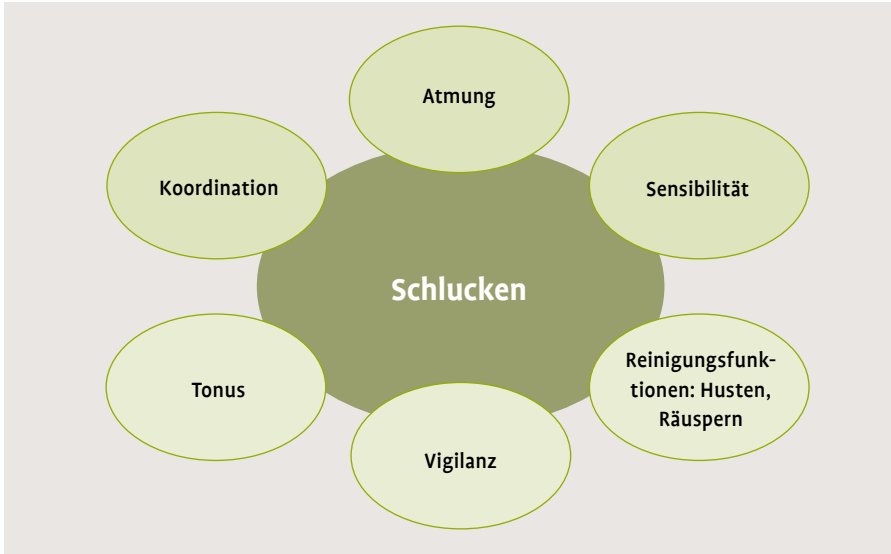
Was prädestiniert LogopädInnen zu AtemtherapeutInnen?

Zum logopädischen Aufgabengebiet gehört die Befundung und Therapie von Dysphagien. Die Anzahl tracheotomierter Patienten in den Therapien hat, wie bereits erwähnt, zugenommen. Somit zählt auch Fachwissen über das Trachealkanülenmanagement zu den notwendigen Arbeitsvoraussetzungen.

Der Atem- und der Schlucktrakt sind untrennbar anatomisch miteinander verbunden und können somit physiologisch und pathophysiologisch nur gemeinsam betrachtet werden. Beeinträchtigungen der Atmung haben Auswirkungen auf die Schluck- und Stimmfunktionen und umgekehrt. So steigt die Wahrscheinlichkeit einer Aspirationspneumonie ohne einen effizienten Schluckakt erheblich und beeinflusst die Respiration negativ.

Daher sollte, getreu dem Motto „use it or lose it“, so früh wie möglich mit der Dysphagie-therapie begonnen werden. Bei Patienten mit einer geblockten Trachealkanüle und stabiler Klinik bedeutet dies, den Cuff der Trachealkanüle ebenso möglichst früh im therapeutischen Setting zu entblocken.

Abb. 2: Schnittstellen Atmungstherapie und Logopädie



Ohne die respiratorische Komponente des Patienten sicher beurteilen zu können, ergeben sich bei der Schlucktherapie aber oftmals Schwierigkeiten oder Hürden. Die Atmung und die Schutzreflexe, wie der Hustenstoß und seine Kraft und Effizienz, müssen Berücksichtigung finden. Der behandelnde Therapeut benötigt die Fachkompetenz, in seiner Therapie das Wissen des Trachealkanülen- sowie des Sekretmanagements zu vereinen. Eine Dysphagietherapie hat die besten Erfolgschancen, wenn der Therapeut eine möglichst physiologische Situation erarbeiten kann und hierzu zählt auch ggf. eine Spontanatmung mit entblocktem Cuff der Trachealkanüle. LogopädInnen sind bereits die Ansprechpartner für die Therapie des Schluckens und der Atmung (im Bereich der Stimmtherapie). Somit sind die Grundvoraussetzungen, also das

Wissen über die physiologischen Vorgänge und der Pathophysiologie, im Kern gegeben. Jedoch obliegt das Gebiet Beatmung ausschließlich anderen Disziplinen. Darüber hinaus ist die logopädische Therapie immer noch nicht überall fester Bestandteil der Versorgung. Das Erarbeiten einer physiologischen Atmung und Atem-Schluckkoordination aus einer Hand erscheint logisch, da bereits die Anatomie dies vorgibt. Nach Weiterbildungsabschluss kann durch ein stets ärztlich supervidiertes, aber dennoch deutlich selbstständigeres Arbeiten die Qualität der Patientenversorgung erhöht werden. Ein interdisziplinärer, berufsübergreifender und flexibler Einsatz kann zu einer Erhöhung des Therapieerfolges und der Patientenzufriedenheit führen. Den behandelnden logopädischen TherapeutInnen werden durch die Weiterbildung At-

mungstherapie das notwendige Wissen und die praktische Umsetzung vermittelt. Die Berufsgruppe kann so in ihrer Kompetenz gestärkt werden (Abb. 2).

Einsatzmöglichkeiten von logopädischen AtmungstherapeutInnen

Durch die ersten logopädischen AtmungstherapeutInnen konnten in den letzten Jahren bereits individuelle Modelle etabliert werden. Die folgenden Beispiele erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Voraussetzung für diese Arbeit ist stets die Zustimmung und das Vertrauen in die Kernkompetenz des Mitarbeiters durch den Arbeitgeber und des zuständigen Oberarztes oder außerklinisch durch den behandelnden Arzt des Patienten (Engelmann 2017a, 2017b, BÄK & KBV 2008).

Klinik und Rehabilitation

Die Betreuung der Patienten bezüglich der logopädischen Therapie und der Atmungstherapie kann aus einer Hand erfolgen. Das logopädisch-atmungstherapeutische Arbeiten findet stets unter Supervision und durch Delegation des behandelnden Arztes statt. Den Arbeitsalltag einer Intensivstation mit erwachsenen Patienten illustriert ein Fallbeispiel.

FALLBEISPIEL. Herr M. wird nach einem hämorrhagischen Schlaganfall (Hunt und Hess Grad III) aus dem Akuthaus in eine Rehabilitationsklinik verlegt. Aufgrund der Schwere des Schlaganfalls wurde der Patient zur Hirndruckentlastung und Ausräumung der Blutung kraniotomiert. Bei stattgehabter Pneumonie, un-

Lassen Sie sich online oder telefonisch beraten!

Ohne Risiko bei voller Qualität!

Benjamin Musketa, Rehabilitationspädagog M.A., Medizinprodukteberater



Erfahren Sie mehr über unsere Online-Beratungen bzw. Online-Einweisungen unter: www.prentke-romich.de/online_meetings

Mit guter Beratung für Sie vor Ort und im Internet

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



Prentke Romich Deutschland
Unterstützte Kommunikation

zureichender Vigilanzsteigerung, reduzierten Schutzreflexen und prolongiertem Weaning wurde der Patient zudem tracheotomiert und ist derzeit nach ventilatorischer Insuffizienz überwiegend vom Respirator abhängig. Es konnten erste Phasen der Spontanatmung über eine Feuchte Nase für zweimal zwei Stunden etabliert werden.

Vorbekannt werden weitere Komorbiditäten wie bspw. ein arterieller Hypertonus und eine COPD beschrieben. Die Vorbefunde aus dem verlegenden Krankenhaus werden hinsichtlich atmungstherapeutischer und logopädischer Aspekte eingeholt und der Patient atmungstherapeutisch und logopädisch aufgenommen. In enger Rücksprache und Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt wird die respiratorische Situation unter Berücksichtigung des klinischen Zustandes beurteilt, die notwendige Beatmung am Klinikrespirator entsprechend eingestellt, die Spontanatemfähigkeit abgeklärt sowie die liegende Trachealkanüle und deren Lage beurteilt.

Dies sowie Blutgasanalysen, Auskultation der Lunge, Begutachtung der Röntgen-Thorax-Aufnahme sowie Informationen zu den Vorerkrankungen und der derzeitigen Medikation stellen u.a. notwendige Informationen für das Erstellen des Weaningprotokolls (Ablaufplan für ein strukturiertes Entwöhnen von der Beatmung) dar. Die logopädische Befundung erfolgt anschließend – die bereits eingeholten Informationen bilden zusammen mit der derzeitigen Klinik die Basis.

Die ersten schluckrelevanten Funktionen werden unter Einbeziehung der derzeitigen klinischen Situation und nach bekannten Standards abgetestet. Bei stabiler Klinik und Spontanatemfähigkeit und ausreichender Wachheit kann der Patient in der Aufnahmezeit erstmalig entblockt und mit einem Sprechventil versorgt werden. Die darunter zu beobachtenden und abzutestenden Funktionen werden ebenso dokumentiert. Die Abtestung der deglutitiven Funktionen ergänzt die atmungstherapeutische Aufnahme.

Im täglichen Verlauf wird das Weaningprotokoll situationsgerecht in engem Austausch mit dem behandelnden Arzt angepasst. Das Trachealkanülenmanagement und die Fortschritte in der logopädischen Therapie fließen hier mit ein. Bildgebende Überprüfungen des Schluckaktes mittels FEES dienen der Absicherung. Auf diesem Weg ist es unter Berücksichtigung der klinischen Situation möglich, Patienten effektiver vom Respirator und ggf. der Trachealkanüle zu entwöhnen und bspw. eine Umstellung von invasiver auf nicht-invasive Beatmung abzuklären. Patienten, die nicht von der Beatmung entwöhnt werden können, können auf ein Heimbeatmungsgerät eingestellt werden.

Logopädische Praxis

Nach Entlassung aus der Rehabilitation oder dem Akuthaus ist ein Fortführen der Therapie notwendig. Sauerstoffpflichtige und/oder beatmete Patienten mit bspw. Dysphagie benötigen weiterhin die notwendige Expertise, um fortführend an den bestehenden Einschränkungen zu arbeiten und ggf. bei progredienten Erkrankungen auf Verschlechterungen reagieren zu können. Auch die Betreuung von pädiatrischen Patienten hat hier einen großen Raum.

Da die ambulanten Therapien häufig durch Angehörige begleitet werden und/oder im häuslichen Umfeld stattfinden, ist die Angehörigenarbeit logopädisch wie auch atmungstherapeutisch ein fester Bestandteil. Die enge Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt, meist dem Hausarzt, ist auch hier Grundvoraussetzung. Unter Supervision und durch Delegation kann so in Absprache mit diesem eine logopädisch-atmungstherapeutische Therapie unter möglichst physiologischen Bedingungen stattfinden.

Versorger

Ebenso ist es möglich, sich aus dem Setting der Therapeutenrolle zu lösen und eine angebotene Beschäftigung bei Firmen im Außendienst zu finden, deren Aufgabe u.a. die Versorgung und Betreuung von sauerstoffpflichtigen und heimbeatmeten Patienten ist. Diese Auflistung kann sicherlich um weitere Arbeitsfelder ergänzt werden.

Ausblick

Im Fokus des interdisziplinären Teams, bestehend aus Mitarbeitern des ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Dienstes, sollte stets der Patient stehen, mit dem Ziel, sein Behandlungspotenzial voll auszuschöpfen und damit die Lebensqualität zu verbessern. Die Weiterbildung zur Atmungstherapeutin vermittelt das notwendige therapeutische Handwerkszeug, um u.a. als Ansprechpartner bzw. Vermittler für respiratorisch eingeschränkte, dysphagische Patienten zu fungieren, da selbst bei der Störung einer so basalen Funktionen wie dem Schlucken bisher die Selbstverständlichkeit für die Anordnung logopädischer Therapie fehlt.

Die ersten individuellen Modelle, nach denen LogopädInnen mit Weiterbildung zur Atmungstherapeutin inner- sowie außerklinisch arbeiten, konnten durch deren Engagement und Kompetenz etabliert werden. In Anbetracht der Tatsache, dass die Weiterbildung derzeit noch keine weitverbreitete Fortbildungsmöglichkeit ist, trägt die Umsetzung in den Berufsalltag

jedes Einzelnen zu einer Etablierung und Stärkung unserer Berufsgruppe bei.

Die atmungstherapeutische Arbeit mit der Grundausbildung Logopädie ist ein Novum – dies steht außer Frage. Es zeigen sich Für- und Gegenstimmen, die durchaus konstruktive Anregungen hervorbringen und offen, losgelöst von Vorurteilen, diskutiert werden sollten (Karg 2004, Engelmann 2017a, 2017b, Karg 2017).

Aufgrund der rechtlichen Rahmenkompetenzen ist die Arbeit als logopädischer AtmungstherapeutIn essenziell vom Vertrauen in die Kernkompetenz des Mitarbeiters sowohl durch den Arbeitgeber als auch durch den zuständigen Arzt abhängig. Ein wertschätzender und vertrauensvoller Umgang mit den Kolleginnen und Kollegen der anderen Berufsgruppen ist in diesem Zusammenhang unabdingbar.

Prozesse neu zu denken und über den Teller der eigenen Profession hinauszublicken bringt Fortschritt, nicht das Festhalten an alten Strukturen. Logopädisches Arbeiten und logopädische Kernkompetenzen in anderen Ländern können hier Vorbild sein.

Intention dieses Artikels ist es, die Weiterbildung Atmungstherapie als Möglichkeit für das Erlangen von mehr therapeutischen Kompetenzen bekannt zu machen, um dadurch langfristig mehr Mitspracherecht und Handlungsspielraum erhalten zu können, damit wir die uns anvertrauten Patienten besser begleiten können und dürfen.

Wir als LogopädInnen müssen in Vorleistung treten, den Willen und die Kompetenz zeigen, damit Veränderungen möglich sind. Nur so kann der Beruf meines Erachtens Gehör finden, seine Präsenz steigern. Idealerweise kann dieser Artikel dazu beitragen, die bereits vorhandenen Diskussionen (s.o.) über die Notwendigkeit einer Weiterentwicklung der logopädischen Profession neu aufleben zu lassen und sowohl im Interesse der Patientenversorgung als auch des Berufsstandes in die richtige Richtung zu lenken.

◉ LITERATUR

- Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung (2008). Persönliche Leistungserbringung: Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen. *Deutsches Ärzteblatt* 105 (41), A-2173 / B-1865 / C-1817
- Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl) (Hrsg.). (2013). Akademisierung ohne Ausnahme: Logopädie gehört an die Hochschule. *Forum Logopädie* 27 (1), 3-41
- Engelmann, L. (2017a). Ärztliche Tätigkeit durch nichtärztliches Personal. Der Weg ins Tollhaus oder kalkuliertes Risiko? *Medizinische Klinik – Internistische Medizin und Notfallmedizin* 112, 59-61

Engelmann, L. (2017b). Ein fraglicher Versuch, das Problem zu lösen, *Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin* 112, 411-412

Karagiannidis, C., Strassmann, S., Callegari, J., Kochanek, M., Janssens, U. & Windisch, W. (2019). Epidemiologische Entwicklung der außerklinischen Beatmung: Eine rasant zunehmende Herausforderung für die ambulante und stationäre Patientenversorgung. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 144 (9), e58-e63

Karg, O., Bonnet, R., Magnussen, H., Köhler, D., Geiseler, J., Haidl, P., Mäder, I. & Schucher, B. (2004). Respiratory Therapist – Atmungstherapeut. *Pneumologie* 58 (12), 854-857

Karg, O. (2017a). Interprofessionelle Zusammenarbeit von Ärzten und Atmungstherapeuten. Im Team geht es leichter. *Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin* 112, 62-63

Karg, O. (2017b). Der Weg zum Atmungstherapeuten in Deutschland – Status quo und Entwicklungsperspektiven. *Pneumologie* 72 (2), 127-131

Verbände und Weiterbildungen

AG Atemphysiotherapie im Deutschen Verband für Physiotherapie e.V. (ZVK). *Fortbildungsmodul „Atemphysiotherapie“ der AG Atemphysiotherapie*. www.ag-atemphysiotherapie.de/fortbildungen.html (07.05.2020)

American Association for Respiratory Care (AARC). *What is an RT?* www.aarc.org/careers/what-is-an-rt/ (07.05.2020)

Deutsche Atemwegsliga e.V. *Physiotherapeuten mit Spezialisierung Atemphysiotherapie*. www.atemwegsliga.de/physiotherapeuten.html (07.05.2020)

Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP). *Fort-/Weiterbildung für Gesundheitsfachberufe*. <https://pneumologie.de/fort-weiterbildung/fuer-gesundheitsfachberufe/?L=0> (07.05.2020)

Deutsche Gesellschaft für pflegerische Weiterbildung bR (DGpW). *Weiterbildung zum Atmungstherapeut / Respiratory Therapist*. <https://dg-pw.de/weiterbildungen/atmungstherapeut-ausserklinische-klinische-intensivpflege/> (07.05.2020)

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN). *FEES Ausbildungscurriculum für neurogene Dysphagien*. www.dgn.org/rubrik-dgn/fortbildungsakademie-der-dgn/3015-fees-ausbildungscurriculum-fuer-neurogene-dysphagien (07.05.2020)



Christina Rohlfes ist Atmungstherapeutin und Logopädin und arbeitet an der BDH Klinik Hessisch Oldendorf, einem neurologischen Zentrum mit Intensivmedizin, Stroke Unit und phasenübergreifender Rehabilitation (Phase A bis D) für neurologische und neurochirurgische Patienten bzw. Rehabilitanden. Sie ist zudem auf dem Gebiet der Atmungstherapie und Logopädie als freie Dozentin für WK-Fortbildungen (Standort Hannover) und für die Deutsche Gesellschaft für pflegerische Weiterbildung (DGpW) tätig.

DOI 10.2443/skv-s-2020-53020200401

KONTAKT

Christina Rohlfes
Postfach 169
31833 Hessisch Oldendorf
christina_rohlfes@web.de



phasimed Kommunikationskonzepte

www.phasimed.de

THEORG, die Software für die perfekte Praxisorganisation

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

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



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

THEORG
Software für THErapieORGanisation

SOVDWAER GmbH
Franckstraße 5
71636 Ludwigsburg

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

ISGN 2.031:1

Julia Adam, Veronika Segler & Rainer Seidl

Pilotstudie zur Langzeitmessung des Schluckens

im Trachealkanülenmanagement bei neurologischen Patienten

Einleitung

Schwere Schluckstörungen erfordern in vielen Fällen eine Tracheotomie zum Schutz vor einer Aspiration und damit zur Verhinderung von Komplikationen. So beträgt das Risiko, innerhalb der ersten Tage eines akuten Schlaganfalls eine schwere Schluckstörung zu entwickeln, mehr als 50%. Die Folgen und Komplikationen neurogener Dysphagien sind Malnutrition, Dehydratation, Aspirationspneumonien, eingeschränkte Lebensqualität durch eine Einschränkung der Kommunikation bis hin zum Tod. So entstehen durch die Behandlung vermeidbarer Komplikationen jährlich immense Kosten für das Gesundheitssystem (Prosiegel 2008).

ZUSAMMENFASSUNG. Eine Langzeitmessung des Schluckvorgangs über einen Zeitraum von Stunden ermöglicht, das Schluckverhalten und Schluckvermögen von Patienten umfassend zu betrachten. Mit der Entwicklung von Rehalngest ist dies erstmals möglich. Im Rahmen einer Pilotstudie wurde die Langzeitmessung des Schluckens erstmals eingesetzt, um bei neurologischen Patienten mit einer Schluckstörung die Notwendigkeit einer Trachealkanüle abzuklären. Verglichen wurden die Ergebnisse der Langzeitmessung mit einer endoskopischen Untersuchung. Es konnte gezeigt werden, dass eine automatisierte Langzeitmessung des Schluckens die Entscheidung über den Trachealkanülenstatus unterstützen kann. Es fand sich eine Korrelation zwischen der endoskopischen Untersuchung und den automatisiert erfassten Parametern zur Kehlkopfhebung. Auf der Grundlage dieser Ergebnisse erfolgt zurzeit eine klinische Studie mit einer größeren Probandenzahl.

» **SCHLÜSSELWÖRTER:** Schluckstörung - Trachealkanülenmanagement - Trachealkanülenstatus - Langzeitmessung

Ein zentrales Element in der Behandlung von Schluckstörungen ist das Trachealkanülenmanagement. Das heißt, dass in der Therapie frühzeitig eine geblockte Trachealkanüle entblockt wird bzw. der Typ der Trachealkanüle überprüft und geändert wird. Die frühzeitige Entblockung der Trachealkanüle mit Sprechaufsatz oder der Wechsel auf eine Sprechkanüle hat Einfluss auf die Therapieergebnisse. So wird in vielen Kliniken im Therapieverlauf regelmäßig eine Schluckuntersuchung zur Evaluation des Trachealkanülenstatus (TK-Status) durchgeführt.

Aufgrund der Komplexität des Schluckvorgangs bestehen viele Unsicherheiten im Ablauf und Prozedere des Trachealkanülenmanagements. Es gibt keinen Goldstandard für eine einheitliche und sichere Beurteilung des Schluckens bei der Entscheidung zur Änderung des TK-Status. Als Grundlage dienen laut Leitlinie der DGN für neurogene Dysphagien verschiedene Screening-Scores und die klinische Schluckuntersuchung (KSU). Als KSU werden die bildgebenden Verfahren die Endoskopie (FEES) als auch die Videofluoroskopie (VFSS) angegeben (Prosiegel 2008).

Im deutschsprachigen Raum werden vor allem endoskopische Untersuchungen durchgeführt. Doch diese Untersuchung hat neben ihren Vorteilen (keine Strahlenbelastung, geringe Mitarbeit des Patienten notwendig) auch Nachteile. Die Durchführung ist ärztlichem Personal oder zertifizierten Untersuchern vorbehalten, für die es seit September 2017 das europäische FEES-Zertifikat nach dem Curriculum der DGN gibt (Dziawas et al. 2017). Der Erfolg der Untersuchung ist aber immer abhängig von der Erfahrung des Untersuchers und sie stellt immer nur eine Momentaufnahme dar. Nicht selten ändert sich das Verhalten der Patienten, wenn die Untersuchung abgeschlossen und die Aufmerksamkeit des betroffenen Patienten nicht mehr durch eine Untersuchung fokussiert wird.

Mit der Entwicklung eines automatisierten Untersuchungsverfahrens (Rehalngest® der Fa. Hasomed), das Schlucken auch über einen

längeren Zeitraum aufzeichnen und bewerten kann, ist es nun möglich, Schlucken über eine Momentaufnahme hinaus bis zu sechs Stunden zu beurteilen (Schultheiss & Seidl 2019). Wir haben nun untersucht, ob die Entscheidung, die während einer endoskopischen Untersuchung zum Schlucken und zur Trachealkanüle gefällt wird, ebenso mit einer Langzeitmessung erfolgen kann. Dazu erfolgte bei den Patienten eine Langzeitmessung und direkt im Anschluss eine endoskopische Untersuchung.

Methoden

In der Studie wurde zunächst mit Rehalngest® Schlucken mit den Parametern Schluckfrequenz, Ausdehnung und Geschwindigkeit der Kehlkopfhebung über vier Stunden gemessen. Die Patienten konnten in den vier Stunden, soweit es ihnen möglich war, ihrem Tagesablauf folgen (Therapie etc.). Im Anschluss erfolgte eine standardisierte endoskopische Schluckuntersuchung, in der über die Notwendigkeit einer Trachealkanüle entschieden wurde. In der retrospektiven Auswertung wurden die Messparameter und das Ergebnis der endoskopischen Schluckuntersuchung in Beziehung gesetzt.

Für die Untersuchung lag ein positives Ethikvotum der Charité vor (Charité EA1/160/09). Die Studie erfolgte unter Beachtung der Satzung der Charité zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis und unter Beachtung des Datenschutzgesetzes.

Patientengruppe

Eingeschlossen wurden Patienten mit einer neurogenen Schluckstörung. Anlass der Untersuchung bei den Patienten war die Frage nach einer Tracheotomie, einer Änderung des Trachealkanülenstatus oder der Entfernung der Trachealkanüle.

Abb. 1: Beispiel einer Langzeitmessung mit Rehalngest®



Messinstrumente

Rehalngest®

Das Rehalngest® ist ein kommerziell erhältliches Messgerät, das seit 2015 im klinischen Bereich angewandt wird. Das Messsystem beruht auf der Kombination eines Bioimpedanz- und EMG-Messgerätes. Es bildet die pharyngale Schluckphase ab und ermöglicht durch Algorithmen die Erkennung und automatisierte Bewertung von Schlucken. Es ist das erste apparative Verfahren, das eine Langzeitbeurteilung des Schluckens ermöglicht. Das Messverfahren hat in Untersuchungen eine Erkennung von Einzelschlucken mit einer Sensitivität von 96% und Spezifität von 97% ermöglicht (Abb. 1) (Nahrstaedt et al. 2012).

Endoskopische Schluckuntersuchung

Es erfolgte eine transnasale endoskopische Schluckuntersuchung (FEES). In Abhängigkeit von den Fähigkeiten des Patienten wurde das Schlucken von Speichel, passierter Kost, Flüssigkeit und ggf. fester Nahrung (Brot) geprüft. Die Untersuchungen wurden elektronisch gespeichert und von zwei Untersuchern evaluiert. Bestand keine Übereinstimmung in der Beurteilung erfolgte die zusätzliche Bewertung der Untersuchung durch den Studienleiter (Seidl). Beurteilt wurde, ob eine Tracheotomie notwendig war, ob eine geblockte Kanüle entblockt oder eine ungeblockte Kanüle entfernt werden konnte.

Statistische Analyse

Die Probandengruppe wurde mittels deskriptiver Statistik in Form von Tabellen dargestellt. Die untersuchten Parameter Ausdehnung und

Geschwindigkeit der Kehlkopfhebung wurden deskriptiv in Form eines gruppierten Box-Plots veranschaulicht, die Schluckfrequenz ist in einem Streudiagramm dargestellt. Die Gruppenvergleiche mit metrischen Variablen wurden mit dem Mann-Whitney-U-Test, Test für unabhängige Stichproben, durchgeführt. Die Gruppeneinteilung erfolgte anhand der ärztlichen Entscheidung zur Änderung des TK-Status anhand der FEES. Die TK-Statusänderung wurde bei 9 Patienten empfohlen, bei 4 Patienten wurde die TK-Statusänderung nicht empfohlen. Das angenommene Signifikanzniveau liegt bei $p < 0,05$. Die Gruppenvergleiche der kategorialen Einteilung der Messergebnisse wurden im Chi-Quadrat vorgenommen und die Ergebnisse in einer Tabelle präsentiert. Die statistische

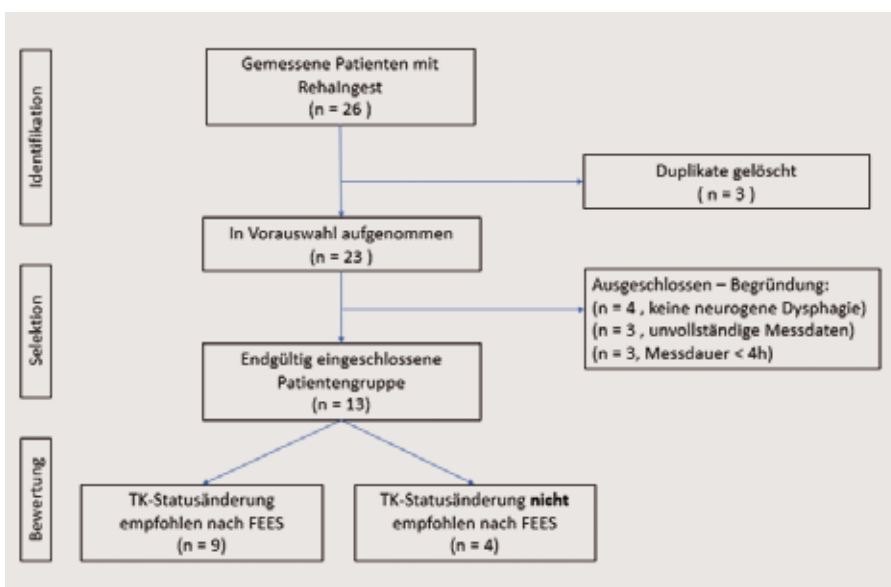
Auswertung erfolgte mit IBM SPSS Statistics Version 25.

Ergebnisse

Studienpopulation

Die Daten wurden im Zeitraum vom 01.01. bis 10.06.2018 am Unfallkrankenhaus Berlin auf der Neurologie und Stroke Unit erhoben. Prospektiv konnten Daten von 13 Patienten ($m=9$, $w=4$, mittleres Alter 62 Jahre) eingeschlossen werden. Ursachen der Schluckstörungen waren: Schlaganfall (4 Patienten), Schädel-Hirn-Trauma (3 Patienten), Para- und Tetraplegien (3 Patienten), hypoxischer Hirnschaden (2 Patien-

Abb. 2: Prisma-Flow-Diagramm



Rehalngest: Langzeitmessung, Biofeedback, Schluckererkennung

www.hasomed.de/logoforum

Kostenfreie
Webinare

Tab. 1: Berechnung der Parameter

	Änderung TK (n = 9)	Kein Änderung TK (n = 4)	
Ausdehnung Kehlkopfhebung	22 % (17 % - 76%)	10 % (6 % - 13 %)	p < 0,003*
Geschwindigkeit Kehlkopfhebung	51 % (35 % - 78 %)	13 % (11 % - 24 %)	p < 0,003*
Anzahl Schlucke (4 h)	139 (31 - 377)	79 (17 - 139)	p < 0,199*

*signifikant auf dem 5%-Niveau

ten), Aspirationspneumonie bei V.a. amyotrophe Lateralsklerose (1 Patient).

Die endoskopische Schluckuntersuchung ergab bei 4 von 13 Patienten keine Empfehlung einer Änderung und bei 9 von 13 Patienten eine Empfehlung zur TK-Statusänderung, sodass zwei Gruppen verglichen werden konnten (Abb. 2).

Schluckfrequenz

Insgesamt konnten 1824 Schlucke bei einer Gesamtmesszeit von 52 Stunden erkannt und ausgewertet werden. Die Schluckanzahl über vier Stunden variierte von 17 bis 377 Schlucken pro Patienten. Die Gruppenunterschiede sind in Tabelle 1 dargestellt. Der Median der Gruppen unterscheidet sich von 79 (keine TK-Statusänderung) zu 139 (TK-Statusänderung) bei einer Standardabweichung von (SD) $\pm 69,1$ (keine TK-Statusänderung) zu $\pm 134,41$ (TK-Statusänderung). Es besteht aber im Mann-Whitney-U-Test mit $p > 0,199$ kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen (Tabelle 1).

Ausdehnung der Kehlkopfhebung

Bei der Ausdehnung der Kehlkopfhebung zeigte sich im Gruppenvergleich (Abb. 3) eine signifikant höhere Ausdehnung der Kehlkopfhebung in der Gruppe der Patienten mit einer TK-Statusänderung ($p < 0,003$). Der Median der Gruppe unterschied sich, Minimum und Maximum der Gruppen überschritten sich nicht,

sodass eine eindeutige Gruppeneinteilung möglich war (Tab. 1).

Geschwindigkeit der Kehlkopfhebung

Bei dem Gruppenvergleich der Geschwindigkeit der Kehlkopfhebung (Abb. 4) lagen die Mediane noch deutlicher auseinander, so hatte die Gruppe ohne Empfehlung zur TK-Statusänderung einen Median von 13 % (11 % bis 24 %) und die Gruppe mit Empfehlung zur TK-Statusänderung einen Median von 51 % (35 % bis 78 %). Auch hier überschritten sich die Prozentwerte der Gruppen nicht (Abb. 3: Geschwindigkeit der Kehlkopfhebung). Das Ergebnis war mit $p < 0,003$ ebenfalls signifikant (Tab. 1).

Diskussion

Wir stellen an dieser Stelle die erste Untersuchung zu einer automatisierten Langzeitmessung mit Patienten mit neurogenen Schluckstörungen vor. Geprüft wurde, ob die Langzeitmessung vergleichbare Ergebnisse zu einer endoskopischen Schluckuntersuchung zeigt. Es konnte eine Übereinstimmung zwischen den gemessenen Werten in der Langzeitmessung für das Ausmaß und die Geschwindigkeit der Kehlkopfhebung und den Empfehlungen aus der endoskopischen Schluckuntersuchung gefunden werden. In den Arbeiten von Cray et al. (2013, 2014) war ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Schweregrad

einer Schluckstörung und der Schluckfrequenz beschrieben worden. Eine signifikante Korrelation zwischen der gemessenen Schluckfrequenz und der endoskopischen Schluckuntersuchung konnte nicht gefunden werden. Auch wenn sich der Median der Schluckfrequenz zwischen den Gruppen deutlich unterschied, war dieser Unterschied nicht signifikant.

Als Ursachen für den Unterschied gegenüber der Literatur kommen die breite Streuung der Messergebnisse als Folge einer langen Messdauer, die gemischte Population und der Ablauf der Untersuchung in Betracht. In den Untersuchungen von Cray et al. (2013, 2014) wurden Patienten 30 Minuten untersucht, die Patienten befanden sich in Ruhe, während die eigenen Untersuchungen 4 Stunden und auch bei mobilen Patienten dauerten. Allerdings ist die Patientengruppe in der Pilotstudie für eine abschließende Beurteilung der Schluckfrequenz noch zu klein.

Der signifikante Zusammenhang zwischen den radiologisch messbaren Parametern der Kehlkopfhebung und dem Grad der Schluckstörung wurde bereits mehrfach beschrieben (Zhang et al. 2020). Die vorgestellte Langzeitmessung, die in der Lage ist, diese Parameter automatisiert zu erfassen, kann die Schluckvorgänge abbilden und damit Entscheidungen unterstützen. Die Untersuchungen haben auch gezeigt, dass der Messzeitraum von vier Stunden zu groß gewählt wurde, da dieser im klinischen Alltag nur schwer umzusetzen ist. Obwohl das Messgerät mobil ist und die Patienten relativ beweglich bleiben, gab es immer wieder Einschränkungen. Bei einer Überprüfung der Auswertungen hat sich gezeigt, dass ein Untersuchungszeitraum von zwei Stunden ausreichend ist.

Der Vorteil einer Langzeitmessung ist, dass Patienten ohne großen Aufwand unter realen Bedingungen in ihren Fähigkeiten beurteilt werden können. Bei der Langzeitmessung handelt es sich um eine unkomplizierte Methode, die durch ihre einfache Anwendung und Bedienung einen neuen Blick auf die Schluckstö-

Abb. 3: Ausdehnung der Kehlkopfhebung

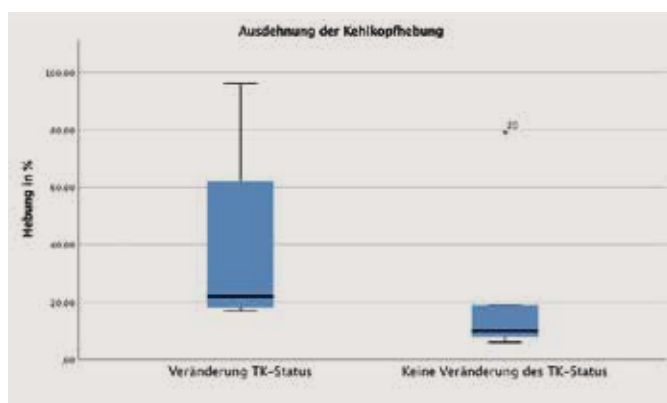
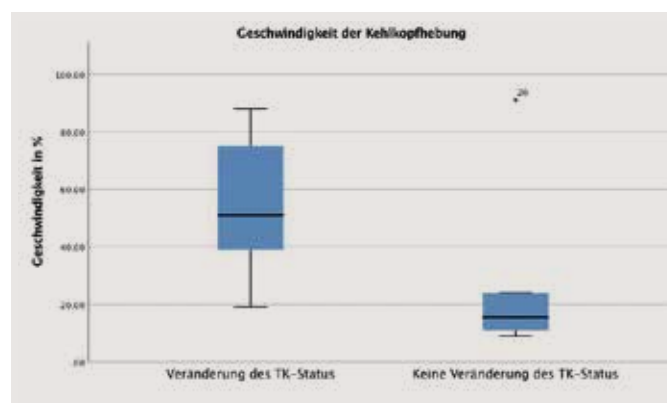


Abb. 4: Geschwindigkeit der Kehlkopfhebung



rung ermöglicht. Die vorgestellte Studie wurde als Pilotstudie im Vorfeld einer klinischen Studie durchgeführt. Aufgrund der kleinen Patientengruppe ist noch keine allgemeine Aussage möglich. Wir haben mit der Folgestudie bereits begonnen.

LITERATUR

Crary, M.A., Carnaby, G.D., Sia, I., Khanna, A. & Waters, M.F. (2013). Spontaneous swallowing frequency has potential to identify dysphagia in acute stroke. *Stroke* 44 (12), 3452-3457

Crary, M.A., Carnaby, G.D. & Sia, I. (2014). Spontaneous swallow frequency compared with clinical screening in the identification of dysphagia in acute stroke. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases* 23 (8), 2047-2053

Dziewas, R., Baijens, L., Schindler, A. Verin, E., Michou, E., Clave, P. & The European Society for Swallowing Disorders (2017). European Society

for Swallowing Disorders FEES accreditation program for neurogenic and geriatric oropharyngeal dysphagia. *Dysphagia* 32, 725-733

Nahrstaedt, H., Schultheiss, C., Seidl, R.O. & Schauer, T. (2012 August). Swallow detection algorithm based on bioimpedance and EMG measurement. *Proceedings 8th IFAC Symposium on Biological and Medical Systems, Budapest*, 91-96

Prosiegel, M. (2008). Neurogene Dysphagien: Leitlinien 2008 der DGNKN. In: Diener, H.-C. & Putzki, N. (Hrsg.), *Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie* (157-181). Stuttgart: Thieme

Schultheiss, C. & Seidl, R.O. (2019). Neue Möglichkeiten in der Dysphagietherapie mit Rehalngest. *Forum Logopädie* 33 (5), 16-19

Zhang, Z., Perera, S., Donohue, C., Kurosu, A., Mahoney, A.S., Coyle, J.L. & Sejdi, E. (2020). The prediction of risk of penetration – aspiration via hyoid bone displacement features. *Dysphagia* 35 (1), 66-72

SUMMARY. Pilot study for automated long-term measurement of swallowing in tracheal cannula management in neurological patients

Long-term measurement of the swallowing process over a period of hours allows the swallowing behaviour and swallowing ability of patients to be comprehensively observed. With the development of Rehalngest this is possible for the first time. Within the framework of a pilot study, long-term measurement of swallowing was used for the first time with the question of the necessity of a tracheal cannula in neurological patients with a swallowing disorder. The results of the long-term measurement were compared with an endoscopic examination. It could be shown that an automated long-term measurement of swallowing can support the decision about the tracheal cannula status. A correlation was found between the endoscopic examination and the automatically recorded parameters for larynx elevation. Based on these results, a clinical study with a larger number of test persons is currently being conducted.

KEYWORDS: Tracheal cannula management – tracheal cannula status – long-term measurement



Julia Adam ist Medizinstudentin an der Charité Universitätsmedizin Berlin und schrieb ihre Hausarbeit über diese Pilotstudie. Aktuell promoviert sie bei PD Dr. Seidl am Unfallkrankenhaus Berlin zum Thema Schluckstörungen. Seit 2012 arbeitet sie als examinierte Gesundheits- und Krankenpflegerin.



Veronika Segler ist Ärztin in Weiterbildung zum Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde am Unfallkrankenhaus Berlin. Seit Beginn ihrer Ausbildung beschäftigt sie sich mit Dysphagie und hat die klinische Anwendung von Rehalngest in Diagnostik und Therapie integriert, Messergebnisse gesammelt und evaluiert.



PD Dr. med. Rainer O. Seidl ist Stellvertretender Klinikdirektor der Klinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde am Unfallkrankenhaus Berlin. Er beschäftigt sich seit mehr als 20 Jahren in Veröffentlichungen, Büchern und Veranstaltungen mit dem Thema Schluckstörungen.

DOI 10.2443/skv-s-2020-53020200402

KONTAKT

PD Dr. med. Rainer O. Seidl
Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
Unfallkrankenhaus Berlin
Warener Str. 7
12683 Berlin
rainer.seidl@ukb.de



KOMMUNIKATION IST DER SCHLÜSSEL ZUR WELT

Unsere Kommunikationsstrategie Mobilis unterstützt Menschen mit neurologischen und degenerativen Erkrankungen

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

Gerne beraten wir Sie bei der Auswahl einer optimalen Kommunikationshilfe

talktools-gmbh.de | info@talktools.de

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

Berlin Fon: 030 | 450 207 64

Hamburg Fon: 040 | 500 994 94



Annette Fox-Boyer & Anne Schulte-Mäter

VED und IPS: Zwei seltene distinkte Störungsbilder

Verbale Entwicklungsdyspraxie und Inkonsequente Phonologische Störung richtig unterscheiden und diagnostizieren

Einleitung

Kinder mit Aussprachestörungen stellen die größte Patientengruppe in logopädischen Praxen dar. Hierbei handelt es sich nicht um eine homogene Gruppe, da eine Vielzahl von Symptomen vorliegt und unterschiedliche linguistische Störungsebenen im Sprachverarbeitungsprozess betroffen sein können (*International Expert Panel on Multilingual Children's Speech* 2012).

Bei dem Begriff Aussprachestörungen handelt es sich daher parallel zu dem international gebräuchlichen Begriff „speech sound disorder“ um einen Oberbegriff, der nichts über die Ausprägung dieser Problematik in einem individuellen Kind aussagt. Laut *McLeod & Baker* (2017) werden in der internationalen Literatur fünf Untergruppen beschrieben: die (1) Phonetische Störung, (2) Phonologische Abweichungen, die (3) Inkonsequente Phonologische Störung, die (4) Verbale Entwicklungsdyspraxie (Childhood Apraxia of Speech = CAS) und (5) kindliche Dys-

arthrie. Letztere stellt eine Besonderheit dar, da sie immer mit einer neurologischen Grunderkrankung, z.B. der infantilen Cerebralparese, einhergeht (für einen Überblick siehe *Pennington et al.* 2016). Im Gegensatz dazu ist es für die anderen Untergruppen nur selten möglich eine Ursache zu definieren (*McLeod & Baker* 2017). Die Prävalenzrate für kindliche Dysarthrien ist bisher nicht bekannt. Angaben für die Prävalenz von Dysarthrien bei Kindern, die von einer Cerebralparese betroffen sind, variieren von 20 % (*Parkes et al.* 2010), 36 % (*Nordberg et al.* 2013) bis zu 90 % (*Mei et al.* 2014), wobei letztere Studie auch sehr leichte Formen einer Dysarthrie mit einschloss.

Zu den häufigsten Untergruppen von Aussprachestörungen gehören (1) die Phonetische Störung, bei der es zu einer Lautfehlbildung kommt (z.B. Sigmatismus) und (2) die Phonologische Abweichungen, die sich in Form einer verzögerten phonologischen Entwicklung oder einer konsequenten Phonologischen Störung äußern (*Dodd & Zuh Hua* 2006, *Broomfield & Dodd* 2004).

Für TherapeutInnen ist die Identifikation dieser Untergruppen relativ einfach, solange ihnen ein geeignetes Untersuchungsmaterial und Normdaten zum Ausspracheerwerb der zu untersuchenden Sprache zur Verfügung stehen. Mit Hilfe dieses Materials sollte die Einordnung der kindlichen Äußerungen in die Kategorien phonetische Prozesse, physiologische altersgemäße oder verzögerte Prozesse und pathologische Prozesse möglich sein (*Fox-Boyer, Albrecht & Clausen* 2018). In diesen Fällen sind die Therapieableitung und die Auswahl eines adäquaten therapeutischen Vorgehens eindeutig nachvollziehbar.

Für zwei Untergruppen, die (3) Inkonsequente Phonologische Störung (IPS) und die (4) Verbale Entwicklungsdyspraxie (VED), ist die Ermittlung der Differentialdiagnose allerdings nicht ausschließlich mithilfe einer Prozessanalyse möglich. Hier müssen weitere Verfahren eingesetzt werden. Die Unterscheidung zwischen diesen beiden Störungen ist zusätzlich dadurch erschwert, dass sich bei „sprechen-

den“ Kindern dieser Untergruppen ein gemeinsames Kernsymptom zeigt: die Inkonsequente Wortrealisation. Bei Kindern, die kaum oder nicht sprechen, ist die Differentialdiagnose immer ein komplexer Prozess, da sehr unterschiedliche, nicht nur aussprachebedingte Probleme, zugrunde liegen könnten.

Eine korrekte Differentialdiagnose gerade zwischen IPS und VED stellt aber die zentrale Voraussetzung für die Auswahl eines effektiven Therapieansatzes dar. Therapiestudien konnten zeigen, dass die Kinder dieser Gruppen nur von störungsspezifischen, auf die zugrunde liegenden Defizite des Kindes abzielenden Ansätzen profitieren (*Crosbie et al.* 2005, *Dodd & Bradford* 2000). Da Kinder mit VED oder IPS zu den am schwersten betroffenen Kindern zählen, sollten gerade sie frühestmöglich und korrekt versorgt werden. Im Folgenden werden die beiden Störungsbilder vorgestellt. Anschließend werden diagnostische Wege aufgezeigt, die eine Differentialdiagnose ermöglichen.

Prävalenz IPS und VED

Die Inkonsequente Phonologische Störung tritt selten auf. Etwa 10 % aller Kinder mit Aussprachestörungen sind hiervon betroffen (*Fox & Dodd* 2001, *Broomfield & Dodd* 2004). Auch die Verbale Entwicklungsdyspraxie ist als eine sehr seltene Form der Aussprachestörung anzusehen. Laut *Delaney & Kent* (2004) sind ebenfalls nur ca. 3,4 bis 4,3 % aller Kinder mit Aussprachestörung und 0,1 % der Gesamtbevölkerung (*Morgan et al.* 2019) von ihr betroffen. Bei Kindern mit spezifischen medizinischen Diagnosen, insbesondere speziellen genetischen Syndromen, ist die Auftretenshäufigkeit allerdings größer (e.g. *Fedorenko et al.* 2016, *Mei* 2018 zit. nach *Morgan et al.* 2019).

In den letzten Jahren hat die Diagnose „Verbale Entwicklungsdyspraxie“ einen regelrechten Aufschwung erlebt, sodass das Ausmaß der angeblich betroffenen Kinder mit Sicherheit nicht mit einem tatsächlichen Anstieg der VED in der Population von Kindern mit sprechmotorischen Defiziten gleichzusetzen ist. Bereits

ZUSAMMENFASSUNG. Kinder mit Aussprachestörungen machen den Großteil pädiatrischer Patienten im klinischen Alltag der Logopädie / Sprachtherapie aus. Ein sehr kleiner Anteil mit einer komplexen Form betrifft Kinder mit einer Inkonsequenten Phonologischen Störung oder einer Verbalen Entwicklungsdyspraxie. Während erstere Diagnose von Klinikern häufig ignoriert wird, wird letztere oft vorschnell gestellt, sobald ein Kind eine komplexe Symptomatik zeigt. Der vorliegende Artikel soll die beiden Störungsbilder voneinander differenzieren und diagnostische Möglichkeiten beleuchten.

► **SCHLÜSSELWÖRTER:** Inkonsequente Phonologische Störung; Verbalen Entwicklungsdyspraxie; Kindliche Sprechapraxie; Differentialdiagnostik

1998 wurde die VED von Davis und Mitarbeitern als die häufigste Fehldiagnose der Logopädie beschrieben wurde und bis heute ist von einer Über-, bzw. Fehl-Identifizierung von Kindern mit VED auszugehen (RCLST 2011), da diese Diagnose vorschnell gestellt wird, sobald ein Kind eine komplexere Aussprachestörung-Symptomatik zeigt. Zutreffend ist jedoch ebenso, dass das Störungsbild eine erhöhte Achtsamkeit und Akzeptanz bei den SprachtherapeutInnen gefunden hat (Hall et al. 2007).

Symptomatik beider Untergruppen

Dodd (2005) beschreibt als wesentliches Kernsymptom einer inkonsequenten Phonologischen Störung, dass die betroffenen Kinder nicht in der Lage sind, dasselbe Wort immer (konsequent) in gleicher Form auszusprechen. Aufgrund dessen sind die Kinder in ihrer Verständlichkeit so stark eingeschränkt, dass sie selbst für ihre engsten Familienangehörigen meist unverständlich sind. Laut Dodd (2005) lässt sich die Wortrealisations-Inkonsequenz dadurch ermitteln, dass man ein Kind bittet, dieselben 25–30 Wörter innerhalb einer Therapie-sitzung dreimal zu benennen. Realisiert das Kind mindestens 40% dieser Wörter inkonsequent, wird von einer inkonsequenten Phono-

logischen Störung ausgegangen (weiteres Vorgehen siehe *diagnostische Schritte*). Phonologisch finden sich unsystematische Auslassungen, Ersetzungen, Vertauschungen und Assimilationen von Konsonanten, Vokalen und Silben (Dodd et al. 2005).

Neben dem Faktor der Inkonsequenz zeichnen sich Kinder mit einer IPS durch weitere Faktoren aus: Sie zeigen in der Imitation deutlich bessere Leistungen als im Benennen, zeigen keine oromotorischen Auffälligkeiten, insbesondere keine Suchbewegungen. Sie haben meist ein (fast) altersgemäßes Phoninventar, d.h. eine hohe Stimulierbarkeit für die Phone der Muttersprache. Sie zeigen vielfältige Silbenstrukturen und keine prosodischen Auffälligkeiten (Dodd et al. 2005, Dodd et al. 2006, Dodd et al. 2010).

Meist liegt eine isolierte IPS ohne weitere Beeinträchtigung der anderen sprachlichen Ebenen vor. Überprüfungen des rezeptiven Wortschatzes und der rezeptiven syntaktisch-morphologischen Fähigkeiten zeigen altersgemäße, wenn auch z.T. schwache Kompetenzen (Dodd et al. 2005). Auf der Ebene der Spontansprache lassen sich der expressive Wortschatz und die syntaktischen, aber vor allem morphologischen Fähigkeiten bedingt durch die starken Ausspracheprobleme oft nur schwer beurteilen. Mit Hilfe von expressiven Wortschatztests oder mithilfe von Bildergeschich-

ten sind zumindest der Wortschatz und die syntaktischen Fähigkeiten meist beurteilbar und in der Regel eher unauffällig. Die Morphologie bleibt, wo sie phonologisch markiert wird, oft nicht beurteilbar. Im Hinblick auf den Lese-Rechtschreiberwerb finden sich keine Schwierigkeiten auf der Ebene der phonologischen Bewusstheit oder beim Lesen, aber deutliche Schwächen in der Rechtschreibung (Holm et al. 2008).

Kinder mit IPS lassen sich in zwei Gruppen einteilen: Während Kinder, wie soeben beschrieben, als „sprechend“ zu bewerten sind, ähneln Kinder der zweiten Gruppe unabhängig von ihrem Alter den Late Talkern, d.h. sie sprechen nur sehr wenige Wörter.

Kinder der ersten Gruppe unterscheiden sich hinsichtlich der Menge, Komplexität und Flüssigkeit der gesprochenen Äußerungen nicht von sprachunauffälligen Kindern. Es erstaunt, dass sie trotz ihrer deutlich eingeschränkten Verständlichkeit ein ungebrochenes verbales Kommunikationsbedürfnis zeigen.

Kinder der zweiten Gruppe kommunizieren in der Regel weitgehend non-verbal, setzen aber die wenigen Wörter, die sie sprechen, zielgerecht, flüssig und ohne Sprechanstrengung ein. Es liegen weder Schwierigkeiten im Wort-, Satz- und Sprachverstehen vor noch auf den Ebenen Pragmatik oder prälexikalischer Fähigkeiten. Hier ist eine Differentialdiagnose von

TERMINOLOGIE Verbale Entwicklungsdyspraxie

Der Begriff *Developmental Articulatory Dyspraxia* wurde von Morley (1965) Anfang der 50er Jahre des letzten Jahrhunderts erstmals für eine Minderheit von Kindern mit Artikulationsstörungen verwendet, deren Sprechprobleme auffallende Übereinstimmungen mit den Symptomen sprechapraktischer Erwachsener aufwiesen. Diese völlig neue Klassifikation fand eine relativ langsame Verbreitung und löste in der Fachwelt kontroverse Diskussionen aus. Anfang der 70er Jahre belebten einige einflussreiche Studien (z.B. Yoss & Darley 1974, Rosenbek & Werz 1972) die Diskussion und sorgten für eine weitere Verbreitung des Begriffs *Developmental Articulatory Dyspraxia* und seiner Synonyme (*Developmental Apraxia of Speech* bzw. *Developmental Verbal Apraxia/Dyspraxia*).

Im deutschsprachigen Raum haben sich im Wesentlichen zwei Begriffe etabliert: *kindliche Sprechapraxie* (Lauer & Birner-Janusch 2010, Birner-Janusch 2018) und *Verbale Entwicklungsdyspraxie* (Schulte-Mäter 1996, 2018, Föllner 2018, Birner-Janusch 2018). Letzterer impliziert

durch den Begriff „Entwicklung“, dass es sich um ein prozessuales Geschehen während der Phase des Erstspracherwerbs handelt. Es soll betont werden, dass es sich dabei nicht um einen physiologischen Prozess handelt, der zu einem bestimmten Entwicklungszeitpunkt überwunden wird, sondern dass es sich um ein atypisches Verhalten während des Zeitraums der Sprachentwicklung handelt. Aus diesem Grund wurde im Englischen der Begriff *Developmental* auch durch *Childhood* ersetzt (Ozanne 2005). Ozanne (2005) weist ebenfalls darauf hin, dass der Begriff „Entwicklung“ auch implizieren soll, dass der Störung weder eine Hörstörung, eine Autismus-Spektrum-Störung, eine geistige Behinderung noch eine neuromotorische Störung, wie beispielsweise eine Cerebralparese, zugrunde liegt – obwohl eine VED zusammen mit all diesen Störungen auftreten kann (s.u.).

Der Begriff *kindliche Sprechapraxie* wird in Deutschland nicht einheitlich verwendet. Zum einen wird er äquivalent zum Begriff *Verbale Entwicklungsdyspraxie* verwendet (Lauer & Birner-Janusch, 2010, Ziegler et al. 2020). Zum anderen wird er abgrenzend zum Terminus *Verbale Entwicklungsdyspraxie* genutzt, wenn

eine erworbene Form der Sprechapraxie vorliegt, da auch Kinder als Folge einer Hirn- oder Nervenschädigung während oder nach bereits weit fortgeschrittenem Spracherwerb eine Sprechapraxie erleiden können (Schulte-Mäter 2018).

Während in Großbritannien der Begriff *Developmental Dyspraxia of Speech* aus oben genannten Gründen in allen offiziellen Dokumenten verwendet wird (RCLST 2011), wird von der American Speech-Language-Hearing Association die Bezeichnung *Childhood Apraxia of Speech* empfohlen (ASHA 2007a). Hier schließt dieser Terminus allerdings drei Gruppen von Kindern mit Sprechapraxie ein: (1) Sprechapraxie in Assoziation mit ursächlich bekannten neurologischen Ätiologien (z.B. intrauteriner Schlaganfall, Infektionen, Trauma), (2) Sprechapraxie als primäres oder sekundäres Merkmal von Kindern mit komplexen neurobehavioralen Störungen (z.B. metabolischer oder genetischer Art) und (3) Sprechapraxie als ideopathische neurogene Aussprachestörung. In der internationalen Terminologie-Debatte wird zurzeit der kombinierte Begriff *Verbal Dyspraxia* (CAS) verwendet (Bishop et al. 2017).

Tab. 1: Kernsymptome der VED aus ASHA (2007a) und RCSLT (2011)

KATEGORIE	KERNSYMPTOME	LITERATURANGABEN
Lautproduktion – Segmente	Schwierigkeiten bei der Produktion isolierter Konsonanten	3, 6, 10, 11, 15, 16
	Schwierigkeiten bei der Produktion isolierter Konsonanten	3, 6, 11, 12, 15, 16
	Unsystematische Lautbildungsfehler	3, 6, 10, 11, 15, 16, 17, 18
	Vokal- und Diphthongveränderungen	18
	Probleme, Laute zu Lautsequenzen zu verbinden	18
	Fehler bei der sequentiellen Anordnung von Sprechlauten / Metathesen	17, 18
	Verwechslung von Stimmhaftigkeit und Stimmlosigkeit	17, 18
	Laut- und Silbenwiederholungen	17, 18
	Epenthesen (häufig Schwa-Laut)	17, 18
	Unvollständiges Phoninventar	17
Sprachlautsystem / Suprasegmentale Ebene	Inkonsequente Konsonanten und Vokal-Fehler bei wiederholter Produktion von Silben und Wörtern	1, 6, 9, 11, 12, 15, 16
	Prolongierte und unterbrochene koartikulatorische Übergänge zwischen Sprechlauten und Silben	2, 6, 9, 11, 12, 15, 16
	Zunahme der Fehlerquote mit zunehmender Äußerungslänge	7, 8, 11
	Imitation schlechter als spontanes Sprechen	2, 3, 6
	Unterscheidung von Inkonsequenter Phonologischer Störung möglich	4
	Unterscheidung von phonologischer Störung möglich	4, 13
Zusammenhängende Sprache	Unangemessene Prosodie, insbesondere bei Betonung auf Wort- und Satzebene	1, 3, 6, 15, 16, 17, 18
	Monotone und verlangsamte Sprechweise	17, 19
	Unverständliche Sprache	11, 15, 16, 17, 18
Nonverbale orofaziale Bewegungen und verwandte Probleme	Mundmotorische Schwierigkeiten einschließlich myofunktionaler Störung und Hypersalivation	1, 3, 6, 9, 15, 16, 17
	Probleme mit der Nahrungsaufnahme in der Säuglingszeit, möglicherweise anhaltend	3, 6, 11, 15, 16
Sprechmotorische Probleme	Probleme bei der Produktion diadochokinetischer Bewegungsfolgen mit alternierender Artikulationszone auf Silbenebene	5, 7, 8, 17, 18
	Suchbewegungen und/oder stilles Positionieren vor und während einer Äußerung	1, 3, 6, 9, 12, 15, 17, 18
Sprachfähigkeiten und Lese-Rechtschreiberwerb	Einschränkungen der expressiven und rezeptiven Sprachleistungen	1, 6, 9, 11, 15, 16, 17
	Expressive Sprachleistungen signifikant schlechter als rezeptive Sprachleistungen	17
	Schwierigkeiten auf metalinguistischer Ebene	1
	Probleme beim Lese- Rechtschreiberwerb	1, 14, 15, 16
Weitere mögliche Begleiterscheinungen:	Familiäre Disposition für Sprech- und Sprachstörungen und/oder Lese- und Rechtschreibschwäche	6, 15, 16
	Allgemeine motorische Koordinierungsprobleme	3, 6, 15, 16, 17, 18
	Späte oder fehlende Lall- und Plapperproduktionen in der Säuglingszeit	6, 9, 15, 16, 17, 18
	Später Sprechbeginn	6, 9, 15, 16

1 ASHA (2007b)

2 Bradford & Dodd (1996)

3 Davis & Velleman (2000)

4 Dodd (2005)

5 Dodd et al. (2002)

6 Jaffe (1984)

7 Ozanne (1995)

8 Ozanne (2005)

9 Pollock & Hall (1991)

10 Ripley et al. (1997)

11 RCSLT (2009)

12 Shriberg et al. (2003)

13 Shriberg et al. (1986)

14 Snowling & Stackhouse (1983)

15 Stackhouse (1992)

16 Williams & Stephens (2004)

17 Davis et al. (1998)

18 Flemmer & Hall (2006)

besonderer Bedeutung, da sie von Late Talkern, denen der Aufbau des Wortschatzes und damit der Einstieg in die Grammatikentwicklung nicht gelingt, abzugrenzen sind.

Das Komitee für Verbale Entwicklungsdyspraxie der American Speech-Language-Hearing Association empfiehlt folgende Definition für die *Verbale Entwicklungsdyspraxie*: „Die Childhood Apraxia of Speech (CAS, hier VED) ist eine neurologische (pädiatrische) Artikulationsstörung, bei der die Genauigkeit und Konstanz von Sprechbewegungen gestört sind, ohne das Vorliegen neuromuskulärer Defizite (z.B. anormale Reflexe, anormaler Muskeltonus). Eine CAS kann als Folge bekannter neurologischer Schädigungen in Verbindung mit komplexen neurobehavioralen Störungen bekannten oder unbekanntem Ursprungs auftreten oder als idiopathische neurogenetische Störung der Sprachlautbildung. Das Kernproblem, Sprechbewegungsabläufe ihren räumlichen und zeitlich-sequentiellen Parametern entsprechend

zu planen und zu programmieren, resultiert in Fehlern bei der Lautbildung und der Prosodie.“ (ASHA 2007a, Originaltext s. Fußnote¹) Symptome einer Verbalen Entwicklungsdyspraxie (VED) wurden erstmalig bereits im Jahr 1891 von *Hadden* beschrieben. Dennoch mangelt es bis heute an verlässlichen diagnostischen Kriterien, die eine eindeutige Identifikation der VED erschweren (*Fox-Boyer & Neumann* 2017). Die VED wird in der Regel als ein Symptomkomplex beschrieben, sodass nur bei einer Summe gleichzeitig auftretender Symptome von einer Verbalen Entwicklungsdyspraxie ausgegangen werden sollte. Sowohl das „Position Statement“ der American Speech-Language-Hearing Association (ASHA 2007a) als auch das „Policy Statement“ des Royal College of Speech and Language Therapy (RCLST 2011) beschreiben drei Kernsymptome der VED:

- **Inkonsequenz:** Inkonsequente Lautfehlbildungen von Konsonanten und Vokalen bei wiederholten Produktionen von Silben oder Wörtern

- **Transitionsprobleme:** Prolongierte und fehlerhafte koartikulatorische Transitionen zwischen Phonemen und Silben
- **Inadäquate Prosodie:** Unangemessene Betonung vor allem auf Word und Satzebene.

Neben diesen Kernsymptomen werden im Policy Statement der RCLST (2011) und im Technical Report der ASHA (2007b) weitere Symptome beschrieben. Tabelle 1 fasst die genannten Symptome zusammen.

Die Symptome einer VED können leicht bis hochgradig ausgeprägt sein und haben mit zunehmenden Anforderungen an die kommunikative Kompetenz immer mehr Auswirkungen für das Kind (RCLST 2011). In der Regel aber haben die beschriebenen Probleme, Sprechbewegungen zu programmieren, zu kombinieren und in die erforderliche Reihenfolge zu setzen, meist eine kaum verständliche Sprache zur Folge (*Edel & Gildersleeve-Neumann* 2011).

Gegenüberstellung der Symptome der IPS und VED

Betrachtet man nun die beiden Störungen IPS und VED, so ist festzustellen, dass es sowohl Überschneidungen im Hinblick auf die Symptome beider Störungen gibt, aber auch Aspekte, die eine Unterscheidung möglich machen sollten. Tabelle 2 fasst die genannten Symptome der Inkonsequenten Phonologischen Störung und der Verbalen Entwicklungsdyspraxie zusammen und stellt sie gegeneinander.

Störungsebenen beider Untergruppen

Dodd und Kollegen (*Dodd et al. 2005, Dodd et al. 2006, Crosbie et al. 2005*) gehen bei der *Inkonsequenten Phonologischen Störung* von einem Problem auf der Ebene der „phonological assembly“ aus. Sie definieren dies als die Unfähigkeit, Phoneme, die für ein Wort gebraucht werden, korrekt auszuwählen und diese in die korrekte Reihenfolge zu bringen.

Tab. 2: Tabellarische Aufstellung der Symptome der VED und der IPS

	VED	IPS
Inkonsequente Wortrealisation	ja	ja
Steigende Fehlerhäufigkeit bei Steigerung der Wort-Äußerungslänge	ja	ja
Sequenzierung von Lauten	auffällig / Metathesen	auffällig / falsche Lautauswahl
Stimulierbarkeit	schlecht	unauffällig
Imitation besser als spontanes Benennen	nein	ja
Spontanes Benennen besser als Imitation	ja	nein
Oromotorische Fähigkeiten	häufig eingeschränkt	unauffällig
Suchbewegungen / stilles Positionieren	häufig	nein
Verlängerung und Wiederholung von Lauten	ja	nein
Sprechgeschwindigkeit	häufig verlangsamt	unauffällig
DDK	vermindert	unauffällig
Sprechanstrengung	häufig	unauffällig
Sprechen	häufig unflüssig	flüssig
Äußerungslänge	verkürzt	unauffällig
Prosodie	häufig auffällig	unauffällig
Silbisches Sprechen	häufig	nein
Phonetisches Inventar	auffällig	unauffällig
Rezeptiver Wortschatz	unauffällig	unauffällig
Expressiver Wortschatz	häufig auffällig	unauffällig
Grammatikverständnis	unauffällig	unauffällig
Syntax expressiv	häufig auffällig	unauffällig
Morphologie expressiv	nicht beurteilbar	nicht beurteilbar
Phonologische Bewusstheit	unauffällig	unauffällig
Lesen	meist schwach	unauffällig
Rechtschreiben	meist schwach	schwach

1 “Childhood apraxia of speech (CAS) is a neurological childhood (pediatric) speech sound disorder in which the precision and consistency of movements underlying speech are impaired in the absence of neuromuscular deficits (e.g., abnormal reflexes, abnormal tone). CAS may occur as a result of known neurological impairment, in association with complex neurobehavioral disorders of known or unknown origin, or as an idiopathic neurogenic speech sound disorder. The core impairment in planning and/or programming spatiotemporal parameters of movement sequences results in errors in speech sound production and prosody” (ASHA 2007b)

Betrachtet man diese Annahme aus der Sicht des Sprachverarbeitungsmodells von *Stackhouse & Wells* (1997, s.a. *Fox-Boyer* 2016), kann dies am ehesten mit einem Defizit auf der Ebene des motorischen Programmierens angesiedelt werden, was dazu führt, dass die Kinder sekundär keine motorischen Programme für hochfrequente kurze Wörter aufbauen.

Dies erklärt sich unter anderem dadurch, dass Kinder mit einer inkonsequenten Phonologischen Störung ein deutlich eingeschränktes Arbeitsgedächtnis aufweisen (*Dodd et al.* 2006). Bei Überprüfungen der verschiedenen Ebenen des Sprachverarbeitungsprozesses ist es diesen Kindern möglich, alle Aufgaben korrekt zu lösen, solange die Stimuli phonologisch wenig komplex und insbesondere kurz sind. Bei steigender Länge oder Komplexität tritt ein Wortlängeneffekt deutlich zutage. Des Weiteren zeigen die Kinder große Schwierigkeiten des Eigenhörens.

Das zentrale Problem bei einer VED liegt auf der Ebene der Sprechbewegungsplanung und -programmierung. Daraus resultiert das Unvermögen oder die eingeschränkte Fähigkeit, für eine geplante Äußerung die Artikulationsorgane willkürlich und kontrolliert einzusetzen (*Schulte-Mäter* 2018). Die Kinder wissen, was sie sagen wollen, aber es misslingt ihnen, die erforderlichen Sprechbewegungen für eine deutliche Sprechweise zu planen und zu programmieren (*Morgan et al.* 2019).

Überträgt man diese Erklärung in das Sprachverarbeitungsmodell von *Stackhouse & Wells* (1997), so wird durch eine VED die Entwicklung der motorischen Programme für Sprechbewegungen gestört und infolgedessen die motorische Planung und die Ausführung von Sprechbewegungen stark beeinträchtigt.

Die VED übt meist auch einen störenden Einfluss auf das gesamte sich gerade entfaltende Sprachsystem aus. Daher gilt ein solitäres Auftreten einer VED als äußerst unwahrscheinliches Erscheinungsbild (*Schulte-Mäter* 2009), wie auch *Terband & Maassen* (2010, 135) formulieren: „‘True’ cases of CAS (Childhood Apraxia of Speech) may not exist“. Der technische Bericht (technical report) des Komitees für Verbale Entwicklungsdyspraxie der American Speech-Language-Hearing Society (*ASHA* 2007b) summiert den aktuellen Wissensstand der Forschung im Hinblick auf die Ursachen und Störungsebenen.

Diagnostisches Vorgehen zur Abgrenzung von IPS und VED

Wie beschrieben unterscheiden sich beide Subgruppen in der Symptomlage, auch wenn es in einigen Punkten zu Überlagerungen kommt (Tab. 2). Ein ausführlicher diagnostischer Prozess sollte alle Aspekte beleuchten, die Auskunft über die in Tabelle 2 beschriebenen Kompetenzen und Schwächen pro Untergruppe geben können. Dies ist zum einen nötig, um die beiden Gruppen voneinander abzugrenzen, aber auch, um Kinder mit komplexen Symptomlagen vor einer vorschnellen inkorrekten Diagnose (meist VED) und damit ineffizienter Therapie zu bewahren.

Im Folgenden sollen die aktuellen Möglichkeiten des differentialdiagnostischen Prozesses für die beiden Untergruppen beleuchtet werden. Dabei werden alle Untersuchungen, die die weiteren sprachlichen Ebenen Semantik/Lexikon, Sprachverstehen, Pragmatik, Syntax-Morphologie betreffen, hier nicht gesondert aufgezählt, aber natürlich im diagnostischen Prozess beachtet und überprüft.

Erhebung anamnestischer Daten

Da sich bereits aus der Anamnese Unterschiede im Hinblick auf die Differenzierung beider Störungsbilder ergeben, sollen die Aspekte, die insbesondere auf das Vorliegen einer Verbalen Entwicklungsdyspraxie hinweisen können, genannt werden (*Schulte-Mäter* 2018). Diese Aspekte werden in der Regel von Eltern mit Kindern, die eine IPS aufweisen, nicht erwähnt:

- Keine oder nur wenig Lallproduktionen in der Säuglingszeit (*Cave*: Hörstörungen sind als Ursachen hierfür auszuschließen!)
- Sehr verspäteter Sprechbeginn
- Kein oder wenig Nachsprechen
- Verlust bereits beherrschter Lautierungen oder Wörter
- Suchbewegungen der Lippen und Zunge bei Sprechversuchen
- Sprechanstrengung („Das Kind bringt das, was es sagen will, nicht/kaum heraus.“)
- Inseln der Verständlichkeit
- Probleme mit der Nahrungsaufnahme in der Säuglingszeit
- Auffällige Entwicklung der Feinmotorik und/oder Grobmotorik
- Kaum Fortschritte trotz lang andauernder Therapie.

Die sogenannten „Inseln der Verständlichkeit“ werden von *Hall et al.* (2007, 32) folgendermaßen beschrieben: „Vermutlich aufgrund der Inkonsistenz und Variabilität der Sprechleistung kann bei Kindern mit VED ein ungewöhn-

liches Sprechereignis in Form von ‚Inseln der Verständlichkeit‘ auftreten. Es wird vereinzelt berichtet, dass diese Kinder manchmal ein komplexes Wort oder eine Phrase – eine Aussage mit mehr Silben oder schwierigeren Lautfolgen und sprachlich höherer Leistung produzieren können, und damit ihre sprachlichen Fähigkeiten zu der Zeit weit übersteigen. Diese ‚Inseln‘ können äußerst überraschend sein. (...) Leider resultiert eine Wiederholung einer solchen Aussage in einer inkonsistenten und variablen Sprechleistung und nur selten in einer abermals korrekten Produktion.“

Überprüfung der Aussprache

Die Überprüfung der Aussprache stellt eine Kernaufgabe dar. Allerdings zeigt sich meist schon im freien Spiel (Beobachtung der Spontansprache) und im Bericht der Eltern, auf welcher Ebene hier Untersuchungen überhaupt stattfinden können. Zeigt ein Kind im Spiel, dass es sich verbal mit vielen Wörtern äußern kann, so kann ein Bilderbenennverfahren angewendet werden. Ist das Kind dabei aber sehr unverständlich und haben die Eltern beschrieben, dass das Kind kaum von anderen verstanden wird (siehe *ICS*), dann ist die Durchführung eines formalen Bilderbenentests (z.B. *PLAKSS-II*, *Fox-Boyer* 2016, *PDSS-Teil Phonologie*, *Kauschke & Siegmüller* 2010, *AVAK*, *Hacker & Wilgermeir* 2002) etc. nicht als Erstes sinnvoll. Zunächst sollte z.B. das *PLAKSS-II-Screening* (*Fox-Boyer* 2016) durchgeführt werden, das dann als Inkonsequenz-Test (siehe Überprüfung Wortrealisationskonsequenz) weitergeführt werden kann. Sollte keine inkonsequente Wortrealisation (> 40 %) zu beobachten sein, liegt weder eine IPS noch eine VED vor und es ist eine vollständige Untersuchung der Aussprache durchzuführen.

Sollte die verbale Kommunikation des Kindes sehr eingeschränkt sein, kann mithilfe von Elterntagebüchern („schreiben Sie auf, welche ‚Wörter‘ Ihr Kind spricht“, s.a. Überprüfung der Wortrealisationskonsequenz) oder mithilfe von einfachen Wortschatztests für sehr kleine Kinder (z.B. *SETK-2*, *Grimm et al.* 2016, *ELFRA-1/2*, *Grimm et al.* 2019) versucht werden, einen Überblick über die Aussprache des Kindes zu erheben. Schon während dieser Überprüfung sollte eine Wiederholung fehlgebildeter Laute und Wörter stattfinden (s.a. Überprüfung der Wortrealisationskonsequenz).

Überprüfung der Verständlichkeit

Kinder mit VED und IPS fallen, wenn sie sprechen, besonders durch ihre geringe Verständlichkeit auf. Sie werden auch innerhalb ihrer Fa-

milien ohne situativ klaren Kontext kaum verstanden. Zur Überprüfung der Verständlichkeit liegt ein kurzer, kostenlos verfügbarer Elternfragebogen zum Download vor, die Skala der Verständlichkeit-Deutsch (ICS-D) (McLeod 2015, Neumann et al. 2017, Neumann et al. 2020 in dieser Ausgabe). Dieser kann auch gut für mehrsprachige Kinder genutzt werden, da er in über 80 Sprachen vorliegt. Kinder mit IPS und VED zeigen immer sehr auffällige Werte.

Überprüfung der Wortrealisationskonsequenz

Ermittlung der Wortrealisations-Inkonsequenz bei „sprechenden“ Kindern

Die Wortrealisations-Inkonsequenz lässt sich dadurch ermitteln, dass man ein Kind bittet, dieselben 25–30 Wörter innerhalb einer Therapiesitzung dreimal zu benennen. Dodd konzipierte dafür den sogenannten „25-word-inconsistency test“ (Dodd 2005), der auch im DEAP (Dodd et al. 2002) enthalten ist. Für das Deutsche liegt ein Inkonsequenz-Test der PLAKSS-II (Fox-Boyer 2016) bei. Bei der Konstruktion war zu beachten, dass Wörter unterschiedlicher Silbenlänge, unterschiedlicher phonotaktischer Komplexität und unterschiedlicher Wortbetonung enthalten sind. Realisiert das Kind mindestens 40 % dieser Wörter inkonsequent, gilt ein Kind als inkonsequent in der Wortrealisation. Eine Prozessanalyse ist nicht sinnvoll.

Inkonsequent bedeutet in dieser Testsituation, dass mindestens eine der drei Äußerungen von den anderen beiden Äußerungen abweicht. Phonetische Abweichungen und Abweichungen grammatikalischer Art, z.B. eine Pluralbildung, werden hierbei ignoriert. Je nach Analyseverfahren gilt dies auch für Abweichungen, die durch altersgemäße phonologische Prozesse (z.B. Vorverlagerung /k, g/: Katze, Tatse) hervorgerufen werden. In der Regel liegt bei Kindern mit IPS oder VED eine Inkonsequenz-Rate von 50–70 % vor, also deutlich mehr als 40 %.

Bei Kindern mit sehr kleinem Wortschatz

Ist der expressive Wortschatz von Kindern zu klein, als dass der Inkonsequenz-Test durchgeführt werden kann, können die Eltern gebeten werden ein Wortschatz-Tagebuch zu führen. Auf dieser Basis wird Bildkarten- oder Realobjektmaterial vorbereitet, das das Kind innerhalb einer Therapieeinheit mehrfach (3x) benennen soll. Anhand dieser Liste wird dann die Inkonsequenz-Rate berechnet. Sehr junge Kinder (> 2;6 Jahre bis Anfang 3 Jahre) mit IPS zeigen hier meist eine inkonsequente Realisation,

ältere Kinder eher nicht mehr. Kinder mit VED sollten immer inkonsequente Realisation zeigen, wobei auch vereinzelte Wörter konstant ausgesprochen werden können.

Bei Kindern mit nur wenigen Lautierungen

Verfügt ein Kind nur über eine einzelne Lautierung oder Silbenkombinationen, lässt sich eine diagnostische Einstufung noch nicht vornehmen. Allerdings könnten bei diesen Kindern entsprechende anamnestiche Angaben mögliche Hinweise auf das Vorliegen einer VED darstellen.

Überprüfung der Stimulierbarkeit von Phonem

Die Stimulierbarkeitsprüfung untersucht, inwieweit Kinder alle Phone der deutschen Sprache altersentsprechend nachsprechen. Dem Kind werden alle einzelnen Konsonanten und Vokale einzeln als Phone (nicht als Buchstaben! = /k/ statt <ka>) vorgesprochen. Das Kind wird gebeten, nach jedem Phonem dieses zu imitieren. Gelingt dies nicht, können Hilfestellungen angeboten werden (Abgucken, Zungen-/Lippenposition erläutern etc.). Die Realisation der Phone wird notiert. Kindern mit IPS gelingt die Imitation von isolierten Lauten in der Regel altersgemäß (Kubaschk et al. 2015), während Kinder mit VED hier deutliche Schwierigkeiten zeigen sollten.

Überprüfung von Nachsprechleistungen und Diadochokinese

Aus theoretischer Sicht und teilweise aus praktischer Erfahrung sollten sich unterschiedliche Leistung der Kinder mit IPS und VED im Bereich des Nachsprechens und der Diadochokinese zeigen, die diese beiden Gruppen voneinander und von Kindern mit anderen Formen von Aussprachestörungen unterscheiden. Bisher gibt es aber weder ein standardisiertes Material, eine standardisierte Vorgehensweise noch Vergleichs- bzw. Normdaten für diese Leistungen.

Dennoch sollten die Kinder mit IPS im Nachsprechen kurzer, einfacher Nichtwörter (CV-Silben, einfache ein- bis zweisilbige Nichtwörter) recht unauffällig abschneiden, während dies für Kinder mit VED nicht zu erwarten ist. Auch werden Nachsprechleistungen anhand von Wort- und Satzlisten geprüft. Das nachzusprechende (Nicht-)Wortmaterial sollte durch Steigerung der Silbenlänge und des artikulatorischen Anspruchs sukzessiv den Anforderungsgrad an die Sprechbewegungsplanung erhöhen (s.a. Ermittlung der Wortrealisations-Inkonsequenz, Stimulierbarkeit von Phonemen).

Im Hinblick auf die Diadochokineseaufgaben sollten sich die beiden Gruppen dahingehend unterscheiden, dass Kinder mit IPS diese flüssig, aber mit Assimilationen versehen durchführen sollten, während Kindern mit VED die Durchführung diadochokinetischer Bewegungsfolgen häufig nicht gelingt (ASHA 2007b). Auch hierfür liegen bislang weder ein standardisiertes Vorgehen noch Normwerte vor. Sollte ein Kind diese Aufgabe aber flüssig und korrekt leisten können, ist es unwahrscheinlich, dass eine IPS oder VED vorliegt.

Untersuchung mundmotorischer Leistungen

Die Überprüfung willkürlicher mundmotorischer Leistungen erfolgt, um festzustellen, ob eine orale Dyspraxie (Synonyme: buccofaziale oder glossolabiale Apraxie) die Willkürmotorik der Zungen- Lippen- und Wangenmuskulatur beeinträchtigt. Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang, dass hier nicht orofaziale Dysfunktionen oder myofunktionelle Störungen gemeint sind, sondern eine gestörte Willkürmotorik – häufig assoziiert mit Suchbewegungen (ASHA 2007b).

Das bedeutet, dass betroffenen Kindern auch mithilfe visueller oder taktil-kinästhetischer Unterstützung die Ausführung nichtsprachlicher oraler Bewegungen nach Auftrag nicht gelingt. Die Durchführung unwillkürlicher mundmotorischer Bewegungen ist *nicht* davon betroffen. Wird eine orale Dyspraxie diagnostiziert, so ist davon auszugehen, dass der Sprachstörung mit hoher Wahrscheinlichkeit auch eine Dyspraxie zugrunde liegt.

Ebenso ist eine neuropädiatrische Abklärung der intra- und extraoralen Muskelfunktionen notwendig, um auszuschließen, dass funktionale organische Schäden im orofazialen Bereich oder neuromuskuläre Defizite für die Sprechstörung ursächlich sind (Schulte-Mäter 2018).

Zusammenfassung

Der vorliegende Artikel hatte zum Ziel zu verdeutlichen, inwiefern es sich bei der IPS und der VED um zwei distinkte Störungsbilder handelt, die nicht miteinander verwechselt werden dürfen. Auch wenn es bis heute keinen final festgelegten Kriterienkatalog gibt, der den diagnostischen Prozess für beide Diagnosen eindeutig definiert, so ist es doch meist anhand der beschriebenen Schritte möglich, die Gruppen voneinander zu trennen. Kinder, die den beschriebenen Kriterien nicht entsprechen, sollten in keinem Fall leichtfertig der einen oder anderen Gruppe zugeordnet werden. Nur so kann erreicht werden, dass Kinder je nach Art der Aussprachestörung eine effektive und sinnvolle Therapieform erhalten.

● LITERATUR

- ASHA – American Speech-Language-Hearing Association (2007a). *Position Statement on Childhood Apraxia of Speech*, www.asha.org/policy/PS2007-00277 (03.09.2019)
- ASHA – American Speech-Language-Hearing Association (2007b). *Technical Report on Childhood Apraxia of Speech*, www.asha.org/policy/TR2007-00278 (03.09.2019)
- Birner-Janusch, B. (2018). Woran erkennt man eine kindliche Sprechapraxie/verbale Entwicklungsdyspraxie in der schulischen und therapeutischen Praxis bei Kindern ab dem 4. Lebensjahr im Licht der ICF? *Sprachförderung und Sprachtherapie* 7 (2), 55-62
- Bishop, D.V.M., Snowling, M.J., Thompson, P.A., Greenhalgh, T. & the CATALISE-2 consortium (2017). Phase 2 of CATALISE: a multinational and multidisciplinary Delphi consensus study of problems with language development: Terminology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 58 (10), 1068-1080
- Bradford, A. & Dodd, B. (1996). Do all speech-disordered children have motor deficits? *Clinical Linguistics and Phonetics* 10 (2), 77-101
- Broomfield, J. & Dodd, B. (2004). Children with Speech and Language Disability. Caseload characteristics. *International Journal of Communication Disorder* 39 (3), 303-324
- Crosbie, S., Dodd, B. & Holm, A. (2005). Treating inconsistent speech disorders. In: Dodd, B. (Hrsg.), *Differential diagnosis and treatment of children with speech disorder* (182-201). London: Whurr
- Davis, B. & Velleman, S. (2000). Differential diagnosis and treatment of developmental apraxia of speech in infants and toddlers. *Infant-Toddler Intervention* 10 (3), 177-192
- Davis, B., Jakielski, K. & Marquardt, T. (1998). Developmental apraxia of speech: Determiners of differential diagnosis. *Clinical Linguistics and Phonetics* 12 (1), 25-45
- Delaney, A.L. & Kent, R.D. (2004). *Developmental profiles of children diagnosed with apraxia of speech*. Poster session presented at the annual convention of the American Speech-Language-Hearing Association, Philadelphia
- Dodd, B. (2005). Children with speech disorder: defining the problem. In: Dodd, B. (Hrsg.), *Differential diagnosis and treatment of children with speech disorder* (3-23). London: Whurr
- Dodd, B. & Bradford, A. (2000) A comparison of three therapy methods for children with different types of developmental phonological disorders. *International Journal of Language and Communication Disorders* 35 (2), 189-209
- Dodd, B. & Zhu, H. (Hrsg.) (2006). *Phonological development and disorders in children: a multilingual perspective*. Clevedon: Multilingual Matters
- Dodd, B., Crosbie, S., Holm, A. & McIntosh, B. (2010). Core vocabulary intervention. In: McCauley, R.J., McLeod, S. & Williams, A.L. (Hrsg.), *Intervention for speech sound disorders in children* (117-136). Sydney: Paul Brooks
- Dodd, B., Holm, A., Crosbie, S. & McCormak, P. (2005). Differential diagnosis of phonological disorders. In: Dodd, B. (Hrsg.), *Differential diagnosis and treatment of children with speech disorder* (44-70). London: Whurr
- Dodd, B., Holm, A., Crosbie, S. & McIntosh, B. (2006). A core vocabulary approach for management of inconsistent speech disorder. *Advances in Speech-Language Pathology* 8 (3), 220-230
- Dodd, B., Zhu, H., Crosbie, S., Holm, A. & Ozanne, A. (2002). *Diagnostic evaluation of articulation and phonology*. London: Psychological Corporation
- Edeal, M.E. & Gildersleeve-Neumann, C.E. (2011). The importance of production frequency in therapy for childhood apraxia of speech. *American Journal of Speech-Language Pathology* 20 (2), 95-110
- Fedorenko, E., Morgan, A., Murray E., Cardinaux, A., Tager-Flusberg, H., Fisher S.E. & Kanwisher N. (2016). A highly penetrant form of childhood apraxia of speech due to deletion of 16p11.2. *European Journal of Human Genetics* 24 (2), 302-306
- Föllner, S. (2018). Verbale Entwicklungsdyspraxie (VED): Basisartikel. *Sprachförderung und Sprachtherapie* 7 (2), 50-54
- Fox, A.V. & Dodd, B. (2001). Phonological disordered German-speaking children. *American Journal of Speech and Language Pathology* 10 (3), 291-307
- Fox-Boyer, A. (2016). *Kindliche Aussprachestörungen*. Idstein: Schulz-Kirchner
- Fox-Boyer, A. & Neumann, S. (2017). Aussprachestörungen. In: Mayer, A. & Ulrich, T. (Hrsg.), *Sprachtherapie mit Kindern* (14-84). München: Ernst Reinhardt
- Fox-Boyer, A., Albrecht, K. & Clausen, M.C. (2018). Zur Problematik der mangelnden Kompatibilität psychometrischer und theoretischer Bedingungen diagnostischer Materialien. In: Haring, R. & Siegmüller, J. (Hrsg.), *Evidenzbasierte Praxis in den Gesundheitsberufen – Chancen und Herausforderungen für Forschung und Anwendung* (147-164). Heidelberg: Springer
- Grimm, H., Aktas, M. & Frevert, S. (2016). *SETK-2 – Sprachentwicklungstest für zweijährige Kinder*. Göttingen: Hogrefe
- Grimm, H., Doil, H., Aktas, M. & Frevert, S. (2019). *ELFRA – Elternfragebögen für die Früherkennung von Risikokindern*. Göttingen: Hogrefe
- Hacker, D. & Wilgermeir, H. (2002). *AVAK-Test – Analyseverfahren zu Aussprachestörungen bei Kindern*. München: Ernst Reinhardt
- Hadden, W. (1891). On certain defects of articulation in children with illustrating the results of education of the oral system. *Journal of Medical Science* 37, 95-105
- Hall, P.K., Jordan, L.S. & Robin, D.A. (1993). *Developmental apraxia of speech: theory and clinical practice*. Austin, Texas: PRO-ED
- Hall, P.K., Jordan, L.S. & Robin, D.A. (2007). *Developmental apraxia of speech: theory and clinical practice*. Austin, Texas: PRO-ED
- Holm, A., Farrier, F. & Dodd, B. (2008). The phonological awareness, reading accuracy and spelling ability of children with inconsistent phonological disorder. *International Journal of Language and Communication Disorder* 42, 1-23
- International Expert Panel on Multilingual Children's Speech (2012). *Multilingual children with speech sound disorders: Position paper*. Bathurst, NSW, Australia: Research Institute for Professional Practice, Learning and Education (RIPPLE), Charles Sturt University. www.csu.edu.au/research/multilingual-speech/position-paper (28.04.2020)
- Jaffe, M. (1984). Neurological impairment of speech production: assessment & treatment. In: Costello, J. (Hrsg.), *Speech Disorders in Children* (157-186). San Diego: College-Hill
- Kauschke, C. & Siegmüller, J. (2010). *Patholinguistische Diagnostik bei Sprachentwicklungsstörungen (PDSS)*. München: Urban & Fischer
- Kubaschik, L., Fox-Boyer, A.V. & Klann, J. (2015). Die Stimulierbarkeit isolierter Phone im Deutschen bei 2;5-4;0-Jährigen. *Sprache – Stimme – Gehör* 39 (Supplement 1), 5-6
- Lauer, N. & Birner-Janusch, B. (2010). *Sprechapraxie im Kindes- und Erwachsenenalter*. Stuttgart: Thieme
- McLeod, S. (2015). Intelligibility in context scale: a parent-report screening tool translated into 60 languages. *Journal of Clinical Practice in Speech-Language Pathology* 17 (1), 7-12
- McLeod, S. & Baker, E. (2017). *Children's speech: an evidence-based approach to assessment and intervention*. Boston: Pearson
- Mei, C., Reilly, S., Reddihough, D., Mensah, F. & Morgan, A.T. (2014). Motor speech impairment, activity, and participation in children with cerebral palsy. *International Journal of Speech-Language Pathology* 16 (4), 427-435
- Mei, C., Fedorenko, E., Amor, D.J., Boys, A., Hoeflin, C., Carew, P., Burgess, T., Fisher, S.E. & Morgan, A.T. (2018). Deep phenotyping of speech and language skills in individuals with 16p11.2 deletion. *European Journal of Human Genetics* 26 (5), 676-686
- Morgan, A.T., Murray, E. & Liégeois F.J. (2019). Interventions for childhood apraxia of speech (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 5. Cochrane Library
- Morley, M.E. (1965). *The development and disorders of speech in childhood*. London: Livingstone
- Neumann, S., Rietz, C. & Stenneken, P. (2017). The German Intelligibility in Context Scale (ICS-G): reliability and validity evidence. *International Journal of Language & Communication Disorders* 52 (5), 585-594

- Neumann, S., Schäuble, L. & McLeod, S. (2020). Skala zur Verständlichkeit im Kontext (ICS-G). *Forum Logopädie* 34 (4), 24-29
- Nordberg, A., Miniscalco, C., Lohmander, A. & Himmelmann, K. (2013). Speech problems affect more than one in two children with cerebral palsy: Swedish population-based study. *Acta Paediatrica* 102 (2), 161-166
- Ozanne, A. (1995). The search for developmental verbal dyspraxia. In: Dodd, B. (Hrsg.), *Differential diagnosis and treatment of children with speech disorders* (91-109). London: Whurr
- Ozanne, A. (2005). Childhood apraxia of speech. In: Dodd, B. (Hrsg.), *Differential diagnosis and treatment of children with speech disorders* (71-82). London: Whurr
- Parkes, J., Hills, N., Platts, M.J. & Donnelly, C. (2010). Oromotor dysfunction and communication impairments in children with cerebral palsy: a register study. *Developmental Medicine & Child Neurology* 52 (12), 1113-1119
- Pennington, L., Parker, N.K., Kelly, H. & Miller, N. (2016). Speech therapy for children with dysarthria acquired before three years of age. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 7, Art. No.: CD006937
- Pollock, K. & Hall, K. (1991). An analysis of the vowel mis-articulations of five children with developmental apraxia of speech. *Clinical Linguistics and Phonetics* 5 (3), 207-224
- RCSLT (2009). *The resource manual for commissioning and planning services for SLCN*, www.rcslt.org/speech_and_language_therapy/commissioning/resource_manual_for_commissioning_and_planning_services (11.02.2020)
- RCSLT (2011). *Royal College of Speech and Language Therapists Policy Statement, Developmental Verbal Dyspraxia*. London, www.ndp3.org/documents/rcslt2011dvdPolicyStatement.pdf (11.02.2020)
- Ripley, K., Daines, B. & Barrett, J. (1997). *Dyspraxia: a guide for teachers and parents*. London: Fulton
- Rosenbek, J.C. & Wertz, R.T. (1972). A review of fifty cases of developmental apraxia of speech. *Language, Speech and Hearing Services in Schools* 3, 23-33
- Schulte-Mäter, A. (1996). *Verbale Entwicklungsdyspraxie. Eine Analyse des derzeitigen Erkenntnisstandes*. Frankfurt: Peter Lang
- Schulte-Mäter, A. (2009). Verbale Entwicklungsdyspraxie. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.), *Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie, Band 2, Erscheinungsformen und Störungsbilder* (254-261). Stuttgart: Kohlhammer
- Schulte-Mäter, A. (2018). *VED – Verbale Entwicklungsdyspraxie. Wenn Kinder nicht oder kaum verständlich sprechen. Ein Ratgeber für Eltern, Therapeuten und Ärzte*. Idstein: Schulz-Kirchner
- Shriberg, L.D., Campbell, T.F., Karlson, H.B., Brown, R.L., McSweeney, J.L. & Nadler, C.J. (2003). A diagnostic marker for childhood apraxia of speech: the lexical stress ratio. *Clinical Linguistics and Phonetics* 17 (7), 549-574
- Shriberg, L.D., Kwiatkowski, J., Best, S., Hengst, J. & Terselic-Weber, B. (1986). Characteristics of children with phonological disorders of unknown origin. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 51 (2), 140-161
- Snowling, M. & Stackhouse, J. (1983). Spelling performance of children with developmental verbal dyspraxia. *Developmental Medicine and Neurology* 25 (4), 430-437
- Stackhouse, J. (1992). Developmental verbal dyspraxia I: A review and critique. *European Journal of Disorders of Communication* 27 (1), 19-34
- Stackhouse, J., Wells, B. (1997). *Children's speech and literacy difficulties: a psycholinguistic framework*. London: Whurr
- Terband, H. & Maassen, B. (2010). Speech motor development in childhood apraxia of speech: generating testable hypotheses by neuro-computational modeling. *Folia Phoniatrica et Logopaedica* 62 (3), 134-142
- Williams, P. & Stephens, H. (Hrsg.) (2004). *Nuffield centre dyspraxia programme. Therapy manual*. Windsor: The Miracle Factory
- Yoss K.A. & Darley F.L. (1974). Developmental apraxia of speech in children with defective articulation. *Journal of Speech and Hearing Research* 17 (3), 399-416
- Ziegler, W., Aichert, I. & Staiger, A. (2020). *Sprechapraxie: Grundlagen, Diagnostik, Therapie*. Heidelberg: Springer



Annette Fox-Boyer, PhD MSc, absolvierte ihre Ausbildung zur Logopädin in Mainz und ergänzte diese durch einen Masterstudiengang und eine Promotion an der Universität Newcastle,

GB. Anschließend, sowie nach einigen Jahren klinischer Tätigkeit, war sie von 2002-2018 Professorin für Logopädie an zwei Fachhochschulen in Idstein, Hamburg und Rostock. Seit September 2019 ist sie wissenschaftliche Mitarbeiterin am Studiengang Ergotherapie/Logopädie der Universität zu Lübeck.



Dr. phil. Anne Schulte-Mäter absolvierte ihr Studium zur Sprachheilpädagogin und ihre Ausbildung zur Logopädin in München. Sie promovierte an der Ludwig-Maximilians-Universität in München mit einer Dissertation über die Verbale Entwicklungsdyspraxie. Im Rahmen ihrer klinischen Tätigkeit am kbo-Kinderzentrum entwickelte sie das Therapiekonzept VEDiT®. Als Referentin hält sie Seminare über Diagnostik und Therapie der Verbalen Entwicklungsdyspraxie und den Therapieansatz VEDiT®.

SUMMARY. Developmental dyspraxia of speech and inconsistent phonological disorder: two rare distinct disorders

Children with speech sound disorders (SSD) form the largest group within the pediatric caseload of speech and language therapists. A small number of children is affected by two subgroups of SSD, the inconsistent phonological disorder or childhood apraxia of speech. While children are frequently labeled as "dyspraxic" as soon as they show a complex form of SSD, the diagnosis inconsistent phonological disorder is often ignored. Therefore, the aim of this manuscript lies in the differentiation of the two subgroups of SSD and possibilities of differential diagnosis.

KEYWORDS: inconsistent phonological disorder – childhood apraxia of speech – verbal dyspraxia of speech – differential diagnosis

DOI 10.2443/skv-s-2020-53020200403

KONTAKT

Annette Fox-Boyer, PhD MSc

Studiengang Ergotherapie/Logopädie
Universität zu Lübeck
Sektion Medizin
Institut für Gesundheitswissenschaften,
Geb.58.600, R. 16
Ratzeburger Allee 160
23562 Lübeck
annette.foxboyer@uni-luebeck.de

Dr. phil. Anne Schulte-Mäter

kbo-Kinderzentrum München
Sozialpädiatrisches Zentrum und
Fachklinik für Sozialpädiatrie und
Entwicklungsrehabilitation
Heighofstr. 65
81377 München
anne.schulte-maeter@kbo.de

Sandra Neumann, Lisa Schäuble & Sharynne McLeod

Skala zur Verständlichkeit im Kontext (ICS-G)

Erstes deutsches ICF-CY-basiertes Assessment zur Verständlichkeit von Kindern mit Aussprachestörungen

Einleitung

Die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen (ICF-CY, WHO 2007) ist als theoretischer Bezugsrahmen bei Kindern mit sprachlich-kommunikativem Unterstützungsbedarf international anerkannt (McLeod 2004). Sie gewinnt daher in der sprachtherapeutischen Praxis und Forschung sowohl international (z.B. ASHA) als auch in Deutschland zunehmend an Bedeutung.

So wird der Fokus nicht mehr allein auf die linguistischen Symptome einer sprachlichen Beeinträchtigung gerichtet. Es werden mehr und mehr die sprachlich-kommunikativen Interaktionserfahrungen des Kindes fokussiert und das persönliche Umfeld des betroffenen Kindes hinsichtlich individueller Förder- und/oder

Barrierefaktoren im Sinne der ICF-CY analysiert (Grötzbach & Iven 2014, Westby & Washington 2017). Hierbei kann Verstandenwerden als eine der Hauptvoraussetzungen für eine gelingende (kommunikative) Partizipation angesehen werden (Ruben 2000). Uneingeschränkt kommunizieren zu können ist somit nach Dohmen (2009) eine wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Teilhabe am sozialen Leben in unserer Gesellschaft.

Bei Kindern mit Aussprachestörungen können hier jedoch Probleme auftreten. Aufgrund ihrer eingeschränkten Verständlichkeit unterliegen sie verstärkt dem Risiko, in ihrer kommunikativen Partizipation eingeschränkt zu sein (McLeod et al. 2015, Thomas-Stonell et al. 2009). SprachtherapeutInnen müssen sich dieses Zusammenhangs bewusst sein. Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit, in der sprachtherapeutischen Diagnostik nicht nur rein linguistische Faktoren (z.B. Art der phonologischen Prozesse), sondern zudem die Verständlichkeit des Kindes im alltäglichen Umfeld zu berücksichtigen.

Neumann und Romonath machten 2010 bereits darauf aufmerksam, dass der alleinige Blick auf die Körperfunktionen zur sprachlichen Interventionsplanung nicht genügt. Aktuell wird das Ausmaß einer eingeschränkten Verständlichkeit im sozial-interaktiven Kontext in der Diagnostik aber noch unzureichend in der Praxis berücksichtigt. Dies ist jedoch immens wichtig, da die Verständlichkeit der betroffenen Kinder mit deren individueller Einstellung ihrem eigenen Sprechen gegenüber und deren kommunikativer Teilhabe korreliert (Neumann 2018).

Die neue *Intelligibility in Context Scale* (ICS, McLeod et al. 2012a) ermöglicht es erstmals, die Verständlichkeit des Kindes im sozialen, alltäglichen Kontext einzuschätzen. Der vorliegende Beitrag stellt die autorisiert übersetzte und validierte deutsche Version *Skala zur Verständlichkeit im Kontext* (ICS-G, McLeod et al. 2012c) ausführlich dar.

Einschätzung von Verständlichkeit

Camarata (2010) beschreibt Verständlichkeit als den Grad, in dem die zuhörende Person versteht, was die Sprechende sagt, wenn die Zielsetzung nicht klar ist. Eine Äußerung ist demnach verständlich, wenn ihr Inhalt genauso verstanden wird, wie er gemeint war. Bei eingeschränkter Verständlichkeit wird die Äußerung nur unvollständig, fehlerhaft oder gar nicht von der zuhörenden Person aufgenommen.

Yorkston et al. (1996) unterstreichen in diesem Zusammenhang die Wichtigkeit der kontextuellen Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit als Ebenen des Verständlichkeitsbegriffs. Verständlichkeit ist eine zweiseitige Interaktion zwischen einer Sprechenden und einer zuhörenden Person. Sie kann beeinflusst werden durch innere wie äußere Faktoren. Sowohl bei der Sprechenden als auch bei der zuhörenden Person können Kriterien eine Rolle spielen wie das Alter, Sprache/Dialekt sowie sprachlich-kommunikative Auffälligkeiten sowohl im rezeptiven als auch produktiven Bereich.

Zwischen der Sprechenden und Zuhörenden ist natürlich auch der Grad an Vertrautheit ausschlaggebend. Als äußerer Faktor können der Kontext und/oder die Umgebung eine Rolle spielen sowie auch der Grad an Störfaktoren wie Hintergrundgeräusche (McLeod 2020).

In der sprachtherapeutischen Praxis wird eine gute Verständlichkeit der KlientInnen als wichtiges Therapieziel angesehen, deren Einschätzung oder gar objektive Messungen werden aber kaum durchgeführt. Miller (2013) betont jedoch, dass sowohl quantitative Messungen (z.B. Prozent korrekter Konsonanten/PCC) als auch qualitative Einschätzungen in realistischen Lebenssituationen notwendig sind, um die Verständlichkeit von Kindern mit Aussprachestörungen vollständig erfassen zu können.

Gängige Verfahren zur Erfassung der Verständlichkeit von Kindern beruhen entweder auf Ein-Wort-Analysen, der Analyse zusammenhängender gesprochener Sprache oder

ZUSAMMENFASSUNG. Die Implementierung der ICF-CY hält zunehmend Einzug in die sprachtherapeutische Forschung und Praxis. In diesem Rahmen werden ICF-CY-basierte Diagnostikmaterialien und Therapiekonzepte benötigt. Für Kinder mit Aussprachestörungen spielt dabei insbesondere die Einschätzung deren Verständlichkeit eine wichtige Rolle, da diese in direktem Zusammenhang mit erfolgreicher Interaktion sowie kommunikativer Partizipation steht. Die ins Deutsche übersetzte Skala zur Verständlichkeit im Kontext (ICS-G) ist ein Fragebogen für Sorgeberechtigte, der die Verständlichkeit von Kindern mit Aussprachestörungen im sozial-interaktiven Kontext im Kindergarten- bzw. Vorschulalter einzuschätzen vermag. Der vorliegende Beitrag stellt die autorisiert übersetzte und validierte deutsche Version ICS-G ausführlich dar.

► **SCHLÜSSELWÖRTER:** ICF-CY – ICS – ICS-G – Verständlichkeit – Aussprachestörungen – Elternfragebogen

auf Beurteilungsskalen (*Flipsen 2006, McLeod 2015*). Bei den ersten beiden Verfahren werden entweder einzelne Wörter, Sätze oder Spontansprachproben des Kindes hinsichtlich ihrer Verständlichkeit durch Laien oder verblindete Personen eingeschätzt. Bei dieser linguistischen Analyse ist die Berücksichtigung unterschiedlicher kontextueller Faktoren jedoch kaum möglich.

Skala zur Verständlichkeit im Kontext (ICS)

Um diese Lücke zu schließen und die sozialfunktionale Verständlichkeit von Kindern mit Aussprachestörungen erheben zu können, wurde im Jahre 2012 die *Intelligibility in Context Scale (ICS)* von *McLeod* und Kolleginnen der Charles Sturt University (Bathurst/Australien) entwickelt (*McLeod et al. 2012a*). Sie ist als „proxy report“ für Sorgeberechtigte konzipiert. Diese schätzen die Verständlichkeit des Kindes in Bezug auf sieben im Alltag des Kindes relevante Personengruppen ein, die sich in ihrem Grad an Vertrautheit unterscheiden (*McLeod 2015, 2020*).

Die KommunikationspartnerInnen sind die Eltern selbst, der engste und erweiterte Familienkreis, FreundInnen, Bekannte, LehrerInnen/ErzieherInnen sowie unbekannte Personen. Die Items der ICS sind ICF-CY-konform. Die gewählten KommunikationspartnerInnen werden durch alle sieben Bereiche des Kapitels „Unterstützung und Beziehungen“ (e3) der Umweltfaktoren (e) abgebildet (*McLeod et al. 2012b, Neumann et al. 2017, Ng et al. 2014, s. Tab. 1*).

Die englische Originalversion konnte seit ihrer Veröffentlichung an mehr als 800 Englisch sprechenden Kindern im Kindergarten-

bzw. Vorschulalter normiert werden (*McLeod 2020*). Aktuell steht die ICS in mehr als 60 Sprachen kostenfrei zum Download zur Verfügung. Jede Sprachversion ist in mono- und bilingualen Formaten (mit englischen Items) konzipiert und durch ein englisches Manual ergänzt. Teilweise liegen auch die jeweiligen Übersetzungen des Manuals vor. Die ICS wurde aktuell in 18 internationalen Studien aus 14 Ländern/Sprachen anhand von 4235 Kindern validiert (*McLeod 2020*). Weitere Studien zur Validierung und Normierung sind in Bearbeitung.

Durch ihre diversen Sprachversionen bietet die ICS bei bi- bzw. multilingualen Kindern den einmaligen Vorteil, deren Verständlichkeit in mehreren Sprachen einschätzen zu können (*McLeod et al. 2012b*).

Generell vereint die ICS als Beurteilungsskala diverse Vorteile: Sie ist ohne große Vorbereitung durchführ- und auswertbar, benötigt nur eine kurze Durchführungsdauer und liefert Ergebnisse, die sowohl zur Interventionsplanung wie auch als *Therapy Outcome Measure (TOM)* verwendet werden können (*McLeod 2016*).

Dies wird auch durch den internationalen Einsatz der ICS wiedergespiegelt. Seit 2012 wurde sie zu unterschiedlichen Forschungszwecken eingesetzt: (1) als Assessment zur Grundlagenforschung zur Verständlichkeit im Kontext von Kindern mit sprachlich-kommunikativem Unterstützungsbedarf (u.a. *Burton et al. 2018*), (2) als Screening-Material in Gesundheitsstudien (u.a. *McLeod et al. 2013*), (3) um die unterschiedliche Verständlichkeit in Bezug auf diverse KommunikationspartnerInnen zu analysieren (u.a. *McLeod et al. 2017*), (4) um die Einschätzung durch unterschiedliche Personen zu vergleichen (z.B. Väter vs. Mütter, u.a. *Washington et al. 2017*) und (5) als *Therapy Outcome Measure (TOM)*, u.a. *Seifert et al. 2019*).

Die deutsche Version ICS-G

Im Jahre 2012 wurde die ICS von *Neumann* in Kooperation mit dem australischen ICS-Team autorisiert übersetzt, wobei entsprechend der Richtlinien zur internationalen Anpassung von Fragebögen nach *Behr & Scholz (2011)* vorgegangen wurde. Eine Rückübersetzung erfolgte durch die akkreditierte *National Accreditation Authority for Translators and Interpreters (NATI)* in Australien. Die deutsche Version der ICS-G kann weltweit nun von SprachtherapeutInnen mit deutschsprachigen Kindern, insbesondere im deutschsprachigen Raum (Deutschland, Österreich, Schweiz), verwendet werden. Die deutsche ICS-G mit Handanweisung steht online kostenfrei zur Verfügung unter www.csu.edu.au/research/multilingual-speech/ics. Ihren ersten Einsatz in der Forschung erlangte die ICS-G im Rahmen des LAPUKI-Projektes (*Neumann 2014*), in dessen Rahmen sie auch



**EINFACH.
DIREKT.
KOMPETENT.**

**HANSEATISCH
ABRECHNEN.**

**Persönlicher
Ansprechpartner.**

**Keine
Vertragslaufzeiten.**

**Auszahlung bereits
ab 48 Stunden.**

www.as-bremen.de

0421 303 83 149

info@as-bremen.de

Tab. 1: Anlehnung der ICS(-G) Items an ICF-CY-Codes aus Umweltfaktoren (e)

ICS(-G) Items	ICF-CY Codes	Personenkreis
Item 1	e310	Engster Familienkreis (Sorgeberechtigte)
Item 2	e310	Engster Familienkreis
Item 3	e315	Erweiterter Familienkreis
Item 4	e320	Freunde
Item 5	e325	Bekannte, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und andere Gemeindemitglieder
Item 6	e330	Autoritätspersonen
Item 7	e345	Fremde

validiert wurde (Neumann et al. 2017). Hier konnten Daten von Kindern mit Aussprachestörungen, LKGS-Fehlbildung sowie mit Stotterersymptomatik im Alter von 3;0 bis 5;11 Jahren erhoben werden. Aktuell findet die ICS-G in vier Dissertationsprojekten an der Universität Erfurt bei diversen Sprachstörungsbildern Einsatz, wo sie auch als *Therapy Outcome Measure* (TOM) verwendet bzw. überprüft wird.

Aufbau

Die ICS-G umfasst auf einer DIN-A4-Seite sieben Fragen zur Verständlichkeit des Kindes, die von den Sorgeberechtigten anhand einer fünfstufigen Likert-Skala (immer, meistens, manchmal, selten, nie) eingeschätzt werden

(Abb. 1). Auf dem Bogen können einige anamnestische Informationen erfasst werden, wie Name/Identifikationsnummer, Geburtsdatum, Geschlecht, Sprachen, die das Kind spricht, wer den Fragebogen ausfüllt und in welcher Beziehung diese Person zu dem Kind steht. Daran schließt sich ein kurzer Hinweis an die ausfüllende Person an, beim Beantworten der Fragen die Sprechweise/Verständlichkeit des Kindes im letzten Monat zu berücksichtigen sowie jeweils nur eine der fünf Antwortmöglichkeiten zu umkreisen. Anschließend werden die sieben Fragen dargestellt, die es einzuschätzen gilt. Die Berechnung und Erfassung des Ergebnisses erfolgt anschließend direkt auf dem Fragebogen der ICS-G.

Abb. 1: Die deutsche Version der ICS (ICS-G)

Durchführung

Die ICS-G kann als ergänzende Eingangs-, Verlaufs- und/oder Abschlussdiagnostik eingesetzt werden. Ihre Durchführungsdauer beträgt ungefähr fünf Minuten. Aufgrund der geringen Bearbeitungsdauer kann die ICS-G problemlos von den Sorgeberechtigten im Wartezimmer, während einer Therapieeinheit oder als kurzes Interview bei einem Beratungsgespräch durchgeführt werden. Bei monolingual deutsch aufwachsenden Kindern wird die deutsche Version (ICS-G) ausgefüllt. Beim Aushändigen des Bogens werden die Sorgeberechtigten zunächst von dem/der Therapeutin kurz über die Zielsetzung und Durchführung der ICS-G informiert. Zur Vorbereitung des ersten Einsatzes der ICS-G in der Praxis empfiehlt es sich daher, das ICS-Manual durchzulesen. Der Fragebogen wird anschließend von einer sorgeberechtigten Person selbst ausgefüllt, indem sie die am besten zutreffenden Antworten einkreist.

Wenn die Verständlichkeit eines mehrsprachig aufwachsenden Kindes eingeschätzt werden soll, werden zuerst die Sprachen erfragt, die das Kind spricht. Dann kann entschieden werden, ob die ICS auf Deutsch oder in allen Sprachen des Kindes (z.B. Deutsch und Farsi) ausgehändigt wird, sofern diese Versionen zur Verfügung stehen. Die Sorgeberechtigten werden dann gebeten, die Verständlichkeit ihres Kindes in der Sprache, die auf dem ICS-Bogen abgebildet ist, einzuschätzen. So kann z.B. ein möglicher Unterschied der Verständlichkeit des Kindes in verschiedenen Sprachen erhoben werden. In der Regel ist das Hinzuziehen einer dolmetschenden Person aufgrund der Instruktion auf dem Fragebogen und den einfach formulierten kurzen Fragen nicht notwendig.

Auswertung

Generell sollen alle sieben Fragen der ICS-G beantwortet werden (Abb. 2). Die jeweiligen Punktwerte werden im Anschluss addiert. Dabei kann ein Gesamtwert von minimal sieben und maximal 35 Punkten erreicht werden. Dieser Gesamtwert wird dann durch die Anzahl der Fragen (7) dividiert, wodurch man einen Mittelwert erhält, der zwischen eins und fünf liegen kann. Dieser Mittelwert stellt das Ergebnis der ICS-G dar. Je höher der erzielte Wert ist, desto besser ist die Verständlichkeit des Kindes (McLeod 2015).

Wenn eine Frage nicht eingeschätzt werden kann (z.B. das Kind geht nicht in den Kindergarten und hat daher keinen Kontakt zu ErzieherInnen), wird hier kein Punktwert umkreist und der Gesamtwert nur durch die Anzahl der beantworteten Fragen geteilt, um den Mittelwert zu berechnen. Die Auswertung erfolgt direkt auf dem Fragebogen. Es wird kein

Skala zur Verständlichkeit im Kontext: Deutsch

Intelligibility in Context Scale (ICS): German

(McLeod, Harrison, & McCormack, 2012)

Translated by: Dr. Sandra Neumann, Universität zu Köln, Deutschland, 2012

Sandra Neumann, Ph.D., University of Cologne, Germany, 2012

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____ männlich/weiblich: _____

Kind spricht die Sprachen: _____

Datum: _____ Alter des Kindes: _____

Ausfüllende Person der Skala: _____

Beziehung zum Kind: _____

Die folgenden Fragen fragen ab, wie sehr das Gesagte Ihres Kindes von unterschiedlichen Personen verstanden wird. Bitte denken Sie an die Sprechweise Ihres Kindes im letzten Monat, wenn Sie die Fragen beantworten. Umkreisen Sie bei jeder Frage nur eine Zahl.

	immer	meistens	manchmal	selten	nie
1. Verstehen Sie ihr Kind?	5	4	3	2	1
2. Versteht der engste Familienkreis Ihr Kind?	5	4	3	2	1
3. Versteht der erweiterte Familienkreis Ihr Kind?	5	4	3	2	1
4. Wird Ihr Kind von seinen Freunden verstanden?	5	4	3	2	1
5. Verstehen andere Bekannte Ihr Kind?	5	4	3	2	1
6. Wird Ihr Kind von seinen Lehrern/Erziehern verstanden?	5	4	3	2	1
7. Verstehen Fremde Ihr Kind?	5	4	3	2	1
Gesamtwert =	/35				
Durchschnittswert =	/5				

¹ Diese Einschätzung könnte für die Sprechweise Erwachsener adaptiert werden, wenn Kind durch Lebensgefährtin/Ehepartner ersetzt wird.

² Der Begriff *Fremde* könnte in *Unbekannte* geändert werden.

Diese Version der Skala zur Verständlichkeit im Kontext darf kopiert werden.

Intelligibility in Context Scale is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0 Unported License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/).

McLeod, S., Harrison, L. J., & McCormack, J. (2012). The Intelligibility in Context Scale: Validity and reliability of a subjective rating measure. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 55(2), 648-656. <http://jslhr.asha.org/cgi/content/abstract/55/2/648>

McLeod, S., Harrison, L. J., & McCormack, J. (2012). *Skala zur Verständlichkeit im Kontext* [Intelligibility in Context Scale: Deutsch]. (S. Neumann, Trans.). Bathurst, NSW, Australia: Charles Sturt University. Retrieved from <http://www.csu.edu.au/research/multilingual-speech/ics>. Published November 2012.



Abb. 2: Beispiel zur Auswertung der ICS-G

	Immer	meistens	manchmal	selten	nie
1. Verstehen Sie ihr Kind?	5	4	3	2	1
2. Versteht der engste Familienkreis Ihr Kind?	5	4	3	2	1
3. Versteht der erweiterte Familienkreis Ihr Kind?	5	4	3	2	1
4. Wird Ihr Kind von seinen Freunden verstanden?	5	4	3	2	1
5. Verstehen andere Bekannte Ihr Kind?	5	4	3	2	1
6. Wird Ihr Kind von seinen Lehrern/Erziehern verstanden?	5	4	3	2	1
7. Verstehen Fremde Ihr Kind?	5	4	3	2	1
Gesamtwert =	22/35				
Durchschnittswert =	3,14/5				

zusätzliches Material benötigt. Die Berechnung ist unkompliziert und nimmt weniger als drei Minuten in Anspruch. So ist es dem/der TherapeutIn möglich, den Eltern des Kindes direkt eine Rückmeldung zu geben.

Psychometrische Evaluation der ICS-G

Die ICS-G wurde im Jahr 2017 an 30 Kindern mit Aussprachestörungen und 151 sich typisch entwickelnden Kindern im Alter von 3;0 bis 5;11 Jahren psychometrisch validiert (Neumann et al. 2017). Die Eltern der Kinder füllten die ICS-G und einen Demografiebogen (inkl. Winkler-Sozialschichtindex) aus. Ein Teil der Eltern (n=30) füllte die ICS-G nach einer Woche erneut aus.

Der Schweregrad der Aussprachestörung wurde anhand der PLAKSS-II (Fox-Boyer 2014) eingeschätzt. Dazu wurden die Äußerungen der Kinder phonetisch transkribiert. Anschließend erfolgte die Schweregradeinschätzung anhand folgender Variablen: Prozentzahl korrekter Konsonanten (PCC), Prozentzahl korrekter initialer Konsonanten (PICC), Prozentzahl korrekter Vokale (PVC) und die Prozentzahl korrekter Phoneme (PPC).

Es konnten insgesamt gute psychometrische Eigenschaften der ICS-G belegt werden. Sie weist eine hohe interne Konsistenz ($\alpha = 0,95$, $p < 0,001$) sowie eine hohe Test-Retest-Reliabilität ($r = 0,998$, $p < 0,001$) auf. Weiterhin konnte eine gute Konstruktvalidität herausgestellt werden. Die Kriteriumsvalidität der ICS-G wurde anhand signifikanter Korrelationen zwischen dem Gesamtwert der ICS-G und dem PPC ($r = 0,43$), PICC ($r = 0,43$), PVC ($r = 0,62$) und PPC ($r = 0,47$) nachgewiesen.

Analysen zeigten schwache signifikante Zusammenhänge mit externen Faktoren (z.B. Alter, sozioökonomischer Status). Die ICS-G

ist zudem in der Lage, zwischen sprachauffälligen und sprachunauffälligen Kindern zu unterscheiden, was sich anhand signifikant höherer Werte in der Kontrollgruppe ($M = 4,49$, $SD = 0,47$) im Vergleich zu den Kindern mit Aussprachestörungen ($M = 3,97$, $SD = 0,63$) zeigte.

Zusammenfassung und Ausblick

Mit der ICS-G liegt erstmals ein reliables und valides Instrument zur Erfassung der sprachlichen Aktivität und Kommunikation von Kindern im Kindergarten- und Vorschulalter vor (Neumann et al. 2017). Die ICS-G erweist sich als sehr praxistauglich, da sie einfach und schnell durchzuführen und zu analysieren ist. Durch das Vorliegen der ICS in vielen weiteren Sprachen, wie Türkisch, Arabisch, Polnisch und Farsi, kann sie in der Muttersprache der Sorgeberechtigten als Ergänzung zu kindzentrierten Diagnostika ausgegeben werden.

Wir hoffen, dass der zukünftige Einsatz der ICS-G SprachtherapeutInnen/LogopädInnen in Deutschland besser ermöglicht, die sozial-kommunikative Einschränkung der Verständlichkeit durch eine Sprach- bzw. Kommunikationsstörung bei ihren kleinen KlientInnen zu erfassen. Mit der ICS-G kann der Anspruch umgesetzt werden, die ICF-CY in das sprachtherapeutische Handeln zu implementieren.

LITERATUR

- Behr, D. & Scholz, E. (2011). Questionnaire translation in crossnational survey research. *Methoden – Daten – Analysen* 5 (2), 157-179
- Burton, J. M., Washington, K.N. & Samms-Vaughan, M. (2018). Parent report of communication skills of Jamaican children with autism spectrum disorder: A pilot study. *Communication Disorders Quarterly* 41 (1), 54-66
- Camarata, S. (2010). Naturalistic intervention for speech intelligibility and speech accuracy. In: Williams, A.L., McLeod, S. & McCauley, R.J. (Hrsg.), *Interventions for speech sound disorders in children* (381-406). Baltimore: Brookes
- Dohmen, A. (2009). Profile eingeschränkter Kompetenz von Kindern. *L.O.G.O.S Interdisziplinär* 17 (2), 118-128
- Flipsen, P. (2006). Measuring the intelligibility of conversational speech in children. *Clinical Linguistics and Phonetics* 20 (4), 303-312
- Fox-Boyer, A. (2014). *PLAKSS-II: Psycholinguistische Analyse Kindlicher Aussprachestörungen-II*. Frankfurt: Pearson
- Grötzbach, H. & Iven, C. (Hrsg.) (2014). *ICF und ICF-CY in der Sprachtherapie. Umsetzung und Anwendung in der logopädischen Praxis*. Idstein: Schulz-Kirchner
- McLeod, S. (2004). Speech pathologists' application of the ICF to children with speech impairment. *Advances in Speech-Language Pathology* 6 (1), 75-81
- McLeod, S. (2015). Intelligibility in Context Scale: A parent-report screening tool translated into 60 languages. *Journal of Clinical Practice in Speech-Language Pathology* 17 (1), 7-12
- McLeod, S. (2020). Intelligibility in Context Scale: crosslinguistic use, validity, and reliability. *Speech, Language and Hearing* 23 (1), 9-16
- McLeod, S., Crowe, K. & Shahaieian, A. (2015). Intelligibility in context scale: normative and validation data for English-speaking preschoolers. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools* 46 (3), 266-276
- McLeod, S., Harrison, L.J., McAllister, L. & McCormack, J. (2013). Speech sound disorders in a community study of preschool children. *American Journal of Speech-Language Pathology* 22 (3), 503-522
- McLeod, S., Harrison, L.J. & McCormack, J. (2012a). *The Intelligibility in Context Scale*. Bathurst: Charles Sturt University. www.csu.edu.au/research/multilingual-speech/ics (07.05.2020)
- McLeod, S., Harrison, L.J. & McCormack, J. (2012b). The Intelligibility in Context Scale: validity and reliability of a subjective rating measure. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 55 (2), 648-656
- McLeod, S., Harrison, L.J. & McCormack, J. (2012c). *Skala zur Verständlichkeit im Kontext: Deutsch [Intelligibility in Context Scale: German]* (trans.

Sandra Neumann) (verfügbar unter: <http://www.csu.edu.au/research/multilingual-speech/ics>)

- McLeod, S., Verdon, S. & International Expert Panel on Multilingual Children's Speech (2017). Tutorial: Speech assessment for multilingual children who do not speak the same language(s) as the speech-language pathologist. *American Journal of Speech-Language Pathology* 26 (3), 691-708
- Miller, N. (2013). Measuring up to speech intelligibility. *International Journal of Language and Communication Disorders* 48 (6), 601-612
- Neumann, S. (2014). Inklusion im Vorschulalter: Ein Projekt zur Grundlagenforschung bei Kindern mit unterschiedlicher Sprachstörungsgenese (LAPUKI). In: Blechschmidt, A. & Schräpler, U. (Hrsg.), *Frühe sprachliche Bildung und Inklusion* (133-142). Basel: Schwabe
- Neumann, S. (2018, November). *Die kommunikative Partizipation [Teilhabe] von Kindern mit Aussprachestörung im Vorschulalter – Untersuchung anhand des FOCUS®-G*. 10. Interdisziplinäre Tagung über Sprachentwicklungsstörungen (ISES X), Dortmund
- Neumann, S. & Romonath, R. (2010, September). *Die Komponente sprachlicher Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe] der ICF-CY in der sprachtherapeutischen Diagnostik bei Kindern im Grundschulalter*. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Sprachbehindertenpädagogik (dgs), Dortmund
- Neumann, S., Rietz, C. & Stennecken, P. (2017). The German Intelligibility in Context Scale (ICS-G): reliability and validity evidence. *International Journal of Language and Communication Disorders* 52 (5), 585-594
- Ng, K.Y.M., To, C.K.S. & McLeod, S. (2014). Validation of the Intelligibility in Context Scale as a screening tool for preschoolers in Hong Kong. *Clinical Linguistics and Phonetics* 28 (5), 316-328
- Ruben, R.J. (2000). Redefining the survival of the fittest: Communication disorders in the 21st Century. *Laryngoscope* 110 (2), 241-245

- Seifert, M., Wren, Y., Davies, A. & McLeod, S. (2019, June). *Parents' ratings of intelligibility in 3-year-olds with cleft lip and/or palate using the Intelligibility in Context Scale: Findings from the cleft collective Cohort studies*. Utrecht: European Cleft Palate Craniofacial Association (ECPA)
- Thomas-Stonell, N., Oddson, B., Robertson, B. & Rosenbaum, P. (2009). Predicted and observed outcomes in preschool children following speech and language treatment: parent and clinician perspectives. *Journal of Communication Disorders* 42 (1), 29-42
- Washington, K.N., McDonald, M.M., McLeod, S., Crowe, K. & Devonish, H. (2017). Validation of the Intelligibility in Context Scale for Jamaican Creole-speaking preschoolers. *American Journal of Speech-Language Pathology* 26 (3), 750-761
- Westby, C. & Washington, K.N. (2017). Using the International Classification of Functioning, Disability and Health in assessment and intervention of school-aged children with language impairments. *Language, Speech and Hearing Services in Schools* 48 (3), 137-152
- World Health Organization (WHO) (2007). International Classification of Functioning, Disability and Health: Children and Youth Version: ICF-CY. Geneva: WHO
- Yorkston, K.M., Strand, E.A. & Kennedy, M.R. (1996). Comprehensibility of dysarthric speech: Implications for assessment and treatment planning. *American Journal of Speech-Language Pathology* 5 (1), 55-66

► Die ICS ist aktuell in über 60 Sprachen übersetzt und kostenfrei online verfügbar: <http://www.csu.edu.au/research/multilingual-speech/ics>. Die deutsche Version ist auch in Deutsch/Englisch erhältlich. Die Handanweisung liegt in englischer Sprache vor.



Prof. Dr. Sandra Neumann leitet seit Oktober 2019 den Fachbereich Inklusive Bildungsprozesse bei Beeinträchtigungen von Sprache und Kommunikation an der Universität Erfurt. Ihr Forschungsschwerpunkt liegt u.a. in der Implementierung der ICF-CY in die sprachtherapeutische Versorgung. In ihrem LAPUKI-Projekt übersetzte und validierte sie die ICS-G für den deutschsprachigen Raum.



Lisa Schäuble studierte grundständig den BA Deutsch als Fremd- und Zweitsprache mit dem Nebenfach Sprechwissenschaft und Phonetik an der Friedrich-Schiller-Universität Jena. Sie schloss ihr Masterstudium der Klinischen Sprechwissenschaft an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg im August 2019 ab. Seit März 2020 ist sie wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Erfurt und promoviert im Projekt "German Intelligibility in Context Scale (ICS) – Collecting German normative data with the ICS-Digital (app)".



Prof. Dr. Sharynne McLeod, PhD. SLP, ist Professorin für Sprech- und Sprachentwicklung an der Charles Sturt University/Australien. Sie ist Co-Vorsitzende des International Expert Panel on Multilingual Children's Speech, frühere Vize-Präsidentin der International Clinical Phonetics and Linguistics Association (ICPLA), Mitglied auf Lebenszeit der Speech Pathology Australia und führendes Mitglied der American Speech-Language-Hearing Association (ASHA).

DOI 10.2443/skv-s-2020-53020200404

KONTAKT

Prof. Dr. Sandra Neumann

Universität Erfurt
Erziehungswissenschaftliche Fakultät
Fachgebiet Sozial- und Sonderpädagogik
Professur für Inklusive Bildungsprozesse bei Beeinträchtigungen von Sprache und Kommunikation
Nordhäuser Str. 63
99089 Erfurt
sandra.neumann@uni-erfurt.de

SUMMARY. The German Intelligibility in Context Scale (ICS-G) – First ICF-CY based assessment of intelligibility in children with Speech-Sound Disorder in Germany

The ICF-CY is implemented more and more in speech and language research and therapy. In this framework, ICF-CY based diagnostic tools and therapy concepts are needed. Especially the assessment of intelligibility is very important regarding children with speech-sound disorder (SSD) given that it is directly associated with successful interaction and communicative participation. The German Intelligibility in Context Scale (ICS-G) is a proxy report questionnaire for caregivers rating the intelligibility in context of preschool children with SSD. The present paper presents the authorized translated and validated German version of the ICS in a detailed manner.

KEYWORDS: ICF-CY – ICS – ICS-G – intelligibility – Speech-Sound Disorder – questionnaire for caregivers

Fachpublikationen Arbeitsmaterialien Fachzeitschriften



ICF und ICF-CY in der Sprachtherapie Umsetzung und Anwendung in der logopädischen Praxis

Die „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Gesundheit und Behinderung“ (ICF) ist eine international verwendete Klassifikation, die komplementär zur Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) entwickelt worden ist. Sie wurde 2001 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verabschiedet und definiert Komponenten von Gesundheit und einige mit Gesundheit zusammenhängende Komponenten von Wohlbefinden. Das Besondere an der ICF ist, dass sie Funktionsfähigkeit und Behinderung aus biologischer, individueller und gesellschaftlicher Perspektive beschreibt. Da die ICF als Konzept für die Rehabilitation in Deutschland gesetzlich verpflichtend ist, hat das Buch die Ziele,

- in die Denk- und Arbeitsweise der ICF einzuführen,
- die Umsetzung der ICF in klinische Routinen darzustellen,
- die Möglichkeiten, aber auch die Grenzen der ICF für die Rehabilitation von Kindern und Erwachsenen mit einer Sprach-, Sprech-, Stimm-, Schluck- oder Kommunikationsstörung zu beschreiben,
- die Arbeit mit der ICF anhand von klinischen Beispielen zu verdeutlichen.

Die zweite Auflage des Buchs enthält mehrere Neuerungen: Zum einen wird der ICF-CY, die die besonderen Entwicklungs- und Reifungsbedingungen von Kindern und Jugendlichen aufgreift, mehr Raum gegeben. Zum anderen beschäftigt sich ein eigenes Kapitel mit der Verwendung der ICF für Kinder mit einer Aphasie. Schließlich wurde der Überblick über die Anwendung der ICF in allen sprachtherapeutischen Bereichen aktualisiert. Überarbeitete Beispiele helfen dabei, die ICF-basierte Arbeitsweise transparent darzustellen.

Holger Grötzbach, Judith Hollenweger Haskell,
Claudia Iven,
2., aktualisierte und überarbeitete Auflage
2014,
kartoniert: ISBN 978-3-8248-1014-7,
308 Seiten,
E-Book: ISBN 978-3-8248-0949-3,
PDF 2.318 KB,
EUR 39,00 [D]

Dieses Buch ist auch kapitelweise erhältlich
(digital)



Tel.: +49 6126 9320-13
Fax: +49 6126 9320-50



bestellung@schulz-kirchner.de
www.skvshop.de



Klaus Wiebe

Outcome-Forschung Dysphonie und Dysodie

Eine Einzelfallstudie

Einleitung

Die Therapie als institutionell geregelte Instanz stellt einen Wirkrahmen dar. Ebenso wie die Versorgungssysteme der Gesellschaft wirkt sie im Sinne eines Impacts (Phineo 2014, Beier 2018): „Voraussetzung qualitätssichernder Maßnahmen in der Medizin ist die Erfassung der Versorgungsqualität über das Gesamtergebnis (Outcome), das am und mit dem Patienten erzielt wird“ (Kopp et al. 2002). Es geht dabei um die kontinuierliche Verbesserung und empirische Überprüfung im Sinne des Outcomes (Grewé & Huber 2012).

ZUSAMMENFASSUNG: Die WHO hat mit dem ICF-Schema die Ausrichtung der Therapieziele von Gesundheitsfachberufen nicht nur auf die Behandlung von Körperstrukturen und Funktionen ausgerichtet. Behandlungsziele sollen auch in der Aktivität und Teilhabe verortet werden. Am Beispiel einer Patientin mit Dysphonie und Dysodie wird eine ICF-orientierte Behandlung mit perceptiven, objektiven und subjektiven Messinstrumenten zur Evaluation beschrieben (Outcome). Nach 30 Behandlungen konnte nicht nur eine Verbesserung der Stimmleistung anhand der Diagnosekriterien nachgewiesen werden (objektive Leistungen), sondern auch eine Zunahme der Aktivität und Teilhabe sowie der person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren (subjektive Leistungen) anhand von Fragebögen gemessen werden. Die Wirksamkeit einer Therapie bemisst sich an konventionellen wie an neuen, subjektiven Endpunkten.

› **SCHLAGWÖRTER:** Einzelfallstudie – ICF – Outcome – Dysphonie

Bezogen auf die Versorgung von Patienten im Gesundheitswesen von Gesundheitsfachberufen versteht man unter *Output*, dass eine Maßnahme oder Aktivität durchgeführt wird. Die Zielgruppe wird erreicht und diese akzeptiert das Angebot. Daran schließt sich der *Outcome* an. Hierbei ändert die Zielgruppe ihre Fähigkeiten und ihr Handeln im Alltag. Das führt zu einer Veränderung ihrer Lebenslage.

Die World Health Organisation (WHO) hat mit der bio-psycho-sozialen Betrachtung von Gesundheit und Krankheit Forderungen an das deutsche Gesundheitswesen gestellt. Mit der *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) hat die WHO Kriterien von Gesundheitsproblemen mit Störungen der Strukturen und Funktionalität, der Aktivitäten, der Teilhabe und der Kontextfaktoren beschrieben (Abb. 1).

Die Kontextfaktoren teilen sich wiederum in Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren. Letztere bestehen aus sogenannten „common factors“ oder Wirkfaktoren, die die Therapie und das Ergebnis mitbestimmen. Auch die Adhärenz wird als Einflussgröße angeführt, indem der Patient durch die Mitentscheidung wirksam wird, die seine Person betreffen, die die Krankheit ausmachen, bezüglich der Therapie, in der Wahl innerhalb des Versorgungssystems und bezogen auf seine sozio-ökonomische Situation, um das Outcome zu verbessern.

Abb. 1: ICF-Schema (WHO 2005)



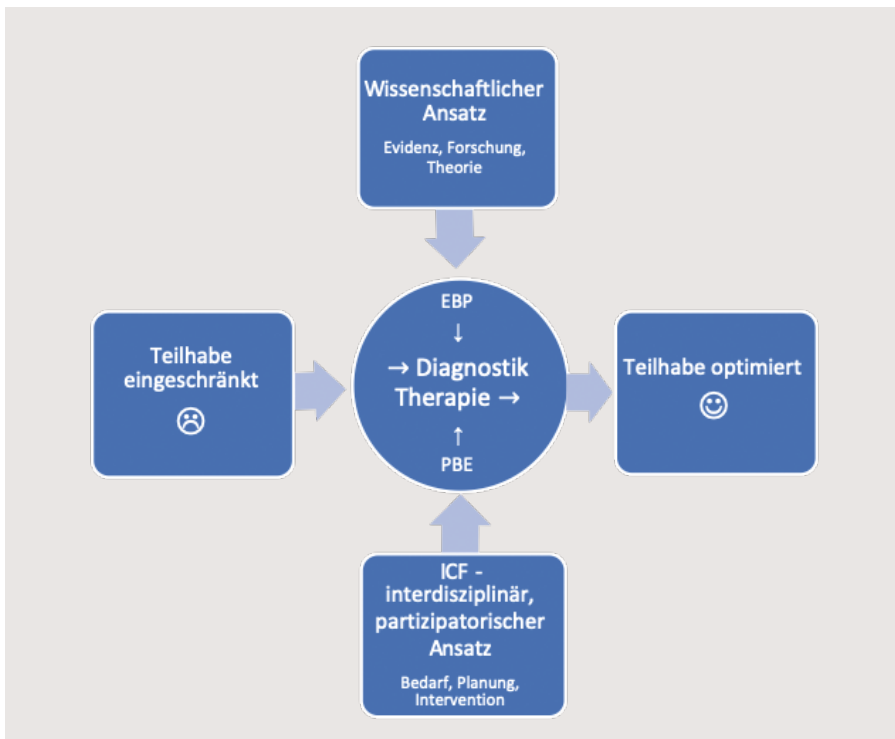
Methodisches Vorgehen

Am Beispiel einer Patientin mit Dysphonie aus der logopädischen Praxis soll aufgezeigt werden, wie die Forderungen der Heilmittel-Richtlinien und der ICF-Kriterien in den Behandlungsablauf integriert werden können. Die Qualität der Diagnostik und Therapie speist sich aus der evidenz-basierten Praxis (EBP) mit der externen Evidenz, der Forschung und der Theorie, aus der praxis-basierten Evidenz (PBE) mit der internen Evidenz, dem systematischen Erfassen und Dokumentieren, der Interdisziplinarität und dem Einbeziehen des Patienten. Dazu kommt das Clinical Reasoning (Beushausen & Grötzbach 2018, Green 2008) (Abb. 2).

Logopädische Maßnahmen zur Verbesserung von Stimmstörungen zeigen mit der behavioristisch orientierten Stimmtherapie signifikante Wirksamkeit (Behlau et al. 2015, Hammer & Teufel-Dietrich 2017, Desjardins et al. 2017, Ruotsalainen et al. 2007). Im deutschsprachigen Raum wird mehrheitlich ein Methodenmix aus ganzheitlichen und phonationsbezogenen Übungen eingesetzt (Hammer & Teufel-Dietrich 2017, Beushausen 2012, 2013, Lukaschik et al. 2016).

Der Outcome-Auftrag richtet sich nicht nur an allgemeine Faktoren, Faktoren der Methode, Faktoren des therapeutischen Handelns und des Therapieeffekts und der Nebeneffekte (Output), sondern auch an die ICF-Kriterien der Funktion, Aktivität, Teilhabe, Kontextfak-

Abb. 2: Anforderungen an Therapeuten hinsichtlich Diagnostik und Therapie (Kraus 2018)



toren und der fördernden und hemmenden Einflussfaktoren. Der Aktivität und Teilhabe als wichtigen Endpunkten in Diagnostik und Therapie soll in dieser Arbeit nachgegangen werden (Outcome). Wie kann eine stimmtherapeutische Behandlung nicht nur durchgeführt werden und evidenz-basierte Ansprüche erfüllen, sondern auch einer partizipatorischen Bedarfsbestimmung, Planung und Intervention genügen (Kraus 2018)?

ICF-Komponenten in der logopädischen Diagnostik

Der logopädische Auftrag besteht in Deutschland aus der Überweisung eines Menschen mit Einschränkungen mit der Ausstellung einer Heilmittelverordnung. Diese beinhaltet aufgrund der Heilmittel-Richtlinien (GBA 2017) grundsätzliche Informationen über den Krankheitszustand des Menschen mit Einschränkungen, Angaben zum Indikationsschlüssel und zum ICD-10 Code (DIMDI 2018). Die ICF-Kriterien unterscheiden zwischen Schäden der

Strukturen und Funktionalität, Beeinträchtigungen der Aktivität und Teilhabe und Kontextfaktoren person- und umweltbezogen. Die European Laryngological Society (ELS) hat Standards für ein Basisprotokoll vorgelegt, das perzeptive, subjektive und objektive, intraindividuelle als auch interindividuelle Kriterien zur Beurteilung der Stimmfunktion zulässt (Friedrich 2006).

Am Beispiel einer Patientin aus der Praxis zeigte sich, dass bei objektiv kleinerer Beeinträchtigung der Stimmfunktion eine schwerwiegende Einschränkung der beruflichen Leistungsfähigkeit im Alltag entstanden war (Hammer 2014). Umgekehrt kann eine objektiv ausgeprägte Stimmbeeinträchtigung bei Menschen mit geringem Kommunikationsverhalten zu wenig bis keiner Beeinträchtigung führen (Beier 2018).

Darum ist eine individuelle, an den Kriterien der ICF orientierte Ausrichtung der Diagnostik und Therapie erforderlich, um mit der patientenorientierten Diagnostik und Therapie zu effektiven Behandlungsangeboten und partizipatorischen Lösungen zu kommen. In der Tabelle 3 sind die perzeptiven, subjektiven und objektiven Verfahren aufgelistet. Diese wurden auch bei der beschriebenen Patientin angewandt. Zusätzlich wurden ICF-Komponenten bestimmten logopädischen Maßnahmen zugeordnet.

ICF-Komponenten in der logopädischen Therapie

Therapeutische Aufgaben verteilen sich zwischen Arzt, Logopäden und ggf. anderen Berufsgruppen. Es wird deutlich, dass Struktur-schäden vom Arzt festgestellt werden, Funktionen und Aktivitäten mit Teilhabe durch logopädische Maßnahmen abgedeckt werden und personbezogene Kontextfaktoren durch



Über die vielen Möglichkeiten der Unterstützten Kommunikation beraten wir Sie gerne. Kontaktieren Sie uns!

Service-Telefon: 0800 734 2847 (kostenfrei)
www.rehavista.de



Logopad Zurück zur Sprache

Das REHAVISTA Logopad unterstützt Menschen mit erworbenen Sprach- und Sprechstörungen.

REHAVISTA®
Kommunikation ist Leben

Tab. 1: Fragestellung und Ziele der Studie

Fragestellung	Kann eine Patientin mit funktioneller Dysphonie und Dysodie ihre Stimmfunktion verbessern und die Partizipation erweitern, wenn sie 2 bis 3 Mal pro Woche eine Beratung mit Coping-Strategien kombiniert mit einer funktionellen und teilhabeorientierten Stimmtherapie durchführen lässt?		
	Rumpf- und Oromotorik	Vokales Funktionstraining	Coping / Aktivität / Teilhabe
Nahziel 10 TE	Lockerung der Wirbelsäulen- und Halsmuskulatur, Lockerung der Kiefer-, Zungen-, Lippen- und Kehlkopfmuskulatur	Stimmeinsatz, Randkantenschwingung, Stimmlippenschluss, Dynamik, Registerausgleich, Atembalance	Beratung zu Symptomen und Alltagsproblemen in Sprech- und Kommunikationssituationen
Fernziel 20 TE	Koordination der orofazialen Muskelgruppen mit Hals- und Rückenmuskulatur	Funktionelles Stimmtraining mit Biofeedback am Monitor, Atembalance, Aufbau der Belastbarkeit	Beratung zum Alltagsverhalten, Copingstrategien, Ressourcentraining, Selbstwirksamkeitsverhalten
Fernziel 30 TE	Kräftigung der Rücken und Halsmuskulatur	Verbesserung und Stabilisierung der Stimmqualität und des Stimmumfangs, Atembalance, Erweiterung der stimmlichen Belastbarkeit	Gestalten von Sprech- und Singbedingungen an sich selbst und an das Umfeld; Begrenzen der täglichen Stimmbelastungen zum Erhalt der guten Qualität; Beratung bei eigenen konzertanten Auftritten und im Chor

die Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen durchgeführt werden können. Umweltfaktoren können nicht direkt mit logopädischen Maßnahmen erfasst werden (Hammer 2014, Hammer & Teufel-Dietrich 2017).

ICF-Ebene Funktionsfähigkeit

Logopädische Therapie berücksichtigt diagnostische Aspekte, Planung der Therapie, Zielformulierung und die Therapie der Funktionsebene. Die Funktionsfähigkeit der Stimme drückt sich in der Stimmklangbeurteilung, der Tonhaltedauer, der Heiserkeitsanalyse und in der Stimmfeldmessung aus (Hammer & Teufel-Dietrich 2017). Diese Kriterien können zur Vorher-Nachher-Untersuchung verwendet werden, um Therapieeffekte aufzuzeigen.

ICF-Ebene Aktivität und Teilhabe

Die Aktivitäten und die Teilhabe des Patienten werden in Beratung, Transferaufgaben und Therapieevaluation untersucht und behandelt. Außerdem werden diese ICF-Dimensionen mit

verschiedenen Fragebögen (hier Selbsteinschätzung) erfasst. Die subjektiven Verfahren *Voice Handicap Index (VHI)*, *Singing Voice Handicap Index (SVHI)*, *Stimmprofil Berufssprecher (SPBS)* und *Vokaltrakt-Beschwerde-Skala (VTD)* messen personbezogene Stimmeigenschaften, aktivitäts- und teilhabeorientierte und vokaltraktbezogene Beschwerden (Ehlert 2011, Lorenz et al. 2013, Lukaschik et al. 2017, Nawka 2006).

Falldarstellung (Kasuistik)

In der Einzelfallstudie wird eine Patientin aus einer ambulanten logopädischen Praxis beschrieben, die von einem Phoniater diagnostiziert und zur Stimmtherapie empfohlen wurde. Sie ist 45 Jahre alt, ausgebildete Sängerin, Chorleiterin und Mutter von mehreren Kindern. Zunächst wurden eine Anamnese und eine logopädische Diagnostik erhoben. Dann erfolgte die Aufstellung eines Behandlungsplans mit ausgewiesenen Therapiezielen, die mit der Patientin abgestimmt waren (Tab. 1).

Ausgehend von der Anamnese und der Diagnostik (Outcome-Messung) wird der Therapieverlauf beschrieben, wie er sich an den ICF-Kriterien als erweitertem Bezugssystem und an der Outcome-Messung als erweiterten Messgrößen orientiert. In der Anamnese (Tab. 2) wurde deutlich, dass die Patientin schon seit einigen Monaten Einschränkungen in der Funktion, in der Aktivität und Teilhabe aufwies.

Die Diagnostik (Tab. 3) ergab, dass die Stimmstörung durch einen grippalen Infekt ausgelöst wurde und zu einer anhaltenden Dysphonie führte. In der Untersuchung konnte außerdem vermerkt werden, dass eine Beeinträchtigung der Kontextfaktoren bestand. Diesen Symptomkomplex genauer zu verstehen, ist Aufgabe des Therapeuten, um daraus weitere Behandlungsmaßnahmen abzuleiten. Dazu soll im Sinne der ICF-Kriterien auch der Einbezug von Förderfaktoren und Barrieren betrachtet werden (Tab. 2, 3).

Ergebnisse

Das ausgewählte Beispiel beschreibt einen Fall einer Frau mit funktioneller Dysphonie und Dysodie. Stimmstörungen kommen bei Lehrern vergleichsweise häufig vor (Martins et al. 2014, 2016, Law et al. 2000, Pereira et al. 2015, Roy et al. 2005, Ruotsalainen et al. 2007, van Houtte et al. 2012). Die allgemeine, die körperliche, die psychosoziale Belastung im Beruf und im Privaten kann bei hohen Leistungsanforderungen zu Einschränkungen im Sinne der ICF-Kriterien führen.

Die Fragestellung „Kann eine Patientin mit funktioneller Dysphonie und Dysodie ihre Stimmfunktion verbessern und die Partizipation erweitern, wenn sie 2-3 Mal pro Woche eine Beratung mit Coping-Strategien kombiniert mit einer funktionellen und teilhabeorientier-

Tab. 2: Anamnesekriterien (Hammer 2014)

Fragenkategorien – Anamnese				+/-
Anlass der Anmeldung	Motivation, Bezug zum Problem (Patient)			
Beschwerden und Verlauf	Beschwerden, Beginn, Verlauf			
ICF-Strukturen und Funktion	Kehlkopf, subjektive Beschwerden, weitere Erkrankungen			-1
Einschränkung der Aktivität und Teilhabe	Beruf, Familie, Hobbys/Freizeit			-2
Umweltbezogene Kontextfaktoren	Soziale Umwelt (privat/beruflich), Stimmbelastung, Umgebungsbedingungen, bisherige Therapie			-1
Personbezogene Kontextfaktoren	Hobbys/ Freizeit, Lebensgewohnheiten, psychisches Wohlbefinden, Copingstrategien			-2
Förderfaktoren und Barrieren (Zsf.)		umweltbezogen	personbezogen	
	Förderfaktoren	ja	nein	
	Barrieren	nein	ja	
Ziele und Vereinbarungen	Z.B. nach SMART			

ten Stimmtherapie durchführen lässt?“ konnte bejaht werden. Tabelle 1 zeigt die Nah- und Fernziele und die Therapiebereiche Oromotorik und Hals, *vocal function exercises* (VFE) und Coping-Strategien mit Transfertraining.

ICF-orientierte Anamnese

Aus der Anamnese werden mögliche Ursachen, aufrechterhaltende Faktoren, Leidensdruck und Selbsteinschätzung, berufliche und private Bedingungen des Stimmgebrauchs, Lebensbedingungen und Erwartungen der Patientin deutlich (Hammer & Teufel-Dietrich 2017). Bezogen auf die ICF-Kriterien bietet die Tabelle 2 eine Übersicht zu den Themen und Zuordnungen. Die Patientin hatte Beschwerden im Stimmgebrauch, Kehlkopfbeschwerden, Einschränkungen im beruflichen, privaten und familiären Umfeld. Die Barrieren wurden in den personbezogenen Kontextfaktoren und die Förderfaktoren in den Umweltfaktoren ausgemacht.

ICF-orientierte Diagnostik

Wenn man die ICF-Kriterien mit ihrer Codierung auflistet, stellt sich eine andere Einteilung dar. Diese Diagnostik nach ICF-Kriterien wurde für die Patientin erstellt (Hammer 2014). Dabei werden Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivitäten, Teilhabe und die umweltbezogenen Kontextfaktoren in der Kodierung dargestellt. Die Zahlen nach dem Punkt in der Kodierung stellen die Förderfaktoren oder die Barrieren dar.

Die Ergebnisse zeigen im dargestellten Fall, dass die Patientin bei Körperfunktionen 16 Punkte, bei Körperstrukturen 2 Punkte und

bei Aktivität und Teilhabe 25 Punkte für Barrieren beschrieben hat, die vom Therapeuten gewichtet wurden. Bei den umweltbezogenen Kontextfaktoren konnten 5 Punkte als Förderfaktoren zugeordnet werden. Insgesamt stehen 43 Punkte gegen 5 Punkte für Barrieren und Förderfaktoren, sodass das Gewicht bei 38 Punkte für Barrieren ausfällt.

Diese diagnostische Baseline kann nun im Verlauf der Therapie neu evaluiert werden, um den Erfolg der Maßnahmen zu überprüfen (Kraus 2018). Die bisherige Einschätzung bestand also aus Selbst- und Fremdeinschätzung sowie objektiven und subjektiven Beurteilungen von Seiten des Arztes und Therapeuten.

Die angeführten Fragebögen (Selbstwahrnehmung) stehen ebenfalls für eine Vorher-Nachher-Messung zur Verfügung und wurden bei der Diagnostik ausgefüllt. Der Fragebogen des *Stimmprofils Berufssprecher* (SPBS) von Ehlers (2011) wurde auf die ICF-Kriterien hin konzipiert. Der Fragebogen des VHI und SVHI (Nawka 2006, Lorenz et al. 2013) fragt nach funktionellen, physischen und emotionalen Aspekten der Stimmgebung beim Sprechen und Singen. Der Fragebogen VTD (Lukaschyk et al. 2017) richtet die Betrachtung auf typische Halsbeschwerden.

ICF-orientierte Therapie

Nach der Therapieplanung wurden die Ziele gemeinsam mit der Patientin besprochen (Kraus 2018). Diese bezogen sich auf die Auffälligkeiten der Diagnostik wie in Tabelle 3 ersichtlich. Das erste Ziel bestand aus dem Wiedererlangen der stimmlichen Leistungsfähigkeit, die der Patientin über Monate hinweg verlo-

ren gegangen war. Das zweite Ziel bestand in dem alltäglichen Gebrauch ihrer Stimme im Chor als Leiterin, im Chor als Teilnehmerin, in der vorsichtigen Planung eigener solistischer Konzerte, in der Anwendung ihrer Stimme im familiären Zusammenhang beim Vorlesen von Gute-Nacht-Geschichten und bei privaten Veranstaltungen. Ein drittes Ziel bestand in der besseren Selbstwahrnehmung bezüglich einer Überlastung, der Gestaltung von Erholungszeiten, der klareren Kommunikation gegenüber ihrem direkten Umfeld zur Vermeidung von Überlastung.

Die Therapieinhalte bestanden aus üblichen Bausteinen (Hammer & Teufel-Dietrich 2017). Nach der Eingangsdiagnose erfolgten eine Zwischendiagnose und eine Abschlussmessung der wichtigsten Stimmparameter und eine Befragung zur subjektiven Wahrnehmung der Einschränkung.

Die Therapie bestand aus direkten und indirekten Interventionen. Direkte Maßnahmen bestehen aus funktionellen Übungen zu den Therapiebausteinen Haltung, Tonus, Bewegung, Atmung, Artikulation, Phonation, Person (Hammer & Teufel-Dietrich 2017, Spiecker-Henke & Bredenbeck 2014a, Haupt 2010, 2015). Indirekte Maßnahmen beziehen sich auf die ICF-Kriterien der Aktivität und Teilhabe und der Kontextfaktoren. Hier wurde beraten, über Stimmhygiene und Stimmschonung gesprochen, über Strategien zur Bewältigung stimmlich kommunikativer Situationen. Dazu gehören auch die Selbstwahrnehmung und die Wahrnehmung des Umfelds bezüglich der Belastung und Entlastung des eigenen Verhaltens.

Tab. 3: Mehrdimensionale Stimmdiagnostik, Vorher-Nachher-Bewertung (Hammer 2017)

Perzeptive Verfahren	Subjektive Verfahren	Objektive Verfahren	Vorher	Nachher
		Akustische Messung		
		Aerodynamische Messung	-3/3	-3/3
Beschreibung einzelner Stimmparameter (-1/2)	Voice Handicap Index (VHI) (-1/2), Singing Voice Handicap Index (SVHI) (-1/1)	Grundfrequenzanalyse (-1/2) Intensitätsanalyse	-1 -2 -1 -1	2 2 1 2
Heiserkeitsanalyse (RBH) (-1/2)	Stimmprofil Berufssprecher (SPBS) (-1/1)	Heiserkeitsanalyse (-1/2)	-1 -1 -1	2 1 2
Beobachtung von Haltung, Tonus, Atmung, Artikulation, Kommunikationsverhalten (-2/2)	Vokal-Trakt-Beschwerde-Skala (VTD) (-1/2)	Spektralanalyse (-2/-1), Formantanalyse (-1/2) (Dysphonia Severity Index - DSI) (Stimmbelastungstest) (Stimmfeldmessung)	-2 -1 -2 -1	2 2 1 2

Vorher-Nachher-Bewertungen sind in der rechten Spalte untereinander notiert und folgen den Tests von links nach rechts. Die fett gedruckten Tests weisen nach der Intervention noch leichte Einschränkungen auf. Die in Klammern gesetzten Testverfahren stehen nicht immer zur Verfügung und kamen hier nicht zum Einsatz.

Der Therapieverlauf dehnte sich über 30 Stunden aus. Er war geprägt von funktionellen Übungen zur Verbesserung des Stimmklangs und zur Reduktion der Anstrengung beim Stimmgebrauch (Pedrosa et al. 2016). Dies ging auch einher mit einer verbesserten Selbstwahrnehmung und der besseren Einschätzung der eigenen Phonation in Sprechsituationen. Es fanden beratende Gespräche statt zur Kommunikationshygiene und über die Anwendung der Therapieinhalte im sozialen Umfeld. Die Patientin bekam Übungsmaterial für das häusliche Training und führte die Übungen auch regelmäßig durch.

Die Therapieevaluation wurde nach jeweils einer Verordnung von zehn Einheiten erhoben. Dabei wurde ein umfangreicher Zwischenbericht an den Arzt geschrieben. Dieser enthielt wichtige Untersuchungen wie Tonhaltedauer, Stimmklangbeurteilung, Stimmfeldmessung in Umfang und Dynamik. Dazu kamen die Fragebögen zur Einschätzung der stimmbezogenen Merkmale zur Person, zur Aktivität und Teilhabe und zu Halsbeschwerden.

Diese Werte verbesserten sich langsam, aber kontinuierlich. In den ersten zehn Stunden konnten die Wahrnehmung und die Stimmklangqualität in der Übungssituation verbessert werden. In den zweiten zehn Stunden konnte die Patientin ihren Stimmumfang verbessern. Erst in den dritten zehn Stunden wurde deutlich, dass sich die Patientin in ihrem Umfeld anders verhalten konnte. Sie stellte sich und anderen Bedingungen an ihr Sprechen und Singen, in denen eine angemessene mündliche Kommunikation gelingen konnte. Im Sinne des Outcomes konnte die Patientin ihr Verhalten zu sich selbst und in ihrem Umfeld positiv verändern.

Der vorgestellte Fall einer Patientin mit Stimmstörung der Sprechstimme und der Singstimme zeigt eine erfolgreiche Behandlung von 30 Therapieeinheiten. Lediglich leichte Einschränkungen wurden bei der letzten Evaluation am Ende der Therapie verzeichnet. Es konnten im Fragebogen SVHI, SPBS und der Spektralanalyse einzelne Merkmale als leicht eingeschränkt ausgemacht werden (Tab. 3). Der Therapeut wurde auch bei den personbezogenen Kontextfaktoren auf leichte Einschränkungen aufmerksam (Tab. 3).

Die Patientin äußerte sich positiv zum Ergebnis, hat seit längerer Zeit wieder Lust am Singen, kann sich in ihrem Wunschberuf wieder chorisch und solistisch im konzertanten Umfeld bewegen, kann ihren beruflichen Aufgaben als Gesangslehrerin und Chorleiterin wieder nachkommen. Sie hat gelernt, für sich selbst und für andere die Bedingungen ihres stimmlichen Engagements zu definieren, zu kommunizieren und durchzusetzen.

Diskussion

Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen

Ein Phoniater und ein Therapeut sind mit der Beratung, Diagnostik und Behandlung beauftragt. Nach der Anamnese und Diagnostik erfolgte eine intensive therapeutische Auseinandersetzung mit den stimmlichen Einschränkungen der Patientin und ihrem Umfeld. Dabei ist für die Therapieplanung entscheidend, welche Methoden ausgewählt werden, welche Inhalte als zentral erscheinen, welche gemeinsamen Ziele angestrebt werden, welche Frequenz der Therapie und welche Dauer voraussichtlich anvisiert werden.

Die bio-psycho-sozialen Bedingungen von Gesundheit und Krankheit machten in diesem Fall deutlich, wie komplex die Wirkzusammenhänge von strukturellen, funktionellen, aktivitätsorientierten, teilhabebezogenen und person- und umweltbezogenen Faktoren sich darstellten. Es konnte auf allen Ebenen der Einschränkung, sowohl nach ICD-10-Kriterien, Heilmittelkatalog, als auch nach den ICF-Kriterien eine Verbesserung der objektiven und subjektiven stimmlichen Leistungen und der Teilhabe erzielt werden.

Diagnostik

Nach der Erhebung mit den angeführten diagnostischen Instrumenten ist es wichtig, Überlegungen im Sinne des Clinical Reasonings (Beushausen & Walther 2010) vorzunehmen, die sich auch mit dem Verhältnis von funktionellen Einschränkungen und Alltagseinschränkungen beschäftigen. Besonders bei den Fragebögen kann ein intensives Gespräch mit der Patientin zu wichtigen Informationen zu den Aktivitätszielen und zur Partizipation entstehen. Nicht zuletzt hat die Erfahrung des Therapeuten im Sinne der PBE einen Einfluss auf die Therapieplanung.

Diese interne Evidenz als strukturiert logische therapeutische Praxis (Kraus 2018, Borgetto et al. 2007, Lof 2011) und die systematische Erfassung und Dokumentation der anamnestischen und diagnostischen Daten (Hammer 2014, Hammer & Teufel-Dietrich 2017) werden dann auch in der Durchführung der Therapie zur Evaluation verwandt, um die praktischen Erfahrungen zu bestätigen oder zu widerlegen (Kraus 2018).

Therapie

Bezogen auf die ICF-Kriterien wurde anhand der Tests ein Vorher-Nachher-Vergleich vorgenommen, dessen orientierende Ergebnisse in einer Skala von -3 bis +3 abgebildet sind. Dabei bezog sich die Patientin auf Körperfunktionen durch mangelnde Belastbarkeit in Sprech- und Singstimme, durch Einschränkungen der stimmli-

chen Aktivitäten durch Einstellen ihrer solistischen Tätigkeit und einiger privater Aktivitäten, durch Einschränkungen in der Teilhabe bei allgemeinen Aufgaben, Kommunikation in interpersonellen Interaktionen und Beziehungen, bedeutenden Lebensbereichen und gemeinschaftlichem Leben. Bei den umweltbezogenen Kontextfaktoren ergaben sich Unterstützungen bei den Einstellungen der Umwelt durch ausgeprägtes Vertrauen in der Familie. Die personbezogenen Kontextfaktoren wiesen Einschränkungen in dem Wertesystem der Patientin und in der Biografie auf.

Wie von einigen Autoren beschrieben (Spiecker-Henke 2014, Spiecker-Henke & Bredenbeck 2014a), zeigte sich ein Schema des Kreislaufs von emotionaler Grundspannung, Muskelspannung, aufrechterhaltenden Prozessen, auslösenden Reaktionen und innerem und äußerem Stress. Dabei wird deutlich, dass innerer und äußerer Stress und auslösende Reaktionen zu einem erhöhten Psychotonus führten. Bei der beschriebenen Patientin wurde daraufhin über Copingstrategien versucht, problemorientierte, emotionsorientierte und bewertungsorientierte Lösungen zu finden (Lazarus 1999).

Neben der konventionellen Stimmtherapie durch Funktionsübungen sollte mitbedacht werden, dass die drei Faktoren der EBP, die externe Evidenz, die Expertise des Therapeuten und die Patientenpräferenz einbezogen werden sollten. Dabei ergibt sich aus der externen Evidenz und der Therapeutenexpertise das wissenschaftliche Know-how, aus der Therapeutenexpertise und der Patientenpräferenz die therapeutische Beziehung und aus der externen Evidenz und der Patientenpräferenz die Patientenedukation.

Alle sechs Elemente gehören zur EBP (Beushausen & Grötzbach 2018, Kraus 2018), wie sie in den Heilmittel-Richtlinien als bedarfsgerechte, zweckmäßige, wirtschaftliche und wirksame Maßnahmen gefordert werden (GBA 2017). Aus den Beschreibungen der Patientin aus ihrem Alltag und dem Leidensdruck, der auf ihr lastete, wurde deutlich, dass es nicht nur um funktionelle Stimmprobleme (Beushausen 2012, 2013, Hammer 2014, Hammer & Teufel-Dietrich 2017), sondern auch um Faktoren ging, die in der Lebenswelt und den Merkmalen der Patientin lagen. Diese Faktoren wurden aus den Fragebögen und den Gesprächen darüber deutlich. In der Therapie wurde auch das Vermitteln von Informationen nötig, dass als Patientenedukation in der EBP integriert ist (Kraus 2018). Darunter versteht man das Aufklären, Einbinden und Erklären therapierelevanter Inhalte. Dies fördert auch die Mitarbeit am gemeinsamen Therapieerfolg im Sinne der Psychoedukation (Jensen 2014).

Pfammatter et al. (2012) beschreibt fünf Einflussfaktoren der „common factors“: Patien-

tenmerkmale, Therapeutenmerkmale, Veränderungsprozesse, Behandlungsstruktur und Therapiebeziehung. Ein weiterer Wirkfaktor, das Mitentscheiden der Patienten, wird als Adhärenz bezeichnet und trägt zur Verbesserung der Aktivität und Teilhabe bei (Beier 2018, Pfammatter et al. 2012, WHO 2003, Burkhart & Sabaté 2003).

Die Patientenmerkmale, die Veränderungsprozesse und die gute Therapeutenbeziehung stellten sich bei der Patientin als Förderfaktoren dar. Auch stellte sich heraus, dass die Ressource des sozio-ökonomischen Faktors dazu führte, dass sich die Patientin mehr Zeit im Alltag nehmen konnte, um Erlebnisse zu verarbeiten und über die Vergangenheit nachzudenken. Die Veränderungsprozesse, die bei der Verarbeitung der Krankheit im Sinne des Copings (Lazarus 1999) wichtig sind, zeigten eine gute Verarbeitung, sodass eine ausgeprägte Adhärenz, also Mitarbeit, Mitentscheidung und Kooperation seitens der Patientin zu beobachten war. In der ICF-bezogenen Diagnostik wurde beschrieben, dass die Patientin besonders bei der Aktivität und Teilhabe viele Barrieren aufwies (25), die sich durch den beschriebenen Therapieprozess verringerten. Die Dimensionen innerhalb der therapeutischen Intervention werden bei Beier (2018) beschrieben. Die Einflussfaktoren auf die Wirksamkeit einer Maßnahme sind demnach nicht nur der Patient und seine Beziehung und Verhalten zur Krankheit. Auch die Mitwirkung und Mitentscheidung des Patienten als sinnhafte Gestaltung ihres Verhaltens binden den Kontext der Erkrankung und die Lebenswirklichkeit ein.

Die Beziehung und der Therapeut stehen im Zentrum der Wirksamkeit (Beier 2018, Geest & Sabaté, Pfammatter et al. 2012, Burkhart & Sabaté 2003). Der mögliche Widerspruch von Befund und Befinden, in diesem Fall ein relativ guter Befund, aber ein ausgesprochen schlechtes Befinden, konnte durch die oben beschriebenen Wirkfaktoren in seinem scheinbaren Gegensatz ausgeglichen werden. Das bedeutet, dass durch die „common factors“, die positive therapeutische Beziehung, die Ressourcen der Patientin und die erfolgreiche Anwendung von Copingstrategien eine Reduktion der Einschränkungen der Aktivität und Teilhabe hergestellt wurde.

Fazit und Ausblick

Während die ICD-10-Klassifikation an der Krankheit orientierte Kriterien beschreibt und aktivitätsorientierte, teilhabeorientierte, fördernde und hemmende Faktoren außer Acht lässt, steht mit der ICF-Klassifikation ein Katalog der WHO zur Verfügung (Abb. 1), der für Therapeuten und Patienten ein geeignetes Ins-

trument zur bio-psycho-sozialen Betrachtung des Menschen mit Einschränkungen darstellt (Egger 2017). Auch die evidenz-basierte Medizin (EBM) und die EBP (Beushausen & Grötzbach 2018) fordern das Ausrichten der Diagnostik und Therapie am partizipatorischen Bedarf (Tab. 3, Abb. 2).

In der Anamnese werden alle ICF-Kriterien aufgenommen. Das betrifft auch Kontextfaktoren. Förderfaktoren und Barrieren bieten das Einbeziehen der Lebenswelt der Patienten, die später berücksichtigt werden können. In der Diagnostik sollen neben objektiven Verfahren auch aktivitäts- und teilhabebezogene Kriterien erhoben werden. Dies kann über Selbst- oder Fremdeinschätzung mit Fragebögen erfolgen.

Der SF-36 als lebensqualitätsbezogener Fragebogen (Morfeld et al. 2011) stellt eine Möglichkeit dar, einen Eindruck über die allgemeine Lebensqualität der Patienten zu gewinnen. Symptombezogene Fragebögen messen die spezifische Lebensqualität (Tab. 3). In den Therapiezielen werden alle relevanten Einschränkungen, Barrieren und Förderfaktoren berücksichtigt. Ebenso werden Beratung, Patientenedukation, Verlaufskontrolle und Evaluation mit objektiven und subjektiven Endpunkten eingesetzt. Das Einbeziehen von Kontextfaktoren, die die Umweltbedingungen und die personbezogenen Eigenschaften abbilden, wird nicht berücksichtigt.

Der Vergleich von objektiven, vom Arzt und Therapeut erhobenen Ergebnissen und der subjektiven, von den Patienten geäußerten Informationen zeigen das Gesamtergebnis der Behandlung auf. Im idealen Fall sollen Befund und Befinden, Verbesserung des Befunds und des Befindens sich maximal ergänzen. In dem beschriebenen Fallbeispiel konnte der anfängliche Widerspruch von kleinerem Befund und größerer Einschränkung des Befindens aufgehoben werden (Konvergenz), sodass nur wenige Einschränkungen in Befund und Befinden als Restsymptomatik am Ende der Therapie verblieben (Beier 2018).

Es bleibt für die Zukunft eine Herausforderung, sich der patientenorientierten Sichtweise in allen logopädischen Störungsbereichen zu stellen. Eine optimale Versorgungsqualität sollte Strukturqualität, Prozessqualität, Ergebnisqualität mit ihren weichen und harten Endpunkten, EBP und geeigneten Ergebnismaßen bezogen auf die klinische Relevanz berücksichtigen (Kopp et al. 2003). Es bleibt auch in Zukunft zu erforschen, welche Maßnahmen und welche Ergebnismaße bei einer gegebenen Störung am besten geeignet sind, um strukturelle, funktionale und partizipatorische Endpunkte zu erreichen. Hierzu muss weitere Forschung ihren Beitrag leisten.

LITERATUR

- Beier, J. (2018). Zur Beziehung von Befund und Befinden in der evidenzbasierten Logopädie – ein Plädoyer für die Betrachtung allgemeiner Wirkfaktoren. In: Haring, R. & Siegmüller, J. (Hrsg.), *Evidenzbasierte Praxis in den Gesundheitsberufen. Chancen und Herausforderungen für Forschung und Anwendung* (197-21). Berlin: Springer
- Behlau, M., Madazio, G. & Oliveira, G. (2015). Functional dysphonia: strategies to improve patient outcomes. *Patient Related Outcome Measures* 6, 243-253
- Beushausen, U. (2012). Methodenorientierung in der Stimmtherapie. *Forum Logopädie* 26 (5), 2012, 30-35
- Beushausen, U. (2013). Stimmtherapeutische Methoden – zwischen Tradition und Evidenzbasiertheit. In: *Forum Logopädie* 27 (5), 34-39
- Beushausen, U. (2014). Chancen und Risiken einer evidenz-basierten Sprachtherapie. *Logos* 22 (2), 96-104
- Beushausen, U. & Grötzbach, H. (2018). *Evidenzbasierte Sprachtherapie*. Idstein: Schulz-Kirchner
- Beushausen, U. & Walther, W. (2010). Clinical Reasoning in der Logopädie. *Forum Logopädie* 24 (4), 30-37
- Borgetto, B., Born, S., Bünemann-Geißler, D., Düchting, M., Kahrs, A.-M., Kasper, N. et al. (2007). Die Forschungspyramide – Diskussionsbeitrag zur Evidenz-basierten Praxis in der Physiotherapie. *Physioscience* 3 (1), 27-34
- Burkhart, P. & Sabaté, E. (2003). Adherence to long-term therapies. Evidence for action. *Journal of Nursing Scholarship* 35 (3), 207
- Desjardins, M., Halstead, L., Cooke, M. & Bonilha, H. (2017). A systematic review of voice therapy. What „effectiveness“ really implies. *Journal of Voice* 31 (3), 392.e13-e32.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2018). *ICD-10-GM. Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme*. Köln: DIMDI
- Egger, J. (2017). *Theorie und Praxis der biopsychosozialen Medizin*. Wien: Facultas
- Ehlert, H. (2011). Validierung eines Fragebogens zur Selbsteinschätzung der Stimme im Berufsalltag von Berufssprechern. *Sprache – Stimme – Gehör* 35 (3), e126-e132
- Friedrich, G. (2006). Basisprotokoll für die Stimm-diagnostik – Richtlinien der European Laryngological Society (ELS). *Forum Logopädie* 20 (4), 6-12
- Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA) (2017a). *Heilmittelkatalog: Richtlinienext*
- Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA) (2017b). *Richtlinie über die Versorgung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung. Heilmittel-Richtlinie*
- Green, L. (2008). Making research relevant. If it is an evidence-based practice, where's the

- practice-based evidence? *Family Practice* 25 Suppl 1, i20-24
- Grewe, T. & Huber, W. (2012). Logopädie im Kontext interdisziplinärer Versorgungsforschung. *Forum Logopädie* 26 (3), 24-31
- Hammer, S. (2014). ICF in der Stimmtherapie. In: Grötzbach, H., Hollenweger Haskell, J. & Iven, C. (Hrsg.), *ICF und ICF-CY in der Sprachtherapie. Umsetzung und Anwendung in der logopädischen Praxis* (249-262). Idstein: Schulz-Kirchner
- Hammer, S. & Teufel-Dietrich, A. (2017). *Stimmtherapie mit Erwachsenen*. Berlin: Springer
- Haupt, E. (2010). *Stimm't's? Stimmtherapie in Theorie und Praxis*. Idstein: Schulz-Kirchner
- Haupt, E. (2015). Integrative Stimmtherapie (I.S.T.) mit Stimmfunktionskreis und ihre Effektivität im Hinblick auf die Vorgaben der ICF. *Forum Logopädie* 29 (4), 6-11
- Jensen, M. (2014). *Diagnosenübergreifende Psychoedukation*. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Kopp, I., Albert, U.-S. & Lorenz, W. (2002). Gesamtergebnis diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen in der Medizin (Outcome). *Gynäkologie* 35 (11), 1073-1077
- Kopp, I., Müller, W. & Lorenz, W. (2003). *Die zentrale Rolle von Outcome in Leitlinien und Disease-Management Programmen*. AWMF-Online
- Kraus, E. (2018). Internationale Perspektiven auf die Voraussetzungen einer effizienten Diagnostik und Therapie unter dem Anspruch von Teilhabe und Partizipation. In: Haring, R. & Siegmüller, J. (Hrsg.), *Evidenzbasierte Praxis in den Gesundheitsberufen. Chancen und Herausforderungen für Forschung und Anwendung* (127-146). Berlin: Springer
- Law, J., Boyle, J., Harris, F., Harkness, A. & Nye, C. (2000). Prevalence and natural history of primary speech and language delay. Findings from a systematic review of the literature. *International Journal of Language & Communication Disorders* 35 (2), 165-188
- Lazarus, R. (1999). *Stress and emotion. A new synthesis*. London: Free Assoc. Books
- Lof, G.L. (2011). Science-based practice and the speech-language pathologist. *International Journal of Speech-Language Pathology* 13 (3), 189-196
- Lorenz, A., Kleber, B., Büttner, M., Fuchs, M., Mürbe, D., Richter, B., Sandel, M. & Nawka, T. (2013). Validierung des Singing Voice Handicap Index in der deutschen Fassung. *HNO* 61 (8), 699-706
- Lukaschyk, J. (2017). *Selbsteinschätzung in der Stimmtherapie – ein neues Instrument. Deutsche Version der Vocal Tract Discomfort Scale (VTD Skala)*. dbI-Kongress 2017
- Lukaschyk, J., Brockmann-Bauser, M. & Beushausen, U. (2017). Transcultural adaptation and validation of the German version of the Vocal Tract Discomfort Scale. *Journal of Voice* 31 (2), 261.e1-e8
- Lukaschyk, J., Thieme, H. & Beushausen, U. (2016). Langzeiteffekte in der Stimmtherapie. In: *Sprache – Stimme – Gehör* 40, (3), 144-145
- Martins, R., do Amaral, H., Tavares, E., Martins, M., Gonçalves, T. & Dias, N. (2016). Voice disorders. etiology and diagnosis. *Journal of Voice* 30 (6), 761.e1-e9
- Martins, R., Pereira, E., Hidalgo, C. & Tavares, E. (2014). Voice disorders in teachers. A review. *Journal of Voice* 28 (6), 716-724
- Morfeld, M., Kirchberger, I. & Bullinger, M. (2011). *Fragenbogen zum Gesundheitszustand. Deutsche Version des Short Form-36 Health Survey*. Göttingen: Hogrefe
- Nawka, T. (2006). *Voice Handicap Index (VHI) – Deutsche Fassung*. Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie (DGPP)
- Pedrosa, V., Pontes, A., Pontes, P., Behlau, M. & Peccin, S. (2016). The effectiveness of the comprehensive voice rehabilitation program compared with the vocal function exercises method in behavioral dysphonia. A randomized clinical trial. *Journal of Voice* 30 (3), 377.e11-e9
- Pereira, E., Tavares, E. & Martins, R. (2015). Voice disorders in teachers. Clinical, videolaryngoscopic, and vocal aspects. *Journal of Voice* 29 (5), 564-571
- Pfammatter, M., Junghan, U. & Tschacher, W. (2012). Allgemeine Wirkfaktoren der Psychotherapie: Konzepte, Widersprüche und eine Synthese. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie* 17, (1), 17-31
- Phineo gAG (2014). *Engagement mit Wirkung. Die Phineo-Analysemethode im Detail*. Berlin: Phineo
- Roy, N., Merrill, R., Gray, S. & Smith, E. (2005). Voice disorders in the general population: prevalence, risk factors, and occupational impact. *The Laryngoscope* 115 (11), 1988-1995
- Ruotsalainen, J., Sellman, J., Lehto, L., Jauhainen, M. & Verbeek, J. (2007). Interventions for treating functional dysphonia in adults. *The Cochrane database of systematic reviews* 18 (3), CD006373
- Spiecker-Henke, M. (2014). *Leitlinien der Stimmtherapie*. Stuttgart: Thieme
- Spiecker-Henke, M. & Bredenbeck, E. (2014a). Der Muskeltonus in der bio-psycho-sozialen Praxis. *Sprache – Stimme – Gehör* 38 (3), 126-132
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2003). *Adherence to long-term therapies. Evidence for action*. Geneva: WHO
- Van Houtte, E., Claeys, S., Wuyts, F. & van Lierde, K. (2012). Voice disorders in teachers. Occupational risk factors and psycho-emotional factors. *Logopedics, Phoniatrics, Vocology* 37 (3), 107-116



Klaus Wiebe schloss zunächst eine Ausbildung als Atem-, Sprech- und Stimmlehrer ab. 2008 qualifizierte er sich in einer Weiterbildung zum Fachtherapeut Neurologie und 2012 zum Fachtherapeut Kinder an der Düsseldorfer Akademie. 2018 schloss er ein Studium der Therapiewissenschaften Logopädie B.Sc. an der Fresenius Hochschule in Hamburg an. Er arbeitet seit vielen Jahren in einer logopädischen Praxis und ist als Dozent (LfBA) an der Leuphana Universität Lüneburg tätig.

SUMMARY. Single case study on outcome research dysphonia and dysody

With the ICF model, the WHO has not focused on targeting the health care goals of the health care professional rather than just on the treatment of structures and functions. Treatment goals should also be localized in activity and participation. Using the example of a patient with dysphonia and dysodia, an ICF-oriented treatment with perceptive, objective and subjective measuring instruments for evaluation is described (outcome). After 30 treatments, it was not only possible to demonstrate an improvement in voice performance based on the diagnostic criteria (objective performance), but also to improve the activity and participation as well as context factors (subjective performance) using questionnaires. The effectiveness of a therapy is measured by conventional, as well as new, subjective endpoints.

KEYWORDS: Case study – ICF – outcome – dysphonia

DOI 10.2443/skv-s-2020-53020200405

KONTAKT

Logopädische Praxis

Klaus Wiebe

Schweriner Str. 4

22143 Hamburg

wiebe@uni.leuphana.de

klaus.wiebe@t-online.de

: FRAGEBOGEN

11 Fragen zur Logopädie

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

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



Jonka Netzebandt hat ihre Ausbildung zur Logopädin 2001 am Werner-Otto-Institut in Hamburg abgeschlossen. Nach beruflichen Stationen in Niedersachsen beendete sie 2012 den Bachelorstudiengang Patholinguistik in Potsdam. Im Anschluss war sie bis 2016 als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Potsdam beschäftigt. Nach dem abgeschlossenen Masterstudium der Logopädie an der HAWK in Hildesheim arbeitet sie nun als Therapeutin im P.A.N. Zentrum für postakute Neurorehabilitation in Berlin und ist zudem als Dozentin tätig. Schwerpunkt ihrer Arbeit ist die Diagnostik und Therapie schwer betroffener Menschen mit Aphasie.

1 Halten Sie sich für eine typische Logopädin? Warum oder warum nicht?

Ich bin kommunikativ, trage gerne Halstuch und Ohrstecker und betätige mich kreativ, also würde ich sagen: Ja. Typisch „logo“ finde ich auch ein hohes Maß an Empathie und eine gewisse Sorgfältigkeit im Umgang mit Menschen und Dingen. Mein Werdegang unterscheidet sich aber von dem der meisten meiner berufsfachschulischen als auch akademischen KollegInnen.

2 Haben Sie logopädische Vorbilder? Und wenn ja, was schätzen Sie besonders an ihnen?

Meine ehemaligen Lehrlogopädinnen am Werner-Otto-Institut haben mich sehr geprägt. Allen voran Katja Handloser und Marianne Reddemann-Tschaikner. Durch sie habe ich einen warmherzigen, wertschätzenden Blick auf die Patienten gelernt. „Re-Tschie“ schärfte uns mit mahnender Stimme ein: „Sie müssen das Herz des Kindes erobern!“ Das habe ich nie vergessen. In Potsdam hat mich besonders Dr. Ulrike Frank beeindruckt, die an der UP das Schlucklabor aufgebaut hat und mit großer Herzlichkeit vielen Studierenden Begeisterung für logopädische Forschung vermittelt. Ihr verdanke ich sehr viel.

3 Welche Erwartungen haben Sie an sich selbst als Logopädin?

Tatsächlich ist der Gedanke der „best practice“ auch der meinige. Ich möchte das jeweils am besten passende Behandlungsmodell für die Betroffenen bieten können, auch wenn ich weiß, dass das erst mal nur ein Ideal ist, an das es sich anzunähern gilt. Ich erwarte von mir selbst, immer möglichst up to date zu sein und sinnvolle Prioritäten setzen zu können.

4 Wenn Sie an andere Berufe denken, die mit Menschen arbeiten: Was kennzeichnet die Logopädie?

Teilhabe zu ermöglichen, ist für mich eine Notwendigkeit in einer gleichberechtigten Gesellschaft. Die besondere Aufgabe der Logopädie besteht darin, den Menschen Mitsprache und Lebensqualität zu ermöglichen. Atmen, Schlucken und Kommunizieren sind essenziell für jeden von uns.

5 Welche berufliche Hoffnung haben Sie?

Ich hoffe sehr, dass unsere Berufsgruppe endlich die Wertschätzung erhält, die sie verdient. Und dass wir dieses Ziel gemeinsam, ob akademisch oder (noch) nicht, erreichen.

6 Was ertragen Sie in der Logopädie nur mit Humor?

Äußere Rahmenbedingungen wie Umgang mit Ausfallzeiten und Vergütung sind oft nur mit Galgenhumor zu ertragen. Aber auch das Bild, das Menschen vom Beruf einer Logopädin haben, hat mich schon oft den Kopf schütteln lassen. Hier muss offensichtlich noch viel mehr Öffentlichkeitsarbeit geleistet werden.

7 Macht Logopädie (Sie) glücklich?

Ja. Wenn man sich gemeinsam mit PatientInnen und Angehörigen über kleine oder auch mal große Erfolge freuen kann, dann macht das sehr glücklich.

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

Es gibt große Unterschiede im Verständnis darüber, was Logopädie leisten sollte, was unsere Aufgabe ist und was nicht, das merke ich immer wieder im Gespräch mit KollegInnen. Der Wunsch, die Entwicklungsmöglichkeiten und das Alltagsleben der

Betroffenen und ihrer Familien zu verbessern, eint uns dagegen alle. Deswegen sehe ich keinen Anlass zur Beunruhigung.

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

Theorie und Praxis von Methoden der Unterstützten Kommunikation im Kindes- und Erwachsenenalter sollten verankert werden. Hier bestehen aus meiner Sicht große Wissens- und Erfahrungslücken. Vor dem Hintergrund einer ICF-basierten Therapie ist das für mich ein Muss.

10 Gibt es eine Frage, die jede Logopädin/ jeder Logopäde mit Ja beantworten sollte? Und wenn ja, welche?

Die Frage, ob man Kommunikation und persönliche Lebensqualität für wichtig hält.

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

Was ist dir am Beruf am wichtigsten? Worin siehst du deine primäre Aufgabe?

MARKT- PLATZ



STOTTERN begreifen • behandeln • bewältigen
mit Therapiematerial und Büchern aus dem Natke Verlag



Im Buchhandel und unter www.natke.de



Produkte zum Testen und Trainieren
der auditiven Wahrnehmung

audiva.ch

Hier könnte Ihre
Anzeige zum Thema
Logopädiebedarf o.Ä.
stehen

**Ab sofort liefern wir
innerhalb Deutschlands**



VERSANDKOSTENFREI!

Besuchen Sie unseren Online-Shop:
www.skvshop.de



Fachpublikationen Arbeitsmaterialien Fachzeitschriften



Sprachförderung mit Medien: Von real bis digital

Wissenswertes für Eltern, Pädagogen und Therapeuten

Wie Sprachförderung mit Medien gelingen kann, wird in diesem Buch für Eltern, Pädagogen und Therapeuten anhand vieler praktischer Beispiele und Spielvorschläge veranschaulicht. Dabei wird beschrieben, wie man gemeinsam Medien nutzen kann, um Sprache zu fördern und reale und digitale Medien dabei sinnvoll miteinander vernetzen kann.

Die Autorinnen beantworten in verständlicher Form die häufigsten Fragen zum Thema Sprachförderung mit Medien und bringen diese Fragen in Form von 10 Prinzipien auf den Punkt.

Wie diese Prinzipien praktisch umgesetzt werden können, wird exemplarisch in den Bereichen Wortschatz und Grammatik beschrieben. Anhand von beispielhaften realen und digitalen Medien für alle Altersgruppen wird erläutert, wie sie gemeinsam sinnvoll zur Sprachförderung genutzt werden können:

- Kommunikative Spielideen mit Alltagsgegenständen
- Verschiedene Spielformate mit Sprache
- Verschiedenste sprachanregende Formen von Büchern
- Hardware, Software und Apps zur Sprachförderung

Außerdem haben die Autorinnen ein kleines 10-Tage-Sprachförder-Programm entwickelt, durch das der Blick auf Sprache und Kommunikation mit Kindern neu geschärft und vielleicht auch verändert werden kann.

Reihe VARIO WISSEN,
Karin Reber, Elisabeth Wildegger-Lack,
1. Auflage 2020,
kartoniert: ISBN 978-3-8248-1264-6,
96 Seiten,
E-Book: ISBN 978-3-8248-9908-1,
PDF 2.373 KB,
EUR 20,00 [D]



Tel.: +49 6126 9320-13
Fax: +49 6126 9320-50



bestellung@schulz-kirchner.de
www.skvshop.de



BERUF & VERBAND



WWW.DBL-EV.DE

- Evidenzbasierte Antworten auf FAQs zur **sprachtherapeutischen Versorgung mehrsprachiger Menschen** hat die IALP veröffentlicht. Link zum kostenlosen Download in der
 - ↳ **Meldung vom 27.05.2020**
 - SAGE-Wissenschaftler fordern: „**Gesundheitsberufe als zentralen Teil** des Gesundheitssystems anerkennen“
 - ↳ **Meldung vom 26.05.2020**
 - **Der 47. Kongress Stottern & Selbsthilfe** „Komma bei uns beil!“ findet vom 25. bis 27. September 2020 in Dortmund statt.
 - ↳ **Meldung vom 25.05.2020**
 - „Gute sprachliche Bildung“ lautet das Motto des nächsten **Bildungspolitischen Forums** des Leibniz-Forschungsverbundes, das am 29. Oktober 2020 in Berlin stattfindet.
 - ↳ **Meldung vom 8.05.2020**
 - Seit Anfang Mai 2020 hat der **Arbeitskreis Berufsgesetz** eine eigene Website: www.arbeitskreis-berufsgesetz.de
 - ↳ **Meldung vom 6.05.2020**
 - **Zum Thema „Late Talker“** ist ein informativer Artikel des Redaktionsnetzwerks Deutschland erschienen, der sich an Eltern wendet.
 - ↳ **Meldung vom 29.04.2020**
- i | nur eingeloggte dbl-Mitglieder
ö | öffentlich

Mit „Lisa Logopädin“ auf Platz 1 im Videowettbewerb

Mit dem Video „Lisa Logopädin“ hat Silvia Gosewinkel, wissenschaftliche Mitarbeiterin im Studienbereich Logopädie der Hochschule für Gesundheit in Bochum, im Videowettbewerb des Vereins GISKID den ersten

Platz erzielt. Die Gesellschaft für interdisziplinäre Spracherwerbsforschung und kindliche Sprachstörungen im deutschsprachigen Raum hatte zu dem Wettbewerb aufgerufen, um ein Videoforum aufzubauen, das Betroffene, ihre Familien, pädagogische Fachkräfte in Kita und Schule sowie die breite Öffentlichkeit über die kindliche Sprachentwicklung informieren soll. „Ich hatte schon lange die Idee zu einer erklärenden Figur zum Spracherwerb. Da war der Videowettbewerb der führenden Fachgesellschaft eine willkommene Gelegenheit, diese in die Tat umzusetzen“, erklärte Silvia Gosewinkel. Die drei besten Videos wurden mit je 300 Euro prämiert und sind auf dem GISKID-YouTube-Kanal verfügbar.



Silvia Gosewinkel mit Figur „Lisa Logopädin“

↳ www.giskid.eu

dbl-Forschungspreis 2021: Bewerbungsfrist bis zum 15. Oktober verlängert

Vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie hat der dbl-Bundesvorstand beschlossen, die diesjährige Bewerbungsfrist für die Vergabe der dbl-Wissenschaftspreise 2021 um einen Monat zu verschieben. Eine Einreichung der Arbeiten für den Luise-Springer-Forschungspreis und den dbl-Nachwuchspreis 2021 ist daher bis zum 15. Oktober 2020 möglich.

Auch das Bewerbungsverfahren wurde geändert: So entfällt die Anonymisierung der Arbeit, die neben der digitalen Fassung in Papierform einzureichen ist. Zudem ist anzugeben, ob die Arbeit bereits für einen Wettbewerb eingereicht wurde. Ausführliche Informationen finden sich auf der dbl-Website.

Azzisa Pula-Keuneke (dbl-Referat Bildung)



Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.
Geschäftsführer: Björn Hammel
Augustinusstraße 11a
50226 Frechen-Königsdorf
Tel 0223 4-379 53-0
Fax 0223 4-379 53-13
info@dbl-ev.de
www.dbl-ev.de

Zentrale und allgemeine Information
werktags 8:30 - 16 Uhr

Berufsbezogene Rechtsberatung
Tel 0223 4-379 53-45
Dienstag 9 - 12 Uhr und 13:30 - 15 Uhr
Donnerstag 9 - 12 Uhr und 13:30 - 15 Uhr

Bundesvorstand
Präsidentin: Dagmar Karrasch
Vizepräsidentin: N. N.
Schatzmeisterin: Silke Winkler
Interessenvertretung Freiberufler:
Frauke Kern
Interessenvertretung Angestellte (komm.):
Heidmarie Büchner
Interessenvertretung Bildung:
Antje Krüger

S3-Leitlinie Schlaganfall wurde aktualisiert

Empfehlungen hinsichtlich Diagnostik und therapeutischer Versorgung

Die S3-Leitlinie Schlaganfall der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin liegt in aktualisierter Version vor und kann unter der Register-Nr. 053-011 auf der Website der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) eingesehen werden.

Im Bemühen, die inhaltlich sehr umfangreiche Leitlinie lesbar zu halten, wurden drei Fassungen erstellt (Lang-, Kurzfassung und Patientenleitlinie). Darüber hinaus wurden auch Hintergrundinformationen zu Ausführungen und in der Leitlinie getroffenen Empfehlungen aus der Perspektive der beteiligten Berufsgruppen in einem gesonderten Dokument zusammengefasst, auf das im laufenden Text der Leitlinie jeweils verwiesen wird.

Die Arbeit an dieser äußerst umfangreichen Leitlinie begann bereits 2017 und wir bedanken uns sehr bei den beiden dbL-Mandatsträgerinnen PD Dr. Anke Ziethe und Pia Goldstein, die die logopädische Expertise für die

Empfehlungen hinsichtlich Diagnostik und therapeutischer Versorgung bei Aphasie, Sprechapraxie, Dysarthrie und Dysphagie in sehr engagierter und ausdauernder Weise in dieses Leitlinienprojekt eingebracht haben.

Sonja Utikal
(dbL-Leitliniensekretariat)

↳ www.awmf.org/leitlinien/detail/II/053-011.html



PD Dr. Anke Ziethe (l.) und Pia Goldstein (r.) brachten für den dbL ihre logopädische Expertise in die Aktualisierung der Leitlinie mit ein

: DIE AKTUELLE ZAHL

13

Wochen haben die VerhandlerInnen der Heilmittelerbringer ab Erscheinen dieses Heftes am 1. Juli 2020 Zeit, um den neuen Versorgungsvertrag mit all seinen Themen und Anlagen abzuschließen. Während sich viele von uns im Sommerurlaub – ob auf Balkonien oder außerhalb der eigenen vier Wände – erholen werden, setzen sie sich für die Durchsetzung guter Bedingungen für unsere Arbeit ein. Dafür schon jetzt ein herzliches DANKESCHÖN! (GS/Feit)

➤ Weitere Informationen Seite 46

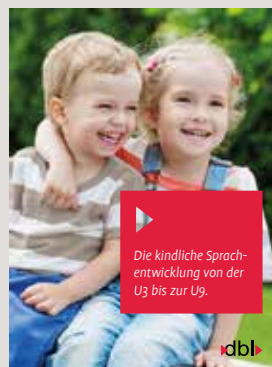


DBL-PUBLIKATIONEN

Für Ihre
Öffentlichkeitsarbeit



Einen schnellen Überblick darüber, was gesunde Kinder bis zu vier Jahren wann sprechen können und worauf Erwachsene achten sollten, bieten die beiden Plakate „Sprachentwicklung bei Kindern“ (DIN A1 mit Fotomotiv) und „Sprich mit mir!“ (DIN A2 mit gezeichneten Tiermotiven).



Ausführlicher informiert die Broschüre „Die kindliche Sprachentwicklung von der U3 bis zur U9“ zu den Themen Indikationsstellung, Screeningverfahren und Checklisten zur Sprachentwicklung und Risikoerkennung, die sich an den Altersstufen der Vorsorgeuntersuchungen orientiert.



Wer plakativ oder per Postkarte auf die Bedeutung der Logopädie für Kinder hinweisen möchte, kann dies mit den Motiven „Früherkennung“ und „Sprachentwicklungsstörung“ tun.

Bestellungen auf Seite 51 oder online auf www.dbl-ev.de › Service › Shop › dbL-Publikationen



: DER DBL MISCHT SICH EIN

Aktuelle berufspolitische Aktivitäten mit und ohne Corona-Themen



Bundesvorstand informierte die Bundestagsfraktionen über die Lage in den logopädischen Praxen

„Haben uns alle auf dem Schirm?“

Diese Frage stellt und stellt sich der Bundesvorstand insbesondere im Zusammenhang mit den Corona-Maßnahmen im Gesundheitswesen jeden Tag. Und informierte bereits Anfang April – gemeinsam mit drei weiteren Logopädieverbänden – die Bundestags-Fraktionen über die aktuelle Lage in den logopädischen Praxen – beispielsweise über das Ergebnis der Blitzumfrage unter LogopädInnen. Einbezogen in die Informationskampagne wurden auch die GesundheitspolitikerInnen von SPD, Bündnis90/Die Grünen, FDP und die Linke.

↳ **Meldung vom 8.4.2020**

Video-Konferenz von Bündnis 90/Die Grünen

Frauke Kern vertrat den dbl für den Bereich der Logopädie, als die gesundheitspolitische Sprecherin der grünen Bundestagsfraktion, Maria Klein-Schmeink, gemeinsam mit ihrer Kollegin Marret Bohn (Mdl) aus Schleswig-Holstein alle interessierten HeilmittlerbringerInnen zu einer Video-Konferenz eingeladen hatte. Sie wollte – einen Tag vor Bekanntgabe des Gesetzesentwurfs zum Schutzschirm für Heilmittlerbringer – mit den direkt Betroffenen darüber sprechen, wie sich die aktuelle Situation auf die Praxen und deren Angestellte auswirkt und was jetzt noch getan werden muss, damit die Praxen die Corona-Krise überstehen können.

Frauke Kern, Interessenvertretung Freiberufler im dbl-Bundesvorstand, war im Vorfeld gebeten worden, in einem kurzen Vortrag die aktuelle Situation der Logopädinnen und Logopäden zu schildern und welche Probleme derzeit drängen. In ihrem Eingangsstatement wies Kern auf die Existenzängste und Probleme hin, die die Logopädinnen und Logopäden beschäftigen. Zudem sprach sie Unsicherheiten über den geplanten Rettungsschirm für HeilmittlerbringerInnen an und forderte u.a. einen anderen Betrachtungszeitraum als Berechnungsgrundlage für den Schutzschirm und auch eine wirtschaftliche Perspektive für die nachfolgende Zeit. Sie machte eindringlich auf das Problem fehlender Schutzausrüstung aufmerksam und forderte eine klare Positionierung zur Systemrelevanz der Logopädie und zum Versorgungsauftrag unserer Berufsgruppe.

↳ **Meldung vom 24.4.2020**

Apobank-Umfrage zu Corona-Krise

Dass eine offensive Informationsarbeit gegenüber der Politik wichtig ist, haben auch die Ergebnisse der Apobank-Umfrage unter Heilmittlerbringern gezeigt: Fast die Hälfte derjenigen, die sich an der Umfrage beteiligt haben, waren Logopädinnen und Logopäden, die sich große Sorgen über die Auswirkungen der Corona-Pandemie auch auf das Gesundheitssystem, auf ihren Beruf und auf die Gesamtgesellschaft machen. Über 90 Prozent verzeichneten einen Rück-

gang der Patientenzahlen und damit einhergehend ihrer Umsätze. Ein Hauptproblem der teilnehmenden LogopädInnen war das Thema Hygiene, insbesondere die Beschaffung von entsprechendem Verbrauchsmaterial, die Personalplanung sowie die Erfüllung gesetzlicher Auflagen. 64 Prozent sorgten sich um die Begleichung laufender Zahlungen. Zur Bewältigung der Herausforderungen reagierten 59 Prozent mit dem Einsatz digitaler Behandlungsmethoden wie der Videobehandlung, weitere 22 Prozent planten dies in Zukunft. Staatliche Unterstützung nahmen über 50 Prozent der Befragten in Anspruch, 40 Prozent planten es oder dachten noch darüber nach. Auf Kurzarbeit hatten bereits 36 Prozent umgestellt, 31 Prozent hatten ihre Praxis sogar vorübergehend geschlossen.

↳ **Meldung vom 8.5.2020**

Mit Rettungsschirm ins Trockene? Aktuelle Entwicklungen stets im Blick

„Die Logopädie ist ein systemrelevanter Bestandteil des deutschen Gesundheitssystems“ – dieses Mantra brachte und bringt der dbl unermüdlich in alle Gespräche mit Politikerinnen und Politikern ein, die Verantwortung für corona-bedingte Maßnahmen tragen. Das Ziel, Berücksichtigung im ersten Rettungsschirm für das Gesundheitswesen zu finden, konnte nicht erreicht werden. Nach der enttäuschenden Absage im Facebook-Livestatement am 2. April 2020 hatte Bundesminister Jens Spahn schließlich Nachbesserungen angekündigt, die auch der dbl mit Nachdruck gefordert hatte. So wurde der Minister am 11. April mit der Aussage zitiert, dass man „Verluste abfedern und Liquidität sichern“ wolle, um „gut funktionierende Strukturen zu erhalten“. Es sickerte durch, dass als Ergänzung zu den aktuellen Soforthilfen ein Schutzschirm geplant sei, der 40 Prozent der Einnahmen des letzten Quartals 2019 als Einmalzahlung in Aussicht stelle.

↳ **Meldung vom 11.4.2020 mit Update vom 14.4.2020**

Briefe an PolitikerInnen

Dieser Erfolg kam nicht von ungefähr: Dass sie die Unterstützung der Heilmittelerbringer in den Fokus nehmen sollen, diese Botschaft hatten bereits zahlreiche Mitglieder in Schreiben an verantwortliche PolitikerInnen gesandt, um die Forderung nach einem Rettungsschirm für Heilmittelerbringer zu untermauern. Diese war zudem bereits am 19. März von den Berufsverbänden an Bundesgesundheitsminister Spahn herangetragen worden, indem auf die existenzgefährdende Situation hingewiesen wurde, in der sich die ambulanten Heilmittelerbringer aufgrund der Corona-Pandemie befanden. Am 27. März hatte sich der dbl mit einem „Brandbrief“ zudem an das Bundeswirtschaftsministerium und die Landesregierungen gewandt, um auch auf dieser Ebene auf die Notwendigkeit der besonderen Unterstützung der Heilmittelbranche als wichtige gesundheitspolitische Ressource aufmerksam zu machen. Nun sollte die Schilderung der persönlichen Situation konkreter Logopädinnen, Ergo- oder Physiotherapeuten die Dringlichkeit von geeigneten Maßnahmen noch einmal deutlich machen. Mittlerweile halfen immer mehr dbl-Mitglieder, auch die PolitikerInnen ihrer Region bzw. ihres Bundeslandes hinsichtlich der Entwicklung auf dem Laufenden zu halten.

↳ Näheres Meldung vom 14.4.2020

Endlich: Schutzschirm für Heilmittelerbringer - BMG legt Entwurf der Verordnung vor

Ostersonntag wurde bekannt, dass die Proteste konkrete Wirkung gezeigt hatten. Am 17. April 2020 lag uns der Referentenentwurf der entsprechenden Verordnung vor (SARS-CoV-2-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung) vor. Unsere Stellungnahme mit kon-



Foto: BMG

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn dankt HeilmittelerbringerInnen

kreten Verbesserungsvorschlägen ging am 20. April zurück ans Ministerium. Kritisiert haben wir insbesondere die verkürzte Fokussierung des Betrachtungszeitraums auf das vierte Quartal und in der Folge die Problematik von Abrechnungsmodalitäten, die unzureichende Berücksichtigung von Härtefällen und die zu geringe Kompensation der zusätzlichen Kosten für Hygienemaßnahmen. Eine Kritik, die, wie die Zukunft zeigen sollte, nur allzu berechtigt war.

↳ Meldung vom 20.4.2020

Wo bleibt der Schutzschirm?

Wieder einmal musste diese Frage gestellt werden, diesmal von Frauke Kern, die als Bundesvorstandsmitglied seit der Abgabe unserer Stellungnahme zum ersten Referentenentwurf vergeblich auf einen Fortschritt in Sachen Rettungsschirm wartete. Auf Nachfrage beim BMG vertröstete man uns auf den 4. Mai. Wer etwas bewegen will, muss Geduld aufbringen...

↳ Mehr dazu: Meldung vom 30.4.2020

Erste Informationen zum Antragsverfahren

Am 5. Mai konnte endlich die Verordnung in Kraft treten, die die Grundlage für den Schutzschirm für Heilmittelpraxen bildet. Bis zum 15. Mai 2020 sollte der GKV-Spitzenverband die konkreten Regelungen zum Antragsverfahren und zur Ausgleichszahlung bestimmen. Erste Verfahrensregeln konnten wir unseren Mitgliedern bereits mitteilen.

↳ Meldung vom 5.5.2020

Jens Spahn dankt Therapeutinnen und Therapeuten

Das passiert Berufsverbänden nicht allzu oft: Dass sich der zuständige Ressortchef der Bundesregierung ausdrücklich bei ihnen bedankt! In seinem Brief an die HeilmittelerbringerInnen betonte Bundesgesundheitsminister Jens Spahn noch einmal, dass die Versorgung mit Heilmitteln eine „erhebliche Bedeutung“ für die Verhütung und Behandlung von Krankheiten habe. Aus „zahlreichen Schreiben“ sei ersichtlich geworden, dass angesichts der Corona-Pandemie deutliche Behandlungsrückgänge in den Praxen zu verzeichnen seien. Um die Praxen, die unter Umsatzeinbußen zu leiden haben, zu unterstützen, sei nun der Schutzschirm eingeführt worden. Abschließend bedankte er sich bei allen Therapeutinnen und Therapeuten „für Ihren großartigen Einsatz gerade in dieser besonderen Zeit“.

↳ Meldung vom 6.5.2020



Foto: BMG

Ungerechtigkeiten umgehend beheben!

Doch damit war die Sache (leider) nicht erledigt: Die – um im Bild zu bleiben – „Löcher“ im „Schutzschirm“ des BMG, die der dbl bereits in seiner Stellungnahme moniert hatte, machten eine weitere Intervention notwendig. So schrieben dbl, dbs und dba einmal mehr an Bundesgesundheitsminister Spahn, um erneut nachdrücklich darauf hinzuweisen, dass Praxen, die im vierten Quartal 2019 nicht abrechnen konnten oder Praxen, deren im Dezember übertragene Abrechnungsdaten erst im Januar von den Abrechnungszentren an die Krankenkassen weitergeleitet wurden, die Möglichkeit einer Einzelfallbetrachtung gewährt werden muss, um nicht hinnehmbare Ungerechtigkeiten zu vermeiden. Darüber hinaus wurde noch ein weiteres Problem angesprochen: die Nichtberücksichtigung der Abrechnungen zahnärztlicher Heilmittelverordnungen, die für entsprechend spezialisierte Praxen von deutlich überproportionaler Bedeutung sind. Auch dies sei „in hohem Maße ungerecht“, so die Verbände, die einen „sachgerechten Härteausgleich“ forderten. Dabei werden die Verbände von Abrechnungsfirmen unterstützt, die zudem konkrete Zahlen hinsichtlich der Anzahl der betroffenen Praxen machen können.

↳ Meldungen 18.5. und 26.5.2020

„Baustelle“ Videobehandlung

Eine weitere „Baustelle“ im Zusammenhang mit den corona-bedingten Herausforderungen stellt das Thema Videobehandlung dar. Und dies in zweifacher Hinsicht: Zum Einen ist der generelle Ausschluss bei Schluckstörungen fachlich nicht haltbar. In einem umfangreichen Brief hat eine Logopädin detailliert aufgezeigt, dass eine quali-



© Alexandra Koch – pixabay

tativ hochwertige Dysphagie-Therapie mehr umfasst als das Training von Schlucktechniken. Vielmehr gehöre beispielsweise auch das Training der hierfür notwendigen Muskelfunktionen dazu. Dieses sei „bei fast allen kooperationsfähigen Patienten mit verbaler Anleitung und visuellem Vorbild möglich“ und damit grundsätzlich durchaus geeignet für eine Videotherapie. Diese Position vertritt auch der dbl und hat dies in seinen Gesprächen mit dem GKV-Spitzenverband unterstrichen, mit dem Mitte Mai darüber hinaus grundsätzlich über die Verlängerung der Erstattungsfähigkeit der Videotherapie über den 31. Mai 2020 hinaus gerungen wurde (Meldung vom 20.5.2020).

Denn die Zeit der Abrechenbarkeit von Videobehandlung war, nachdem sich viele Praxen mit viel Mühe und persönlichem sowie finanziellem Engagement auf diese „ansteckungsschonende“ Behandlungsform für ihre Patienten eingelassen und eingestellt hatten, schon fast wieder vorbei. Und der GKV-Spitzenverband ließ sich allzu viel Zeit, über eine Verlängerung zu entscheiden. Viele LogopädInnen fühlten sich zu Recht schlecht behandelt, wollen sie doch nichts anderes, als ihren Patienten, die nach der Weiterführung der Videobehandlung über den Mai hinaus fragten, ein verlässlicher Partner sein. Erst am 20. Mai wurde die Fristverlängerung gestattet, und wieder nur um einen Monat bis Ende Juni 2020.

↳ **Meldung vom 20.5.2020**

Pusht die Corona-Krise die Telemedizin?

Dagegen fragen sich nicht nur LogopädInnen, sondern auch viele Ärzte und Gesundheitspolitiker, ob die im Zusammenhang mit der Corona-Krise deutlich ausgebauten telemedizinischen Angebote überhaupt wieder zurückgebaut werden sollen oder können. Einen interessanten Beitrag zu dieser Fragestellung liefert Professor Jörg Debatin in einem „ÄrzteTag“-Podcast.

↳ **Meldung vom 28.5.2020**

„Videotherapie in der ambulanten logopädischen Versorgung“ (ViTaL)

Auch in der ambulanten Logopädie ist aus Sicht des dbl eine Prüfung dringend notwendig, ob und falls ja, in welchen Bereichen digitale Angebote als dauerhaft abrechenbare Leistungen im Katalog der gesetzlichen Krankenkassen verankert werden sollten. Deshalb haben wir, gemeinsam mit der Hochschule für Angewandte Wissenschaft und Kunst (HAWK) Hildesheim/Holzminen/Göttingen, ab dem 3. Juni 2020 eine Online-Befragung durchgeführt. Ziel der Befragung ist die Differenzierung der videotherapeutischen Einsatzmöglichkeiten in unterschiedlichen Indikationsbereichen. Die Ergebnisse sollen einen Beitrag zur Überprüfung und Entwicklung komplementärer Therapieformen liefern.

↳ **Meldung vom 22.5.2020**

Interview mit Dagmar Karrasch

Öffentlich hat dbl-Präsidentin Dagmar Karrasch im Fachdebattenportal „Meinungsbarometer.info“ die Vorteile von Videobehandlungen in der Logopädie noch einmal

prägnant zusammengefasst. Und klar gemacht, dass der dbl konsequent dafür eintritt, dass diese Möglichkeit der Leistungserbringung zukünftig als Alternative und Ergänzung in die Regelversorgung mit aufgenommen wird. Das ausführliche Interview mit Dagmar Karrasch finden Sie in der

↳ **Meldung vom 4.6.2020**

Mediathek im digitalen Marktplatz

Dass dbl-Logopädinnen und -Logopäden neue digitale Möglichkeiten bestmöglich und schnell nutzen können, dafür hatte der dbl bereits Ende April mit der Einrichtung eines digitalen Marktplatzes auf der dbl-Website gesorgt. In dieser zentralen Informationsstelle und Ideenbörse stellen wir – sortiert nach logopädischen Behandlungsfeldern und anderen Aspekten – Links zu Videos sowie Anleitungen für Therapiespiele, Erfahrungen und Ideen unserer Mitglieder ein, die im Mitgliederportal veröffentlicht wurden oder uns auf anderem Wege erreichten. Wir erweitern diese Sammlung sukzessive – werfen Sie also immer mal wieder einen Blick in die Mediathek!

↳ **Meldung vom 30.4.2020**

Ihr Dank für unsere Arbeit

„ In den vergangenen Wochen haben uns zu unserer großen Freude unzählige Mails mit positivem Feedback zu unserer Arbeit erreicht. Viele von Ihnen haben sich für die umfangreichen Informationen, die vielen Meldungen oder den zeitweise täglichen Newsletter bedankt. Auch zu unseren kostenlosen Videokonferenzen erreichten uns viele schöne Worte, die uns in unserer Arbeit bekräftigen. Wir sind wahrhaft überwältigt und dankbar.

Häufig wurden wir gefragt, wie man uns für unsere Arbeit danken könne. Die Antwort ist ganz einfach: Tragen Sie Ihre positiven Erfahrungen mit Ihrer dbl-Mitgliedschaft an die Kolleginnen und Kollegen weiter, die noch nicht den Weg zum dbl gefunden haben oder „verschenken“ Sie eine dbl-Mitgliedschaft. Dies ist die schönste Anerkennung für unsere Arbeit. Zudem helfen Sie uns damit, Ihnen auch zukünftig ein guter, verlässlicher und umfassender Wegbegleiter in Ihrem beruflichen oder (hoch)schulischen Alltag zu sein!

Der Bundesvorstand, die Landesverbandsvorstände und das Team der dbl-Geschäftsstelle danken Ihnen vielmals und wünschen Ihnen und uns weiterhin ein gutes Durchhaltevermögen in dieser besonderen Zeit.



Ihre Dagmar Karrasch
dbl-Präsidentin

Videokonferenz zum Datenschutz

Die datenschutzrechtlichen Fragen und Belange, die mit der Nutzung digitaler Anwendungen und Videobehandlungen einhergehen, konnten viele Mitglieder am 24. April im Rahmen unserer ersten Videokonferenz klären (Näheres auf Seite 48). Darüber hinaus informieren wir im „Digitalen Marktplatz“ (zu Beginn der Liste kostenloser und kommerzieller Software – und teilweise auch bei den hier aufgeführten Anwendungen) über wichtige Aspekte, die bei der Durchführung der Videotherapie zu beachten sind.

↳ Meldung vom 7.5.2020

HYGIENE

Schutzausrüstung: Schreiben an die Landesregierungen

Viele Mitglieder fühlten und fühlen sich von der Politik im Stich gelassen, wenn es um geeignete Schutzausrüstung zur Umsetzung der erforderlichen Hygienestandards in der logopädischen Praxis geht. Der dbl hat alle Bundesländer diesbezüglich angeschrieben. Die Resonanz war allerdings ernüchternd, wie die Antworten aus Sachsen und Brandenburg exemplarisch zeigen. Brandenburg bot keine konkrete Zusage zur Schutzausrüstung und verwies lediglich auf Adressen, unter denen eine Bestellung von Schutzmasken möglich sei. Nicht anders lautete die Rückmeldung aus Brandenburg: „Leider muss ich Ihnen mitteilen, dass Inhalt und Umfang möglicher Lieferungen an Schutzausrüstung aktuell nicht voraussehbar sind (...)“

↳ Meldungen vom 16. und 17.4.2020



Kreative Plakate auf www.therapeuten-am-limit.de



Durch tatkräftige Unterstützung von dbl-Mitgliedern wurde die Spende sortiert und für die Weitergabe nach Bedarf an Praxen in Hamburg zusammengestellt

Gemeinsam gegen die Verbreitung des Coronavirus in Hamburg

Dagegen stellte die Hamburger Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz Hygienemittel zur Verfügung, die von dbl-Mitgliedern tatkräftig unter den ambulanten LogopädInnen verteilt werden konnten. Insgesamt hatten 60 Praxen der 1. Landesverbandsvorsitzenden Antje Voß ihren dringenden Bedarf an Schutzmitteln für die Einhaltung der Hygienestandards gemeldet. So konnten ca. 230 Therapeutinnen und Therapeuten mit Handdesinfektionsmittel und FFP1- und FFP2-Masken versorgt werden. Handschuhe konnten leider nur anteilig verteilt werden. „Wir haben das bekommen, was uns zusteht“ äußerte dbl-Mitglied Bettina Eichenberg beim Empfang der FFP2-Masken. „Ich finde es richtig grandios, dass sich der Bundesvorstand auch an die einzelnen Ministerien der Bundesländer gewandt hat. Toll, dass sich dieses Kümmern in Hamburg bezahlt gemacht hat“, so Eichenberg.

↳ Meldung vom 30.4.2020

Kostenpauschale Hygiene

Gleichzeitig setzte sich der dbl gegenüber den Kostenträgern dafür ein, dass für die Mehrkosten, die durch die Hygienemaßnahmen entstehen, ein Ausgleich gezahlt

wird. Die Anfang Mai erreichte neuen Regelungen zum Hygienemehrbedarf, die „im Zeitraum vom 5.5.2020 bis 30.9.2020 bei der Abrechnung der Verordnungen einen pauschalen Ausgleich für erhöhte Hygienemaßnahmen (Mundschutz etc.) in Höhe von 1,50 Euro je Verordnung“ vorsehen, konnten allerdings niemanden zufriedenstellen und führten zu scharfem Protest der Verbände und zu zynischen Kommentaren zahlreicher LogopädInnen.

↳ Meldung vom 5.5.2020 und Meldung „Hygiene ist kein Witz“ vom 3.6.2020

Ergänzungen zum dbl-Hygieneleitfaden

Um unsere Mitglieder beim Thema Hygiene umfassend zu unterstützen haben wir auf der dbl-Mitgliederwebsite zudem zwei Ergänzungen zu unserem Hygieneleitfaden zur Verfügung gestellt: Rechtliche Grundlagen zum Hygieneschutz sowie „Exit-Strategie“ – Hygienealltag in Zeiten einer Pandemie.

↳ Meldungen vom 20.5. und 26.5.2020

Einmischung in den Bundesländern

„Bayern: Wie geht es weiter?“ fragte der südlichste dbl-Landesverband und forderte von Ministerpräsident Dr. Markus Söder sowie von Staatsministerin für Pflege und Gesundheit, Melanie Huml, eine klare Perspektive in der Patientenversorgung. Kurz darauf machten die Ministerratsbeschlüsse vom 16. und 28. April eine weitere Intervention beim bayrischen Staatsministerium für Gesundheit



Der Hessische Landtag hat die Schulgeldfreiheit beschlossen

und Pflege notwendig, weil ab dem 4. Mai 2020 nur Physiotherapeuten wieder uneingeschränkt tätig sein durften, andere Heilmittelbringer aber nicht. Diese Ungleichbehandlung hat der dbl-Landesverband nicht hingenommen, da hierfür kein sachlicher Grund ersichtlich war. Am 5. Mai teilte dann das bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege mit, dass ab dem 6. Mai alle Angehörige therapeutischer Berufe wieder ohne die Einschränkung der medizinisch dringenden Erforderlichkeit in Anspruch genommen werden dürfen.

↳ **Meldungen vom 22. und 30.4.2020**

Hessen: Kinder von LogopädInnen in die Notbetreuung!

Obwohl die LogopädInnen und Angehörige vergleichbarer Berufsgruppen zu den MitarbeiterInnen der sog. Kritischen Infrastruktur gehören, wird ihren Kindern in manchen Bundesländern der Zugang zur Notbetreuung verwehrt. In Hessen hat sich der dbl-Landesverband deshalb mit einem Brief an den hessischen Gesundheitsminister Kai Klose gewandt, damit es nicht weiterhin vom Erfolg der Interventionen einzelner LogopädInnen abhängt, ob die ambulante Versorgung der PatientInnen mit logopädischer Therapie aufrecht erhalten werden kann.

↳ **Meldung vom 10.6.2020**

BILDUNG

Logopädie-Ausbildung: Stellungnahmen und Informationstransfer

Gemeinsam mit dem BDSL hat der dbl zum einen in einer Stellungnahme den Gesetzentwurf des BMG zur Ergänzung des Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer

epidemischen Lage von nationaler Tragweite begrüßt. Dabei ging es im Bereich der Logopädie um die Ergänzung des § 4 Absatz 3 des Gesetzes über den Beruf des Logopäden (LogopG) mit dem Ziel, vor dem Hintergrund der Corona-Situation auch für die Zukunft die notwendigen Flexibilisierungen bei der Anrechnung und Bewertung von Fehlzeiten im Rahmen der logopädischen Ausbildung zu schaffen.

Eine zweite Stellungnahme befasst sich mit dem Entwurf einer Verordnung zur Sicherung der

Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen während einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite. Sie soll dazu dienen, die Durchführung der Ausbildungen und Prüfungen in den Gesundheitsfachberufen in derartigen Situationen durch angepasste Ausbildungsformen in Theorie und Praxis, bspw. durch die Einbeziehung digitaler Medien, sicherzustellen. Vorgesehen sind auch neue Regelungen zur Durchführung der Prüfungen.

↳ **Meldungen vom 22.4. und 25.5.2020**

Informationstransfer zur Ausbildungssituation in NRW

Im Vorfeld einer Telefonkonferenz, zu der das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) NRW eingeladen hatte, befragte der dbl die berufsfach- und hochschulischen Ausbildungsstätten im Land, mit welchen corona-bedingten Problemen diese zu kämpfen haben und stellte die gesammelten Rückmeldungen dem Ministerium schriftlich zur Verfügung.

↳ **Meldung vom 3.6.2020**

„Gesamtkonzept Gesundheitsfachberufe“

Neben den corona-bezogenen Themen haben sich der dbl und die Organisationen, in denen er sich politisch engagiert, auch in vielen weiteren Bereichen eingesetzt. Dazu gehört beispielsweise das Engagement für eine zukünftige hochschulische Ausbildung in der Logopädie/Sprachtherapie. In diesem Zusammenhang hat der AK Berufsgesetz, in dem sich der dbl intensiv für die Akademisierung einsetzt, eine Stellungnahme zu den Eckpunkten der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Gesamtkonzept Gesundheitsfachberufe“ vom 5. März 2020 abgegeben. Die Stellungnahme, die alle politisch Verantwortlichen auf Bundes- und Länderebene erhalten ha-

ben, bekräftigt noch einmal unsere Forderung, die regelhafte hochschulische Ausbildung in der Logopädie/Sprachtherapie noch in dieser Legislaturperiode einzuführen. In seiner Stellungnahme macht der AK deutlich, dass die derzeitige Ausbildungssituation mit 50 Studiengängen zur Primär- und Nachqualifikation eine optimale Voraussetzung zur Umsetzung von der berufsfachschulischen in die vollständige hochschulische Ausbildung darstellt.

↳ **Meldung vom 7.5.2020**

Schulgeldfreiheit in Baden-Württemberg durchsetzen!

Der dbl und auch die anderen Berufsverbände in Logopädie und Physiotherapie haben sich im April massiv gegen das angestrebte, nicht kostendeckende Landeskonzept zur Finanzierung der entsprechenden Fachschulen zur Wehr gesetzt, da dies keine qualitätssichernde Ausbildung ermöglichen würde. Strittig ist insbesondere, dass das Landesgutachten für die Berechnung der Finanzierung der Schulen in privater Trägerschaft nicht die tatsächlich ermittelten Kosten der Ausbildungen an den öffentlichen Schulen zugrunde legt. Die Berufsverbände gaben daher eine rechtliche Analyse des Landesgutachtens in Auftrag, das ebenfalls eindeutig die Schlussfolgerungen zur Finanzierung der Schulen infrage stellt. Auch Gesprächstermine mit den verschiedenen Parteien führten jedoch nicht zur Änderung der Position der Landesregierung. In einer Stellungnahme der Berufsverbände wurde erneut der Forderung nach einer kostendeckenden Finanzierung Nachdruck verliehen.

↳ **Meldung vom 23.4.2020**

Schulgeldfreiheit nun auch in Hessen

Bereits erfolgreich waren die Einmischungen des dbl und anderer Verbände für die Schulgeldfreiheit in Hessen, die vom Landtag am 6. Mai 2020 zum kommenden Schuljahr und damit ab dem 1. August 2020 beschlossen worden ist. Im Februar hatte der Sozial- und Integrationspolitische Ausschuss zu einer öffentlichen Anhörung zu dem geplanten Gesetzentwurf geladen, die am 12. März 2020 im Hessischen Landtag stattfand. Für den dbl nahm Stefanie Bauer teil, Fortbildungsbeauftragte des dbl-Landesverbandes Hessen und Lehrlogopädin an der staatlichen Schule für Logopäden des Universitätsklinikums Gießen-Marburg. Zuvor hatte der dbl von seinem Recht zur schriftlichen Stellungnahme Gebrauch gemacht.

↳ **Meldung vom 7.5.2020**

VERTRAGS- VERHANDLUNGEN

Verhandlungen zum Versorgungsvertrag gehen weiter

Nach neunwöchiger corona-bedingter Unterbrechung haben die 17 Verbände und der GKV-Spitzenverband Mitte Mai die Verhandlungen zum neuen Bundesrahmenvertrag auf Basis des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) per Videokonferenz wieder aufgenommen. Der neue Vertrag wird nicht wie ursprünglich vorgesehen am 1. Juli 2020, sondern am 1. Oktober 2020 – zeitgleich mit den neuen Heilmittel-Richtlinien – in Kraft treten. „Einerseits ist die Fristverlängerung bedauerlich, weil wir glauben, dass die zügige Umsetzung der Veränderungen wichtig ist. Andererseits ist das Vorgehen aber auch angemessen. Denn Verursacher ist die Pandemie, die ein Weitermachen wie bisher nicht möglich macht. Die Fristverlängerung nimmt auch etwas Zeitdruck aus den Verhandlungen, wobei sich in der Themenvielfalt bereits abzeichnet, dass auch der 1. Oktober sehr schnell da sein wird“, so dbl-Präsidentin Dagmar Karrasch.

Die Anlage „Fortbildung“ konnte in der Zwischenzeit im Hinblick auf die inhaltliche Ausgestaltung abgeschlossen werden. Themen der aktuellen und zukünftigen Verhandlungsrunden sind insbesondere die noch nicht abschließend geklärten Paragraphen des Versorgungsvertrags, die Anlage Zulassung, die Leistungsbeschreibung und die Vergütung. „Hier müssen wir wegkommen von den Komplexleistungen: So müssen Vor- und Nachbereitungen, Berichte oder Hausbesuche in der Vergütung abgebildet werden. Das ist vor allem auch gerechtfertigt, wenn man bedenkt, dass die Erwartungen an uns mit Blick auf Themen wie Digitalisierung, Hygiene oder Arbeitsschutz ständig steigen“, findet die dbl-Präsidentin. Durch die Corona-Pandemie sei zudem deutlich geworden, dass der Direktzugang, für den wir uns einsetzen, auch dazu beitragen kann, Versorgungsdefizite durch lange Wartezeiten und unnötige Kontakte beim Facharzt zu vermeiden. Und: Besonders eindrucksvoll sei die Innovationsbereitschaft der TherapeutInnen hinsichtlich neuer Techniken wie der Videotherapie zur Sicherstellung der Versorgung. Auch dies gehöre angesprochen.

↳ **Meldungen vom 20.5. und 15.6.2020**

Ausschreibung Vizepräsidentin (m/w/d)

Gesucht wird für die zunächst kommissarische Besetzung des Amtes der Vizepräsidentin (m/w/d) im geschäftsführenden Bundesvorstand eine engagierte, innovative und teamfähige Persönlichkeit mit hohem Interesse an der Weiterentwicklung der Logopädie in Deutschland, die sich aktiv dafür einsetzen möchte, die Arbeitsbedingungen aller Berufsangehörigen zu verbessern. Dies sollte sowohl die wirtschaftliche Situation einbeziehen als auch eine Statusentwicklung, die der Verantwortung des Berufes entspricht. Der Einsatz für die Zukunft der Profession Logopädie, des Berufes des Logopäden/der Logopädin und der optimalen Versorgung der Gesellschaft mit logopädischen Ressourcen ist ihr ein wichtiges Anliegen.

Was erwarten wir von Ihnen?

- Sie zeichnen sich durch ein hohes Maß an Eigenverantwortung und Selbstständigkeit sowie hohe Flexibilität und Verlässlichkeit aus.
- Die Kenntnis des deutschen Gesundheitswesens und politischen Systems ist ebenso wie langfristiges, strategisches Denken für Sie selbstverständlich.
- Sie sind bereit, vertrauensvoll und konstruktiv mit Ihren Kolleginnen und Kollegen im Bundesvorstand, den Landesverbandsvorständen und weiteren Vertretern und Vertreterinnen des Verbandes zusammenzuarbeiten.
- Sie möchten die in unserer Satzung verankerten Interessen und Ziele des Verbandes und seiner Mitglieder nach innen und außen vertreten.
- Sie sind bereit, an allen jährlich geplanten Sitzungen des Bundesvorstandes und den Bund-Länder-Konferenzen teilzunehmen und diese aktiv mitzugestalten.
- Sie sind bereit, die mit der Aufgabe verbundene besondere Verantwortung zu übernehmen.

Was zeichnet Sie aus?

- Hohes berufspolitisches Interesse, das die Weiterentwicklung des Berufes, die Verbesserung des Status der Berufsangehörigen und des Verbandes im Fokus hat,
- Erfahrung als Funktionärin (m/w/d) oder engagiertes Mitglied im Rahmen von Verbandsaktivitäten,
- Kenntnisse und Erfahrungen im (Verbands-) Management verbunden mit hohem Interesse an der Professionalisierung innerverbandlicher Strukturen,
- Führungskompetenz und Teamfähigkeit,
- Gesprächsführungs-, Moderations- und Präsentationskompetenzen.

Was sind Ihre Aufgaben?

- Weiterentwicklung der an der Satzung orientierten strategischen Ausrichtung der Vorstandsarbeit,
- Erstellung der Mandats- und Jahresplanung in Abstimmung mit dem Bundesvorstand,
- Betreuung und Weiterentwicklung der Zusammenarbeit mit den Landesverbandsvorständen,

- Organisation der Bundesvorstandssitzungen und der Bund-Länder-Konferenzen,
- Controlling der Grundsatz- und Positionspapire des dbl,
- Gewinnung, Einarbeitung und Unterstützung der Funktionäre und Funktionärinnen auf Länder- und Bundesebene,
- Management der innerverbandlichen Zusammenarbeit,
- Erweiterung des Mitgliederservices beispielsweise über Kooperationen und Sponsoring,
- Vertretung der übrigen Mitglieder des Bundesvorstandes.

Welche Chancen bieten sich Ihnen?

- Mitgestaltung der Zukunft der Logopädie in Deutschland,
- Zusammenarbeit mit Persönlichkeiten aus Politik, Gesundheits- und Bildungswesen sowie Verbänden der Gesundheitsfachberufe und Selbsthilfe,
- Erweiterung der Kompetenzen im Bereich des Verbandsmanagements,
- Erweiterung der berufspolitischen und fachlichen Kompetenzen,
- Erweiterung von Führungs- und Präsentationskompetenzen.

Der gewählte Bundesvorstand wird in der Verbandsarbeit von einem Geschäftsführer sowie weiteren hoch motivierten und fachlich kompetenten Angestellten in der Geschäftsstelle in allen Belangen des operativen Geschäftes unterstützt. Grundlagen unserer Verbandsarbeit sind unsere Grundsatzpapiere, insbesondere die Satzung.

Die Stelle ist kommissarisch mit einer Arbeitszeit von durchschnittlich 10-20 Stunden/Woche zu besetzen, die im Herbst 2020 stattfinden wird. Auf dieser Mitgliederversammlung kann die Stelleninhaberin (m/w/d) sich neben anderen möglichen Bewerberinnen (m/w/d) zur Wahl für eine zunächst einjährige Wahlperiode stellen. Eine zweimalige Wiederwahl für jeweils vier Jahre ist zulässig. Die Arbeitszeit der von der Mitgliederversammlung gewählten Vizepräsidentin (m/w/d) nach der Wahl wird mit den übrigen gewählten Bundesvorstandsmitgliedern und dem Ehrenrat abgestimmt.

Sollten Sie Interesse an einer Mitarbeit im Bundesvorstand haben, nehmen Sie Kontakt mit uns auf! Die Präsidentin, Dagmar Karrasch, und die Schatzmeisterin, Silke Winkler, geben Ihnen gerne nähere Auskünfte. Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung per E-Mail mit Lebenslauf und Motivationsschreiben an Dagmar Karrasch (karrasch@dbl-ev.de).

Neuer Service für dbl-Mitglieder: Videokonferenzen

Digitale Konferenzen und Fortbildungen werden auch künftig zum Leistungsspektrum des Verbandes gehören.

Videokonferenzen zum Thema Hygiene

Einen konstruktiven Austausch von Fragen und Ideen boten auch die Videokonferenzen zum Thema „Hygiene in der ambulanten Praxis“, das angesichts der Corona-Pandemie eine völlig neue Bedeutung bekommen hat. Ein wichtiger Aspekt war die Umsetzung der wichtigen Hygiene- und Infektionsschutzmaßnahmen und die damit einhergehende schwierige und kostenintensive Beschaffung der Schutzausrüstung, die viele PraxisinhaberInnen vor große Herausforderungen gestellt hat.



Tipps zur korrekten Verwendung von Masken

Die Videokonferenzen boten aber auch die Möglichkeit, den bereits im April vorgelegten dbl-Hygieneleitfaden noch einmal zu erläutern. Eine Autorin des Leitfadens, Cordula Winterholler, stand für Nachfragen zur Verfügung. Diskutiert und besprochen wurden beispielsweise auch die korrekte Verwendung von Masken und der persönlichen Schutzausrüstung, den ressourcenschonenden Umgang mit Schutzmaterialien und die Umsetzung der mitunter hart erscheinenden Hygi-



**Cordula Winterholler, eine der Autorinnen des
dbl-Hygieneleitfadens**



Erste Videokonferenz zum Thema Datenschutz am 24. April 2020

Anlässlich der Corona-Pandemie, aber nicht ausschließlich zu Corona-Themen, bietet der dbl seit einigen Wochen auch Videokonferenzen als neuen Mitgliederservice an.

Schon am 24. April konnten wir über die erste digitale Konferenz zum Thema „Fragen und Antworten zum Datenschutz“ berichten, in der viele dbl-Mitglieder die Gelegenheit wahrgenommen haben, sich im direkten Dialog mit Experten auszutauschen und weiterzubilden. Markus Sobau, externer Datenschutzbeauftragter des dbl, und Rechtsanwalt D. Benjamin Alt, dessen Tätigkeitsschwerpunkt vor allem in rechtlichen Betreuung von HeilmittelerbringerInnen liegt, sowie dbl-Präsidentin Dagmar Karrasch standen zu diesem spannenden Thema Rede und Antwort.

Weitere Termine folgten zum Thema: „Unser Verband: Unsere Arbeit und allgemeine Fragen“, am 27. April sowie am 4., 9., 11. und 16. Mai 2020.

Videokonferenz für Lehrende

Einen fachlichen Austausch bot auch die Videokonferenz, zu der der dbl die Lehrenden in der Logopädie eingeladen hatte. Zu Beginn wurde die Ergänzung der geplanten Verordnung des BMG vorgestellt, die in Epidemie-

zeiten die Ausbildung und das Examen erleichtern soll. Die Videokonferenz ermöglichte einen Schulen übergreifenden Erfahrungsaustausch und wurde zudem genutzt, um Wissen über die digitalen Möglichkeiten im Unterricht zu teilen.

Ebenso wurde die Situation der Studierenden beleuchtet. Denn die Corona-Maßnahmen beeinflussen auch die Ausbildung in der Logopädie enorm: Schließungen der Ausbildungseinrichtungen oder Beschränkungen bei der Wiederaufnahme des Unterrichts machten eine Umstrukturierung der theoretischen und praktischen Ausbildung und die Suche nach neuen Lösungen notwendig, damit auch unter erschwerten Bedingungen eine adäquate und qualitätsorientierte Ausbildung/Studium und entsprechend das Examen an Schulen durchgeführt werden können.

So diskutierte der dbl-Bundesvorstand, vertreten durch Dagmar Karrasch, Antje Krüger und Heidemarie Büchner, mit den Schulleitungen und Lehrenden über die aktuellen Möglichkeiten der praktischen Ausbildung und Prüfung, Teletherapie und Online-Unterricht. Eine ausführlichere Darstellung der Inhalte der Videokonferenz sowie der Situation in den Ausbildungsstätten finden Sie auf der dbl-Website.

↳ Meldung vom 20.5.2020



Neu im Fortbildungsangebot des dbl sind diverse Online-Seminare

enemaßnahmen in der logopädischen Therapie. Die Mitglieder tauschten Ideen aus, wie z.B. Therapien mit Kindern und Erwachsenen gestaltet werden können, bei denen keine Videobehandlung möglich ist. Den vollständigen Bericht finden Sie auf der dbl-Website.

↳ **Meldung vom 26.5.2020**

dbl-Online-Seminare: Neue Herausforderungen meistern

Wer sich weiter mit Fragen zum Thema Hygiene und die damit verbundenen Herausforderungen logopädischer Praxen auseinandersetzen möchte, kann eine entsprechende Fortbildung buchen: Der dbl bietet in Zusammenarbeit mit ProLog WISSEN eine neue Reihe von Online-Seminaren mit umfassenden Informationen zum Thema „Hygiene und Infektionsschutz“ an.

Das Themenspektrum reicht dabei von Basis-Seminaren zur Vermittlung der wichtigsten Grundlagen über Aufbau module, die sich konkret mit der Gestaltung und Umsetzung von Hygieneplänen und der nötigen Dokumentation befassen, bis hin zu Seminaren im Bereich „Hygiene und Führung“, die Ihnen als PraxisinhaberIn sowie als LogopädIn in einer Leitungsfunktion rechtliche Grundlagen und Möglichkeiten der Vermittlung und Kommunikation eines Hygienekonzepts aufzeigen.

Stimmtherapie digital

Durch die Digitalisierung der logopädischen Arbeit in Form von Videotherapie ergeben sich neue Möglichkeiten der Behandlung sowie neue Kommunikations- und Unterrichtswege. Dies gilt auch für den Bereich der Stimmtherapie, für die sich in der digitalen Arbeit besonders viele neue Perspektiven ergeben.

Das Online-Seminar „Stimmtherapie digital – so unterstützen Sie Ihre Patienten online“ mit Dipl.-Sprecherzieherin Anne Kühl erfreut sich großer Beliebtheit.

Die ersten Termine der dbl-Online-Seminare waren schnell ausgebucht. Schauen Sie doch im dbl-Shop nach, ob es bereits neue Online-Angebote dazu gibt!

↳ www.prolog-shop.de/dbl

dbl-Kongress 2021: Kein Call for Abstracts

Angesichts der Ausbreitung des Corona-Virus (COVID-19) hatten wir uns Anfang April 2020 schweren Herzens entschieden, den diesjährigen dbl-Jahreskongress abzusagen. Dieser wurde auf den 3. bis 5. Juni 2021 verschoben und wird wieder in der MESSE DRESDEN stattfinden.



**49. dbl-Kongress
3.-5. Juni 2021 | Dresden**

Da wir planen, das Kongressprogramm aus diesem Jahr so umfassend wie möglich zu übernehmen, um Ihnen den lebendigen und fachlich ansprechenden Kongress aus diesem Jahr nicht vorzuenthalten und somit 2021 anbieten zu können, wird es für den 49. dbl-Kongress 2021 keinen erneuten Call for Abstracts geben.

Wir würden uns aber freuen, wenn Sie für den 50. dbl-Kongress 2022 Ihre Themen und Beiträge ab dem Sommer 2021 über unser Online-Formular des Call for Abstracts einreichen würden.

▶

*Wir gestalten die **Zukunft** der **Logopädie!***





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

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

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

Sind Sie dabei?



Einladung zur Mitgliederversammlung (MV) am 14. November 2020

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

bedingt durch die Corona-Pandemie mussten wir unseren diesjährigen Jahreskongress, in dessen Rahmen auch unsere jährliche Mitgliederversammlung stattfinden sollte, absagen.

Der Deutsche Bundesverband für Logopädie e.V. ist satzungsgemäß grundsätzlich verpflichtet, eine Mitgliederversammlung durchzuführen. Wir beabsichtigen daher, diese nun in der zweiten Jahreshälfte durchzuführen, sofern sich die Corona-Gesamtsituation in Deutschland nicht wieder verschlechtert oder gar hoheitliche Vorgaben zu einer abermaligen Absage zwingen. In diesem Jahr stehen zudem wichtige Themen wie die Wahlen des Bundesvorstandes (Vizepräsident/in, Interessenvertretung Angestellte) sowie eine Satzungsänderung auf der Tagesordnung.

Nutzen Sie die Möglichkeit, sich aktiv in die Verbandsarbeit miteinzubringen und Entscheidungen über die künftige Ausrichtung der Verbandspolitik zu treffen! Denn die Mitgliederversammlung ist satzungsgemäß das höchste Organ unseres Verbandes.

Wir laden alle Mitglieder des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie e.V. (dbl) sehr herzlich ein, an unserer Mitgliederversammlung teilzunehmen.

Die Mitgliederversammlung findet statt

im Hotel Bristol Berlin, Kurfürstendamm 27, Schloss-Saal, 10719 Berlin
am **Samstag, 14. November 2020, in der Zeit von 10:00 bis 15:00 Uhr.**

Bitte bringen Sie Ihren Mitgliedsausweis und einen Lichtbildausweis mit, damit Sie sich als dbl-Mitglied ausweisen können.

Weiterführende Informationen zur Vorbereitung der Mitgliederversammlung werden wir Ihnen, wie in den vergangenen Jahren, im Vorfeld satzungsgemäß bereitstellen. Ebenso werden wir bereits vor der Mitgliederversammlung wieder Möglichkeiten zur Klärung von Fragen und zum Austausch anbieten.

Wir freuen uns auf Ihre Rückmeldungen und Hinweise zu unserer Verbandsarbeit und Ihre aktive Teilnahme an der Mitgliederversammlung!

Aufgrund der notwendigen Hygienemaßnahmen und der damit verbundenen Abstände bei der Bestuhlung des Versammlungsraumes wären wir Ihnen sehr verbunden, wenn Sie uns im Vorfeld mitteilen würden, ob Sie voraussichtlich an der Mitgliederversammlung teilnehmen werden. Eine entsprechende Anfrage geht Ihnen rechtzeitig zu.

Abschließend weisen wir vorsorglich darauf hin, dass sich der Bundesvorstand vorbehält, die Mitgliederversammlung am 14. November auch als vollständige oder teilweise Online-Versammlung durchzuführen, bei der sich Mitglieder zuschalten und ihre Mitgliederrechte ausüben können oder alternativ, die Mitglieder über die Beschlussgegenstände schriftlich abstimmen zu lassen. Hierüber würden wir Sie aber rechtzeitig vorher informieren.

Derzeit gehen wir davon aus, dass wir uns am 14. November 2020 im Rahmen einer normalen Präsenzversammlung sehen und die Themen dieses Jahres persönlich besprechen können. Wir freuen uns jedenfalls darauf.

Mit herzlichen Grüßen

im Namen des Bundesvorstandes,

Dagmar Karrasch

Präsidentin des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie e.V. (dbl)

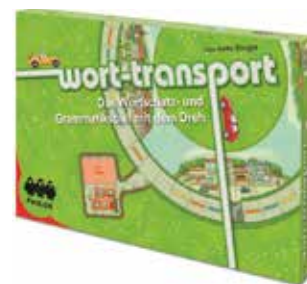
Für dbl-Mitglieder: Rabatte von ProLog im Juli und August

JULI: „Lautsicher sch“ und „Lautsicher s“ inklusive der zugehörigen Kopiervorlagen-Mappe mit 30% Rabatt, also pro Spiel für 45,36 Euro statt 64,80 Euro.



Die „Lautsicher“-Spiele bieten spannende Spielmöglichkeiten zum Training der auditiven Lautdifferenzierung und Produktion der Lautbildung auf Laut-, Silben-, Wort- und Satzebene bis hin zur gelenkten Spontansprache, auch mit Verben und Adjektiven für zwei Spieler ab vier Jahren. Die Kopiervorlagen greifen die Inhalte der Spiele auf und helfen, diese zu vertiefen und weiter zu üben. Optimal zum Mitgeben, Üben und Wiederholen zu Hause!

AUGUST: „Wort-Transport“ – das Wortschatz- und Grammatikbrettspiel mit dem Dreh und allen vier Mappen mit Kopiervorlagen mit 30% Rabatt, also zusammen für 83,65 statt 119,50 Euro.



Bei „Wort-Transport“ gehen die Spieler einkaufen und lernen dabei zu den Wortfeldern Spielwaren, Möbel, Kleidung und Lebensmittel viele Wörter kennen. Zusätzliche Drehscheiben ermöglichen auch ein Training der Grammatik, etwa zu Pluralbildungen, Präpositionen, Verben und Adjektiven. Dabei kann Wort-Transport in verschiedenen Schwierigkeitsgraden gespielt werden. Die Kopiervorlagen-Mappen zu den vier genannten Wortfeldern vertiefen und erweitern die Inhalte des Spiels und bieten verschiedene Aufgabenarten an.

↳ www.prolog-shop.de/dbl

Anzahl			Mitglied	Nicht-Mitglied
LOGOPÄDIE FÜR KINDER UND JUGENDLICHE, SPRACHERWERB				
1000	Die kindliche Sprachentwicklung von der U3 bis zur U9	BRO	2,50	5,00
1001	Kindl. Spracherwerb in mehrspr. Familien – DEU (10 Stk.)	FB	2,50	5,00
1002	Kindl. Spracherwerb in mehrspr. Familien – PERS (10 Stk.) NEU	FB	2,50	5,00
1003	Kindl. Spracherwerb in mehrspr. Familien – TÜRK (10 Stk.)	FB	2,50	5,00
1004	Kindl. Spracherwerb in mehrspr. Familien – ARAB (10 Stk.)	FB	2,50	5,00
1005	Wie spricht mein Kind – DEU (10 Stk.)	FB	3,50	7,00
1006	Wie spricht mein Kind – RUSS (10 Stk.)	FB	2,50	5,00
1007	Wie spricht mein Kind – TÜRK (10 Stk.)	FB	2,50	5,00
1008	Sprachentwicklung im Überblick (DIN A1) gefaltet	PLA	5,00	10,00
1008-R	Sprachentwicklung im Überblick (DIN A1) gerollt	PLA	5,00	10,00
1009	Sprachentwicklung/Tiermotive (DIN A2) gefaltet	PLA	4,00	8,00
1009-R	Sprachentwicklung/Tiermotive (DIN A2) gerollt	PLA	4,00	8,00
1010	Förderung d. kindl. Sprachentwicklung 0-1. Lj. – DEU (10 Stk.)	FB	2,50	5,00
1011	Förd. d. kindl. Sprachentwicklung 0-1. Lj. – RUSS (10 Stk.)	FB	2,50	5,00
1012	Förd. d. kindl. Sprachentwicklung 0-1. Lj. – TÜRK (10 Stk.)	FB	2,50	5,00
1013	Förd. d. kindl. Sprachentwicklung 2. Lj. – DEU (10 Stk.)	FB	2,50	5,00
1014	Förd. d. kindl. Sprachentwicklung 2. Lj. – RUSS (10 Stk.)	FB	2,50	5,00
1015	Förd. d. kindl. Sprachentwicklung 2. Lj. – TÜRK (10 Stk.)	FB	2,50	5,00
1016	Förd. d. kindl. Sprachentwicklung 2-3. Lj. – DEU (10 Stk.)	FB	2,50	5,00
1017	Förd. d. kindl. Sprachentwicklung 2-3. Lj. – RUSS (10 Stk.)	FB	2,50	5,00
1018	Förd. d. kindl. Sprachentwicklung 2-3. Lj. – TÜRK (10 Stk.)	FB	2,50	5,00
1019	Förd. d. kindl. Sprachentwicklung 3-4. Lj. – DEU (10 Stk.)	FB	2,50	5,00
1020	Förd. d. kindl. Sprachentwicklung 3-4. Lj. – RUSS (10 Stk.)	FB	2,50	5,00
1021	Förd. d. kindl. Sprachentwicklung 3-4. Lj. – TÜRK (10 Stk.)	FB	2,50	5,00

Anzahl			Mitglied	Nicht-Mitglied
LOGOPÄDIE FÜR KINDER UND JUGENDLICHE, BEHANDLUNGSBEREICHE				
2000	Sprachentwicklungsstörungen bei Kindern (10 Stk.)	FB	3,50	7,00
2001	Hörstörungen bei Kindern (10 Stk.)	FB	3,50	7,00
3006	Unterstützte Kommunikation – Kinder + Erw. (10 Stk.)	FB	3,50	7,00
3007	Logopädie bei Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) (10 Stk.)	FB	3,50	7,00
2005	Sprachentwicklungsstörung (30x60 cm) gefaltet	PLA	1,00	3,00
2006	Früherkennung (30x60 cm) gefaltet	PLA	1,00	3,00
2007	Sprachentwicklungsstörung (10 Stk.)	PK	2,00	3,00

Anzahl			Mitglied	Nicht-Mitglied
LOGOPÄDIE FÜR ERWACHSENE, BEHANDLUNGSBEREICHE				
3000	Logopädie und Demenz (10 Stk.)	FB	3,50	7,00
3001	Schlucken – Lebenswichtig und nicht immer selbstverständlich (10 Stk.)	FB	3,50	7,00
3006	Unterstützte Kommunikation – Kinder + Erw. (10 Stk.)	FB	3,50	7,00
3007	Logopädie bei Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) (10 Stk.)	FB	3,50	7,00
3002	Schlaganfall (30x60 cm) gefaltet	PLA	1,00	3,00
3003	Schlucken (30x60 cm) gefaltet	PLA	1,00	3,00
3004	Stimme (30x60 cm) gefaltet	PLA	1,00	3,00
3005	Stimme (10 Stk.)	PK	2,00	3,00

Anzahl			Mitglied	Nicht-Mitglied
SPRACHREICH®				
7000	Sprachreich® – Logopädisch orientierte Sprachförderung im Alltag (10 Stk.)	FB	2,50	2,50
7001	Sprachreich® – ErzieherInnenfortbildung (DIN A2) gefaltet	PLA	2,00	--
7001-R	Sprachreich® – ErzieherInnenfortbildung (DIN A2) gerollt	PLA	2,00	--
7002	Sprachreich® – Ergänzungswissen II (2014) – Literacy Ordner mit dbl-Konzept und Materialien zur Vorbereitung und Durchführung einer Fortbildung für ErzieherInnen	MAT	79,50	99,50

Anzahl			Mitglied	Nicht-Mitglied
INFORMATIONEN ZUM BERUF				
4000	Logopädie – Menschen zur Sprache bringen	BRO	1,00	2,00
INFORMATIONEN ZUR SELBSTSTÄNDIGKEIT				
5000	Mustervertrag ‚Gemeinschaftspraxis‘ (DIN A4, 8 Seiten)		30,00	--
5001	Mustervertrag ‚Partnerschaftsgesellschaft‘ (DIN A4, 13 Seiten)		55,00	--
5002	Mustervertrag ‚Praxisgemeinschaft‘ (DIN A4, 8 Seiten)		30,00	--
5003	dbl-Qualitätsmanagement-Handbuch auf USB-Stick		178,50	297,50
MATERIAL FÜR DEN PRAXISALLTAG				
6000	Leermappe ‚Menschen zur Sprache bringen‘		1,50	--
6001	Notizblock dbl (5 Stk.)		2,50	6,00
6002	Terminblöcke für Patienten (10 Stk.)		6,90	14,90
6004	Kugelschreiber (10 Stk.)		10,00	10,00
6005	Schlüsselanhänger		3,00	4,00
6006	Türanhänger		1,50	2,80
6008	3D-Aufkleber-Set zum Ausmalen		5,99	6,99
6009	3D-Aufkleber-Set zum Ausmalen – Fünferpack (10% Rabatt)		26,95	--

Anzahl			Mitglied	Nicht-Mitglied
MARKETING FÜR BERUF UND VERBAND				
8001	evidenzsst für Studierende	FB	kostenlos	
8002	evidenzsst für Wissenschaft und Praxis	FB	kostenlos	
8008	dbl-Tasse „Logopädie“	FB	10,50	14,50
8009	Logopädie? Na logo! (DIN A2) gefaltet NEU	PLA	2,00	4,00
8010	Liebes Publikum... (DIN A2) gefaltet NEU	PLA	2,00	4,00
8011	Das ...äh... mhh... Dings...! (DIN A2) gefaltet NEU	PLA	2,00	4,00
8012	Logopädie? Na logo! (10 Stück) NEU	PK	2,00	3,00
8013	Liebes Publikum... (10 Stück) NEU	PK	2,00	3,00
8014	Das... äh... mhh... Dings...! (10 Stück) NEU	PK	2,00	3,00

BRO Broschüre · **FB** Faltblatt · **PLA** Plakat · **PK** Postkarte · **MAT** Material
DEU Deutsch · **TÜRK** Türkisch · **ARAB** Arabisch · **RUSS** Russisch · **PERS** Persisch

Liefer- und Rechnungsadresse*

Firma/Praxis	
Name, Vorname	
Str. / Nr.	
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. Bitte beachten Sie hierzu auch die allgemeinen Datenschutzinformationen des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie e.V. (dbl), die wir Ihnen auf der dbl-Website zur Verfügung gestellt haben: <https://tinyurl.com/dbl-datenschutzerklaerung>

Preise in € je Verpackungseinheit inkl. ges. MwSt., zzgl. Portopauschale 4,10 €, zzgl. Portopauschale 6,90 € bei Rollenversand. Bei Lieferung ins Ausland werden die tatsächlichen Versandkosten berechnet. Bestellte Materialien werden mit Rechnung zugestellt. Es gelten die Allgemeinen Geschäftsbedingungen des dbl-Online-Shops.



BILDUNG & FORSCHUNG



Foto: Karin Kaiser/MHH

Jubiläumsfeier in Hannover abgesagt

In Anbetracht der Unsicherheit, ob im November wieder Feste mit vielen Personen veranstaltet werden können und aufgrund der emotional und existenziell belastenden Situation vieler LogopädInnen hat die Logopädienschule an der Medizinischen Hochschule Hannover (LOS) die für November geplante Jubiläumsfeier abgesagt. Ob und wann es einen Ersatztermin geben wird, ist derzeit noch offen.

www.mhh.de/logopaedieschule

IALP-Treffen in Malta

Neuer Vorstand der Weltgesellschaft für Logopädie/Phoniatrie setzt sich ambitionierte Ziele.

Wenige Tage vor Beginn der internationalen Reisebeschränkungen im Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie kam der neue Vorstand der *International Association of Logopaedics and Phoniatrics (IALP)* auf Einladung der amtierenden Präsidentin Prof. Dr. Pamela Enderby zu seiner Sitzung in Malta zusammen, der sich nach der Mitgliederversammlung in Taipeh im August vergangenen Jahres für drei Jahre konstituiert hatte.

Der neue Vorstand besteht neben dem Präsidium aus den Vorsitzenden der 14 Komitees und drei VertreterInnen der IALP-Mitgliedsverbände. Den dbl sowie weitere Mitgliedsverbände, die zwischen 1.000 und 10.000 Mitglieder zählen, repräsentiert Dr. Timothy Kittel, amtierender Präsident des australischen Berufsverbandes *Speech Pathology Australia*.



In ihrer Funktion als Vorsitzende des Komitees für Mehrsprachigkeit und Interkulturalität im Vorstand nahm dbl-Mitglied Prof. Dr. Wiebke Scharff Rethfeldt ebenfalls an der zweitägigen Sitzung teil, in deren Rahmen Entscheidungen über nachhaltige Änderungen getroffen und ambitionierte Ziele für die kommenden drei Jahre bis zum nächsten Weltkongress in Auckland, Neuseeland, vereinbart wurden.



Der im letzten Jahr in Taipeh neu gewählte Vorstand der IALP traf sich in Malta zur Weichenstellung für die nächsten drei Jahre

Die IALP hat sich zum Ziel gesetzt, die Lebensqualität von Menschen mit Störungen der Kommunikation, des Sprechens, der Sprache, der Stimme, des Hörens sowie des Schluckens zu verbessern. Dies erfordert ein allgemein verbessertes Verständnis über die Zusammenhänge und Auswirkungen von Kommunikationsstörungen sowie einen verbesserten und insbesondere gleichberechtigten Zugang zur Gesundheitsversorgung für Menschen mit Kommunikations- und Schluckstörungen.

Die Vorsitzenden der Komitees arbeiten fachwissenschaftlich mit ihren Teams von maximal zwölf Mitgliedern auf verschiedenen Ebenen, diese Ziele umzusetzen. So sind neben allgemein zugänglichen Veröffentlichungen (Open Access) auch weitere Composita geplant. Überdies wurde der Twitter-Account @IALP_Global eingerichtet.

Neuer Name – neues Logo für traditionsreichen Verband

Eine wesentliche Neuerung ist die Namensänderung der Organisation, die 2024 ihr hundertjähriges Jubiläum begehen wird. Der neue Titel *International Association of Communication Sciences and Disorders*, der im Rahmen der Abstimmung auf der letzten Mitgliederversammlung die höchste Stimmenanzahl auf sich vereinen konnte, wird ab sofort als Handelsname geführt, während IALP der rechtliche Name bleibt. Der neue Name wurde im US-Bundesstaat Kalifornien angemeldet.

Die Beziehungen und gemeinsamen Aktivitäten zwischen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der IALP werden weiter vertieft. So wirkt die IALP an der WHO-Initiative Global 2030 mit, indem sie sich an der Entwicklung eines umfassenden Pakets von



dbl-Mitglied Prof. Dr. Wiebke Scharff Rethfeldt, Vorsitzende des Komitees für Mehrsprachigkeit und Interkulturalität im IALP-Vorstand, mit Dr. Timothy Kittel, Präsident des australischen Berufsverbandes Speech Pathology Australia

Rehabilitationsmaßnahmen beteiligt, an einem Rehabilitationskompetenzrahmen aktiv mitarbeitet und die interprofessionelle Zusammenarbeit mit dem Ziel einer gemeinsamen Interessenvertretung der Gesundheitsfachkräfte verfolgt. Zudem entsendet jedes der 14 arbeitsintensiven Komitees jeweils ein Mitglied in eine neu gegründete Arbeitsgruppe, die innerhalb eines Jahres Empfehlungen für eine verbesserte Versorgung von unversorgten und unterversorgten Bevölkerungsgruppen zusammenstellen wird.

Auch strebt die IALP an, sich mit anderen internationalen Organisationen mit ähnlichen Interessen und vergleichbaren Anliegen stärker zu vernetzen, um einen größeren Einfluss auf globaler Ebene zu erreichen. Hierzu zählen u.a. das *Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes-Logopèdes de L'Union Européenne (CPLOL)*, die *Communication Therapy International (CTI)*, die *World Federation of Neurological Rehabilitation*

(WFNR) und das *International Communication Project (ICP)*.

Nächster Weltkongress 2022

Parallel nimmt die Planung des 32. Weltkongresses, der vom 14. bis 18. August 2022 in Neuseeland stattfinden soll, mit vielversprechenden Vorhaben konkrete Gestalt an. Es ist davon auszugehen, dass auch dieser Kongress sehr erfolgreich wird.

Als IALP-Mitglied ist der dbl damit international gut vertreten. Jedoch können auch individuelle Mitglieder direkt von einer Mitgliedschaft profitieren und sich engagieren, um die Logopädie weltweit sichtbar zu machen.

Prof. Dr. Wiebke Scharff Rethfeldt, Hochschule Bremen

Forschungsprojekt zu Musik bei CI

Seit April 2020 untersucht Dr. Bianka Wachtlin an der HAWK Hildesheim mit ihren Mitarbeiterinnen Laura Mörsdorf (HAWK Hildesheim) und Maren Nickel (KH Mainz) den Einfluss

von musikalischen Aktivitäten in der Sprachtherapie auf den Wortschatz bei Vorschulkindern mit Cochlea Implantat (CI). Wachtlin lehrt und forscht seit Beginn des Sommersemesters 2018 als Verwaltungsprofessorin im Bachelor- und Masterstudiengang ELP an der HAWK Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst Hildesheim/Holzminde/Göttingen.



Dr. Bianka Wachtlin



In den letzten Monaten hat sich viel getan auf der Plattform für Evidenzbasierte Praxis.

Erste Testrezensionen

In der letzten Ausgabe (forum:logopädie 3/2020, S. 24) hat Prof. Dr. Thomas Günther das neue Projekt „Testrezensionen“ vorgestellt. Die ersten zehn Rezensionen vielfach genutzter Tests stehen jetzt im Netz.

Aktuelle Umfrage zu EBP

In der Rubrik „EBP-Ressourcen: Evidenz über evidenssst.org hinaus“ unter „Aktuelle Stu-

dien zur Teilnahme“ sucht ein neues Projekt an EBP interessierte TeilnehmerInnen: Ein Online-Fragebogen der EUFH Rostock unter der Projektleitung von Dr. Julia Balzer (PT), Fachbereich Angewandte Gesundheitswissenschaften der Europäischen Fachhochschule EUFH Rostock, mit dem Ziel, den aktuellen Implementierungsgrad Evidenzbasierter Praxis in der Ergotherapie, Sprachtherapie/Logopädie und Physiotherapie in deutschen Praxen und Kliniken systematisch zu erfassen.

Neue MA/BA-Arbeiten

In der Rubrik „EBP-Ressourcen: Evidenz auf Evidenssst.org“ sind weitere Bachelor- und Masterarbeiten eingestellt worden:

- Thorndahl, Dennis (2019): Barrieren und Gelingensbedingungen bei der Etablierung der Unterstützten Kommunikation (UK) als Gegenstand logopädischer/sprachtherapeutischer Interventionen in Deutschland – eine Fragebogenerhebung. Frechen: evidenssst.org
- Kröger, Liesa (2019): Neue Regulierungsmodelle für den Zugang zur Heilmittelversorgung: Der Direktzugang zur Logopädie. Frechen: evidenssst.org
- Schulte, Lara (2020): Subjektive Theorien erfahrener Logopädinnen zur Gestaltung und Wirkung der therapeutischen Beziehung in der Kindersprachtherapie. Frechen: evidenssst.org

: TERMINE

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

24.-27. September 2020, Hamburg Jahrestagung der DGPP

Die 37. Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie (DGPP) findet in den Mozartsälen, Moorweidestraße 36, in Hamburg statt. Tagungspräsidentin ist PD Dr. med. Christina Pflug am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE).

↳ www.dgpp.de

25. September 2020, Aachen Online-Jahrestagung der DGSS

Die Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sprechwissenschaft und Sprech-erziehung (DGSS) findet in diesem Jahr nicht im gewohnten Live-Format, sondern als Online-Tagung statt. Sie thematisiert die aktuellen Veränderungen in der Kommunikation durch die Digitalisierung. Unter dem Motto „Mündlichkeit 4.0 – Sprechen in einer digitalen Welt“ reflektieren die Vorträge und Diskussionen die Auswirkungen der digitalen Durchdringung im beruflichen und privaten Kontext auf die Arbeitsgebiete von Sprechwissenschaft und Sprecherziehung.

↳ www.dgss2020.de

25.-27. September 2020, Dortmund 47. Kongress Stottern & Selbsthilfe

Im sympathisch-geselligen Stil des Ruhrgebiets motiviert in diesem Jahr das Kongressmotto „Komma bei uns bei!“ zur Teilnahme am jährlichen Highlight der Selbsthilfe stotternder Menschen. Organisiert wird der Kongress im Ehrenamt von der Gruppe Stottern & Selbsthilfe Dortmund, in der insbesondere junge Stotternde aktiv sind. Gut 250 Betroffene, Angehörige, Fachleute und Interessierte werden zu der Veranstaltung in der Jugendherberge Dortmund erwartet.

↳ www.stottern-der-kongress.de

25.-26. September 2020, Düsseldorf therapie DÜSSELDORF

Wegen der Absage der REHACARE findet auch die Fachmesse mit Kongress für Therapie und medizinische Rehabilitation in diesem Jahr nicht auf dem Düsseldorf-

fer Messegelände statt, sondern erstmals wird den Teilnehmern ein Online-Kongress angeboten, der die virtuelle Teilnahme an Kongressvorträgen und Ausstellerworkshops möglich macht. Das Kongressprogramm ist ab Juli verfügbar, Anmeldungen sind ab August möglich.

↳ www.therapiemesse-duesseldorf.de

8.-10. Oktober 2020, Mülheim/Ruhr Demenz: Neue Wege wagen!

Unter diesem Motto lädt die Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz alle, denen das Thema das Demenz am Herzen liegt, zu ihrem 11. Kongress ein: Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen, haupt- und ehrenamtlich in Beratung, Betreuung, Pflege und Therapie sowie Medizin und Wissenschaft Tätige und alle Interessierten. Die Teilnehmer erwarten Vorträge, Symposien, Workshops und dazwischen viele Gelegenheiten, miteinander ins Gespräch zu kommen.

↳ www.alzheimer-kongress.de

9. Oktober 2020, Bielefeld Prüfen im Skills Lab

Vom interprofessionellen VIFSG (Verband zur Integration und Förderung des Skills-Lab-Konzeptes in den Gesundheitsberufen) wurden bereits sieben Fachtagungen mit unterschiedlichen inhaltlichen Schwerpunkten rund um das Skills-Lab-Konzept durchgeführt. Das Konzept hält vermehrt Einzug in Bildungseinrichtungen, um Lernenden ein praxisnahes Handeln im Schonraum zu ermöglichen. Auch mit Blick auf die Gestaltung und Durchführung kompetenzorientierter Prüfungen gewinnt das Skills-Lab-Konzept an Bedeutung. Die diesjährige Fachtagung wird die Möglichkeit bieten, Praxisbeispiele aus Schule und Hochschule zum kompetenzorientierten Prüfen bzw. zum Prüfen beruflicher Handlungskompetenz im Skills Lab vorzustellen, zu diskutieren und gemeinsam Potenziale, aber auch Herausforderungen zu identifizieren.

↳ www.vifsg.de

23.-25. Oktober 2020, Osnabrück Kongress „Bewegte Kindheit“

Wie verschiedene andere Kongresse, die im Frühjahr stattfinden sollten, wurde auch dieser Kongress in den Herbst verlegt. Der 11. Osnabrücker Kongress „Bewegte Kindheit“ an der Osnabrücker Universität wird sich mit aktuellen gesellschaftlichen und bildungspolitischen Herausforderungen befassen. Mit mehr als 180 Vorträgen, Seminaren und Workshops gehört die Veranstaltung unter der Leitung von Prof. Dr. Renate

Zimmer zu den größten Kindheitskongressen in Deutschland.

↳ www.bewegte-kindheit.de

23.-24. Oktober 2020, Hamburg Therapie HAMBURG

Mit der therapie HAMBURG veranstalten Leipziger Messe und Hamburg Messe und Congress (HMC) eine starke Fachmesse mit Kongress für Physio-, Ergo- und Sporttherapeuten sowie Krankengymnasten, Masseure und medizinische Bademeister im norddeutschen Raum. Die Fortbildungsveranstaltung findet im Jahresturnus auf dem Hamburger Messegelände statt und orientiert sich am erfolgreichen Konzept der therapie Leipzig, der führenden nationalen Branchenplattform für Therapie, Medizinische Rehabilitation und Prävention. Im Rahmen der Messe findet am 23. Oktober auch eine Sitzung des dbL-Landesverbandes Hamburg statt.

↳ www.therapiemesse-hamburg.de

29.-31. Oktober 2020, Köln 20. GAB-Jahrestagung

„Kommunikation: Sprache – Emotion – Kognition“ ist das Motto der Jahrestagung der Gesellschaft für Aphasieforschung und -behandlung (GAB). Sie beginnt mit einem Workshoptag mit Begrüßungsabend. Es folgen zwei Vortragstage mit den Keynote-Speakern Miranda Rose (La Trobe University, Australia) und Sheila MacDonald (University of Toronto, Canada). Die Organisation erfolgt durch die Arbeitsgruppe GAB 2020 an der Universität Köln, Pädagogik und Therapie bei Sprach- und Sprechstörungen.

↳ www.aphasiegesellschaft.de

30.-31. Oktober 2020, München MAIK – Münchner Außerklinischer Intensiv Kongress

Der 13. MAIK Münchner Außerklinischer Intensiv Kongress bietet Betroffenen und den Berufsgruppen, die an der Versorgung außerklinisch beatmeter Kinder und Erwachsener beteiligt sind, die Plattform für sachliche und fundierte Diskussion. Das Programm beleuchtet zahlreiche Bereiche: von der Querschnittslähmung mit Beatmung über medizinische, therapeutische und pflegerische Versorgung bis hin zu technischen Hilfsmitteln. Neben Vorträgen bietet der Kongress praxisorientierte Workshops und eine Fachausstellung.

↳ www.maik-online.org

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

Termin	Ort	Titel	Dozent/Dozentin	Seminar-Nr.	Punkte	Preis
AUSGEWÄHLTE THEMEN „Fit für die Praxis“-Fortbildungsreihe						
2.-3. Oktober	Köln	Sicher leiten – Führungskompetenz ist lernbar	Veronika Meiwald Marlene Scheid	2040-KC-dbl	15	295 €
30.-31. Oktober	Köln	Praxisgründung		Jutta Beyrow	2044-KD-dbl	--
27.-28. November	Hamburg	Supervisionsinterventionen für die kollegiale Supervision	Hartmut Zückner	2048-HB-dbl	16	280 €
19. Dezember	Köln	Anleitung zur Intervention	Stefan Siewing	2051-KD-dbl	8	180 €
SPRACHFÖRDERUNG „Sprachreich“-Seminare (exklusiv für dbl-Mitglieder)						
28.-29. August	Bremen	Kombifortbildung Sprachreich® – Basiswissen I und II	Ilka Mono-Ahrens	2035-BRA-dbl	--	390 €
13.-14. November	Leipzig	Kombifortbildung Sprachreich® – Basiswissen I und II	Joachim Schwalbach	2046-LB-dbl	--	390 €
SPRACH- UND ENTWICKLUNGSSTÖRUNGEN						
7.-8. August	Köln	Einführung in die Orofaziale Regulationstherapie nach Rodolfo Castillo Morales	Irmgard Helene Kaulmann-Holletschek	2032-KD-dbl	14	300 €
9. August	Köln	Orofaziale Funktionen im Kontext von hartnäckigen Aussprachestörungen mit und ohne Vorliegen dyspraktischer Komponente	Ulrike Becker-Redding	2032-KC-dbl	8	185 €
16. August	Köln	Die Verbale Entwicklungsdyspraxie und KoArt® – Aufbaukurs	Ulrike Becker-Redding	2033-KB-dbl	8	185 €
20.-22. August	Berlin	Multimodularer Ansatz in der Therapie von Late Talkern	Elisabeth Gotthardt	2034-BA-dbl	20	320 €
23.-24. August	Köln	Prosodie wozu? – Die Schnittstellentherapie bei prosodischen Störungen	Dr. Antje Skerra	2034-KC-dbl	15	280 €
10. September	Magdeburg	Orofaziale Funktionen im Kontext von hartnäckigen Aussprachestörungen mit und ohne Vorliegen dyspraktischer Komponente	Ulrike Becker-Redding	2037-MDC-dbl	8	185 €
11. September	Magdeburg	Die Verbale Entwicklungsdyspraxie und KoArt® – Aufbaukurs	Ulrike Becker-Redding	2037-MDB-dbl	8	185 €
4.-5. Dezember	Bremen	Die Verbale Entwicklungsdyspraxie und KoArt® – Grundkurs	Ulrike Becker-Redding	2049-BRA-dbl	16	295 €
6. Dezember	Bremen	Orofaziale Funktionen im Kontext von hartnäckigen Aussprachestörungen mit und ohne Vorliegen dyspraktischer Komponente	Ulrike Becker-Redding	2049-BRB-dbl	8	185 €
STIMMSTÖRUNGEN						
28.-29. August	Magdeburg	Feldenkrais und Stimme	Ralf Ziegler	2035-MDA-dbl	16	295 €
STÖRUNGEN DES REDEFLUSSES						
18.-19. September	Köln	Direktes Arbeiten am Stottern im Kindergarten- und Grundschulalter, geht das? – Möglichkeiten der Umsetzung des Non-Avoidance-Ansatzes mit kleinen und größeren Kindern	Antje Krüger	2038-KI-dbl	15	285 €
GERIATRIE/DEGENERATIVE ERKRANKUNGEN						
14.-15. November	Hamburg	Logopädische Therapie in der Palliativmedizin	Katja Emmerich	2046-HB-dbl	16	275 €
AUSGEWÄHLTE THEMEN						
15. November	Köln	Trauma und Resilienz im logopädischen Alltag	Cordula Winterholler	2046-KE-dbl	8	180 €
7. Dezember	Köln	Erste Hilfe bei Patienten in der logopädischen Praxis	Ulrich Birkmann	2050-KE-dbl	--	190 €

HINWEIS: Bitte beachten Sie, dass diese Übersicht den aktuellen Planungsstand bei Redaktionsschluss abbildet. Aktualisierungen aufgrund der dynamischen Situation bzgl. des Corona-Virus können jederzeit notwendig sein und werden in diesem Fall sofort unter www.prolog-wissen.de/dbl veröffentlicht.





Zentrum für Diagnostik und Therapie bei Schluckstörungen
DAS DYSPHAGIEZENTRUM

Seminar D • Fachtherapeut Dysphagie
D **Dysphagiewoche zur Spezialisierung auf den Fachbereich Dysphagie**

- 9-tägiger Kompaktkurs,
Referent: Mirko Hiller, MSc / Neurorehabilitation, Leiter DDZ
Zertifizierter FEES-Ausbilder der DGN / DSG / DGG

Warteliste • D01/21 · 09.01. - 17.01.2021 in Schwerin · 1180,-€
• D09/21 · 18.09. - 26.09.2021 in Schwerin · 1180,-€

Ausbildung Fachtherapeut Dysphagie auch mit dem Besuch der Kurse B, ZEREX + R oder F möglich



Zertifizierter Experte Trachealkanülenmanagement bei Dysphagie® (ZEREX-TK/DYS®)

Curriculare Fortbildung zur optimalen Versorgung von Patienten mit Trachealkanülen bei Dysphagie im klinischen und ambulanten Bereich mit Abschluss zum zertifizierten Experten für Trachealkanülenmanagement bei Dysphagie (ZEREX-TK/DYS®) des DNWD e.V.

NEU!!! > 6-tägiger Intensivkurs (2 Module á 3 Tage)
Referent: Mirko Hiller, MSc / Neurorehabilitation, Leiter DDZ und weitere Experten zu ausgewählten Themen

Warteliste ZEREX-TK/DYS® in Freiberg (Sachsen) · **1.190,-€**
• Modul 1 · 02.10. - 04.10.2020 in Freiberg
• Modul 2 · 04.12. - 06.12.2020 in Freiberg

Seminar B • Basiskurs Dysphagie - Strukturierte Diagnostik und evidenzbasiertes Vorgehen bei Schluckstörungen
B **im Akuthaus, in Rehabilitationseinrichtungen und freier Praxis**

- Erweiterter-4-Tages-Basiskurs
Referent: Mirko Hiller, MSc / Neurorehabilitation, Leiter DDZ

Restplätze • B09/20 · 10.09. - 13.09.2020 in Freiberg · 585,-€
Restplätze • B11/20 · 12.11. - 15.11.2020 in Freiberg · 585,-€
• B04/21 · 15.04. - 18.04.2021 in Berlin · 585,-€
• B07/21 · 08.07. - 11.07.2021 in Freiberg · 585,-€
• B11/21 · 18.11. - 21.11.2021 in Freiberg · 585,-€

Seminar F • FEES – Basisseminar zur Erlangung des FEES-Zertifikates der DGN/DSG
F

- 3-Tages-Praxiskurs (akkreditiert durch die FEES-AG der DGN, DSG & DGG)
Referent: Mirko Hiller, MSc / Neurorehabilitation, Leiter DDZ, Zertifizierter FEES-Ausbilder der DGN / DS

• F06/21 · 11.06. - 13.06.2021 in Freiberg · 860,-€

Seminar A • Dysphagie bei Amyotropher Lateralsklerose - Klinik, Diagnostik und Therapie
A

- 1½ -Tages-Kurs
Referent: Ulrich Birkmann, Dipl. Heilpädagoge, Fachlicher Leiter der Schluckambulanz GFO Kliniken Troisdorf

• A03/21 · 26.03. - 27.03.2021 in Freiberg · 270,-€

Weitere Seminare und Termine in Planung

Zweite sächsische Dysphagietagung am 08. und 09. Oktober 2021 in Chemnitz

Informationen und Anmeldung unter:
dnwd-ev.de

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

UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

Logopädie studieren an einer medizinischen Fakultät

Additiver Studiengang Ergotherapie/Logopädie B.Sc.
Voraussetzungen: staatliche Anerkennung als Logopäde/in, Hochschulzugangsberechtigung (alternativ: Hochschuleignungsprüfung)
Beginn: jedes Wintersemester
Studiendauer: 5 Semester, Teilzeit
Abschluss: Bachelor of Science
Studiengebühren: keine
Bewerbung: 1. Mai – 15. September
Beratung: Prof. Annette Baumgärtner
studium.et-lp@uni-luebeck.de, 0451 3101 1854
Weitere Informationen: www.et-lp.uni-luebeck.de

Universität zu Lübeck
Ratzeburger Allee 160 | 23562 Lübeck IM FOCUS DAS LEBEN

logo train
Fortbildungsinstitut für Logopädie

28./29.08.20	Wortschatzsammler – lexikalische Strategitherapie	Köln	Dipl.-Sprachheilp. Monika Merte
04./05.09.20	Modifikationsansatz in der Therapie mit stott. Kindern	Köln	Dipl.-Log. Claudia Walther
18./19.09.20	Dysgrammatismus	Hamburg	Dipl.-Log. M. Ullrich
25./26.09.20	Die Verbale Entwicklungsdyspraxie	Dresden	Dipl.-Log. Ulrike Becker-Redding
01./02.10.20	Wortschatzsammler – lexikalische Strategitherapie	Berlin	Dipl.-Sprachheilp. Monika Merten
09./10.10.20	Dysgrammatismus	Köln	Dipl.-Log. M. Ullrich
30.10./01.11.20	TAKTKIN-Kompaktausbildungskurs Kinder	Hamburg	Dipl.-Log. B. Birner-Janusch
20./21.11.20	Die Verbale Entwicklungsdyspraxie	Hamburg	Dipl.-Log. U. Becker-Redding
27./29.11.20	TAKTKIN – Kompaktausbildungskurs Kinder	Köln	Dipl.-Log. B. Birner-Janusch
11./12.12.20	TOLGS bei VED	Köln	Isolde Wurzer, Logopädin

Infos und weitere Seminare finden Sie unter: www.logo-train.de
Tel./Fax: 0221-514165 0151-26650327 E-Mail: info@logo-train.de

KB Coaching

Logopädie 4.0 – Videotherapie – LRS – Mehrsprachigkeit

Meine neuen Online- und Live-Seminare unter: www.logo-fortbildungen.de

max. 12 TN/Veranstaltung, ausführliche Teilnehmerunterlagen und -zertifikat, Fortbildungspunkte, Durchführungsgarantie

Anmeldung per Mail an: info@kbcoaching.org



Hochschule Bremen
City University of Applied Sciences



Logopädie in Bremen studieren

Studiengang Angewandte Therapiewissenschaften
Logopädie und Physiotherapie B.Sc.

- Nach berufsfachschulischer Ausbildung: Abschluss Bachelor of Science (B.Sc.) in 3 Semestern
- Anrechnung bereits erworbener ECTS-Punkte
- Internationalität: Auslandssemester möglich
- Hochschulzugang ohne Abitur
- Keine Studiengebühren



Neben fachspezifischen Inhalten werden insbesondere klinisch-therapeutische Schwerpunkte wie Mehrsprachigkeit und Interkulturalität, Therapie- und Gesundheitsforschung, klinische Urteilsbildung sowie evidenzbasierte Praxis zur kritischen Reflexion des beruflichen Handelns gesetzt.

Hochschule Bremen
Prof. Dr. Wiebke Scharff Rethfeldt
Neustadtswall 30, 28199 Bremen
0421-5905 3768
www.hs-bremen.de | info@hs-bremen.de



SEM-10



- Gesellschaft von Freunden
- des Zentrums für angewandte
- Patholinguistik e.V.
- c/o ZAPP Potsdam

Veranstaltungsort: ZAPP, Am Kanal 16 - 18, 14467 Potsdam

- 14.-15.08.2020 **Praxisbausteine der Therapie mit stotternden Kindern**
Referenten: Dr. Claudia Iven & Dr. Bernd Hansen
- 21.-22.08.2020 **Myovation-kreativ und motivational**
Referent: Korbinian Burlefinger
- 28.-29.08.2020 **Wortschatzsammler-Strategietherapie lexikalischer Störungen bei Schulkindern**
Referentin: Dr. Dana-Kristin Marks
- 04.-05.09.2020 **Sensorische Integration in der Kindersprachtherapie**
Referentin: Dr. Stephanie Kurtenbach
- 10.10.2020 **WeidE-Konzept: Weiterentwicklung der Erzählfähigkeit**
Referentin: Dipl.-Päd. Susan Shelten-Cornish
- 23.-24.10.2020 **Morphologie-Therapie mit PLAN (nach Kauschke & Siegmüller, Hrsg., 2017)**
Referentin: Jeannine Schwytay

Prof. Dr. Ria De Bleser, Prof. Dr. Barbara Höhle, Prof. Dr. Isabell Wartenburger

Anmeldung und weitere Information unter:
www.patholinguistik.de
fortbildung@patholinguistik.de



Master of Science in Logopädie

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

Dauer: 5 Semester berufsbegleitend, ECTS-Punkte: 120
Lehrgangsgebühr: EUR 10.990,- bzw. EUR 2.198,-/Semester
Mitglieder von logopädieaustria: EUR 10.490,- bzw. EUR 2.098,-/Semester

Donau-Universität Krems
martina.tuechler@donau-uni.ac.at, +43 (0)2732 893-2744
www.donau-uni.ac.at/logopaedie



Start:
Oktober
2020



Fit für die neue Aufgabe der Logopädie!
Berufsbegleitende Weiterbildung zur/zum **Therapie- und Patientenlotsin/en**
Nächster Kurs: von September 2020 bis März 2021 (160 UE) in Köln und Bonn
Infos: www.therapie-lotsen.de/weiterbildung Telefon: 030 - 40 11 88 2



INSTITUT FÜR
INTEGRATIVE
FORTBILDUNG

LECKERE
VERPFLEGUNG
INKLUSIVE!

FÜR LOGOPÄDEN, SPRACHTHERAPEUTEN,
ERGOTHERAPEUTEN UND PÄDAGOGEN

www.integrative-fortbildung.de

Dysphagie bei Morbus Parkinson

Alexandra Neuroth, Logopädin B.Sc., Lehrlogopädin; 22.08.2020

Stimmtherapie nach der Lichtenberger® Methode – Modul 2: Kehlkopf kompakt, K. Feldmann, Dipl.-Logopädin, Lehrlogopädin (dbl), Stimpädagogin nach der Lichtenberger® Methode mit Lehrbefähigung; 28.08.2020

Taping für Logopäden

Dr. Volker Runge, Logopäde, klinischer Linguist; 29.08.2020

Therapeutisches Trachealkanülenmanagement: Behandlung von Dysphagien, praktisches Kanülenhandling und Dekanülierung bei tracheotomierten Patienten, N. Niers, klinischer Logopäde, Bobaththerapeut, Lehrlogopäde; 05. bis 06.09.2020

Die Kon – Lab Therapie nach Dr. Zvi Penner Modul 3: Dysgrammatismus und Sprachverständnis

David Falkenberg, Logopäde, Kon – Lab Multiplikator, Lerntherapeut 31.10.2020 (Ersatztermin vom 28.3.2020)

Kognitive Dysphasien: Einteilung, Diagnostik und Therapie nichtaphasischer zentraler Sprachstörungen

Dr. M. Heidler, Dipl.-Sprechwissenschaftlerin; 13. bis 14.11.2020

Zirkeltraining für die Stimme, Mathias Knuth, staatl. gepr. Stimpädagoge, funktionaler Stimmbildner; 20. bis 21.11.2020

Osteopathische Techniken in der Stimmtherapie

Dirk Wenzel, Logopäde, Sänger; 27. bis 28.11.2020

Logopädie bei Morbus Parkinson

Christiane Gebert, Logopädin, LSVT-Therapeutin; 05.12.2020

AVWS und Schriftsprachentwicklung bei Vorschul- und Schulkindern - ein Überblick über Diagnostik und Therapie

Stefan Warych, Logopäde, Lerntherapeut; 11. bis 12.12.2020

Mehrsprachige Kinder in der logopädischen Praxis: Diagnostik, Therapie, Elternberatung, Dr. Lilli Wagner, Akad. Sprachtherapeutin, Sprachheilpädagogin; 19. bis 20.02.2021

Praxisorientierte Sprachanbahnung bei geistig behinderten oder stark entwicklungsverzögerten Kindern

Simone Homer-Schmidt, staatl. geprüfte Logopädin; 26. bis 27.02.2021

Natürlicher Grammatikerwerb und Dysgrammatismus

Dr. S. Kruse, Logopädin, Klinische Linguistin, Lerntherapeutin; 26. bis 27.02.2021

Stimmtherapie nach der Lichtenberger® Methode – Modul 3: Resonanz kompakt, K. Feldmann, Dipl.-Logopädin, Lehrlogopädin (dbl), Stimpädagogin nach der Lichtenberger® Methode mit Lehrbefähigung; 05.03.2021

Selbstverständlich halten wir für alle Seminare die gesetzl. geregelten Hygiene- und Abstandsbestimmungen für Sie ein!

ALLE ANMELDUNGEN ÜBER:

www.integrative-fortbildung.de

Gasselstiege 21, 48159 Münster (im VitalCenter)
0251 – 68 67 377 · info@integrative-fortbildung.de

K-TAPING®
International Academy

Erlernen Sie die original
K-Taping® Therapie
für die Logopädie

by Birgit Kumbink

Spezielle Ausbildung für
Logopäden



www.k-taping.de

K-Taping® Academy Fon +49 (231) 9767-300
Hagener Str. 428 Fax +49 (231) 731 277
D-44229 Dortmund info@k-taping.de



Geprüftes
Qualitätsmanagement
nach ISO 9001

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

Mit Zertifikat – 3 Module je 4 Tage (102 FP)

Bitte fordern Sie das Seminarprogramm an:
Akademie für Kognitives Training
Nöllenstraße 11 • 70195 Stuttgart
Tel: 0 711-69 79 80 6 • Fax: 0 711-69 79 80 8
www.kognitives-training.de • info@kognitives-training.de

unter
ärztlicher
Leitung



akademie für Kognitives Training
nach Dr. med. Franziska Stengel



Zirkeltraining für die Stimme
Funktionale Übungen für mehr Kraft und Belastbarkeit
**Das neue Stimmbildungskonzept für die Stimmschulung
und die Behandlung von funktionellen Dysphonien!**

Leseproben und alle Fortbildungstermine unter:
www.zirkeltraining-für-die-stimme.de



© vangert – Fotolia



Besuchen Sie uns!

www.facebook.com/skverlag



Logopädische Praxis Ulrike Horn-Rudolph
Marshallstr. 9, 68723 Schwetzingen
Telefon 0171-5707604, Fax 06202-920986
ulrike@horn-schwetzingen.de
www.horn-schwetzingen.de

**Funktionelle Dysphagie-Therapie (FDT) bei neurologischen
Erkrankungen in der Geriatrie, Neurologie und freien Praxis**

Veranstaltungstermine / Veranstaltungsorte 2020/2021:

- 05.-06.09.2020 Einführungsseminar **FDT I** Halle (Saale)
- 14.-15.11.2020 Aufbau-seminar **FDT II** Schwetzingen
- 13.-14.03.2021 Einführungsseminar **FDT I** Schwetzingen
- 24.-25.04.2021 Trachealkanülen-seminar Schwetzingen

Fortbildungstermine außerhalb dieser Terminliste entnehmen Sie bitte der Homepage. Seminare sind auch in Ihrer Praxis möglich.

SEM-3

Vom Fortbildungskalender zur SERVICE-BEILAGE

Neuer Look, leichteres Suchen und Finden, mehr Service ...



Für **Seminaranbieter** und auch **Anbieter anderer Produkte und Dienstleistungen**: die Service-Beilage in den Mai- und Novemberausgaben mit neuer Strukturierung und praktischen QR-Codes im Anbieterverzeichnis.



Die Erscheinungstermine

SERVICE-BEILAGE 1. Halbjahr 2021
Termine von Januar bis Juni 2021
forum:logopädie, Ausgabe 6/2020
Anzeigenschluss: 1. Oktober 2020
Erscheinungstermin: 1. November 2020

SERVICE-BEILAGE 2. Halbjahr 2021
Termine von Juli bis Dezember 2021
forum:logopädie, Ausgabe 3/2021
Anzeigenschluss: 1. April 2021
Erscheinungstermin: 1. Mai 2021



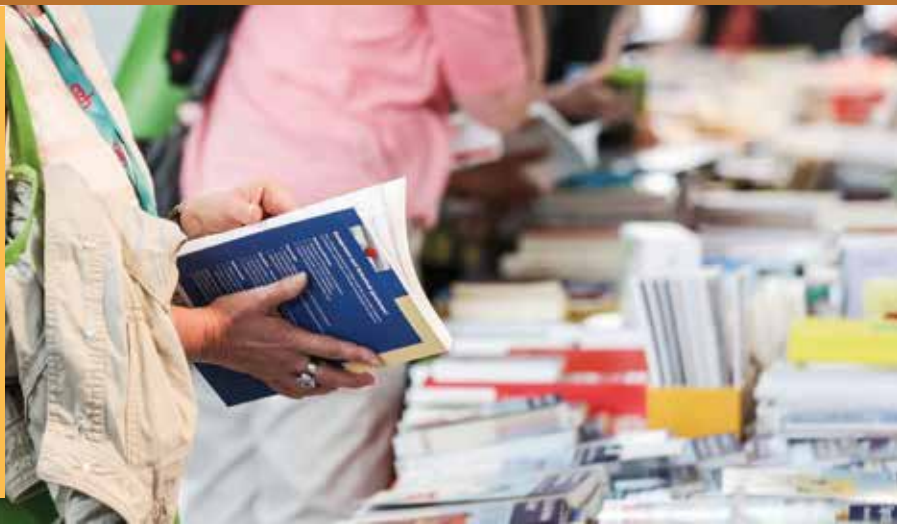
Tel.: +49 6126 9320-26
Fax: +49 6126 9320-50



l.schoenborn@schulz-kirchner.de
www.skvshop.de



MEDIEN & MATERIALIEN



REZENSIONEN



Primary progressive aphasia and other frontotemporal dementias Diagnosis and treatment of associated communication disorders

Rene L. Utianski

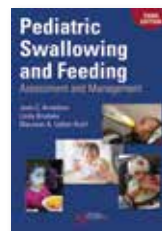
190 S., 69,95 \$. San Diego: Plural Publishing 2020
www.pluralpublishing.com

Rene Utianski von der amerikanischen Mayo-Clinic hat gemeinsam mit 16 erstklassigen Autoren und Autorinnen (u.a. Joseph Duffy, Maya Henry) aus der Klinik sowie der klinischen Forschung die internationale Forschungsliteratur zum Thema frontotemporale Demenzen (FTD) aufbereitet und in klinisch anwendbare und übersichtliche Informationen umgewandelt. Nach einer Einführung in die Grundlagen und die verschiedenen Varianten der FTD werden diese im weiteren Verlauf kapitelweise vorgestellt. Zunächst werden die drei Varianten der primär progressiven Aphasie (PPA), die logopenische Variante (lvPPA), die semantische Variante (svPPA) sowie die nichtflüssige Variante (nfPPA) vorgestellt. Ein Kapitel ist der primär progressiven Sprechapraxie gewidmet und in den letzten Kapiteln werden jeweils die behaviorale Variante der frontotemporalen Demenz (bvFTD) sowie die frontotemporale Demenz bei amyotropher Lateralsklerose (FTD-ALS) behandelt. Die insgesamt sieben Kapitel werden durch das online bereitgestellte Begleitmaterial, wie Abbildungen und Patientenvideos, ergänzt. Zudem werden Angaben zu den Symptomen, Diagnostikverfahren und Kommunikationsstrategien tabellarisch dargestellt, was enorm zur guten Übersichtlichkeit der einzelnen Kapitel beiträgt. PPA bilden den Schwerpunkt des Buches, deren Klassifikation in die drei Varianten lvPPA, svPPA und nfPPA, die auf Gorno-Tempini und Kollegen (2011) zurückgeht, ausführlich besprochen wird. Während der Begriff der PPA im deutschsprachigen Raum lange eher umstritten war, hat sich der Begriff PPA im Englischen schon lange etabliert. Unter den Varianten der PPA werden demenziell bedingte Sprachstörungen verstanden, deren sprachliche Symptome den Schwerpunkt der Erkrankung bilden. In den jeweiligen Kapiteln zu den Varianten werden die Symptome sowie die vorhandenen (differential-)diagnostischen Aufgaben und Interventionsmöglichkeiten erläutert. Die primär progressive Sprechapraxie, die in einem eigenen Kapitel besprochen wird, ist im deutschsprachigen Raum eher weniger bekannt. Dies liegt daran, dass noch nicht abschließend geklärt ist, ob die primär progressive Sprechapraxie auch wirklich mit der Sprechapraxie nach Schlaganfall vergleichbar ist.

Die Kapitel zu den Varianten der bvFTD und der FTD-ALS runden die Gesamtvorstellung des FTD-Spektrums ab und setzen auch hier den Fokus auf klinisch anwendbare Informationen in Bezug zu sprachlichen und kommunikativen Beeinträchtigungen dieser Varianten.

Insgesamt bietet das Fachbuch einen umfassenden Zugang zum gesamten Spektrum der FTD und der sprachlichen und kommunikativen Beeinträchtigungen, die infolge der verschiedenen Varianten der Erkrankung auftreten. Der aktuelle Forschungsstand sowie Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten, die in der internationalen Fachliteratur besprochen werden, werden übersichtlich dargestellt und klinisch anwendbar aufbereitet. Das Fachbuch ist für alle empfehlenswert, die sich in der Lehre, Klinik oder auch Forschung mit den verschiedenen Varianten der FTD, insbesondere mit PPA, beschäftigen.

Dr. Anna Rosenkranz, Velbert-Langenberg



Pediatric swallowing and feeding Assessment and management

Joan C. Arvedson, Linda Brodsky & Maureen A. Lefton-Greif

3. Aufl., 602 S., 99,95 \$. San Diego: Plural Publishing 2020
www.pluralpublishing.com

Das vorliegende Buch ist ein umfassendes Standardwerk in der 3. Auflage, die nun mehr als 25 Jahre nach der ersten Ausgabe herauskam. Es richtet sich an alle Berufsgruppen, die mit pädiatrischen Dysphagien, Ess-/Trink- und Fütterstörungen zu tun haben. Der Inhalt ist in 13 Kapitel gegliedert:

- Überblick über Diagnose und Behandlung
- Anatomie, Embryologie, Physiologie und normale Entwicklung
- Entwicklungsneurologische Untersuchung des Schluckens und Trinkens/Essens/Fütterns
- Obere Atemwege und Schlucken
- Pädiatrische Gastroenterologie
- Pädiatrische Ernährung
- Klinische Schluck- und Fütteruntersuchung
- Instrumentelle Untersuchung des Schluckens
- Behandlung von Schluck-, Ess- und Fütterstörungen
- Pulmonale Zeichen und Management bei Aspiration

- Salivation/Speichelmanagement
 - Klinische Genetik: Untersuchung und Behandlung von Patienten mit craniofazialen Anomalien
 - Verhaltensbedingte Ess- und Fütterstörungen
- Ergänzt werden die Kapitel durch Untersuchungsbögen, Vorlagen zur Dokumentation und Beobachtung sowie Fallbeispiele. Interessant ist hierbei vor allem die Herangehensweise als „Team Evaluation“ mit anschaulicher Darstellung aus den verschiedenen Bereichen, wobei sich das Team je nach Fall unterschiedlich zusammensetzt und auch stationäre und ambulante Teams unterschieden werden. Teilweise fallen Unterschiede in den Gesundheitssystemen der verschiedenen Länder auf und müssen berücksichtigt werden. Neu in der 3. Auflage sind die Kapitel Genetik sowie pulmonale Zeichen und Management von Aspiration. Es wird erwähnt, dass neue, evidenzbasierte Forschung und klinische Information in die aktuelle Ausgabe eingegangen sind. Auf die Wichtigkeit von „critical thinking“, „clinical reasoning“ und „clinical judgement“ wird hingewiesen, es könnte aber meiner Meinung nach bei den Fallbeispielen noch mehr direkte Bezüge zu den ICF (International Classification of Functioning, Disability, and Health) geben. Zur Aufmachung wäre zu sagen, dass das gesamte Buch in Schwarzweiß gedruckt und das Layout für visuelle Lerntypen nicht sehr ansprechend ist. Mit etwas mehr farblicher Gestaltung und visueller Gliederung (z.B. Rahmen oder Markierungen für besonders wichtige Inhalte) könnte die Übersichtlichkeit verbessert werden. Insgesamt ist es aber auf jeden Fall ein nützliches, ausführliches (Nachschlagewerk-) Werk für alle, die vor Fachenglisch nicht zurückschrecken.

Annette Münsterer, Mainz



**Gut gebrüllt, kleine Löwin
Wie Leni ihre Stimme wiederfand**
Stephanie A. Kruse, Thomas Lascheit &
Alin Golbs
66 S., 24,99 €. Erststadt: ToLa UG 2019
www.laxvox.de

Dieses Bilderbuch erzählt die Geschichte von Leni. Sie richtet sich laut Einband an „Jung und Alt, erzählt von kindlicher Neugier, aufregenden Neuanfängen, liebevollen Freundschaften und darüber, wie man mit viel Freude seinen Brüll wiederfindet“.

Erzählt wird hier von der kleinen Löwin Leni, die unbedingt in den Kindergarten möchte und dort viele Freunde (andere Tierkinder) findet. Als sie eines Tages ihre Stimme, ihren „Brüll“, verliert, helfen ihr alle Tiere mit guten Ratschlägen.

Um es vorweg zu sagen, es ist, wie ich finde, ein bezauberndes Buch mit schönen Bildern. Die Geschichte ist in Reimen erzählt und lässt sich gut vorlesen. Am Ende des Buches erklärt „Marie Maus“ in vier Schritten, wie Lax Vox funktioniert. Die letzten beiden Seiten können von den Kindern angemalt werden. Hier sitzen alle Tiere einträchtig am See und blubbern.

Unter www.laxvox.de findet man kostenfreies Material und Tipps zur Anwendung von Lax Vox mit Kindern. Hier gibt es auch Ideen, wie dieses Buch aktiv, z.B. bei kindlichen Stimmstörungen, einsetzbar ist.

Wer mit dieser Methode etwas anfangen kann, fühlt sich auch in der Kinderversion heimisch. Für die anderen ist dieses Bilderbuch eine gute Möglichkeit, sie kennenzulernen. Mir gefällt es, da das Erklären die Geschichte übernimmt und es eine Methode bietet, die auch noch Spaß bringt.

Margret Volz, Königfeld/Schramberg

REZENSIONSANGEBOTE

Isabella Colthorp & Franziska Herdter. Stoppolino. Wie ich mein Stottern zähmte. 80 S., 9,50 €. Köln: Demosthenes 2020

Jutta Strauß. Sprach- und Gedächtnistraining. Eine Sammlung praxiserprobter Übungen. Band 3 – Alltag. 257 S., 89,90 €. Köln: ProLog 2020

Gerhild Landeck, Katrin Lepke, Gisela Michalowski & Beate Weißing. FASD bei Erwachsenen. Eine Orientierungshilfe für Bezugs- und Begleitpersonen von Menschen mit FASD. 68 S., 7,49 €. Idstein: Schulz-Kirchner 2019

Sabine Leipholtz & Uwe Kamphausen. Das FASD-Elternbuch. Hilfen und Strategien für Eltern und Kinder. 141 S., 22,00 €. Idstein: Schulz-Kirchner 2020

Leora Stahl. Simon, das Asperger-Syndrom und unser alltäglicher Wahnsinn. 157 S., 17,90 €. München: Reinhardt 2020

Blandine Calais-Germain & Francois Germain. Anatomie der Stimme. Verstehen und Verbessern des stimmlichen Potenzials. 295 S., 24,90 €. Esslingen: Helbling 2020

Vanessa Hoffmann & Karolin Schäfer. Kindliche Hörstörungen. Diagnostik – Versorgung – Therapie. 324 S. 39,99 €. Heidelberg: Springer 2020 (*)

Petra Krätsch-Sievert. M.U.N.D.T. – Die logopädische Therapie orofazialer Dysfunktionen. 96 S., 27,00 €. München: Elsevier 2020

Jürgen Cholewa. Spezifische Sprachentwicklungsstörungen. Psycholinguistische Grundlagen und Sprachdiagnostik. 304 S., 49,99 €. Stuttgart: Thieme 2020

Wolfram Ziegler, Ingrid Aichert & Anja Steiger. Sprechapraxie. Grundlagen – Diagnostik – Therapie. 378 S., 39,99 €. Heidelberg: Springer 2020 (*)

Karin Reber & Elisabeth Wildegger-Lack. Sprachförderung und Medien: Von real bis digital. 92 S., 20,00 €. Idstein: Schulz-Kirchner 2020

Wolfgang G. Braun. Poltern konkret. Ein modulares Therapiekonzept mit umfangreicher Materialsammlung. 29,00 €. Braunschweig: Schubi/Westermann 2020

(*) Der Springer-Verlag vergibt Rezensionsexemplare nur noch in digitaler Form. Bei erfolgter und vom Springer-Verlag geprüfter Rezension erhält der Rezensent bei neueren Titeln die Möglichkeit, das gedruckte Buch kostenlos anzufordern.

► 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 Rezensitionsanforderungen nur Zusagen beantwortet werden können.



**Ich zahle bar!
Übungen zum elementaren
Umgang mit dem Euro**
Ingrid Weng & Günther Storch
82 S., 24,00 €. Stockach: Storch 2019
↳ www.storch-verlag.de

Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen fällt der Umgang mit Geld häufig besonders schwer. Das liegt daran, dass beim Hantieren mit Geld viele verschiedene Teilprozesse erforderlich sind, z.B. Geld zählen, Scheine bzw. Münzen erkennen oder Rückgeld berechnen.

Das vorliegende Therapiematerial bietet eine umfangreiche Übungssammlung zu zahlreichen Teilprozessen von sehr einfachen, basalen Anwendungen (wie z.B. Münzen erkennen) bis zu komplexeren Aufgaben (wie z.B. den richtigen Geldbetrag aus einer Sammlung von Münzen herausgeben oder das Rückgeld berechnen).

Es kann in verschiedenen therapeutischen Settings (Logopädie, Ergotherapie, Neuropsychologie) verwendet werden, eignet sich aber auch für Förderkurse oder betreute Eigenarbeit. Zielgruppe sind Menschen mit schweren kognitiven und sprachlichen Beeinträchtigungen.

Der theoretische Teil geht gut verständlich und prägnant auf das relevante Hintergrundwissen ein und gibt praktische Anleitung für die Durchführung der Übungen. Hier wird beispielsweise besprochen, wie Geld anzuordnen ist, damit Patienten besonders gut damit zurechtkommen, oder wie man die Stimulusmenge anpassen und damit das Anforderungsniveau steuern kann. Die Autoren empfehlen ausdrücklich, das Material als Muster für weiterführende, an den Patienten angepasste Übungen zu verwenden.

Besonders gut gefallen mir die Zahlenleisten von 1-10 und die Hundertertafeln, die die Orientierung in den Zahlenräumen merklich erleichtern. Eine hohe Alltagsnähe entsteht dadurch, dass man für einige Übungen echtes Geld verwendet. Dies steigert meiner Erfahrung nach die Motivation der Patienten deutlich.

Die Arbeitsblätter sind ansprechend gestaltet mit bunten Bildern und nur wenigen Übungen pro Seite. Die Schrift ist ausreichend groß für Menschen mit leichter Sehbeeinträchtigung.

Fazit: Das vorliegende Material liefert eine differenzierte Sammlung an Übungen, die sich an das Leistungsniveau anpassen lassen, sowie wertvolle Tipps für die praktische Arbeit.

Stephanie Schulte-Busch, Aachen



Wörterbuch für Aphasiker
Angelika Barasch
Wörterbuch (220 S.), Übungsordner
mit ausgewählten Übungen (300 S.),
USB-Stick mit 1.460 Übungen,

99,00 €. Köln: Prolog 2020
↳ www.prolog-shop.de

Eine teilhabeorientierte Therapie für Aphasiker soll an Bedürfnissen des Alltags orientiert sein und Kommunikation sicherer und effizienter machen. Das vorgestellte Wörterbuch soll v.a. zentral beeinträchtigten Patienten Handlungsstrategien für selbstverantwortliches Schreiben in Alltagssituationen an die Hand geben. Zentraler Therapiegegenstand ist die Erarbeitung der Nachschlagefähigkeit als Voraussetzung für das Erreichen einer eigenständigen Lesekompetenz und der Selbstständigkeit in der Rechtschreibung. Das Material soll in der Sprachtherapie eingesetzt werden und den Betroffenen danach zunehmend zum eigenständigen Gebrauch bei der Arbeit an Texten im Alltag dienen. Es besteht aus einem alpha-

betischen Wörterbuch und einer Übungssammlung von insgesamt 1.460 Übungsvorlagen, die in einem Ordner übersichtlich in die zwei Bereiche „alphabetische Elementarübungen für das Anwenden des Alphabets“ und „semantische Übungen zum eigenständigen Finden neuer Wörter zu verschiedenen Themen und Merkmalen“ gegliedert sind. Ergänzt werden die Arbeitsblätter durch zusätzliche Kopiervorlagen auf einem beigefügten USB-Stick.

Mit den Übungsteilen trainieren die Betroffenen das systematische Nachschlagen als wichtige Arbeitstechnik und Lernerweiterung. Die Arbeit mit dem Wörterbuch soll sich zudem positiv auf weitere Funktionen wie beispielsweise auf den Umgang mit Zahlen und auf das Arbeitsgedächtnis auswirken.

Das Wörterbuch bietet in alphabetischer Anordnung eine schnelle Orientierung. Zu jedem Eintrag ist angegeben, wie das Wort getrennt wird; bei Verben finden sich Infinitiv, 2. Person Singular und ggf. die unregelmäßige Form; Nomen werden mit Artikel und Pluralform aufgelistet. Die Autorin gibt an, das Buch sei speziell auf aphasische Bedürfnisse zugeschnitten.

Die Auswahl der Einträge finde ich teilweise inhaltlich wenig nachvollziehbar. Der Nutzen der Wörter „der Karbunkel“ oder „das Trema“ für aphasische Patienten erschließt sich mir beispielsweise nicht. Hier wünsche ich mir mehr Alltagsrelevanz. Dementsprechend beurteile ich den Umfang des Werkes besonders für stärker Betroffene als zu umfangreich, was eine gezielte Suche erschwert.

Nach Angabe der Autorin kann das Übungsmaterial auch in der Gruppen- und Kindertherapie eingesetzt werden, nähere Erläuterungen hierzu fehlen leider. Die nüchtern gehaltene Gestaltung ohne Bebilderung ist für Kinder wenig ansprechend. Zudem ist das Basiswörterbuch, das doch im Alltag der Betroffenen Unterstützung leisten soll, nicht einzeln erhältlich.

In der systematischen Erarbeitung von Nachschlagestrategien im Einzelsetting zur Verbesserung schriftsprachlicher Kompetenzen kann das Material, wenn auch eher bei Patienten mit schwächer ausgeprägter Symptomatik, eine Lücke schließen.

Martina Barthold, Würzburg



**TROLLI Hefte
Grammatik**
12 Hefte, jeweils 35 S., 6,80 €.
Konstanz: Trialogo 2019
↳ www.trialogo.de

Jeder kennt die beliebten Trolli-Hefte aus dem Trialogo-Verlag. Neu erschienen sind jetzt 12 Hefte zur Grammatik:

- 3 Hefte zum Akkusativ: Geübt und gefestigt wird die Bildung des Akkusativs im Maskulinum, Femininum und Neutrum.
- 3 Hefte zum Dativ: Geübt und gefestigt werden die Dativformen aller Genera.
- 3 Hefte zu den Präpositionen: Geübt und gefestigt werden die Präpositionen, einzeln und auch in Opposition zueinander.
- 3 Hefte zu Artikel, Plural, Satzbau: Geübt und gefestigt wird der korrekte Artikeleinsatz. Die verschiedenen Pluralendungen schließen sich logisch an. Im Heft „Satzbau“ werden Satzstrukturen und Verbstellung geübt und gefestigt.

Die Hefte der Bereiche Dativ, Akkusativ, Präpositionen weisen einen steigenden Schwierigkeitsgrad auf. Jeweils in Heft 3 wird auch die Schriftsprache eingesetzt, sodass auf die Hefte auch im Grundschulalter zurückgegriffen werden kann.

Die Trolli-Hefte eignen sich als DaZ-Übungsmaterial und auch als Material für die Sprachförderung und Sprachtherapie. Die Übungen

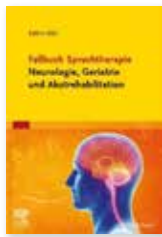
sind gedacht für Vorschul- und Grundschulkindern. Optimal ist die Durchführung der Übungen mit einer fachlichen Begleitung. Auf jeder Seite gibt es eine Anleitung und Hinweise auf die benötigten Hilfsmittel, die Hefte eignen sich somit hervorragend auch als Kopiervorlagen für Hausaufgaben.

Die schwarz-weißen Illustrationen sind liebevoll gestaltet und sehr motivierend für die Kinder.

Spielformen sind: Würfelspiele, Dominos, Puzzles, Bilderrätsel, Such- und Wimmelbilder, Lottos, Memorys, Zuordnungs-, Sortier- und Schreibübungen sowie Fehler- und Quatschgeschichten, sodass eine große Übungsvielfalt bei maximaler Abwechslung vorliegt.

Wer sein Repertoire für die Grammatik-Therapie erweitern und bereichern will, ist mit den Trolli-Hefen gut beraten.

Christine Lücking, Detmold



Fallbuch Sprachtherapie Neurologie, Geriatrie und Akut Rehabilitation

Katrin Eibl

336 S., 50,00 €. München: Urban & Fischer/
Elsevier 2019

↳ www.elsevier.com

Ein Fallbuch Sprachtherapie ist so etwas wie ein Kochbuch für die therapeutische Praxis. Es präsentiert verschiedene Störungsbilder mit allen Zutaten und einer strukturierten Handlungsanweisung.

Katrin Eibl hat mit fünf weiteren AutorInnen 23 Fälle aus den Indikationsbereichen Neurologie, Geriatrie und Akut Rehabilitation ausgewählt und diese in Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen sowie Hirnnerven-Lähmungen und geriatrische Fälle unterteilt.

Die jeweilige Gliederung der Kapitel ist systematisch aufgebaut:

- Definition
- Falldarstellung

- Sprachtherapeutische Maßnahmen
- Aufnahmebefund
- Diagnostik
- Therapieziele
- Therapieinhalte
- Therapieergebnisse
- Zusammenfassung und Befund.

Diese Struktur wird ergänzt durch Kurzbeschreibungen der interdisziplinären Aspekte, Exkurse, Definitionen medizinischer Begriffe und Literaturangaben. Zahlreiche Tabellen und Abbildungen erleichtern den Überblick und eignen sich auch zum schnellen Nachschlagen.

Die Auswahl der Störungsbilder repräsentiert zwar nicht deren Frequenz im klinischen Alltag, aber vielleicht liegt darin der Reiz des Buches, auch Wissenswertes über eher seltene Erkrankungen wie z.B. Morbus Wilson, Morbus Forestier oder das Foix-Chavany-Marie-Syndrom zu erfahren.

Das Buch bietet Berufsanfängern eine hilfreiche Anleitung für eine systematische Vorgehensweise bei der Diagnostik, Therapie und Befunderstellung. Es kann zwar keine Supervision ersetzen, aber dort aushelfen, wo eine solche fehlt. Es bietet Anregungen für erfahrene Therapeuten, vertraute Wege zu verlassen und Neues auszuprobieren.

Das Fallbuch ist etwas motoriklastig geraten, denn nur sechs Kapitel entstammen dem kognitiven Bereich. Dafür besticht es durch die enorme Vielfalt der konkreten und bildhaften Vorschläge zur (Differential)diagnostik. Therapieziele und Befunderstellung sind sowohl symptom- als auch partizipationsorientiert formuliert und einzelne Therapieschritte werden sehr spezifisch, z.T. mit reichhaltigen Materialvorschlägen erläutert.

Insgesamt bietet das Buch eine sehr gewinnbringende Lektüre, ansonsten ist es wie bei einem Kochbuch: Gelegentlich muss man im jeweiligen Einzelfall noch etwas abschmecken.

PD Dr. Ernst G. de Langen, Passau

: NEUES IN KÜRZE

Leben und sterben mit der Diagnose ALS



Sarah Braun erhält im Alter von 24 Jahren die Diagnose ALS, amyotrophe Lateralsklerose. Es ist ein Todesurteil, denn ihre Lebenserwartung beträgt noch drei bis fünf Jahre. Dieses Buch

liefert Einblicke in den Sterbeprozess aus Sicht einer Betroffenen sowie ihrer engsten WegbegleiterInnen. Es will Hoffnung darauf machen, dass es sich lohnt, dieses Leben zu leben.

Sarah Braun, Udo Lakovits & Andrea Strachota: **Leben und gleichzeitig sterben. Diagnose ALS.** 296 S., 29,95 € (Buch), 29,95 € (E-Book). Frankfurt/M.: Mabuse 2020

↳ www.mabuse-verlag.de

Ein Arzt über sein Leben mit dem Locked-in-Syndrom



Steffen Sassie, Familienvater, Chefarzt, ist 48 Jahre alt, als er ein Locked-in-Syndrom erleidet. Als Arzt analysiert er seine Krankheit klar, nimmt die Rolle des Behandelnden ein. Gleichzeitig schreibt er über sein Leben als

Patient, der auf den Mediziner angewiesen ist, der er selbst nicht sein kann. Er erlebt, dass sich das medizinische Personal keine Zeit für ein Gespräch nimmt. Er wird zum Objekt eines gewinnorientierten Gesundheitssystems, dessen Teil er einst war. Doch er resigniert nicht.

Steffen Sassie: **vita minima – Ein Arzt berichtet von seinem Locked-in-Syndrom.** 51 S., 5,00 € zzgl. Porto. Berlin: LIS e.V. 2020

↳ www.locked-in-syndrom.org

Das Gesundheitssystem in über 1000 Stichwörtern



Wegen seines umfassenden Ansatzes ist dieses Buch zum einem Standardwerk an Hochschulen und Einrichtungen des Gesundheitswesens geworden. Den damit verbundenen hohen Anspruch will auch die 6. Auflage erfüllen.

Mit inzwischen deutlich mehr als 1.000 Stichwörtern wird das deutsche Gesundheitssystem aufgeschlüsselt und verständlich gemacht.

Uwe K. Preusker (Hrsg.): **Lexikon des deutschen Gesundheitssystems.** 6. neu bearbeitete und erweiterte Auflage. 645 S., 118,99 € (Buch), 98,99 € (E-Book). Heidelberg: medhochzwei 2020

↳ www.medhochzweiverlag.de

ZEITSCHRIFTENLESE

Logos 2/2020

- Beckermann, E. & Kauschke, C.: **Europa-weite Umfrage zur Intervention bei Kindern mit SES: Ergebnisse aus Deutschland zur theoretischen Fundierung in der Sprachtherapie**, 84-92
- Eibl, K., Edinger, D., Zott, K. & Seidinger, K.: **Frührehabilitation beginnt auf der Intensivstation – Eine interdisziplinäre Falldarstellung**, 93-101
- Grohnfeldt, M.: **Leben mit einer Aphasie**, 102-06
- Tina Hillebrecht und Dennis Stritzke im Gespräch mit Stephanie Halling: **Eliah – Eine App zur kontextbasierten Kommunikation**, 107-109
- Wurzer, I.: **Das Therapiekonzept TOLGS® in der Kindersprachtherapie**, 110-123
- Mechthild Roswitha von Scheurl-Defersdorf im Gespräch mit Anne Wiehage: **Sprachliche Kompetenz ist erlernbar**, 124-126
- ↳ www.logos-fachzeitschrift.de

Forschung Sprache 1/2020

- Pützer, E. & Schäfer, K.: **Über den Einsatz und Erfolg von Unterstützter Kommunikation (UK) in der Aphasitherapie – ein systematisches Review**, 3-29
- Syczewska, A. & Licandro, U.: **Bilinguale Kinder – bilinguale Intervention? Therapie der Erzählfähigkeiten bei Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen**, 30-43
- Klumpp, T. & Schönauer-Schneider, W.: **Monitoring des Sprachverstehens bei ein- und mehrsprachigen Kindern mit Spezifischen Sprachentwicklungsstörungen (SSES)**, 45-65
- Mahlau, K.: **Vergleich zwischen inklusiven und separierenden Unterrichtskonzepten bei Kindern mit spezifischen Sprachentwicklungsstörungen nach der Grundschulzeit**, 67-84
- ↳ www.forschung-sprache.eu

logopädieschweiz 2/2020

- Allemann, F., Caviezel, A.S., Geigenberger, A. & Fox-Boyer, A.: **Der Erwerb des [r] in Zürich**, 4-10
- Furtenbach, M.: **Was sind mundmotorische Übungen (MMÜ) und wem dienen sie?** 11-20
- Sand, H.: **Zusammenhänge zwischen Fantasienspielqualität und Sprachkompetenz – was bedingt was?** 21-31
- ↳ www.logopaedieschweiz.ch

Aphasie 1/2020

- Spitzer, L., Binkofski, F., Willmes, K. & Bruehl, S.: **Beeinträchtigte Umstellungsfähigkeit bei Aphasie – Vorstellung eines neuen Therapieansatzes**, 6-17
- Bonnans, C.: **Relations entre aphasie et fonctions exécutives**, 18-30

- Chicherio, C., Assal, F. & Laganaro, M.: **Electronic Geneva Bedside Aphasia Scale (e-GeBAS): Une nouvelle approche d'évaluation de l'aphasie en phase aiguë sur tablette tactile**, 31-36
- ↳ www.aphasie.org

Folia Phoniatica et Logopaedica 2/2020

- Stemberger, J.P. & Bernhardt, B.M.: **Phonetic transcription for speech-language pathology in the 21st century**, 75-83
- Seifert, M., Morgan, L., Gibbin, S. & Wren, Y.: **An alternative approach to measuring reliability of transcription in children's speech samples: extending the concept of near functional equivalence**, 84-91
- Masso, S., McLeod, S., Cronin, A. & Pham, B.: **Transcription of Vietnamese adults' and children's consonants by English-speaking speech-language pathologists**, 92-107
- Pascoe, M., Mahura, O. & Rossouw, K.: **Transcribing and transforming: towards inclusive, multilingual child speech training for South African speech-language therapy students**, 108-119
- Cleland, J., Lloyd, S., Campbell, L., Crampin, L., Palo, J.-P., Sugden, E., Wrench, A. & Zharkova, N.: **The impact of real-time articulatory information on phonetic transcription: ultrasound-aided transcription in cleft lip and palate speech**, 120-130
- Nelson, T.L., Mok, Z. & Ttofari Eecen, K.: **Use of transcription when assessing children's speech: Australian speech-language pathologists' practices, challenges, and facilitators**, 131-142
- Sell, D. & Sweeney, T.: **Percent consonant correct as an outcome measure for cleft speech in an intervention study**, 143-151
- Barrett, C., McCabe, P., Masso, S. & Preston, J.: **Protocol for the connected speech transcription of children with speech disorders: an example from childhood apraxia of speech**, 152-166
- ↳ www.karger.com

Folia Phoniatica et Logopaedica 3/2020

- Pizzorni, N., Valentini, D., Gilardone, M., Borghi, E., Corbo, M. & Schindler, A.: **The Mealtime Assessment Scale (MAS): part 1 – development of a scale for meal assessment**, 169-181
- Pizzorni, N., Valentini, D., Gilardone, M., Scarponi, L., Tresoldi, M., Barozzi, S., Corbo, M. & Schindler, A.: **The Mealtime Assessment Scale (MAS): part 2 – preliminary psychometric analysis**, 182-193
- Ben-David, A., Ezrati, R. & Adi-Bensaid, L.: **Error patterns of dorsal rhotics: evidence from Hebrew-speaking children**, 194-20

- Barreto, S.S. & Ortiz, K.Z.: **Speech intelligibility in dysarthrias: influence of utterance length**, 202-210
- Lourenço, I., Rocha, J., Peixoto, V. & Lousada, M.: **Effects of the narrative intervention program for preschool portuguese children**, 211-217
- Searl, J.: **Sense of effort and articulatory contact pressure associated with talking by individuals using tracheoesophageal speech**, 218-227
- Ilha Ceron, M., Barichello Gubiani, M., Rosa de Oliveira, C. & Keske-Soares, M.: **Normative features of phoneme acquisition in Brazilian Portuguese**, 228-241
- Maksimovic, J., Vukasinovic, M., Vlainac, H., Jotic, A., Djukic, V., Marinkovic, J., Krejovic-Trivic, S. & Milovanovic, J.: **Transcultural adaptation and validation of the Voice Handicap Index-10 into the Serbian language**, 242-248
- ↳ www.karger.com

Neurologie & Rehabilitation 2/2020

- Lamprecht, J., Guse, I., Gursch, A., Sickert, A. & Sailer, M.: **Einsatz des 6-Minuten-Gehtests in der neurologischen Rehabilitation nach Schlaganfall: Reliabilität, Validität und Veränderungen im Verlauf**, 79-85
- Hempler, I., Fichtner, U., Thielhorn, U. & Farin, E.: **Schlaganfallnachsorge in Deutschland – Ergebnisse einer Befragung zum aktuellen Ist-Zustand aus Sicht von Rehabilitanden und Angehörigen**, 86-92
- Kurfeß, C., Beushausen, U. & Grötzbach, H.: **Effekte der transkraniellen Gleichstromstimulation auf das Benennen und die Spontansprache von Aphasie-Patienten**, 93-103
- ↳ www.hippocampus.de

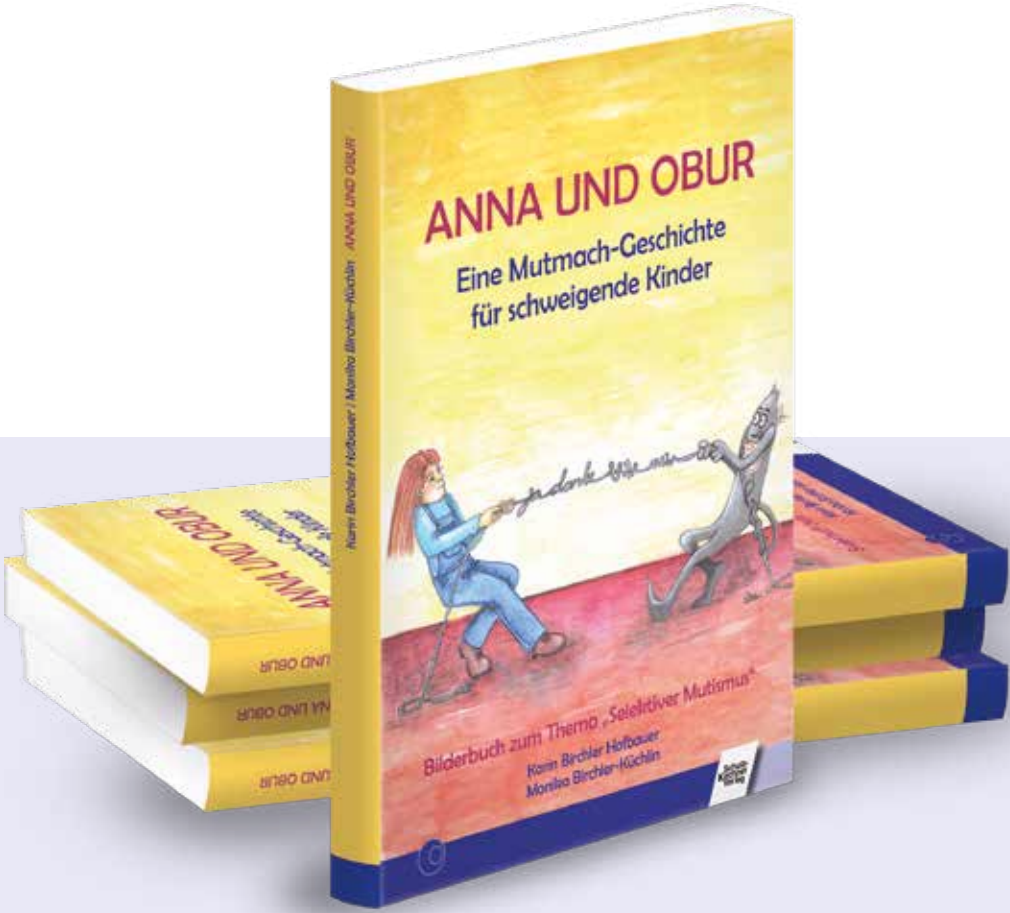
IJHP 2019

- Schönfeld, A. & Luderer, C.: **Sichtweisen von Praxisinhabern/-innen auf die intraprofessionelle Zusammenarbeit in Teams von berufsfachschulisch ausgebildeten und akademisierten Therapeuten/-innen**, 103-115
- Ballmer, T., Wirz, F. & Gantschnig, B.E.: **Die Erfassung von Lebensqualität und Wohlbefinden älterer Menschen mit psychischen und kognitiven Einschränkungen: ein systematisches Literaturreview zur Validität und Praktikabilität deutschsprachiger Assessments**, 124-143
- ↳ www.ijhp.info

IJHP 2020

- Corsten, S. & Lauer, N.: **Biography work in long-term residential aged care with tablet support to improve the quality of life and communication – study protocol for app development and evaluation**, 13-23
- ↳ www.ijhp.info

Fachpublikationen
Arbeitsmaterialien
Fachzeitschriften



ANNA UND OBUR – Eine Mutmach-Geschichte für schweigende Kinder

Bilderbuch zum Thema „Selektiver Mutismus“

Vielfraß Obur liebt Worte. Und ausgerechnet die von Anna. Gierig verschlingt er sie, sodass Anna in vielen Situationen kein einziges Wort über die Lippen bringt. Das macht Anna oft sehr traurig. Anna bekommt deshalb Unterstützung von einer Therapeutin. Mit ihrer Hilfe wird Anna immer selbstsicherer und stärker und lässt es immer weniger zu, dass Obur ihr die Worte stiehlt.

Dies ist die Geschichte eines Mädchens mit selektivem Mutismus, das dank einer geeigneten Mutismustherapie ihr Schweigen überwinden konnte.

Das Buch richtet sich an das mutistische Kind selbst, aber auch an das direkte Umfeld: Eltern, Kinder, Kindergärtner/innen, Lehrpersonen und Therapeuten.

Es hat zum Ziel, diese noch relativ unbekannt Form einer Kommunikationsstörung kindgerecht zu thematisieren.

Die liebevoll illustrierte Geschichte soll Mut machen und aufzeigen, dass es mithilfe gezielter Unterstützung Wege aus dem Schweigen gibt.

Karin Birchler Hofbauer,
Monika Birchler-Küchlin,
1. Auflage 2020,
Hardcover: ISBN 978-3-8248-1268-4,
64 Seiten,
EUR 23,00 [D]



Tel.: +49 6126 9320-13
Fax: +49 6126 9320-50



bestellung@schulz-kirchner.de
www.skvshop.de



STELLEN- MARKT

Biete meine kleine, seit 15 Jahren gut etablierte logopädische Praxis in Bielefeld-Mitte inkl. Ausstattung, Diagnostik- und Therapiematerial sowie Patientenstamm aus Altersgründen ab 01.09.2020 oder später zum Verkauf an.

Kontakt über Handy: 0176 84986074 oder
E-Mail: info@logopaedie-lissen.de

V-1

Etablierte Praxengemeinschaft
(Logopädie und Ergotherapie)
im Zentrum von Düsseldorf zu verkaufen.

In exzellenter Lage mit guter Nachbarschaft.

Zuschriften bitte unter Chiffre FL20-401-AD an den Verlag.

V-2

PRAXISÜBERNAHME im Münsterland

Nachfolge für etablierte logopädische Praxis
in der Nähe von Münster aus Altersgründen gesucht.

Zuschriften bitte unter Chiffre FL20-402-BA an den Verlag.

V-3

**Ergotherapeut (über 30 Jahre Berufserfahrung) mit Zulassungen
für Physiotherapie und Logopädie (über 20 Jahre Berufserfahrung)
sucht Praxis**

gern mit tollem Team und loyalen Patientenstamm, zur Übernahme und Weiterführung mit breitem Behandlungsspektrum in den Bereichen Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie im ganzen Bundesgebiet.

Ich freue mich auf Ihre Kontaktaufnahme unter ergo.physio@gmx.de

V-4

Vollzeitstelle Logopädie

in der **Praxis für Phoniatrie und Pädaudiologie**

In Hannover
Arbeitszeit von 8:00 Uhr bis 15:30 Uhr
Reine Diagnostiktätigkeit

Bei Interesse bitte melden per E-Mail: praxis@pp-hannover.com

3-1



KLINIKUM
ITZEHOE

2-1

Logopäde (m/w/i/t)

Für die Klinik für Neurologie suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt einen Logopäden (m/w/i/t) in Vollzeit (38,5 Std./Woche) oder Teilzeit.

Was Sie erwartet:

- Diagnostik und Therapie neurogener Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen, insbesondere bei akuten Schlaganfallpatienten
- Selbstständige Koordination von Therapiezeiten und Behandlungsabläufen
- Perspektive, die endoskopische Schluckdiagnostik (FEES) gemeinsam mit unseren Ärzten zu etablieren
- Flexible Arbeitszeiten und attraktive Vergütung
- Enge interdisziplinäre Zusammenarbeit
- Vielfältige Tätigkeit mit eigenen Gestaltungsmöglichkeiten

Ihr Profil:

- Abgeschlossene Ausbildung zum Logopäden (m/w/i/t) bzw. Studium der Logopädie
- Integrations- und Teamfähigkeit in einem interdisziplinären Team
- Praktische Erfahrung in der Diagnostik und Therapie neurogener Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen wünschenswert

Unser Engagement:

- Hohe Investitions- und Innovationsbereitschaft
- Berücksichtigung der Lebenssituation unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch individuelle Arbeitsplatzgestaltung
- Individuelle Förderung durch vielfältige Fort- und Weiterbildungsangebote
- Angenehme abteilungs- und hierarchieübergreifende Arbeitsatmosphäre

Das Klinikum Itzehoe ist eines der größten Krankenhäuser in Schleswig-Holstein:

- Akademisches Lehrkrankenhaus der Universitäten Kiel, Lübeck und Hamburg
- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter: 2.400
- Patientinnen und Patienten pro Jahr: 31.000 stationär, 36.000 ambulant

Kontakt:

Sie haben vorab noch Fragen? Der Chefarzt, Prof. Dr. George Trendelenburg, beantwortet sie Ihnen gern (Tel.: 04821 772-5101).

Klinikum Itzehoe

Personalmanagement • Robert-Koch-Straße 2 • 25524 Itzehoe

Referenznummer 072-20

Weitere Informationen finden Sie unter:
www.klinikum-itzehoe.de/karriere

4-1

Riskieren Sie mal einen Seitenblick...



Wir suchen
Logopäde/Sprachtherapeut (m/w/d)
 als fachliche Leitung für unsere Praxiszweigstelle in Groß Reken in Voll- oder Teilzeit für sofort oder später.
 Wir sind ein junges dynamisches Team an zwei Standorten (Borken und Reken) und leisten seit 20 Jahren umfassende Versorgung von Patienten aller Altersstufen und Störungsbilder.

- > Kooperationen mit der Neurologie/Stroke-Unit im St.Marien-Hospital Borken sowie mit Familienzentren und Pflegeeinrichtungen
- > Gut ausgestattete, moderne Praxis in Reken direkt im Ortskern
- > Zwei helle Behandlungsräume
- > Empfang mit Büro und erfahrener Rezeptionsfachkraft
- > Gute Bezahlung, attraktive Sonderleistungen
- > Einarbeitung durch kompetente Kollegin

Bewerbungen an:
Praxis für Logopädie
Gantefort & Noack Partnerschaft
 48734 Groß Reken · Schulstraße 7 · Tel. 0 28 64 - 88 49 40
www.logopaedie-reken.de · info@logopaedie-reken.de

PTL – DIE PRAXIS ist bereits seit 1995 an verschiedenen Standorten in Deutschland tätig. Für unsere Praxis in Melle suchen wir ab sofort für **32 Wochenstunden** einen

DIE PRAXIS

Logopäde (m/w/d)

Was Sie erwartet:

- Ein abwechslungsreiches Aufgabengebiet und regelmäßiger Austausch im interdisziplinären Team
- Eigenverantwortliches, flexibles Arbeiten und Terminplanung sowie Attraktive Vergütung und Entwicklungsmöglichkeiten

Was Sie mitbringen:

- Abgeschlossene Ausbildung zum staatlich geprüften Logopäden (m/w/d)
- Idealerweise Erfahrung im neurologischen Bereich
- Bereitschaft zur Behandlung aller Störungsbilder sowie zu Hausbesuchen
- Zuverlässigkeit, Flexibilität und Verantwortungsbewusstsein Engagement, Belastbarkeit und Teamgeist

Was wir Ihnen bieten:

- Eine abwechslungsreiche und anspruchsvolle Tätigkeit
- Sehr gute Arbeitsbedingungen und ein nettes, engagiertes und dynamisches Team
- Familienservice & Möglichkeit zur Weiterbildung


Dann freuen wir uns auf Ihre Bewerbung unter Angabe Ihres frühestmöglichen Eintrittstermins und Ihrer Gehaltsvorstellung. Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne unter 05422940940 zur Verfügung. Bitte senden Sie die Bewerbungsunterlagen an bewerbung@cognos-ag.de / www.praxis-ptl.de

Marie-Lena Hugenschütt – Fachliche Leitung Logopädie –

4-2

Wir suchen ab sofort:
eine Logopädin (m/w/d)
 in Voll- oder Teilzeit als Festanstellung.

Für unsere interdisziplinäre Praxis in Wolfsburg suchen wir ab sofort eine(n) engagierte(n) und aufgeschlossene(n) Kollegin/Kollegen in Voll- oder Teilzeit.



Wir bieten:

- eine sehr gute Bezahlung
- Fortbildungsgeld und -tage
- die Möglichkeit einer Kooperation mit der

Stroke Unit des Klinikum Braunschweigs
 die Möglichkeit interdisziplinärer Arbeit uvm.

Wir freuen uns über eine Bewerbung per Mail oder auf dem Postweg!
Praxis SprachSinn – Henric Honcamp
 Porschestraße 22/24 – 38440 Wolfsburg
 Telefon: 05361/8670537 – E-Mail: sprachsinn.wolfsburg@gmail.com

6-3

Anerkannte sehr gut etablierte Praxis für Ergotherapie sucht logopädische Fachkraft w/m/d mit dem Ziel zur Selbständigkeit.

Die Praxis liegt im direkten Stadtzentrum mit sehr guter Anbindung an das gesundheitliche Versorgungssystem. Zudem bietet der öffentliche Nahverkehr eine gute Erreichbarkeit. Die Räumlichkeiten verfügen über eine Fläche von 93 m² die vielseitig nutzbar sind. Ich wünsche mir eine Bereicherung des therapeutischen Angebots.

Habe ich Ihr Interesse geweckt, würde ich Sie gerne in einem persönlichen Kontakt kennenlernen und die individuelle Rahmenplanung besprechen.

Kontaktaufnahme unter ergopraxiskaiserslautern@web.de

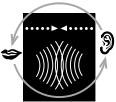
Für meine Praxisteams in **Worms** und **Guntersblum** suche ich ab sofort **zwei Mitarbeiter*innen** (m/w/d) zur Verstärkung (Teilzeit/Vollzeit), gegebenenfalls Praxisleitung. Gerne auch **Berufsanfänger** oder **Wiedereinsteiger**.

Was erwartet Sie?

- Eine anspruchsvolle und verantwortungsvolle Arbeit.
- Eine etablierte Praxis mit sehr gutem Ruf.
- Ein Team, das intensiv zusammenarbeitet, sich austauscht und sich gut versteht.
- Patienten aller Altersstufen und aller Störungsbilder.
- Die Möglichkeit, sich auf ein Behandlungs-Gebiet zu spezialisieren.
- Freie Zeiteinteilung im Rahmen der Öffnungszeiten.
- Ein eigenes Therapiezimmer.
- Praxisfahrzeuge für Haus- und Heimbefuche.
- Unterstützung bei Fort- und Weiterbildung.
- Eine sehr gute Bezahlung bei entsprechender Leistungsbereitschaft.

Was erwarte ich?

- Selbständiges Arbeiten/Eigeninitiative.
- Das Bewusstsein, dass wir mit Menschen arbeiten und es sich hierbei um eine verantwortungsvolle Arbeit und nicht „bloß um einen „Job“ handelt.
- Kompetenz im Umgang mit Patienten/Angehörigen/Ärzten.
- Das Interesse und die Bereitschaft, sich „Neuem“ zu stellen und zu lernen und neue Wege zu gehen.
- Das Interesse und die Bereitschaft, sich mit den Kollegen auszutauschen und auch Wissen zu vermitteln.
- Fort- und Weiterbildungsbereitschaft.
- Bereitschaft zu Haus- und Heimbefuchen.



Weitere Informationen / Kontakt:
 Stefan Lorenz-Seel, Rheinstr. 1, 67547 Worms,
 Fon: 06241-209850, E-Mail: stefan.seel@logo-worms.de

6-2



Otto-Fricke-Krankenhaus
Zentrum für Geriatrie und Orthopädie
Wiesbaden | Bad Schwalbach

Das Otto-Fricke-Krankenhaus ist ein Zentrum für Geriatrie und Orthopädie mit 141 Betten/teilstationären Plätzen an den Standorten Bad Schwalbach und Wiesbaden. Träger des Otto-Fricke-Krankenhauses ist das St. Josefs-Hospital in Wiesbaden, das über eine Neurologische Abteilung (einschl. Stroke-Unit) verfügt, die von unseren Sprachtherapeuten mitbetreut wird.

Unser sprachtherapeutisches Team benötigt Verstärkung. Wir suchen zum nächstmöglichen Zeitpunkt

Sprachtherapeuten (m/w/d)

in Vollzeit (40 Wo.-Std.) oder Teilzeit

Erforderliche berufliche Qualifikation und Erfahrungen:

- Alle Berufsgruppen in der Sprachtherapie mit entspr. abgeschlossener Ausbildung/Studium sind angesprochen, gerne auch Berufsanfänger

Ihre Aufgaben:

- Diagnostik und Therapie von Dysphagien
- Diagnostik und Therapie erworbener Sprach- und Sprechstörungen (Aphasien, Dysarthrien, Dysphonien, Sprechapraxien)
- Einsatz in der Geriatrie und in der Neurologie

Wir bieten:

- Attraktive Vergütung nach AVR.HN
- Betriebliche Altersvorsorge
- Innerbetriebliche und externe Fortbildungen
- Angenehmes Betriebsklima, strukturierte Einarbeitungsphase
- Möglichkeit der Übernahme in ein unbefristetes Arbeitsverhältnis.
- Kostenfreie Nutzung des hauseigenen Trainingsbereichs
- Attraktives und abwechslungsreiches Arbeitsumfeld

Wir wünschen uns eine/n engagierte Mitarbeiter/in, die/den Teamfähigkeit, Flexibilität, Organisationsvermögen und ein zugewandter und emphatischer Umgang mit unseren Patienten auszeichnet.

Wenn Sie dem Anforderungsprofil entsprechen und Sie die Leitlinien eines evangelischen Krankenhauses (Diakonie Hessen) mittragen können, freuen wir uns auf Ihre Bewerbung.

Für nähere Auskünfte steht Ihnen die Leitung der Abteilung Sprachtherapie und Neuropsychologie, Herr Dipl. Psych. Th. Helmenstein unter der Tel.-Nr. 06124 – 506 408 gerne zur Verfügung.

Ihre schriftliche Bewerbung richten Sie bitte an:

**Otto-Fricke-Krankenhaus Paulinenberg GmbH
Personalwesen
Martha-von-Opel-Weg 34, 65307 Bad Schwalbach
oder per Mail an: personalwesen@otto-fricke-krankenhaus.de**

Mit der Abgabe der Bewerbung willigt der Bewerber/die Bewerberin in eine Speicherung der personenbezogenen Daten während des Bewerbungsverfahrens ein. Ein Widerruf dieser Einwilligung ist jederzeit möglich.

7-1



Meine Karriere. Mein Lebensplan.

Die Regionale Kliniken Holding RKH ist der größte Anbieter stationärer Krankenhausleistungen in Baden-Württemberg.



Wir suchen ab sofort für unsere Klinik für Neurologie der Kliniken Ludwigsburg-Bietigheim gGmbH in Ludwigsburg einen

Logopäden (m/w/d)

Vertragslaufzeit: unbefristet in Teilzeit oder Vollzeit möglich bis zu 100 %

Unser Leistungsspektrum:

Das wesentliche Aufgabengebiet besteht aus der Diagnostik und Therapie von Dysarthrien und Aphasien. Wir arbeiten eng im logopädischen Team, sowie mit Ärzten, Pflegekräften und Therapeuten aus anderen Berufsgruppen zusammen.

Ihre Aufgaben:

- Diagnostik und Therapie aller neurologischen und geriatrischen logopädischen Störungsbilder
- konsiliarische Mitbetreuung der übrigen Fachbereiche
- patientenbezogene Dokumentation und Leistungserfassung
- Beratung von Patienten und Angehörigen
- interne und interdisziplinäre Teamsitzungen

Ihr Profil:

Wir suchen eine fachlich engagierte sowie menschlich aufgeschlossene und teamfähige Persönlichkeit mit abgeschlossener Berufsausbildung. Sie haben Freude an der interdisziplinären Zusammenarbeit mit anderen Fachabteilungen und sind an der Mitgestaltung der Patientenversorgung interessiert.

Unser Angebot:

- Selbstständiges, eigenverantwortliches und flexibles Arbeiten innerhalb eines engagierten Teams
- Enge interdisziplinäre Zusammenarbeit aller beteiligten Fachdisziplinen (Therapeuten, Ärzte, Pflege)
- Regelmäßige interdisziplinäre Fortbildungen und Unterstützung bei externen Fortbildungen
- Sie erhalten Entgelt und betriebliche Altersvorsorge nach TVöD-K

Ihre Benefits:

- Karriere: zahlreiche Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten, RKH Akademie und RKH Simulationszentrum
- Familie: Individuelle Teilzeitmodelle, flexible Arbeitszeiten, Personalapartements und Kinderbetreuung
- Gesundheit: vielfältige Sport-, Beratungs- und Gesundheitsangebote, kostengünstige Krankenzusatzversicherung mit Status eines Wahlleistungspatienten
- Vorsorge: betriebliche Altersvorsorge und Zeitwertkonten
- Essen: preisermäßigte Verpflegungsmöglichkeit vor Ort
- Mobilität: Jobticket mit Zuschuss, Förderung der Fahrradnutzung
- Vergünstigungen: Mitarbeiter-Rabatte bei regionalen Firmen

Ihre Ansprechpartner:

Fachspezifische Informationen erhalten Sie telefonisch: Prof. Dr. med. Martin Schabet, Telefon: 07141/99-66700. Bei Fragen zum Bewerbungsverfahren wenden Sie sich bitte an unseren Personalservice: Rebekka Moll, Telefon: 07141/99-61025 – <https://www.rkh-karriere.de>

Ihre Bewerbung:

Wir freuen uns auf Ihre aussagekräftige online-Bewerbung unter Angabe des möglichen Eintrittstermins und Ihren Gehaltsvorstellungen.



Besuchen Sie uns!

www.facebook.com/skverlag



**BERND BLINDOW
SCHULEN** 7-2

An unserer **Berufsfachschule** für **Logopädie** in **Heilbronn** suchen wir zum **nächstmöglichen Termin** eine/n

Arzt (m/w/d)

zur Unterrichtung im **Fach Audiologie/Pädaudiologie**

Stundenumfang: 3-5 Wochenstunden auf Honorarbasis.

Ihre Bewerbungen senden Sie bitte an: Bernd-Blindow-Schulen Heilbronn, Schulleiterin Frau Maria Wetzels, Allee 6, 74072 Heilbronn oder per E-Mail an: logo.leitung.hn@blindow.de

07131 6498490 • www.blindow.de



Logopädische Praxis Kissing
Susanne Dieterle-Hautmann & Team 8-2

Wir suchen ab **sofort oder später** einen netten Logopäden (m/w/d) für die Praxis (alle Störungsbilder) und für Hausbesuche (neurologisch, z.B. in Heimen oder für Krankenhausbetreuung Friedberg inkl. Intensivstation) in **Vollzeit/Teilzeit oder auf 450 €-Basis**

Wir bieten: • Überdurchschnittliches Praxisgehalt • Einarbeitung von kompetenten Mitarbeitern • Großzügige Unterstützung bei Fortbildungen • Weihnachtsgeld • Km-Geld • Regelmäßige Teamsitzungen • Kostenlose Supervisionen • Finanzielle Unterstützung bzgl. PKW (Anschaffung) • Vielseitiges Therapiematerial • Offenes, freundliches und harmonisches Team • Gute Anbindung (5 Min. Fußweg) an Bahnhof Kissing (10 Min. Zugfahrt von HBF Augsburg, 30 Min. von HBF München). Ein Führerschein ist erforderlich. Berufsanfänger sind herzlich willkommen.

Wir freuen uns sehr auf Ihre Bewerbung! Logopädische Praxis Kissing
Susanne Dieterle-Hautmann | Rosenstr. 11 | 86438 Kissing | Tel.: 08233-794380 mobil 0172/3006933 | logopaedie-kissing@web.de | www.logopaedie-kissing.de




Das St. Joseph-Krankenhaus in Prüm sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt einen

Logopäden

(w/m/d)

für die Abteilung für Geriatrie

In Vollzeit (39 Stunden), auf Wunsch auch Teilzeit möglich. Weitere Informationen über diese Stelle finden Sie im Internet unter www.krankenhaus-pruem.de in der Rubrik Stellenangebote. Bitte richten Sie Ihre Bewerbung an:

St. Joseph-Krankenhaus
Herrn Chefarzt Alexander Papendorf
Kalvarienberg 4 · 54595 Prüm

www.krankenhaus-pruem.de · www.ct-west.de

5-1



**BERND BLINDOW
SCHULEN** 8-1

Für unsere **Berufsfachschule** für **Logopädie** in **Friedrichshafen** suchen wir ab dem **1.10.2020**

eine Logopädin / einen Logopäden (m/w/d)

mit Berufserfahrung auf **freiberuflicher Basis** oder in **Festanstellung für 12 bis 18 Stunden pro Woche**.

Aufgaben: Supervision, Unterricht in diversen logopädischen Störungsbildern sowie die Praktikumsplanung für unsere Schülerinnen und Schüler. Die Arbeitszeit kann flexibel gestaltet werden.

Bewerbungen bitte an: Bernd-Blindow-Schulen, Schulleiter Herrn Kühl, Allmannsweiler Str. 104, 88046 Friedrichshafen oder per E-Mail unter logo.leitung.fn@blindow.de

www.blindow.de

Fachpublikationen Arbeitsmaterialien Fachzeitschriften

Das SKV-Vorteilsprogramm für dbl-Mitglieder




An der richtigen Stelle:

Mit Ihrer **Stellenanzeige** in „Forum Logopädie“ erreichen Sie genau die Richtigen zu attraktiven dbl-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.



www.skvshop.de
info@schulz-kirchner.de
Tel.: +49 6126 9320-0



Ansprechpartnerin in der Anzeigenabteilung



Laura Schönborn

Tel.: +49 6126 9320-26
Fax: +49 6126 9320-50
l.schoenborn@schulz-kirchner.de

... immer gerne für Sie da!

Aktuelle Mediadaten/
Preise finden Sie hier:



Schulz-
Kirchner
Verlag

Dozent*Dozentin gesucht (in Voll-/Teilzeit) für die Fächer:

- Neurologische Störungsbilder
- Stimmstörungen

Für unsere **Schule für Logopädie in Nürnberg** suchen wir Sie zum **nächstmöglichen Zeitpunkt**

Ihre Aufgaben:

- Planung und Durchführung des Unterrichts gemäß der LogAPrO
- Supervisionen, Praktikumsbetreuung und Behandlungen
- organisator. Aufgaben als Klassenleiter*in
- Prüfungsdurchführung und -gestaltung

Ihr Profil:

- Abgeschl. Ausbildung zur*zum Logopäd*in/ Sprachtherapeut*in oder einer vergleichb. Studienrichtung
- mind. zwei Jahre Berufserfahrung als Logopäd*in/ Sprachtherapeut*in
- Lehrerfahrung und pädagogisch-didaktische Vorkenntnisse wünschenswert, aber keine Voraussetzung
- Teamfähigkeit und Flexibilität
- Freude am Unterrichten/ am Patientenkontakt

Unser Angebot:

- Sehr gute technische Ausstattung für den Unterricht
- Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten
- Möglichkeit eines berufsbegleitenden Studiums an unserer Hochschule
- verschiedene Arbeitszeitmodelle möglich

Interessiert? Dann senden Sie uns Ihre Bewerbungsunterlagen per E-Mail an Rose.Piringer@ib.de

Medizinische Akademie IB MEDAU GmbH

Rose Piringer · Schulleitung
Rollnerstraße 111a · 90408 Nürnberg
Tel 0911 9377197-20 · Rose.Piringer@ib.de
www.ib-med-akademie.de

Anzeigenschlusstermine forum:logopädie 2020

September-Ausgabe: 1. August 2020

November-Ausgabe: 1. Oktober 2020



Für das Reha-Zentrum am Standort **Bad Griesbach** suchen wir Sie in Vollzeit zum nächstmöglichen Zeitpunkt als

SPRACHTHERAPEUT (M/W/D)

1.700 Mitarbeiter, 5 Standorte, 1 Team! Was seit vier Jahrzehnten unsere Gäste bewegt, bewegt auch uns. Wir sind Experten mit Leidenschaft. Das macht uns aus.

PASSAUER WOLF
Medizin fürs Leben



Überrasch' dich
selbst

mehr unter
passauerwolf.de/karriere/111

@PassauerWolfKarriere

: IMPRESSUM

forum:logopädie

Heft 4 · Juli 2020 | 34. Jahrgang
ISSN 0932-0547 · 12205

HERAUSGEBER

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

Information und Beratung

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

REDAKTION

Schriftleitung

Michael Wilhelm

Glockenblumenweg 15 · 21360 Vögelosen

Tel 0151 23 06 54 52

E-Mail redaktion@dbl-ev.de

Beruf und Verband

Margarete Feit · dbl-Pressereferat

Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl)
E-Mail feit@dbl-ev.de

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

ANZEIGEN

Schulz-Kirchner Verlag · Laura Schönborn

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

E-Mail anzeigen@schulz-kirchner.de

Es gilt Anzeigenpreisliste Nr. 27

TERMINE

Redaktions- schluss

1. Jan.
1. März
1. Mai
1. Juli
1. Sep.
1. Nov.

Anzeigen- schluss

1. Feb.
1. April
1. Juni
1. August
1. Okt.
1. Dez.

Erscheinungs- termin

1. März
1. Mai
1. Juli
1. Sep.
1. Nov.
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 Redaktionschluss angenommen.

VERLAG

Schulz-Kirchner Verlag GmbH

Mollweg 2 · 65510 Idstein

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

E-Mail info@schulz-kirchner.de

Internet www.skvshop.de

Vertretungsberechtigte Geschäftsführer:

Dr. Ullrich Schulz-Kirchner,

Martina Schulz-Kirchner

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

KUNDENSERVICE

Schulz-Kirchner Verlag · Norina Dietzel-Fritsch

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

E-Mail adressen@schulz-kirchner.de

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

BEZUGSPREISE 2020

Jahresabonnement (Versandkosten [D] enthalten)

Privat (print)	70,00 €
Privat (digital)	55,00 €
Schüler-/Studenten (print)	48,00 €
Schüler-/Studenten (digital)	40,00 €
Institutionen (FH/Universität/Allg. Bibliotheken), Kliniken (Lizenz – print)	ab 110,00 €
Institutionen (FH/Universität/Allg. Bibliotheken), Kliniken (Lizenz* – nur digital)	ab 97,00 €

Halbjahresabonnement

3 Ausgaben (print)	45,00 €
--------------------	---------

Probeabonnement

2 Ausgaben (print)	28,00 €
--------------------	---------

Einzelheft

print oder digital	18,00 €
--------------------	---------

unverbindliche Preisempfehlung, Preise gültig bis 31.12.2020, innerhalb Deutschland inkl. Versandkosten; zzgl. 20,00 € Versandkosten (für 6 Ausgaben) bei Auslandsversand

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

KÜNDIGUNG

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

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

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

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

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

: VORSCHAU

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

Die **Beziehung** als Herzblut erfolgreicher Therapie – Gedankengänge in Zeiten von Corona

Multimodale Kommunikation bei Aphasie: Fallbeispiel zur Untersuchung mit dem **Szenario-Test**

Dysphagie – **Logopädische Kompetenzen** für die Pflege

Alles Wichtige zur neuen **Heilmittel-Richtlinie**

BANKVERBINDUNGEN

vr bank Untertaunus eG

IBAN DE69 5109 1700 0014 2900 01 · **BIC** VRBUDE51

GESCHÄFTSBEDINGUNGEN

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

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

Gestaltung www.dieruth.de

Titel Floer Design, Foto:Shutterstock/Tyler Olson

Rubrikenbilder S. 6, 40, 52, 60: dbl/Jan Tepass

Druckauflage 11.000 Exemplare

Druck TZ-Verlag & Print GmbH

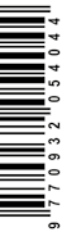
Bruchwiesenweg 19 · 64380 Roßdorf

Printed in Germany · Gedruckt auf Papier aus nachhaltiger Forstwirtschaft

Indiziert in CINAHL Plus, EBSCO, EMBASE, ZPID

Beilagenhinweis

Der Gesamtauflage liegt ein Flyer der LOGOMANIA, Fendt & Sax Gbr, München, bei.



Such mich!

Akkusativ • Dativ • Präpositionen

Mehr Infos zu Such mich! hier:
www.trialogo.de



Spielablauf

Mit dem Farbwürfel wird ein Darsteller auf der Aufgabenkarte ausgewählt, der dann auf dem Spielplan gesucht werden muss.

Jeder Darsteller steht dabei für ein grammatikalisches Phänomen, wie z.B. die Bildung des Akkusativs mit dem Femininum („Die Frau küsst die Kuh.“).

Über 500 Übungen

Such mich! bietet eine große Übungsdichte. Auf 3 Spielplänen finden Sie in 54 Situationen mehr als 500 kontextbezogene Einzelübungen, mit denen Akkusativ, Dativ und Präpositionen spielerisch und gleichzeitig strukturiert geübt werden können.

Spielspaß & Motivation

Die Kinder lieben das Suchen der Darsteller in den witzigen Situationsbildern. Da kommen die grammatikalischen Übungssätze fast von selbst - und die Motivation wächst mit jedem Spielzug! Jeder Spielplan hat ein eigenes Thema: Draußen, Drinnen und Zoo.

Einzelpreis:
84,50 €

Inkl. 19% Mehrwertsteuer. Versandkosten Deutschland: ab 30 € Bestellwert kostenlos, darunter 4,90 €. Versandkosten Europa: ab 75 € kostenlos, darunter 8,90 €. 3 Wochen Rückgaberecht. Preisangaben gültig bis 31.08.2020



TRIALOGO · Bücklein & Joekel GbR
An der Linde 1 · D-78464 Konstanz
Telefon (+49) 07531-128360