

forum:logopädie


5 · 2020 | 34. Jahrgang

Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. 



THEORIE & PRAXIS

Therapeutische
Beziehung in
Zeiten von Corona

 Teletherapie – hat
die Logopädie eine
digitale Zukunft?

BERUF & VERBAND

Alles zur neuen
Heilmittel-Richtlinie
Videotherapie abgesagt:
Logopädinnen berichten

Fachpublikationen Arbeitsmaterialien Fachzeitschriften



Videofluoroskopie des Schluckaktes

Ein sprachtherapeutisches Tutorial

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

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

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

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



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



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



EDITORIAL

Kein „Sommerloch“

Am Umfang dieser Ausgabe können Sie ablesen, mit wie vielen unterschiedlichen und wichtigen aktuellen Themen wir uns derzeit auseinandersetzen. Deshalb kann ich hier nur die wichtigsten herausgreifen.

Von zentraler Bedeutung sind seit vielen Wochen die Verhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband über den neuen bundesweiten Versorgungsvertrag, denen sich in Kürze die Vergütungsverhandlungen anschließen werden (Seite 46). Hierfür bietet das WAT-Gutachten eine gute Grundlage (Seite 47). Ein Ergebnis früher erfolgten Einsatzes, die neue Heilmittelrichtlinie, wird ab dem 1. Oktober 2020 die Arbeit in den logopädischen Praxen deutlich verändern – zum Besseren, wie wir alle hoffen (Seite 42-44).

Nach wie vor beschäftigt uns sehr das Thema Corona. „Hygiene und Infektionsschutz“ und „Videotherapie“ bilden hier Schwerpunkte unserer Arbeit. Die Absetzung der Abrechenbarkeit der Videobehandlung durch den GKV-Spitzenverband Ende Juni 2020 hatte und hat schwerwiegende Konsequenzen – für die logopädischen Praxen ebenso wie für die PatientInnen, wie PraxisinhaberInnen berichten. Dabei waren die ersten Erfahrungen mit der digital gestützten Logopädie durchaus positiv.

Auch die Fachbeiträge der Rubrik „Theorie & Praxis“ dieser Ausgabe beschäftigen sich mit den Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Logopädie. Unter dem Titel „Die therapeutische Beziehung in der Krise?“ reflektieren Vera Wanetschka und Kolleginnen die Folgen von Maskenpflicht und Abstandsregeln. Es folgen zwei Studien zur Videotherapie in der Logopädie: Norina Lauer stellt ein qualitatives Forschungsprojekt mit Studierenden an der OTH Regensburg vor, Silke Schwinn und Kolleginnen erste Ergebnisse einer Studie zur Umsetzung der Videotherapie in der ambulanten Logopädie (ViTaL).

Sönke Stanschus plädiert in seinem äußerst fundierten und zugleich spannenden Beitrag für ein Umdenken in der Schluckdiagnostik in Corona-Zeiten. Um Dysphagie geht es auch im letzten Beitrag: Ramona Rüegg & Jürgen Steiner fordern „Logopädische Kompetenz für die Pflege“ und stellen dazu einen erprobten Leitfaden vor.

Sie sehen: Das sogenannte „Sommerloch“ ist bei uns nicht einmal zu erahnen. Auch deshalb freue ich mich, wenn viele von Ihnen im Spätherbst zur ordentlichen Mitgliederversammlung nach Berlin kommen oder wir uns online begegnen, um uns darüber auszutauschen, was wir erreicht haben und was unsere nächsten Ziele sind.

Gemeinsam machen wir unsere Arbeit besser. Ich freue mich auf Sie!

Mit den besten Grüßen

Ihre



Dagmar Karrasch
Präsidentin des dbl



Nach dem Aus für die Videotherapie: Bettina Lang beim Hausbesuch mit Schutzkittel, FFP2-Maske und Handschuhen (S. 45ff)



Vorteile für Mitglieder

BERUFSPOLITIK & IMAGE

Wir bringen Ihre Interessen nach vorne

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

BERATUNG & INFORMATION

Wir bieten Ihnen Sicherheit

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

PRAXIS & MARKETING

Wir fördern Ihre Öffentlichkeitsarbeit

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

AUSTAUSCH & VERNETZUNG

Wir stärken Ihre Kommunikation

- Mitgliederportal „wir.dbL-ev.de“
- dbL-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
- dbL-Nachwuchspreis
- Reisestipendien

VERGÜNSTIGUNGEN & PARTNER

Wir sichern Ihnen Sonderkonditionen

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

Mitgliedschaft schon ab

48 € / Jahr

Mehr Infos unter www.dbL-ev.de



INHALT

5 · 2020 | 34. Jahrgang

THEORIE & PRAXIS

- 6** Vera Wanetschka, Christiane Toepffer-Huttel, Verena Nerz & Julia Göldner
Die therapeutische Beziehung in der Krise? Gedanken in Zeiten von Corona
- 12** Norina Lauer
Teletherapie – hat die Logopädie eine digitale Zukunft?
- 18** Silke Schwinn, Maria Barthel, Juliane Leinweber & Bernhard Borgetto
Digitalisierungschancen in der Krise – Erste Ergebnisse der ViTaL-Studie
- 22** Sönke Stanschus
Schluckdiagnostik und COVID-19: Plädoyer für ein Umdenken
- 30** Ramona Rüegg & Jürgen Steiner
Dysphagie – Logopädische Kompetenz für die Pflege
- 35** FRAGEBOGEN
11 Fragen zur Logopädie an Marco Gerschke

BERUF & VERBAND

- 38** Therapiemesse erobert den Norden
- 38** Neues auf www.dbl-ev.de
- 38** dbl-Fortbildungen für Kurzentschlossene
- 39** Die aktuelle Zahl: 2.575 €
- 39** dbl-Publikationen für Ihr Praxismarketing
- 40** Neu: Dolmetsch-Service Triaphon
- 41** Einladung zur dbl-Mitgliederversammlung 2020
- 41** Rabatte von ProLog im September und Oktober
- 42** Die neue Heilmittelrichtlinie: Überblick über die Änderungen zum 1. Oktober 2020
- 45** Videotherapie abgesagt – vier Beispiele
- 47** Teletherapie: Herausforderung und Chancen
- 50** Der Versorgungsvertrag: Status quo der Verhandlungen
- 51** WAT-Gutachten bietet Argumentationshilfe
- 52** Der dbl mischt sich ein: Aktuelle berufspolitische Aktivitäten mit und ohne Corona

- 55** Hygiene und Infektionsschutz: Was raten Experten?
- 58** Arbeitskreis Berufsgesetz: Aktivitäten in 2020
- 59** Evidenzbasierung und Akademisierung in der geplanten Reform der Berufsgesetze
- 59** Save the Date: 10. dbl/dbs-Forschungssymposium am 6. März 2021 in Bochum
- 60** Bundesstudierendenvertretung (BSV): Ein Jahr voller Ereignisse
- 61** 19 Jahre ehrenamtliches Engagement für die Bildung
- 61** AG Kongress: Abschied und Neubeginn
- 62** dbl-Ehrenrat ernennt zwei neue Ehrenmitglieder: Vera Wanetschka und Ricki Nusser-Müller-Busch
- 65** Nachruf auf Sabine Schneeberger
- 65** Verabschiedung von Thomas Brauer in den (Un-)Ruhestand

BILDUNG & FORSCHUNG

- 68** Neuer Fernstudiengang der IUBH
- 68** hsg Bochum startet Masterstudiengang
- 69** Palliative Logopädie – empirische Arbeiten gesucht
- 69** Greifswalder Studie zur Wirksamkeit der Gleichstrom-Stimulation bei Aphasie
- 69** Trinationales Forschungsprojekt im Bodenseeraum
- 71** dbl-Fortbildungen

MEDIEN & MATERIALIEN

- 76** Rezensionen
- 77** Rezensionsangebote
- 80** Zeitschriftenlese

RUBRIKEN

- 3** Editorial
- 36** Marktplatz
- 38** dbl-Adressen / Beratungszeiten
- 67** dbl-Informationsmaterial
- 70** Termine
- 82** Stellengesuche / Verschiedenes / Stellenangebote
- 87** Vorschau / Impressum



Vera Wanetschka, Christiane Toepffer-Huttel, Verena Nerz & Julia Göldner

Die therapeutische Beziehung in der Krise?

Gedanken in Zeiten von Corona

Einleitung

Sind LogopädInnen nicht so etwas wie Kontakt- und KommunikationslotsInnen für ihre PatientInnen, die noch nicht, nicht mehr, nicht so wie vorher sprechen und klingen, sich ausdrücken können und deshalb schwer oder gar nicht oder noch nicht in Beziehung treten können? LogopädInnen machen ein Beziehungsangebot und wollen darin Vorbild sein.

ZUSAMMENFASSUNG. Die Corona-Krise stellt die auf Beziehung aufbauende logopädische Therapie vor die Herausforderung, geeignete Mittel verantwortungsvoll anzuwenden, die insbesondere Nähe und Distanz und den körperlichen Kontakt reduzieren. Auf der Grundlage von ersten Veröffentlichungen zur therapeutischen Beziehung in der Logopädie machen sich die Autorinnen Gedanken zu den verschiedenen „Werkzeugen und Bedingungen“ die in Zeiten der Corona-Pandemie zur Beziehungspflege möglich oder eben nicht möglich erscheinen. Sie stellen sich der Frage: Haben wir jetzt eine „Beziehungskrise“ in der Logopädie? **SCHLÜSSELWÖRTER:** Therapeutische Beziehung – therapeutische Allianz – Kontakt – Logopädie – Corona – Covid-19 – Mundschutz – Abstand – Teletherapie

Menschen in ihrer Kommunikationsfähigkeit zu unterstützen, ist systemrelevant und LogopädInnen arbeiten weiter, trotz Maske, Scheibe, Abstand und Video. Dazu braucht es Beziehung. Aber wie geht das in Zeiten von „Social Distancing“? Merken wir bei allem, ob oder wie wir wirklich noch im Kontakt sind? Corona richtet einen Scheinwerfer auf die Basis der Logopädie – den Aufbau und die Gestaltung der Beziehung zu unseren PatientInnen. LogopädInnen sind KommunikationsspezialistInnen, auch unter diesen veränderten Bedingungen.

Ausgangsüberlegungen zum Thema Kontakt und Krisentransformation im logopädischen Setting

Ein Bereich der Clinical-Reasoning-Forschung betrifft das professionelle interaktive Handeln in der Logopädie. *Dehn-Hindenberg* (2008) und *Hansen* (2009) belegen zu diesem Thema die Wichtigkeit des therapeutischen Kontaktes für den Therapieerfolg. Hansen beschreibt, dass „die Ziele und Mittel in einer Interaktionssituation ein Ergebnis der Reflexion der Handelnden auf das, was in der Situation passiert“ darstellen (*Hansen* 2010, 267). In dieser Diskussion entwickeln sich definierte Begrifflichkeiten wie „Safe Place Therapie“ (*Katz Bernstein* 2003, 77) oder „therapeutische

Allianz“ (*Roth* 2014) zu Qualitätsmerkmalen, die den günstigen Kontakt unterstreichen. *Katz Bernstein* (2003) beleuchtet die Interaktion zwischen der TherapeutIn und ihrer PatientIn mit folgenden Fragen: „Welches sind die deklarierten Aufträge und Erwartungen? Mit wem kann zusammengearbeitet werden? Welches ist die eigene Sprechart oder das kommunikative Muster (...) ?“ Der Begriff „therapeutische Allianz“ – von *Roth* ursprünglich bezogen auf die Psychotherapie – lässt sich auch in der Logopädie einsetzen. *Roth* schreibt, dass das Ergebnis einzelner methodischer Elemente der Therapie kleiner sei als die Bedeutung der Bindung des Vertrauens zwischen TherapeutIn und PatientIn. Eine gute „therapeutische Allianz“ steigert *Roth* zufolge die Bereitschaft zum Anpassen an neue Erfordernisse, denn: „Diese Allianz bedeutet eine Erfahrung tiefen Vertrauens, die im Hirn die Produktion von Opioiden – die für das Wohlbefinden sorgen – und an Oxytocin stimuliert. Das ist ein Hormon, das unsere Fähigkeit zu sozialer Bindung verbessert und uns zum Umlernen ermutigt“ (*Roth* 2014). Der Religionsphilosoph *Martin Buber* (1984) gilt als einer der zentralen Vordenker zum Thema des zwischenmenschlichen Kontaktes. Er beschreibt zwei sich gegenüberstehende Gesprächsformen: die der „Ich-Es-Beziehung“ und die der „Ich-Du-Beziehung“. In der „Ich-Es-Beziehung“ erzählt jeder der GesprächspartnerInnen im Extremfall ihre eigene Geschichte und ein Dialog kommt kaum zustande.

Die „Ich-Du-Beziehung“ dagegen lässt Raum für die Echtheit des „Zwischenmenschlichen“ und Raum für „gegenseitige Passung und Inspiration“ (ebd. 271ff). Hauptvoraussetzung für ein echtes Gespräch in Richtung einer „Ich-Du-Beziehung“ ist laut Buber, das wesenhaft Andere im Menschen – seine Andersartigkeit anzuerkennen. Dabei muss nicht der Inhalt des Gesprochenen akzeptiert werden (dem kann in einem lebendigen Dialog durchaus widersprochen werden), sondern die ihm innewohnende Geschichte. Der Andere werde bejaht und damit „die Kreation seiner Gewordenheit“ bestätigt (ebd. 281). Alle kommunikativen Zeichen, mit denen sich die jeweils andere kenntlich macht, sind dabei aktuell von Wichtigkeit: das Emotionale, wie das Nichtemotionale, die Haltung, die Geste, [und die Mimik, d.V.], das Wort (ebd. 274). Buber beschreibt damit, dass im aktuell „Zwischenmenschlichen“ und im Gespräch das „Ich“ geformt wird, dass der Mensch Identität erlangt im dialogischen Vorgang des sich selbst Aktualisierens und des sich Spiegeln im Anderen (ebd. 275).

Beim Lernen in der Krise interpretieren die Beteiligten wechselseitig die Handlungen des Anderen und legen diese Situationsdeutungen einem nächsten Handlungsschritt zugrunde (Schüßler 1998). Die Krise dient in dieser Interpretation auch als „Identitätstransformation“ (ebd. 90ff). Die Schrittfolge der von einer sicheren Beziehung getragenen Abfolge könnte folgendermaßen lauten:

- Handlungsorientierungen sind aufeinander abgestimmt, hier: Vor dem Eintritt der Krise
- Durch Konfrontation mit dem Neuen erfolgt eine Erschütterung/Verstörung des Bewährten, hier: der Virus ist gefährlich und damit wird auch die Begegnung mit der eigentlich unterstützenden Person von Hilfe zur Gefahr.
- Die Situation erfordert Anerkennung der Herausforderung und Infragestellung bisher vertrauter Verhaltensweisen, hier: Annahmen der Herausforderung Covid-19 – PatientInnen und TherapeutInnen müssen ihre Einschätzungen miteinander abstimmen und gemeinsam neues Verhalten entwickeln.
- Anpassen an die neue Situation, hier: Teletherapie, Abstand wahren, Schutzmasken.

An jedem Punkt dieser Schrittfolge können Problemstellungen auftauchen.

Wie sich diese Darstellungen in der aktuellen Forschungslandschaft im Bereich Logopädie und der benachbarten Disziplin Psychologie wiederfinden, soll der nächste Abschnitt beleuchten.

Stimmtherapie hinter der Plexiglasscheibe

Überblick über Literatur im Bereich Logopädie und Beziehung

Der komplexe soziale Prozess (Hansen 2018), der sich zwischen Logopädin und PatientIn im Rahmen der Therapie entfaltet, ist in der logopädischen Forschung bisher erst in sehr geringem Maße empirisch und theoretisch untersucht worden (Göldner et al. 2017).

Die wenigen Beiträge, die in einem Literaturüberblick zur therapeutischen Beziehung in der (deutschsprachigen) Logopädie (Göldner 2016) identifiziert werden konnten, haben häufig einen qualitativen Ansatz (z.B. Hansen 2009), beziehen sich auf Theorien anderer Bezugsdisziplinen oder stellen erfahrungsbezogene, subjektive Theorien dar (Göldner 2016). In diesen Beiträgen wird die Beziehung zwischen PatientIn und TherapeutIn im Spannungsfeld zwischen gesellschaftlichen und persönlichen bzw. fachlichen Voraussetzungen der beteiligten PartnerInnen verortet.

Konsens scheint zu sein, dass der Anlass der Beziehung stets ein konkretes, als biopsychosozial aufgefasstes Symptom der PatientInnen ist. Damit wird die therapeutische Beziehung in der Logopädie mehrheitlich als eine auf die gemeinsame „Arbeit“ am Symptom der PatientInnen ausgerichtete „Arbeitsbeziehung“ oder „Arbeitsallianz“ konzeptualisiert (Göldner et al. 2017, 16). Von außen kann dabei lediglich die verbale oder nonverbale Kommunika-

tion bzw. Interaktion wahrgenommen werden, welche die Beziehung prägt und gestaltet und die von den Teilnehmenden bewusst sowie unbewusst eingesetzt werden kann (ebd., Katz-Bernstein et al. 2002).

Dabei ist es ein besonderes Merkmal der Logopädie, dass hier via Kommunikation und Interaktion mit Menschen gearbeitet wird, die zum Beispiel aufgrund von Sprachentwicklungsstörungen, Aphasie, Dysphonie oder Redeflussstörungen genau in diesen Bereichen beeinträchtigt sind (Katz-Bernstein et al. 2002).

Bisher gibt es keine wissenschaftlich fundierte, spezifisch logopädische Antwort auf die Frage, inwiefern die Beziehung zwischen TherapeutIn und PatientIn das Ergebnis der Therapie beeinflusst. In der psychotherapeutischen Forschung hat die Auseinandersetzung mit übergeordneten, „allgemeinen Wirkfaktoren“ von Therapie eine lange Tradition. Dass die therapeutische Beziehung für das Therapieergebnis besonders relevant ist, wurde hier bereits anhand verschiedener Metaanalysen nachgewiesen (z.B. Asay & Lambert 2001, Flückiger et al. 2018). Asay & Lambert (2001) kommen dabei zu dem Ergebnis, dass die therapeutische Beziehung einen bis zu 30-prozentigen Einfluss auf das Ergebnis der Psychotherapie hat.

Die Tatsache, dass „die Beziehung“ in der Logopädie so wenig systematisch untersucht ist, steht im Widerspruch zur Erfahrung vieler logopädischer KollegInnen, die die Übertragbarkeit der psychotherapeutischen Ergebnisse zur



Foto: C. Toepfer



Foto: C. Toepffer-Huttel



Ohne sichtbare Mimik fehlt ein wichtiger Kommunikationskanal zum Patienten

Wirkung von Beziehung intuitiv bestätigen oder sogar bekräftigen mögen. In den nachfolgenden Abschnitten wird aus einem ebensolchen, überwiegend erfahrungsbasierten Blickwinkel reflektiert, inwiefern die seit März dieses Jahres plötzlich veränderten Therapievoraussetzungen sich auf die Beziehung zwischen PatientInnen und TherapeutInnen auswirken können.

Veränderte Settings und deren mögliche Auswirkung

Teletherapie

„Sofern die Behandlungen aus therapeutischer Sicht auch im Rahmen einer telemedizinischen Leistung (...) stattfinden können, ist dies mit vorheriger Einwilligung der Versicherten (...) möglich“, hieß es am 18. März 2020 in einem Schreiben der Kassenverbände und des GKV-Spitzenverbands (dbf 2020). Dieser Beschluss leitete vielerorts eine mehr oder weniger rasante Implementierung des teletherapeutischen Angebots ein, die unter anderen Umständen (sprich „ohne Corona“) nicht in dieser Form stattgefunden hätte.

Mit Ausnahme der Schlucktherapie war es zeitlich begrenzt möglich, Logopädie in einem anderen Modus als dem klassischen Face-to-Face-Kontakt durchzuführen. Angesichts der zu sichernden PatientInnenversorgung und der eigenen, bedrohten wirtschaftlichen Situation starteten viele TherapeutInnen Eigenregie ein Projekt, dessen Umsetzung nicht geplant und dessen Gelingen noch nicht abzusehen war.

Neben den Vorgaben, dass die Teletherapie bei beiden Beteiligten in Räumen stattfinden müsse, „die Privatsphäre bieten“ und die verwendete Technik eine „angemessene gegenseitige Kommunikation gewährleisten“ (dbf 2020, o.S.) müsse, fanden sich zunächst keine weitere

ren Regelungen. Dabei treten folgende Fragen auf: „Ist eine geeignete technische und räumliche Ausstattung vorhanden?“, „Wie kommen meine PatientInnen und ich mit der Technik zurecht?“, „Wie gestalte ich eine Videotherapie inhaltlich sinnvoll?“ oder „Inwiefern können die Kontaktaufnahme und der Beziehungsaufbau gelingen, besonders bei PatientInnen, die sich neu anmelden und mich zuvor noch nicht persönlich kennenlernen konnten?“

Australische Psychotherapieforscherinnen erstellten ein systematisches Review zu 23 qualitativen und quantitativen Studien, in denen die therapeutische Allianz im Zusammenhang mit u.a. per Video dargebotener Psychotherapie untersucht wurde (Simpson & Reid 2014). Trotz vieler Unterschiede hinsichtlich methodischer und inhaltlicher Anteile waren die Bewertungen der therapeutischen Allianz in den Studien bezüglich der Teletherapie überraschend homogen und entsprachen in etwa den Bewertungen für die Therapie bei gegenseitiger Anwesenheit.

Obwohl der Denkanstoß aus diesem Forschungszweig deutlich ist, scheint es so, dass in der Logopädie mehr Unterschiede und Beeinträchtigungen zu verzeichnen sind. Unschärfe oder gestörte Sprechverbindungen, unpräzise Übermittlung der Feinheiten in der Melodie, fehlende olfaktorische und sensitive Reize sowie fehlender Körperkontakt verändern die Wahrnehmungsqualität. Mimik und Gestik müssen deutlicher rückversichert werden.

Und damit ist das zu diesem Thema Entscheidende angesprochen: Während in der Psychotherapie (Sprechtherapie) sich PatientInnen in ihren Prozess vertiefen und teilweise „vergessen“, nicht mit einer Person im selben Raum zu sein (ebd. 290), sind die Präsenz und die gegenseitige Passung zwischen LogopädIn und ihrer PatientIn Kerngeschehen des therapeutischen Lernprozesses (Wanetschka 2017). Leider geht dieses Atmosphärische im Kontakt in der Teletherapie teilweise verloren.

Beispiele wären die AphasiepatientIn, die im schwierigen Arbeitsprozess im realen vis-à-vis spürt, dass die LogopädIn ihr den anstehenden Arbeitsschritt in aller Langsamkeit zutraut oder das Kind mit Sprachentwicklungsstörung intuitiv im realen Kontakt erfasst, dass es sich gerade an einem sehr wichtigen Schritt seines Lernens befindet.

Der Mensch erlangt in der logopädischen Therapie – im Verarbeiten aller sensorischen Impulse – seine neuen Fertigkeiten im dialogischen Vorgang des sich selbst Aktualisierens und des sich

Spiegelns im Anderen (Buber 1984, 275). Diese gegenseitigen „Anpassungsleistungen“ stellen letztendlich die nachhaltigen Lernprozesse in der Therapie dar (Wanetschka 2017, 25ff). So betrachtet dürfte Teletherapie mit ihren Möglichkeiten und Grenzen grundsätzlich für die aktuelle Notsituation eine Hilfskonstruktion darstellen, jedoch wird nach Abklingen der Krise kritisch zu prüfen sein, in welchen Situationen es sinnvoll erscheint, Teletherapie als Teil des Regelrepertoires logopädischer Tätigkeit zu nutzen.

Schutzmasken

Einen deutlichen Einfluss auf den therapeutischen Kontakt übt das Tragen von Schutzmasken aus. Das Sprechen hört sich gedämpft an, die Mimik ist nur noch rudimentär erkennbar, das Lippenablesen fällt aus. Mimik und Tonfall sind in der Identifikation von Gefühlen im Gegenüber wichtige Indikatoren. Wir sind nun – wie beim Telefonieren – auf eine deutliche Sprechmelodie evtl. auch lauterer Sprech und präzise Artikulation angewiesen, um den Gefühlsausdruck oder auch Doppeldeutigkeiten in Aussagen zu erfassen. Missverständnisse oder Unklarheiten in der Kommunikation bleiben dabei nicht aus. Das lautere Sprechen könnte auf die Dauer für die TherapeutIn zu stimmlichen Problemen führen.

Mit dem Mundschutz verbinden wir zudem eine eher negative Konnotation. Wir kennen dies aus der Diskussion um Schals zur Vermummung auf Demos oder Schutzvisiere bei der Polizei. Sie alle können abweisend erlebt werden und die Vertrauensbildung erschweren. Sogar der Mundschutz im medizinischen Sektor signalisiert uns eher Gefahr.

Mit dem Wegfall eines überwiegenden Teils der Mimik hinter der Schutzmaske und der Tonveränderung werden sowohl TherapeutIn als auch PatientIn im Kontakt verunsichert. Es fehlt schlichtweg ein Kommunikationskanal und auch der teilweise liebevoll genähte bunten

Mund- und Nasenschutz täuscht nicht über das Distanzierende dieses Accessoires hinweg. Diese Situationen stören den Aufbau eines „sicheren vertrauensvollen Schutzraumes“ in der Therapie. Die sich im Dialog entwickelnde Identitätsentwicklung gemäß Buber (1984) wird beeinflusst und damit die Anpassung neuer Verhaltensweisen von PatientInnen erschwert. In dieser aktuellen Krise ist also jedes Angebot – wie beispielsweise transparente Spuckschutze oder kreative Therapieideen im Abstand zur Patientin – als Alternative zu prüfen, um eine Verdeckung von Kommunikationskanälen und damit die Reduktion gegenseitiger Spiegelungsmöglichkeiten zu verhindern oder zu minimieren.

Nähe und Distanz im „Social Distancing“

Die Pandemie erfordert, „räumliche Distanz“ zu halten in einer therapeutischen Interaktion, deren Kernelement soziale Nähe ist. Ist das ein Widerspruch?

Was verändert das? Sicher muss unterschieden werden zwischen den Therapien, die an einem Tisch, etwa einem längs gestellten, oder auf festgelegten Sitzmöglichkeiten mit den üblichen eineinhalb Meter Entfernung stattfinden, und denen in Bewegung, zum Beispiel auf

dem Boden, im Stehen, liegend oder in anderen festen Settings. Hier müssen TherapeutIn und PatientIn neben der eigentlichen Kommunikationsaktivität immer noch etwas Zusätzliches tun, nämlich „halten“. Abstand halten. Dies bedeutet eine andere, zusätzliche muskuläre Aktivität in Gang zu setzen, die neben dem normalen, möglichst vertrauensvollen Umgang (in Fluss kommen im Atmen, Sprechen, Tönen, Spielen, Berühren, Bewegen – alles Verben der Bewegung –), das Gegenteil tut, nämlich, sich selbst und das Gegenüber im (Energie)-Fluss zu stoppen. Dies führt summarisch zu einer Doppelaktivität und somit zu einer Doppelbelastung.

Multitasking erscheint vielleicht für die eine oder andere nicht mehr als Problem. Aber dennoch: Gleichzeitig zu schreiben und auszureden, das tut niemand.

„Bewegen“ und „Halten“ sind zwei sich widersprechende Tätigkeiten. TherapeutIn und PatientIn sind vor die Herausforderung gestellt, beides wie im Theorieteil oben zu lesen, in eine Situation zu integrieren, in der der Aufbau und Erhalt einer tragfähigen Arbeitsbeziehung die Basis für den Erfolg der Therapie ist.

Wie können sich „Du“ und „Ich“ begegnen, sich gegenseitig inspirieren (vgl. Buber 1984), wenn der Mensch damit beschäftigt ist, auf der Stelle stehen zu bleiben, das Gegenüber nicht di-

rekt anzuhauen und sich zu merken, was hinterher desinfiziert werden muss?

Sicher ist den TherapeutInnen in der Therapie-situation vieles davon nicht bewusst. Es laufen parallele mentale und muskuläre Prozesse ab, die möglicherweise kontrovers gedeutet werden können. Ob eine Logopädin in der alltäglichen Belastung die Wahrnehmung dafür behalten kann, ist fraglich. Alle sind doppelt gefordert und es besteht die Gefahr, dass ihre Authentizität verloren geht. Was heißt das für den Beziehungsaufbau? Was macht das mit der therapeutischen Empathie?

Wird die PatientIn mit den gleichen Worten erreicht, spricht die TherapeutIn anders, guckt sie anders, bewegt sie sich anders? Als soziales Wesen kommen sich Menschen räumlich näher, wenn sie etwas einführend kommentieren, wenn sie trösten oder eindringlich argumentieren wollen. Mit den Abstandsregeln sieht das anders aus: Es wird beispielsweise lauter gesprochen, um der größeren Entfernung Rechnung zu tragen. Feine stimmliche Unterschiede können nicht mehr adäquat differenziert werden und die TherapeutIn kann nicht mehr das Modell sein, das sie gerne sein möchte.

Würde eine Messung der Gehirnaktivitäten stattfinden, wäre vermutlich festzustellen, dass sich das jeweilige Arousal¹ der beteiligten



MeinOptica – das Onlineportal für Ihre Abrechnung

Alles im Blick – vom Rezepteingang bis zur Auszahlung:

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

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

Optica
 EINFACH. BEGEISTERND.

Menschen bereits zu Beginn der Therapie auf einem erhöhten Level befindet: „Achtung, Abstand halten!“

Es ist kaum vorstellbar, dass sich PatientInnen mit schwereren Erkrankungen wie zum Beispiel einer Aphasie mit hohem Leidensdruck bei schweren Wortfindungsstörungen, einer starken Stottersymptomatik oder einem hyperaktiven Kind mit wenig Motivation zusätzlich „gestresst“ durch die „Halteaktivität“ auf eine nahe, vertrauensvolle Kontaktsituation gleichermaßen einlassen können. Die räumliche Distanz kann ebenso zur Beziehungsdistanz werden, nicht nur in der Therapiesituation, und fordert auf, genau zu untersuchen, wo und wie in der aktuellen Situation therapeutische Nähe und Beziehung am besten hergestellt werden kann, damit sich der Kommunikationsproblematik mental, bezogen und fachkompetent zugewendet werden kann.

Beziehung im Dreiklang von Ich, Du und Welt

Beziehung ist für den Menschen ein essenzielles Krisenbewältigungselement und ein Mittel der Kompensation gegenüber den Widrigkeiten des Lebens. Um in einer gefährvollen Situation rasch und besonnen professionell handeln zu können, braucht es eine bewusste Beziehungsgestaltung, der Beziehung zu sich selbst, zum Du und zur Welt.

Angst und Stress verleiten zu schnellem, unreflektiertem Reagieren. Mit Zeit, Geduld und Einfühlbarkeit sich selbst zu spüren, den anderen zuzuhören, Informationen zu prüfen, auf diesen drei Ebenen in Kontakt zu gehen, schützt vor dem Rückfall in lebensgeschichtlich früh angelegte Stressbewältigungsmuster wie Aggression und Flucht. Die Entschleunigung reduziert Stress, setzt Kräfte frei, befreit Emotionen, lässt Kontakt gelingen, nach innen und nach außen.

LogopädInnen stehen durch die Pandemie unter Stress. Sie gehören zum Gesundheitssystem. Sprache, Kommunikation, Beziehung sind ihr Beruf. Logopädische Therapie braucht körperliche und emotionale Nähe. Der Mund ist „Ort der Handlung, nicht nur der Träger eines Inhalts“. Ihn zu zeigen ist notwendig, ihn zu verstecken, eigentlich absurd. Sprechen, Atmen, Singen können ansteckend sein: Ein schweres Dilemma. „Sich selbst spüren, dem eigenen Atem lauschen, den Boden unter den Füßen

wahrnehmen“. Diese Basics aus der Stimmtherapie helfen. Wer eigene – vielleicht auch widersprüchliche und verwirrende – Gefühle spüren und zulassen kann, gewinnt zweierlei: Neue Freiheit für klares Denken und Entscheiden und die Fähigkeit, auch mit den Gefühlen der PatientInnen „erlaubend“ und verständnisvoll umzugehen, sie im Gefühlsdurcheinander gut zu begleiten.

PatientInnen sollten Raum und Verständnis für ihre persönlichen Reaktionen auf die Veränderungen durch die Pandemie finden. Sie brauchen Information und einen geeigneten Rahmen für ihre Entscheidung über das weitere Vorgehen. Dazu müssen sie ihre Bedürfnisse erkunden und diese mit ihrer persönlichen Gefährdung und ihrer gesellschaftlichen Verantwortung abwägen. Die TherapeutIn sollte eigenen überfürsorglichen Tendenzen nicht nachgeben und die Eigenverantwortung der PatientInnen durch sensible Gesprächsführung stärken.

Der gesellschaftliche Bezugspunkt aller Einschränkungen ist das Gemeinwohl und das Gesundheitssystem. In der Fülle von Vorschriften und Empfehlungen und Verantwortlichkeiten muss jede LogopädIn für ihre Berufstätigkeit eine eigene ethische und praktische Position finden und gegenüber den PatientInnen und zuweisenden ÄrztInnen vertreten.

Es gilt zu entscheiden:

- Bestimmte Therapien angesichts des Ansteckungsrisikos oder der Vorschriften nicht durchzuführen
- Geeignete Therapie als Videotherapie weiterzuführen
- Therapien unter individuellen Schutzmaßnahmen weiterzuführen

- Besondere Therapie unter Verzicht auf Extra-Schutzmaßnahmen unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben weiterzuführen.

Die Auswirkungen der Veränderungen auf den Therapieverlauf, die Erreichung der Therapieziele, das Befinden und die Entwicklung der PatientInnen müssen von der LogopädIn berücksichtigt und mit den Betroffenen besprochen werden. Dazu können die Reflexionsfragen (s. Kasten) hilfreich sein. Therapieziele müssen modifiziert, Therapieschwerpunkte können verlagert werden.

Fazit

Kontakt ist das Herzblut der Therapie – besonders deutlich wird dies in Corona-Zeiten.

Die Schutzmaßnahmen sind kontaktschränkend, aber die therapeutische Beziehung kann Brücken bauen. LogopädInnen verfügen hier über einen großen Erfahrungsschatz, weil es ihr Kernauftrag ist, die erkrankungsbedingten Kommunikations- und Kontaktschwierigkeiten der PatientInnen überwinden zu helfen.

Eine Krise beinhaltet immer die Chance zu verstärkten Lernprozessen – sog. Krisentransformationsprozessen (Arnold 2003). Der Blick auf die Beziehung in der Krise kann uns neue Fragestellungen zum Thema anbieten und Perspektiven eröffnen: Beziehung fungiert dann als Krisenbewältigungsinstrument. Notwendig sind jedoch weitere Forschungen, um diesen Gedanken wissenschaftlich nachzugehen, sie zu differenzieren und evidente Ergebnisse für die therapeutische Praxis und die Lehre zu liefern. Die Praxis braucht fundierte Antworten

Reflexionsfragen in Zeiten von Corona

Fragen an mich selbst: Was lösen die Ereignisse in mir aus, welche Gefühle, Gedanken und spontanen Impulse? Welche Erinnerungen an andere beängstigende Situationen? Was würde es bedeuten, mich anzustecken, die Ansteckung vielleicht in meine Familie zu tragen? Welchen Schutz brauche ich für mich selbst?

Wie bedrohlich erlebe ich die finanziellen Einbußen, wieviel Angst macht mir der Gedanke an zukünftige Entwicklungen? Wie erlebe ich die Erwartung, meine Dienstleistung trotz der Gefährdung weiterhin anzubieten?

Zu den eigenen Reaktionsstrukturen: Wie werde ich vielleicht gerade getriggert mich anzupassen, eigene Schwäche zu überspielen, übereilt zu handeln, mich zu überanstrengen, perfekte Lösungen zu finden? Wie kann ich mich von solchen Automatismen frei machen? Welche inneren und äußeren Ressourcen helfen mir, mit Gefahr und Unsicherheit umzugehen? Was stärkt mich, was gibt mir Zuversicht und Halt?

Fragen in der Beziehung: Was brauchen meine PatientInnen von mir? Welche Gefühle und Reaktionen nehme ich bei ihnen wahr? Welche Bedürfnisse zeigen sich, welche werden überspielt/verdrängt? Kann die Person für sich Verantwortung übernehmen? Wie geht sie mit Entscheidungsfindung um? Wie wirkt sich die Gesamtsituation auf das Befinden meiner PatientInnen aus? Wie geht es meinen PatientInnen in ihrem jeweiligen Beziehungsgeflecht?

Fragen im gesellschaftlichen Kontext: Was muss ich an Vorschriften einhalten? Was will ich um meiner selbst willen, was kann mein gerechter Beitrag zu dem gemeinsamen Ziel der Krisenbewältigung sein? Welche Beeinträchtigung meiner Arbeit bin ich bereit auszuhalten? Welche finanziellen Einbußen kann ich tragen? Was sind meine Grenzen?

1 Arousal bezeichnet den allgemeinen Grad der Aktivierung des zentralen Nervensystems, charakteristische Merkmale sind unter anderem Aufmerksamkeit, Wachheit und Reaktionsbereitschaft (König 2000).

auf Fragen wie z.B.: Mit welchen persönlichen Eigenschaften und Mitteln des Verhaltens wird eine günstige therapeutische Haltung auch in schwierigen Situationen aufrechterhalten? Was stört den therapeutischen Kontakt? Auch wenn diese Antworten noch ausstehen, hat jede TherapeutIn schon jetzt die Möglichkeit und die Verantwortung, ihre eigene Arbeit beziehungsorientiert zu reflektieren. So paradox es klingen mag: Unter den aktuellen Kontaktbeschränkungen braucht es Kontakt, Kontakt, Kontakt!

: LITERATUR

Arnold, R. (2007). *Ich lerne also bin ich*. Heidelberg: Auer

Asay, T.P. & Lambert, M.J. (2001). Empirische Argumente für die allen Therapien gemeinsamen Faktoren: Quantitative Ergebnisse. In: Hubble M.A., Duncan B.L. & Miller S.D. (Hrsg.), *So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen* (41-81). Dortmund: Modernes Lernen

Buber, M. (1984). *Ich und Du*. München: Random House

Dehn-Hindenberg, A. (2008). *Patientenbedürfnisse in der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie*. Idstein: Schulz-Kirchner

Deutscher Bundesverband für Logopädie (dbl) (2020). *Videobehandlung/Teletherapie und telefonische Beratung. Alternative Versorgung in Zeiten der Corona-Pandemie*. www.dbl-ev.de/service/meldungen/meldung/news/videobehandlungteletherapie-und-telefonische-beratung/ (09.06.20) und https://www.dbl-ev.de/fileadmin/Inhalte/Dokumente/Service/Meldungen/2020/2_Empfehlungen_Sars_200318_1800.pdf (09.06.2020)

SUMMARY. Therapeutic relationship in crisis during the crisis? Thoughts in times of Corona

The Corona crisis confronts relationship-based speech therapy with the challenge of dealing responsibly with appropriate means, that in particular reduce closeness and distance as well as physical contact. On the basis of the first publications on the topic of working relationships in speech therapy, the authors reflect on the various "tools and conditions" that may or may not appear possible in corona pandemic. They ask the question: Do we now have a "relationship crisis" in speech therapy?

KEY WORDS: therapeutic relationship – therapeutic alliance – contact – speech therapy – corona – covid-19 – mouth guard – distance – teletherapy

Flückiger, C., Del Re, A.C., Wampold, B.E. & Horvath, A.O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy* 55 (4), 316-340

Göldner, J. (2016). *Die Beziehung zwischen erwachsenem Patient und Therapeutin in der Sprachtherapie – eine Auseinandersetzung mit Konzepten und Wirkfaktoren im Spiegel der psychotherapeutischen Diskussion*. Bachelorarbeit, Hochschule Osnabrück. Online-Publikation. Idstein: Schulz-Kirchner. www.schulz-kirchner.de/cgi-bin/sk/diploma.pl?F=1&E=29 (09.06.2020)

Göldner J., Hansen H. & Wanetschka V. (2017). Die therapeutische Beziehung in der Sprachtherapie. Strukturierte Zusammenfassung des aktuellen Forschungsstandes. *Forum Logopädie* 31 (5), 12-19

Hansen, H. (2009). *Therapiearbeit. Eine qualitative Analyse der Arbeitstypen und Arbeitsmuster ambulanter logopädischer Therapieprozesse*. Idstein: Schulz-Kirchner

Hansen, H. (2010). Therapiearbeit – ein konzeptioneller Rahmen für die logopädische Praxisausbildung? *Therapie Lernen* 2, 16-21

Hansen, H. (2018). Qualitativ-naturalistische Forschung als Zugang zur Entwicklung, Analyse und Evaluation sprachtherapeutischer Interventionen. In: Haring, R. & Siegmüller, J. (Hrsg.), *Evidenzbasierte Praxis in den Gesundheitsberufen. Chancen und Herausforderungen für Forschung und Anwendung* (109-126). Berlin: Springer

Katz-Bernstein, N. (2003). Therapie aus pädagogisch-psychologischer Sicht. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.), *Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Band 4. Beratung, Therapie und Rehabilitation* (66-90). Stuttgart: Kohlhammer

Katz-Bernstein, N., Subellok, K., Bahrfeck, K., Plenzke, U. & Weid-Goldschmidt, B. (2002). Die Dimension der doppelten Kommunikation in der Sprachtherapie. *Die Sprachheilarbeit* 47 (6), 247-256

König, K. (2000). *Angst und Persönlichkeit. Das Konzept vom steuernden Objekt und seine Anwendungen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Roth, G. (2014). Buchvorstellung: „Wichtig ist die Bindung. Der Neurobiologe Gerhard Roth erklärt wie das Hirn die Seele macht“. *taz* Bremen Aktuell vom 12.11.2014, S. 24. <https://taz.de/!268988/> (18.06.2020)

Schüßler, I. (1998). Deutungslernen – „Ein Bemühen um die Kommunikation von Deutungssystemen“ in Lehr-Lern-Prozessen. In: Arnold, R., Kade, J., Nolda, S. & Schüßler, I. (Hrsg.), *Lehren und Lernen im Modus der Auslegung. Erwachsenenbildung zwischen Wissensvermittlung, Deutungslernen und Aneignung* (88-113). Baltmannsweiler: Hohengehren

Simpson, S.G. & Reid C.L. (2014). Therapeutic alliance in videoconferencing psychotherapy: A review. *The Australian Journal of Rural Health* 22 (6), 280-299

Wanetschka, V. (2017). *Der therapeutische Dialog*. Bremen: Edition Harve



Vera Wanetschka, Logopädin BSc., Erwachsenenbildnerin M.A., Gestalt-Körper-Therapeutin, personenzentrierte und systemische Beraterin, Dozentin im Bereich Clinical Reasoning – Spezialgebiet interaktives und narratives Reasoning, Mitglied im Netzwerk „Therapeutische Beziehung in der Logopädie/Sprachtherapie“.



Christiane Toepffer-Huttel, Logopädin M.Ed., Psychodramaassistentin, arbeitet seit 25 Jahren in der logopädischen Lehre, zunächst als Leitung in der DAA Fachschule für Logopädie in Bielefeld und ab 2002 als Fachleitung für Stimme in der SRH Fach- und Hochschule in Bonn. Arbeitet im Netzwerk „Therapeutische Beziehung in der Logopädie/Sprachtherapie“ mit.



Verena Nerz, Logopädin, Transaktionsanalytikerin, arbeitet seit 20 Jahren – nach Tätigkeit in der neurologischen Rehabilitation, in einer heilpädagogischen Internatsschule und einem SPZ – als Logopädin, Beraterin und Supervisorin in eigener Praxis in Reutlingen.



Julia Göldner, Logopädin MSc., arbeitet nach ihrer Tätigkeit in verschiedenen logopädischen Praxen aktuell als Dozentin an der SRH Fachschule für Logopädie in Bonn. Daneben engagiert sie sich im Netzwerk „Therapeutische Beziehung in der Logopädie/Sprachtherapie“.

DOI 10.2443/skv-s-2020-53020200501

KONTAKT

Vera Wantschka
Am Distelkamp 2b
28357 Bremen
vera@wanetschka.de

Norina Lauer*

Teletherapie – hat die Logopädie eine digitale Zukunft?

Ergebnisse eines qualitativen Forschungsprojekts des Studiengangs Logopädie der OTH Regensburg

Einleitung

„Was wir heute für eine Utopie halten, kann morgen schon unser Alltag sein“ (Bilda 2017, 6). Mit diesem Satz beschrieb Kerstin Bilda, dass die fortschreitende Digitalisierung im Gesundheitswesen zu Veränderungen führen werde, die noch schwer vorhersehbar seien. Nicht vorzusehen war auch die COVID-19-Krise, die innerhalb kurzer Zeit die Nutzung digitaler Medien in allen Bereichen des Lebens erheblich forciert und unseren Alltag verändert hat.

In der Logopädie ist es hierdurch erstmals möglich geworden, Videotherapien anzubieten. Während v.a. in den USA und Australien (Molini-Avejonas et al. 2015) teletherapeutische Angebote zunehmend erforscht werden, liegt das deutsche Gesundheitswesen bei der Erprobung und Nutzung digitaler Medien deutlich zurück. Neben quantitativen Forschungsansätzen zur Evaluation der Machbarkeit und Wirksamkeit von Teletherapie sind qualitative Forschungsansätze notwendig, um die Perspektiven der Teletherapie mit ihren Chancen,

Grenzen und Herausforderungen genauer zu untersuchen.

Im Rahmen eines qualitativen Projekts zum forschenden Lernen im Bachelorstudiengang Logopädie der OTH Regensburg haben Studierende untersucht, wie die Umsetzung der Videotherapie von TherapeutInnen der Logopädie, Physiotherapie und Ergotherapie auf der Basis ihrer aktuellen Erfahrungen mit diesem Medium wahrgenommen wird. Hierzu führten sie halbstrukturierte Interviews durch, die gemeinsam ausgewertet wurden. In diesem Artikel werden die Durchführung des Projekts und die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse vorgestellt.

Teletherapie

Teletherapie, im Englischen „Telepractice“, umfasst eine Vielzahl von Möglichkeiten der digitalen Versorgung von PatientInnen. Die *American Speech-Language-Hearing Association* (o.J.) unterscheidet synchrone, asynchrone und hybride Angebote:

- **Synchrone Angebote** beinhalten als zentralen Baustein die Videotherapie, die im Einzel- oder Gruppensetting durchgeführt werden kann. Ebenso können Informations- und Beratungsangebote sowie Befunderhebungen hierüber stattfinden.
- **Asynchrone Angebote** bedeuten den Transfer von Daten über digitale Medien wie E-Mail oder Foren, z.B. in Form von Dokumenten mit Testergebnissen, Audiodateien oder Bild- und Textmaterial für das häusliche Üben. Aber auch PC-Programme und Apps, die für das Heimtraining genutzt werden, gehören dazu.
- **Hybride Angebote** stellen eine Kombination synchroner und asynchroner digitaler Angebote dar, die häufig in Verbindung mit Face-to-Face-Therapie erfolgen. Hierunter fällt das supervidierte Heimtraining, bei dem PatientInnen Übungen, die in der Video- oder Face-to-Face-Therapie erarbeitet wurden, über ein digitales Training via PC oder Tablet eigenständig zu Hause trainieren.

So kann sichergestellt werden, dass das Niveau der Aufgaben kontinuierlich an die Bedürfnisse der PatientInnen angepasst werden kann.

Evidenzlage zur Teletherapie

Sünderhauf et al. konnten bereits 2008 zeigen, dass eine supervidierte Teletherapie bei Aphasie zu vergleichbaren Sprachverbesserungen führt wie eine konventionelle Face-to-Face-Therapie. Nobis-Bosch et al. (2010) wiesen für ein supervidiertes Heimtraining mit dem elektronischen Sprachtrainer B.A.Bar sowohl signifikante sprachliche und kommunikative Verbesserungen als auch eine Verbesserung der sprachlichen Teilhabe nach. Auch für das Tablet-basierte Verfahren „neolexon“ zur Aphasiotherapie, das für ein supervidiertes Heimtraining genutzt werden kann, liegen erste Hinweise auf signifikante Therapieeffekte vor (Jakob et al. 2018).

Internationale Arbeiten bestätigen die Relevanz der Auseinandersetzung mit teletherapeutischen Maßnahmen. Hall et al. (2013) zeigten anhand eines systematischen Reviews, dass Untersuchung, Behandlung und Beratung über teletherapeutische Maßnahmen sowohl machbar als auch effektiv sind und zu vergleichbaren Ergebnissen mit Face-to-Face-Angeboten führen. Rangarathnam et al. (2016) bestätigen dies für die Wirksamkeit von Stimmtherapie. Molini-Avejonas et al. (2015) legten in einem systematischen Review dar, dass die analysierten Studien sogar vielfach eine Überlegenheit teletherapeutischer Maßnahmen gegenüber anderen Ansätzen zeigen. Im Cochrane Review von Laver et al. (2013) wird allerdings auf die Limitationen bisher vorlie-

ZUSAMMENFASSUNG. Teletherapie beinhaltet vielfältige synchrone und asynchrone Möglichkeiten zur digitalen Versorgung von PatientInnen. Die Videotherapie stellt hierbei ein wichtiges synchrones Angebot dar, mit dem das therapeutische Angebot erweitert werden kann. Internationale Studien und auch Studien aus Deutschland bestätigen das Potenzial des Einbezugs digitaler Maßnahmen in die therapeutische Versorgung. In diesem Beitrag werden die Ergebnisse einer qualitativen Studie präsentiert, in der die in der COVID-19-Krise gesammelten Erfahrungen von TherapeutInnen mit Videotherapie vorgestellt werden.

SCHLÜSSELWÖRTER. Teletherapie – Videotherapie – forschendes Lernen – Interviews – Digitalisierung – qualitative Inhaltsanalyse

*) Unter Mitarbeit von: Helen Cieslik, Larissa Gold, Francesca Jordan, Julia Kaiser, Veronika Kick, Maxine Klinck, Jacqueline Lemm, Magdalena Piller, Theresia Schneider, Daniela Uschold, Nadine Zirngibl

gender Studien und fehlende Evidenzen aus hochqualitativen Studien hingewiesen. Dies wird in einem aktuellen systematischen Review zur Teletherapie bei Erwachsenen von Weidner & Lowman (2020) bestätigt. Dass auch diagnostische Maßnahmen über Teletherapie durchführbar sein können, zeigten Hill et al. (2009) für die Untersuchung von Personen mit Sprechapraxie. Für das Lee Silverman Voice Treatment bei Dysarthrie gilt, dass Videotherapie und Face-to-Face-Therapie gleichermaßen zu signifikanten Effekten führen, die Videotherapie aber nicht so nachhaltig ist wie die Face-to-Face-Therapie (Griffin et al. 2018).

Mashima & Doarn (2008) geben einen Überblick über den Einsatz von Teletherapie bei verschiedenen logopädischen Störungsbildern, wie neurologische Erkrankungen inkl. Dysphagien, Redeflussstörungen, Stimmstörungen sowie Sprach- und Sprechstörungen im Kindesalter.

Vor- und Nachteile der Teletherapie

Anhand der aktuellen Studienlage können Vor- und Nachteile der Teletherapie identifiziert werden (Mashima & Doarn 2008, Hall et al. 2013), die in Tabelle 1 zusammengefasst sind. Während die Vorteile vielfältige Bereiche betreffen, sind bei den Nachteilen fast ausschließlich technische Aspekte aufgeführt, die prinzipiell lösbar sind und sich im Zuge eines weiteren Ausbaus der digitalen Infrastruktur reduzieren lassen. Die Akzeptanz der Teletherapie durch die PatientInnen wird jenseits möglicher technischer Probleme als gut beschrieben (Mashima & Doarn 2008). Demgegenüber ist die initiale Akzeptanz der TherapeutInnen ge-

ringer. Positive Rückmeldungen der PatientInnen führen aber dazu, dass sich TherapeutInnen stärker mit der Anwendung der Teletherapie auseinandersetzen (ebd.).

Einzelne therapeutische Techniken lassen sich allerdings schwerer über Videotherapien anwenden, wie taktile Stimulationen bei Dysphagien, und erfordern kreative Lösungen. Die fehlende physische Präsenz von TherapeutInnen beeinträchtigt laut bisheriger Studien aber weder den zwischenmenschlichen Kontakt noch die Effektivität von Videotherapien (Mashima & Doarn 2008). Munsell et al. (2020) berichten, dass PatientInnen nach einem Schlaganfall oder Schädel-Hirn-Trauma unabhängig von ihrem Alter digitale Therapien intensiv nutzen. Dies gilt insbesondere dann, wenn sie in Regionen mit reduzierter therapeutischer Versorgung leben oder an chronischen Störungen leiden. Das Alter stellt somit keine grundsätzliche Barriere für die Nutzung von Teletherapie dar.

Einsatz der Teletherapie in Deutschland

Der GKV-Spitzenverband (2016) fordert in Bezug auf die vertragsärztliche Versorgung, dass telemedizinische Anwendungen hinsichtlich ihrer Effektivität mindestens gleichwertig gegenüber der Versorgung ohne Telemedizin und wirtschaftlicher als eine Versorgung im direkten PatientInnenkontakt sein müsse. Vorteile der Telemedizin werden für die medizinische Versorgung in ländlichen Gebieten gesehen. Auch werden „eine Verringerung von Wartezeiten, eine verbesserte Therapietreue oder eine höhere Kontinuität in der Betreuung“ erwartet (GKV-Spitzenverband 2016, 11).

Tab. 1: Vor- und Nachteile der Teletherapie

Vorteile
<ul style="list-style-type: none"> • Erhöhung der Therapie- und Übungsfrequenz • Betreuung in therapeutisch unterversorgten Regionen • Verkürzung von Krankenhausaufenthalten durch teletherapeutische häusliche Betreuung • Konsultation örtlich entfernter SpezialistInnen und Kliniken • postoperative Begleitung, z.B. nach Laryngektomie • Kostenreduktion durch Hausbesuche • Einsparung von Reisezeit und -kosten • positive Effekte durch multimediale Stimulation • hohe Therapietreue • zeitnahe Versorgung mit therapeutischen Leistungen
Nachteile
<ul style="list-style-type: none"> • mögliche Instabilität der Internetverbindung • Störungen der Kommunikation durch Verzögerungen bei der Übertragung • reduzierte Übertragungsqualität beim Einsatz von visuellen Hilfen und Stimuli • eingeschränkte Bewertung akustischer Parameter und ggf. auch von Sprechbewegungen • Bedenken von PatientInnen bezüglich Datenschutz und technischer Ausstattung • Bedenken von TherapeutInnen bezüglich Technik und Akzeptanz durch PatientInnen



**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**

TherapeutInnen war es bislang nicht gestattet, teletherapeutische Maßnahmen wie Videotherapie einzusetzen. Dies hat sich mit der COVID-19-Krise geändert. Telemedizin und Teletherapie haben einen deutlichen Aufschwung erfahren (apoBANK 2020, Bilda et al. 2020). Die therapeutische Nutzung wurde aber nur für einen begrenzten Zeitraum zugelassen, was die Entwicklung zukunftsfähiger hybrider Therapieangebote hemmt. Generell fehlt die Einbindung der therapeutischen Berufe in die Entwicklung der medizinischen Telematik-Infrastruktur (Hilbert & Paulus 2018). Die Digitalisierung der Therapieberufe wird auch durch die schlechte Vergütung der Berufsgruppe behindert, die Investitionen in die für Teletherapie nötige technische Ausstattung erschwert (ebd.). Auch wenn es erste Hinweise auf die Machbarkeit und Wirksamkeit von Teletherapie gibt, ist sie international und insbesondere in Deutschland noch wenig erforscht. Daher bieten sich Methoden der qualitativen Forschung an, um erste Erfahrungen zu erfassen und auszuwerten. In dem hier beschriebenen Projekt wurden Interviews mit TherapeutInnen der Logopädie, Physiotherapie und Ergotherapie geführt, um deren aktuelle Erfahrungen mit Videotherapie zu erfragen.

Methodik

Fragestellung

Die Fragestellung lautete: Wie ist die subjektive Perspektive von TherapeutInnen auf die Videotherapie auf der Basis ihrer Erfahrungen in der COVID-19-Krise?

Stichprobenauswahl

Um entsprechend der Zielsetzung eines qualitativen Settings vielfältige Informationen zu erhalten, sollten ProbandInnen unterschiedlichen Alters und Geschlechts aus verschiedenen Therapieberufen interviewt werden. Alle Personen sollten aktuell Teletherapie durchführen. Zur Akquisition nutzten die Studierenden, die alle neben dem Vollzeitstudium einer stundenweisen Berufstätigkeit als Logopädin nachgehen, berufliche und private Kontakte. So konnten sie eigene KollegInnen, aber auch Personen einbeziehen, die sie über ihre Kontakte aus anderen Einrichtungen akquirierten.

Insgesamt wurden 11 TherapeutInnen (8 Frauen, 3 Männer) im Alter von 21-60 Jahren aus der Logopädie (7), Physiotherapie (3) und Ergotherapie (1) interviewt (Tab. 2). Die Berufserfahrung reichte von 1 bis 25 Jahren (MW=11,25; Median=10). Alle Personen haben eine Ausbildung absolviert und sind in einer Praxis tätig. Die Selbsteinschätzung der technischen Fähigkeiten ist breit gefächert, die Erfahrung mit Videotherapie umfasst 1 bis 9 Monate (MW=2,7; Median=2).

Die genutzten Plattformen zur Durchführung der Videotherapie sind aus Tabelle 2 ersichtlich. Etwa die Hälfte der Personen nutzte nur eine Plattform, die andere Hälfte zwei oder mehr Plattformen. Die Anzahl aktuell durchgeführter Videotherapien betrug 1-10 Therapien pro Woche, zwei Personen führten mehr als 20 Therapien pro Woche per Video durch.

Durchführung

Auf der Basis internationaler Literatur, die in einem Citavi-Team-Projekt gesammelt wurde, und eigener Videotherapie-Erfahrungen der Studierenden wurde ein Interviewleitfaden entwickelt und in zwei Pretest-Interviews überprüft. Anschließend führten alle Studierenden per Video je ein Interview durch (n=11). In Zoom-Meetings wurde ein Kodierleitfaden für die deduktive Kategorienbildung konsentiert, auf dessen Basis die Kodierungen vorgenommen wurden.

Auswertung

Die Auswertung erfolgte anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015). Hierzu wurde die von Fenzl & Mayring (2017) entwickelte webbasierte Software QCMap (www.qcmap.org) zur qualitativen Inhaltsanalyse verwendet. QCMap ist eine kostenfreie Webapplikation zur deduktiven bzw. induktiven Inhaltsanalyse. Nach der Registrierung wurde ein Projekt zur deduktiven Kategorienbildung angelegt. Danach wurden die Interviewdokumente über eine sichere Datenverbindung hochgeladen. An dem Projekt arbeiteten alle Studierenden gleichzeitig, indem sie unabhängig voneinander das von ihnen selbst geführte Interview kodierten. Nach Fertigstellung der Kodierungen wurden Excel-Dokumente zur weiteren Analyse heruntergeladen. Die darauf aufbauende Zusammenfassung und Strukturierung des Kategoriensystems als Basis für die vorliegende Ergebnisdarstellung erfolgte durch die Autorin. Die Studierenden werteten ihrerseits die Daten im Rahmen ihrer Studienarbeiten aus.

Tab. 2: Stichprobenmerkmale

ProbandIn	Berufserfahrung in Jahren	Ausbildung oder Studium	Arbeitsort	Eigene Einschätzung technischer Fähigkeiten	Erfahrungen mit Videotherapie in Monaten	Genutzte Plattformen	Anzahl momentaner Videotherapien pro Woche
LP1w41-50	25	Ausbildung	Praxis	weniger begabt	2	RED connect, Zoom, sprechstunde.online	> 20
LP2w31-40	10	Ausbildung	Praxis	eher begabt	2	WhatsApp, Skype	6-10
LP3w21-30	1	Ausbildung	Praxis	eher begabt	1,5	Skype	6-10
LP4w31-40	10	Ausbildung	Praxis	weniger begabt	1	sprechstunde.online	1-5
LP5w21-30	1,5	Ausbildung	Praxis	sehr begabt	2,5	sprechstunde.online	1-5
LP6w51-60	21	Ausbildung	Praxis	weniger begabt	1,5	WhatsApp, Skype, sprechstunde.online	> 20
LP7w21-30	5	Ausbildung	Praxis	weniger begabt	2	sprechstunde.online	1-5
ET1w41-50	24	Ausbildung	Praxis	eher begabt	2	sprechstunde.online	6-10
PT1m41-50	11	Ausbildung	Praxis	sehr begabt	3	Google Duo, Zoom, Skype, WhatsApp	1-5
PT2m21-30	4	Ausbildung	Praxis	eher begabt	3	sprechstunde.online, Physitrack	1-5
PT3m31-40	8	Ausbildung	Praxis	eher begabt	9	RED connect	1-5

LP = Logopädie, ET = Ergotherapie, PT = Physiotherapie, w = weiblich, m = männlich, Zeitspanne = Alter in Jahren

Tab. 3: Kategoriensystem

Kategorie	Subkategorie
Erfahrungen und Einstellungen	Vorerfahrungen
	Persönliche Einstellung
Aufwand	zeitlich
	technisch
	organisatorisch
	finanziell
	Informationsquellen
PatientInnen und KlientInnen	Anzahl
	Merkmale
	Störungsbilder
	Verhalten
	Rolle der Angehörigen
	TherapeutInnen-PatientInnen-Kontakt
Technik und Datenschutz	Datenschutz
	Technikprobleme
Chancen und Grenzen	Chancen
	Grenzen
Zukunftsszenario	

Ergebnisse

Das Kategoriensystem ist in Tabelle 3 abgebildet. Die deduktiv erstellten Kategorien wurden hinsichtlich thematischer Dopplungen überprüft und reduziert. Weitere Kategorien ergaben sich induktiv. Das Kategoriensystem zeigt Kategorien und Subkategorien, die im Folgenden erläutert und anhand von Ankerbeispielen verdeutlicht werden.

Erfahrungen und Einstellungen

Nur eine Person gibt eine punktuelle berufliche Vorerfahrung mit Videotherapie an, mehrere Personen berichten von persönlichen Vorerfahrungen von Videochats mit der Familie oder Freunden. „Am Anfang war ich skeptisch, das ist dann umgeschwenkt in – wow, es funktioniert und besser als gedacht...“ (LP4W31-40) berichtet eine Logopädin, die stellvertretend für viele Befragte ihre anfängliche Skepsis erläutert. Zunehmend stellten sich aber Routine und Sicherheit ein, sodass die Videotherapie als Bereicherung und aktuell wichtige Lösung gesehen wurde, nicht aber als grundsätzlicher Ersatz für die Face-to-Face-Therapie.

Aufwand der Videotherapie

Die Vorbereitung der Videotherapien wird übereinstimmend – vor allem zu Beginn – als aufwändig beschrieben, da Technik vorbereitet, ggf. besorgt und geprüft werden muss: „Ich habe fast (...) vier bis fünf Stunden Vorbereitung in diese ganzen Behandlungen gesteckt, mindestens“ (LP1W41-50). Ein Technik-Check ist

sowohl auf therapeutischer Seite als auch bei den PatientInnen erforderlich. Neben dem zeitlichen Mehraufwand kommt es zu einem höheren finanziellen Aufwand für das Vorhalten der Technik und z.B. den Versand von Therapiematerial. Die Therapiezeit von Videotherapie und Face-to-Face-Therapie hingegen wird als vergleichbar angesehen. Um sich über rechtliche, technische oder organisatorische Themen zu informieren, wurden Informationen von Berufsverbänden und Krankenkassen genutzt, aber auch KollegInnen gefragt oder Facebook-Foren besucht.

PatientInnen / KlientInnen

Die Erfahrungen der Befragten reichen von 2-3 bis zu 20 Videotherapien oder mehr, die pro Woche durchgeführt wurden. „Alter ist eigentlich relativ Querbeet“ (LP5W21-30), wobei übereinstimmend angegeben wird, dass Videotherapien bei Kindern

erst ab einem Alter von 4-5 Jahren sinnvoll erscheinen. Bei Jugendlichen und Erwachsenen wird die Videotherapie als unproblematisch beschrieben, wobei Einigkeit darin besteht, dass jüngere und technikaffinere PatientInnen einen leichteren Zugang zur Videotherapie haben. Das Geschlecht scheint nicht relevant zu sein: „Männlich, weiblich ist kein Unterschied“ (PT1M41-50).

Im logopädischen Bereich werden myofunktionelle Störungen, Aussprachestörungen, Refluxstörungen, Dysarthrien, Stimmstörungen, Aphasien und Sprachentwicklungsstörungen genannt, die über Videotherapie vielfach gut zu behandeln sind. Bei Stimm- und Zischlautstörungen ist aber die Tonqualität nicht immer für die akustische Beurteilung ausreichend, sodass man stärker auf das Feedback der PatientInnen angewiesen ist. Eine Logopädin berichtet von sehr positiven Erfahrungen bei Dysarthrien: „Bei Dysarthrien fand ich die Videotherapie teilweise sogar effektiver“ (LP6W51-60). Bei schweren Aphasien hingegen wird die Videotherapie als weniger sinnvoll angesehen.

Auch die PatientInnen zeigten sich zu Beginn der Therapie skeptisch, manche wollten zunächst keine Videotherapie, nutzen diese später aber doch: „Probieren wir es einfach aus (...). Und es gab welche (...) also ganz wenige. Nur (...) zwei, die gesagt haben: Wir können es uns nicht vorstellen“ (LP1W41-50). Kinder empfinden das neue Medium zunächst als spannend, später wird aber auch Videotherapie zur Routine. Bei manchen Personen kann es zum Prob-

lem werden, dass sie sich im Videochat nicht gerne selbst sehen wollen.

Die Rolle der Angehörigen wird ambivalent beschrieben. Gerade bei Kindern ist die Unterstützung der Eltern z.B. bei der Technik wichtig. Als positiv wird gesehen, dass die Eltern aufgrund des Homeoffice für Besprechungen gut verfügbar waren. Das häusliche Setting führt aber auch häufiger zu Störungen: „Es gibt Geschwisterkinder, die müssen unbedingt auch in diese Kamera einmal in der Stunde reingelotzt haben und zu mir ‚hallo‘ sagen. Und das, finde ich, stört schon so einen Safe Place, weil die dringen ja dann ein in dieses Setting“ (LP1W41-50).

Der Kontakt zwischen TherapeutInnen und PatientInnen wird als weniger persönlich, aber nicht als verschlechtert dargestellt. Die Videotherapie ist „ein bisschen ein anderer Safe Place“ (LP1W41-50), der mehr Empathie von TherapeutInnen fordert. Bei neuen PatientInnen gestaltet sich der Kontaktaufbau schwieriger: „Hab aber auch einen Patienten gehabt, den ich erst, also in der Teletherapie dann das zweite Mal quasi gehabt hab und da war der Kontakt dann schon irgendwie (...) ja schwierig dann aufzubauen..., weil einfach so durch die Distanz, die man durch die Teletherapie ja hat...“ (LP5W21-30). Generell fehlt der Körperkontakt, der als Hilfestellung nicht genutzt werden kann. Über das Video ist außerdem kein direkter Blickkontakt möglich, was die Kommunikation erschweren kann.

Technik und Datenschutz

Obwohl alle Befragten darlegen, dass die Beachtung des Datenschutzes eine hohe Relevanz hat, werden auch Videoplattformen verwendet, deren Datenschutz nicht gesichert ist – einerseits auf ausdrücklichen Wunsch von PatientInnen und andererseits wegen der Instabilität von als sicher geltenden Videoplattformen: „Wenn die Kunden ein schlechtes Internet haben, dann merkt man es dort stärker als bei Zoom. Zoom hatte bei mir, muss ich wirklich sagen, noch nie einen Wackler, Aussetzer“ (LP1W41-50).

Hinsichtlich der Technik wird eine stabile Internetverbindung als besonders wichtig erachtet. Gerade in ländlichen Gegenden gibt es hiermit Probleme. Nicht immer stehen den PatientInnen notwendige Geräte zur Verfügung oder sind für die Videotherapie einsetzbar. Auch wird von verschiedenen Hard- und Softwareproblemen berichtet, bei denen mitunter kreative Lösungen gefragt sind: „Eine lustige Situation: Da ging der Ton bei einer Patientin nicht und wir haben halt gleichzeitig mit dem Telefon gearbeitet und mit der Kamera und haben uns dann am Hörer verständigt und über das Bild gesprochen“ (LP7W21-30). Ein Technik-Check ist daher immer wieder erforderlich und

Technikprobleme können innerhalb der Therapie zu Störungen führen. „Technische Probleme gab's öfter mal, aber die waren eigentlich alle zu lösen“ (PT2m21-30).

Chancen und Grenzen

Die Chancen der Videotherapie liegen nach Meinung der Befragten darin, dass PatientInnen auch über größere Distanzen und insbesondere in unversorgten Gebieten betreut werden können. Dies spart Fahrtwege und Kosten und trägt zu einer Entlastung der PatientInnen bei. Auch lassen sich auf diese Weise SpezialistInnen konsultieren: „Wenn jemand im bayerischen Wald wohnt und zum Beispiel keinen LSVT-BIG-Therapeuten findet vor Ort. Und der das in der Reha beispielsweise schon kennengelernt hat und weiß, wie das geht, dann könnte ich ihn online betreuen und er müsste nicht zu mir kommen“ (ET1w41-50).

In der aktuellen COVID-19-Krise können RisikopatientInnen über Videotherapie sicher versorgt werden. Durch den dabei wegfallenden Mund-Nasen-Schutz ist die Kommunikation erleichtert. Zudem entfällt das Desinfizieren des Therapieraums. Auch bei bestimmten Störungsbildern und PatientInnen bringt die Videotherapie Vorteile mit sich. So wurde z.B. angegeben, dass sich manche Personen besser auf die Therapie fokussieren konnten.

Vor allem Beratungen lassen sich über Video gut durchführen: „Vorteile – eigentlich würd' rein theoretisch jedes Störungsbild gehen, wo man eben den Fokus erst mal auf Beratung hat, egal ob man jetzt irgendwie die Eltern beraten mag, wie sie halt ihr Kind dann sprachlich fördern könnten oder sei's jetzt Stimmhygiene bei Stimmpatienten“ (LP5w21-30).

Ein zusätzlicher Einsatz von Videotherapie kann zur Steigerung der Therapiefrequenz eingesetzt und damit zur Umsetzung von Intensivtherapien genutzt werden. Auch ein Einbezug des Umfelds der PatientInnen, zu Hause oder am Arbeitsplatz, ist über die Videotherapie möglich. Die Lebenssituation der Behandelten kann auf diese Weise integriert werden, sodass man „Kinder im häuslichen Umfeld mal sieht mit den Eltern. Wie die Eltern so damit umgehen“ (LP7w21-30). Generell führt die Videotherapie zu einer größeren zeitlichen und räumlichen Flexibilität für alle Beteiligten.

Grenzen werden dagegen darin gesehen, dass das Setting der Videotherapie sehr statisch ist und Wechsel des Settings schwerer möglich sind. Beim Üben im häuslichen Umfeld kann es zu Störungen durch Angehörige kommen, bei denen therapeutisch schlechter interveniert werden kann: „Da kann man bei manchen Sachen einfach nicht so einschreiten. Das ist schon etwas, was dann in der Praxis nicht der Fall wäre“ (LP3w21-30).

Auch Methoden, die ein Hands-on erfordern, können nicht eingesetzt werden. Aus der Sicht eines befragten Physiotherapeuten hat dies gleichzeitig auch einen positiven Aspekt, denn „was cooler oder was besser in der Teletherapie ist, die Leute erwarten keine passiven Behandlungen, können sie ja gar nicht (lacht)“ (PT2m21-30). Für die Logopädie oft relevante differenzierte akustische und visuelle Beurteilungen sind aufgrund technischer Aspekte nicht gut möglich. Generell wird die Technik als größter Störfaktor gesehen, denn das technische Equipment muss nicht nur bei allen Beteiligten vorhanden sein, sondern auch stabil funktionieren.

Zukunftsszenario

Abschließend wurden die InterviewpartnerInnen gefragt, wie sie sich die Zukunft der therapeutischen Berufe, z.B. in 20 Jahren, vorstellen. Hier wurde deutlich formuliert, dass die Face-to-Face-Therapie als wichtigste therapeutische Maßnahme gesehen und bevorzugt wird. Die Videotherapie wird als Zusatzmöglichkeit betrachtet, bei der eine Abrechnung als Kassenleistung möglich sein sollte: „Aber es muss irgendwie abrechnungsfähig werden, weil sonst nutzt das keiner“ (ET1w41-50).

Dabei wird davon ausgegangen, dass es zukünftig spezifische Methoden für Face-to-Face-Therapien bzw. Videotherapien geben wird. Tablets, Apps, digitales Material und digitale Übungsprogramme werden immer mehr Einzug in die Therapie halten: „Ganz moderne Therapeutinnen arbeiten bestimmt ganz viel schon mit dem iPad“ (LP1w41-50). Als Grund hierfür wird gesehen, dass jüngere Menschen digitale Medien viel selbstverständlicher nutzen und auch im Rahmen von Therapien nutzen werden. Des Weiteren werden Methoden wie Virtual Reality in der zukünftigen Versorgung gesehen. Letztlich wird von vielen Befragten eine Zukunft gesehen, die sowohl Face-to-Face- als auch Videotherapie beinhaltet: „Ja, ich glaube eine Kombination wird die Zukunft sein, auf jeden Fall, also eine Kombination aus offline und online“ (PT2m21-30).

Diskussion

Vergleich mit Studien

Vergleicht man die Ergebnisse der Interviews mit bisherigen Studienerkenntnissen, findet man viele Parallelen. Videotherapie ist generell in jedem Alter (Munsell et al. 2020) und für Beratungen ebenso wie für Behandlungen nutzbar (Hall et al. 2013). Sie lässt sich bei sehr unterschiedlichen Störungsbildern einsetzen, wobei sich für einzelne Störungsbilder sogar Vorteile der Videotherapie zeigen können (Molini-Avejonas et al. (2015), während bei anderen Störungs-

bildern, die z.B. Berührungen erfordern, die Face-to-Face-Therapie notwendig ist.

Im Gegensatz zu Mashima & Doorn (2008) beschrieben die hier Befragten den Kontaktaufbau über Videotherapie nicht generell als positiv. Bei neuen PatientInnen wird der Kontaktaufbau als erschwert angegeben, bei bereits bekannten PatientInnen als anders, aber nicht verschlechtert dargestellt. Übereinstimmend werden aktuell technische Schwierigkeiten als die größte Herausforderung der Videotherapie gesehen, die viel Vorbereitung und Einarbeitung erfordert. Sowohl TherapeutInnen als auch PatientInnen benötigen die notwendige Hard- und Software sowie eine stabile Internetverbindung und eine sichere und konstante Videoplattform. Die technischen Probleme, die sowohl in der Literatur als auch in dieser Befragung als Nachteile gesehen werden, sind aber grundsätzlich lösbar und werden sich durch das Fortschreiten der Digitalisierung immer weiter minimieren, sodass sie einem künftigen Einsatz von Teletherapie immer weniger im Wege stehen werden.

Methodenkritische Diskussion

Wie bei jeder qualitativen Forschung besteht auch bei diesem Projekt kein Anspruch auf Repräsentativität der Daten. Die Interpretation der Aussagen ist auch aufgrund des erfolgten Convenience Samplings mit Vorsicht zu betrachten. Ein theoretisches Sampling mit sukzessiver Aufnahme von Studienteilnehmenden war aufgrund der Anbindung des Projekts an eine Lehrveranstaltung nicht möglich. Dennoch bieten die Aussagen von elf Studienteilnehmenden eine gute Basis dafür, erste Aussagen zur Thematik treffen zu können. Die Interviews wurden zwar alle von unterschiedlichen Personen durchgeführt, aber um Verzerrungen zu vermeiden, wurden der Interviewleitfaden gemeinsam entwickelt und die Interviewdurchführung in Zoom-Meetings besprochen. Hierzu wurden Erfahrungen aus den beiden Pretest-Interviews genutzt. Die Interviews wurden jeweils nur von einer Person kodiert, aber auf der Basis eines gemeinsam entwickelten Kodierleitfadens. Die Überprüfung der Kodierungen und die Überarbeitung des Kategoriensystems erfolgten durch die Autorin.

Die Stichprobe weist wie für eine qualitative Studie erforderlich unterschiedliche Merkmale auf. Es wurden zwar nur Personen aus ambulanten Praxen befragt, dies entspricht aber dem überwiegenden Tätigkeitsfeld von TherapeutInnen. Die Befragungsergebnisse werden auch durch die von Fischbacher (2020) dargestellten Umfrageergebnisse zur Videotherapie im Netzwerk *stimme.at* bestätigt (z.B. wenig Berührungssängste mit Technik, Kontaktaufbau besser als erwartet, Störungen im häuslichen Umfeld). Die hier dargestellten Interviews beruhen

auf der Befragung von TherapeutInnen aus Logopädie, Physiotherapie und Ergotherapie, die Ergebnisdarstellung wurde allerdings besonders auf logopädische Aspekte ausgerichtet, auch weil die Befragten überwiegend aus dem Bereich der Logopädie waren. Spezifische physio- und ergotherapeutische Aspekte wurden daher weniger thematisiert.

Fazit

Die Videotherapie bietet sehr gute und zukunftsweisende Möglichkeiten zur therapeutischen Versorgung von PatientInnen. Durch die krisenbedingten Erfahrungen mit Videotherapie ist es für TherapeutInnen leichter geworden, sich diese als eine Option zur Beratung und Behandlung vorzustellen. Konsens besteht darin, dass sie keinen generellen Ersatz für die Face-to-Face-Therapie darstellt, aber das Spektrum der Therapie erweitert und bei bestimmten Bedarfen gezielt eingesetzt werden kann, wie z.B. Beratungen, Betreuung über große Distanzen, hochfrequente Therapie. Allerdings ist die Videotherapie jenseits der vorübergehenden Bewilligung in der Zeit der COVID-19-Krise nicht zugelassen und damit auch nicht abrechnungsfähig. Dadurch bleibt das beschriebene Potenzial der digitalen Versorgung ungenutzt. Die Kostenträger sind dringend gefordert, die therapeutische Versorgung in den Ausbau der Telematik-Infrastruktur einzubinden. Die Digitalisierung wird sich auch generell immer stärker auf den therapeutischen Bereich auswirken. Hier gilt es, diesen Prozess aktiv mitzugestalten, um Chancen zu nutzen, aber auch Grenzen zu erkennen und Lösungen für eine ideale Verbindung von direktem therapeutischen Kontakt und teletherapeutischen Maßnahmen zu entwickeln.

SUMMARY. Telepractise – does speech and language therapy have a digital future? Results of a qualitative research project of the course of studies in speech and language therapy at the OTH Regensburg

Telepractise includes various synchronous and asynchronous possibilities for the digital care of patients. Online therapy represents an important synchronous offer, which can expand the therapeutic range of methods. International studies and even studies from Germany confirm the potential of including digital measures in therapeutic care. This paper shows the results of a qualitative study in which the experiences of therapists with online therapy collected during the COVID-19 crisis are presented.

KEYWORDS: Telepractise – video conferencing – inquiry-based learning – interviews – digitization – qualitative content analysis

: LITERATUR

- American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) (o.J.). *Telepractice*. <https://www.asha.org/practice-portal>
- apoBANK (2020). *apoBank-Umfrage: Heilberufler in Zeiten der Corona-Krise*. Pressemitteilung vom 30.04.2020. <https://newsroom.apobank.de>
- Bilda, K. (2017). Digitalisierung im Gesundheitswesen: Trends und neue Entwicklungen. *Forum Logopädie* 31 (3), 6-9
- Bilda, K. et al. (2020, angenommen). Teletherapie in der Logopädie: Eine Ist-Stand-Erfassung. *Logos*
- Fenzl, T. & Mayring, P. (2017). QCAmap: eine interaktive Webapplikation für Qualitative Inhaltsanalyse. *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation ZSE* 37 (3), 333-340
- Fischbacher, A. (2020). „Dann also bis um 14:00 Uhr auf Zoom!“ *Logos* 28 (2), 148-150
- GKV-Spitzenverband (2016). *Telemedizin in der vertragsärztlichen Versorgung – Vorschläge der gesetzlichen Krankenkassen*. Positionspapier. Berlin: GKV-Spitzenverband
- Griffin, M., Bentley, J., Shanks, J. & Wood, C. (2018). The effectiveness of Lee Silverman Voice Treatment therapy issued interactively through an iPad device: A non-inferiority study. *Journal of Telemedicine and Telecare* 24 (3), 209-215
- Hall, N., Boisvert, M. & Steele, R. (2013). Telepractice in the assessment and treatment of individuals with aphasia: a systematic review. *International Journal of Telerehabilitation* 5 (1), 27-38
- Hilbert, J. & Paulus, W. (2018). *Logopädie zwischen Digitalisierung und Unterfinanzierung: Ein Bericht aus der Praxis*. Forschung Aktuell 08/2018, Institut Arbeit und Technik (IAT), Gelsenkirchen, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0176-201808010> (09.07.2020)
- Hill, A.J., Theodoros, D., Russell, T. & Ward, E. (2009). Using telerehabilitation to assess apraxia of speech in adults. *International Journal of Language and Communication Disorders* 44 (5), 731-747
- Jakob, H., Görtz, K. & Späth, M. (2018). Evaluation des neuen Tablet-basierten Therapieverfahrens „neolexon“. *Sprachtherapie aktuell: Forschung – Wissen – Transfer*, e2018-07. doi: 10.14620/stadbs181207
- Laver, K., Schoene, D., Crotty, M., George, S., Lannin, N.A., & Sherinton, C. (2013). Telerehabilitation services for stroke. *Cochrane Database Systematic Review* 12, CD010255. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010255.pub2>
- Mashima, P. A. & Doarn, C.R. (2008). Overview of telehealth activities in speech-language pathology. *Telemed e-Health* 14, 1102-1117
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse*. Weinheim: Beltz
- Molini-Avejonas, D.R., Rondon-Melo, S., de La Higuera Amato, C.A. & Samelli, A.G. (2015). A systematic review of the use of telehealth in speech, language and hearing sciences. *Journal of Telemedicine and Telecare* 21 (7), 367-376
- Munsell, M., De Oliveira, E., Saxena, S., Godlove, J. & Kiran, S. (2020). Closing the digital divide in speech, language, and cognitive therapy: cohort study of the factors associated with technology usage for rehabilitation. *Journal of Medical Internet Research* 22 (2), e16286
- Nobis-Bosch, R., Springer, L., Radermacher, I. & Huber, W. (2010). Supervidiertes Heimtraining bei Aphasie. Sprachlernen im Dialog. *Forum Logopädie* 24 (5), 6-13
- Rangarathnam, B., Gilroy, H., McCullough, G.H. (2016). Do patients treated for voice therapy with telepractice show similar changes in voice outcome measures as patients treated face-to-face? *EBP Briefs* 11 (5), 1-6
- Sünderhauf, S., Rupp, E. & Tesak, J. (2008). Supervidierte Teletherapie bei Aphasie. Ergebnisse einer BMBF-Studie. *Forum Logopädie* 22 (1), 34-37
- Weidner, K. & Lowman, J. (2020). Telepractice for adult speech-language pathology services: a systematic review. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups* 5 (1), 326-338



Prof. Dr. Norina Lauer studierte nach mehrjähriger Tätigkeit als Logopädin Lehr- und Forschungslogopädie an der RWTH Aachen. Danach war sie als Lehrlogopädin und Schulleiterin an Berufsfachschulen in Ludwigshafen und Karlsruhe tätig und promovierte an der RWTH Aachen. Von 2009 bis 2018 leitete sie den Bachelorstudiengang Logopädie der Hochschule Fresenius Idstein und wurde 2010 als Professorin berufen. Seit 2018 ist Professorin an der OTH Regensburg und leitet den integrierenden Bachelorstudiengang Logopädie. Als Mitglied des Regensburg Center of Health Sciences and Technology (RCHST) führt sie Forschungsprojekte an der Schnittstelle von Logopädie und Digitalisierung durch.

DOI 10.2443/skv-s-2020-53020200502

KONTAKT

Prof. Dr. Norina Lauer
Ostbayerische Technische Hochschule
Regensburg
Fakultät Angewandte Sozial- und
Gesundheitswissenschaften
Seybothstr. 2
93053 Regensburg
norina.lauer@oth-regensburg.de

Silke Schwinn, Maria Barthel, Juliane Leinweber & Bernhard Borgetto

Digitalisierungschancen in der Krise

Erste Ergebnisse zur Umsetzung der Videotherapie in der ambulanten Logopädie (ViTaL)

Einleitung

Die mit der SARS-CoV-19-(Corona)-Pandemie einhergehenden Kontaktbeschränkungen und Hygienevorgaben seit März 2020 führten zu einer stark veränderten Versorgungssituation in ambulanten logopädischen/sprachtherapeutischen Praxen.

Zum einen haben seither viele PatientInnen trotz Bedarf keine logopädische/sprachtherapeutische Behandlung in Anspruch genommen. Gründe dafür waren (und sind teils immer noch) unter anderem die Sorge vor einer Ansteckung mit dem Virus in der Praxis oder auf dem Weg dorthin, eine bereits vorliegende Virusinfektion bzw. -erkrankung oder die Zugehörigkeit von PatientInnen und/oder TherapeutInnen zur Risikogruppe. Zum anderen sind die stattfindenden Therapien trotz Lockerungen weiterhin teilweise mit Einschränkungen und zusätzlichen (hygienischen) Herausforderungen verbunden.

Die Corona-Krise hatte (und hat teilweise weiterhin) einen Einfluss auf die ambulante PatientInnenversorgung hinsichtlich der Therapieintensität und -kontinuität. Die aus der Unterversorgung entstandenen gesundheitlichen Folgen für PatientInnen sowie die wirtschaftlichen Folgen für PraxisinhaberInnen und angestellte LogopädInnen sind bisher nicht absehbar.

Hintergrund

Um die notwendige Versorgung von PatientInnen so gut wie möglich aufrechtzuerhalten, die Ansteckungsgefahr für PatientInnen und TherapeutInnen zu reduzieren und die existenzielle Bedrohungslage ambulanter Praxen zu minimieren, forderten die Berufsverbände dba, dbl und dbs die Genehmigung zur logopädischen Therapie via Videokonferenz (dba, dbl & dbs 2020, if.).

Aufgrund einer Sondergenehmigung der Krankenkassenverbände auf Bundesebene und des GKV-Spitzenverbandes konnte Sprach-, Sprech-, Stimm- und eingeschränkt Schlucktherapie bis 30. Juni 2020 als Videotherapie angeboten werden. So konnte die logopädische/sprachtherapeutische Versorgung in der Zeit des Shutdowns weitgehend aufrechterhalten werden. LogopädInnen und PatientInnen konnten und mussten gemeinsam entscheiden, ob eine Weiterführung via Video aus therapeutischer Sicht, mithilfe vorhandener technischer Ressourcen und unter Wahrung der Privatsphäre sinnvoll durchgeführt werden kann.

Nationale und internationale logopädische/sprachtherapeutische Berufsverbände (z.B. dbl e.V., dbs e.V., ASHA, SPA) haben ihre Mitglieder auf den Homepages, über Newsletter und anhand von Leitfäden über verschiedene Software zur Durchführung von Videothera-

pie, zu Datenschutzkriterien sowie zur Einwilligung der PatientInnen für die Videotherapie informiert.

Nationale Umfragen unter Heilmittelerbringenden (TAL 2020) und LogopädInnen/SprachtherapeutInnen (dba, dbl, dbs & Logo Deutschland 2020) zeigen, dass Videotherapie als eine Möglichkeit zur Therapieweiterführung in der Corona-Pandemie von TherapeutInnen angesehen wurde, aber fehlende technische Ressourcen und eine geringe Akzeptanz seitens der PatientInnen bestehen. Die videobasierte Versorgung deckte im abrechnungsfähigen Zeitraum nicht den Umfang der intensivitätsrelevanten Behandlungseinheiten ab und scheint auch nicht für alle Therapiebereiche in der Logopädie/Sprachtherapie geeignet zu sein.

Das ViTaL-Projekt

Der Deutsche Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl) sowie die Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit in Hildesheim und die Fakultät Ingenieurwissenschaften und Gesundheit in Göttingen (Gesundheitscampus Göttingen) der Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst (HAWK) Hildesheim/Holzminde/Göttingen führen bis Ende Oktober 2020 ein gemeinsames Forschungsprojekt zur Videotherapie durch. Unter dem Titel „Videotherapie in der ambulanten logopädischen/sprachtherapeutischen Versorgung“ (ViTaL) fokussiert das Projekt die Chancen des durch die Krise ausgelösten Digitalisierungsschubs im Gesundheitssystem zur Gewährleistung der PatientInnenversorgung.

Ziel des Projekts ist eine Bestandsaufnahme der Videotherapie in der ambulanten logopädischen/sprachtherapeutischen Praxis während der Corona-Pandemie. Von besonderem Interesse ist u.a., wie Prinzipien der evidenzbasierten Praxis berücksichtigt wurden, welche (medien-)didaktischen Methoden zur Therapiedurchführung (modifiziert) angewandt wurden und wie die PatientInnen-TherapeutInnen-Beziehung gestaltet wurde. Nach Möglichkeit sollen Handlungsempfehlungen für

ZUSAMMENFASSUNG. Die mit der SARS-CoV-19 (Corona)-Pandemie einhergehenden Kontaktbeschränkungen und Hygienevorgaben seit März 2020 führten zu Einschränkungen der Therapieintensität und -kontinuität in der ambulanten logopädischen/sprachtherapeutischen Versorgung. Auf der Grundlage einer Sondergenehmigung wurden Sprach-, Sprech-, Stimm- und eingeschränkt Schlucktherapie innerhalb eines begrenzten Zeitraums auch als Videotherapie für GKV-PatientInnen durchgeführt. Das Projekt „Videotherapie in der ambulanten logopädischen/sprachtherapeutischen Versorgung“ (ViTaL) untersucht die Chancen und Grenzen dieses Digitalisierungsschubs. Der Beitrag stellt das Projekt vor und berichtet über erste Projektergebnisse.

SCHLÜSSELWÖRTER: Videotherapie – ambulante logopädische Versorgung – Corona-Pandemie

ein zukünftiges Blended-Therapy-Konzept in der ambulanten logopädischen/sprachtherapeutischen Versorgung abgeleitet werden.

Methodik

Die Ziele des Projekts werden mit drei methodischen Zugängen verfolgt:

- Den Ausgangspunkt bildet eine systematische Literaturrecherche und -analyse zur Videotherapie in der (inter)nationalen logopädischen/sprachtherapeutischen Versorgung. Dabei werden aufgrund der hohen Evidenzstufe vorrangig systematische Reviews im Hinblick auf Videotherapie in Anlehnung an das Modell der Forschungspyramide ausgewertet und zusammengefasst (Borgetto et al. 2018).
- In einer Online-Befragung wurden ambulant tätige LogopädInnen/SprachtherapeutInnen zur Nutzung der Videotherapie befragt. Diese Befragung wurde vom 3.6.2020 bis einschließlich 1.7.2020 durchgeführt. Es wurde erhoben, ob und in welchem Ausmaß Videotherapie angeboten und durchgeführt wurde und welche z.B. technischen, organisatorischen und sozialen Herausforderungen bestanden.
- Unter einer qualitativen Forschungsperspektive werden Aufzeichnungen von vi-

deobasierten Therapien mit einer fokussierten Videoanalyse untersucht, um Strukturen und Prozesse, insbesondere Entscheidungsprozesse und Technikfunktionalität, in der Videotherapie zu rekonstruieren.

Vor der Datenerhebung wurde für das Projekt ein Votum der Kommission für Forschungsethik der HAWK eingeholt.

Erste Ergebnisse

Systematische Literaturrecherche

Durch eine systematische Literaturrecherche in SpeechBITE und anhand der Evidence Map zu „Telepractice“ aus der Datenbank der American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) konnten 30 Reviews ermittelt werden. Diese Reviews beziehen sich auf Personen verschiedenen Alters mit unterschiedlichen Sprach-, Sprech-, Stimm-, Schluck- und Hörstörungen und untersuchen diverse Formen der „Telerehabilitation“. Die Beiträge, die sich konkret auf Videotherapie be-

ziehen, befinden sich derzeit in der Auswertung. Die Erkenntnisse werden anschließend zusammengefasst.

Online-Befragung

An der Online-Befragung haben 841 Personen teilgenommen. Die vorläufige Auswertung ergibt, dass vorwiegend weibliche Personen (w 94 %, m 6 %) im Alter von durchschnittlich 44 Jahren (± 11 Jahre) teilgenommen haben (Tab.1). Die Teilnehmenden gaben eine durchschnittliche Berufserfahrung von 17 Jahren (± 10 Jahren) an.

Nutzung von Videotherapie

Von den 709 TherapeutInnen (87 % der Befragten), die Videotherapie durchführten, wurde diese vorwiegend zur Einzeltherapie (69 %) und zur Einzelberatung (27 %) genutzt. In we-

Tab. 1: Soziodemografische Daten der Teilnehmenden (vorläufige Auswertung Stand Juli 2020)

Merkmal	Ausprägung	Grundgesamtheit
Berufserfahrung	17 Jahre (± 10 Jahre)	n = 810
Alter	44 Jahre (± 11 Jahre)	n = 816
Geschlecht	weiblich 770 (94 %)	n = 816
	männlich 46 (6 %)	

endlich! selber • besser • sprechen

mit Logovid®, den logopädischen Videos
das Sätze-Lesen und -Sprechen selber üben!

- für aphasisch Betroffene
- auch für Deutsch lernende Ausländer

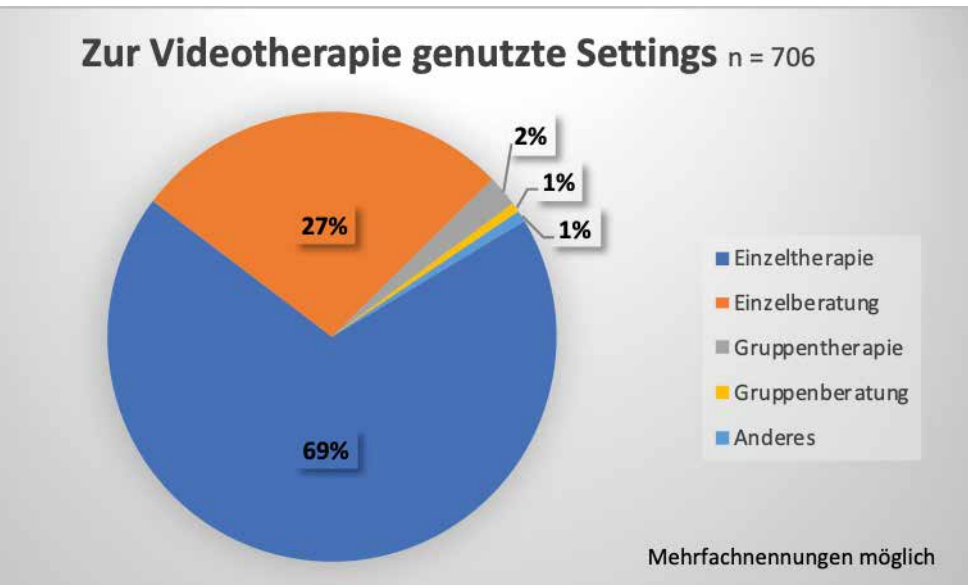


Ab sofort unter
»LogoMedien«
im Google Play Store
kostenlos erhältlich



LogoMedien Sprachheil-App kostenlos installieren und ausprobieren!

Abb. 1: Zur Videotherapie genutzte Settings (vorläufige Auswertung Stand Juli 2020)



nigen Fällen wurde Gruppentherapie (2%) und Gruppenberatung (1%) via Video durchgeführt (Abb. 1).

Nicht-Nutzung von Videotherapie

Während des Genehmigungszeitraums der Krankenkassen in der Corona-Pandemie nutzten 13% der an der Befragung teilnehmenden TherapeutInnen (n=110) aus der ambulanten logopädischen Versorgung keine Videotherapie. Dies wurde damit begründet, dass sie Videotherapie mit Kindern (69%) für ungeeignet halten. 50% gaben an, dass ihre PatientInnen weiterhin in die Praxis kämen und/oder sie Videotherapie als Ersatz für Face-to-Face-Therapie ablehnen (49%). In Abbildung 2 wer-

den die Gründe für die Nicht-Nutzung von Videotherapie aufgezeigt.

Videoanalyse

Zur Analyse der praktischen Durchführung von videobasierten Therapien wurden Kriterien entwickelt, anhand derer aufgezeichnete Videotherapien aus der ambulanten Praxis derzeit ausgewertet werden. Der Fokus liegt dabei auf der Entscheidungsfindung und der Technikfunktionalität. In der Videoanalyse wurde bisher deutlich, dass Therapien via Video mit Personen verschiedener Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen möglich sind.

Erste Ergebnisse zeigen, dass kommunikativ-pragmatische Interaktionsstrategien (z.B.

sprechbegleitende Gestik, Sprechpausen, Nachfragen) und verschiedene Softwarefunktionen (z.B. Bildschirmübertragung, Kameraeinsatz) von TherapeutInnen genutzt wurden, um eine gemeinsame Interaktionsbasis herzustellen. Technische Probleme z.B. in der Ton- und Bildübertragung traten bislang nur durch eingeschränkte Internetkapazitäten auf und nicht durch die Nutzung der Hard- und Software.

Ausblick

Die ersten Ergebnisse der drei methodischen Stränge geben sowohl Hinweise auf Chancen, aber auch auf mögliche Grenzen und Herausforderungen in der logopädischen/sprachtherapeutischen Versorgung durch Videotherapie. Die hohe Umfragebeteiligung lässt auf ein großes aktuelles Interesse am Thema Videotherapie bei den in der ambulanten logopädischen/sprachtherapeutischen Versorgung tätigen TherapeutInnen schließen.

In den nächsten Projektschritten wird die Auswertung der ermittelten Reviews mit dem Fokus auf Erkenntnissen zur Videotherapie weitergeführt. Die Daten der Online-Befragung werden detailliert statistisch ausgewertet, insbesondere erfolgt eine differenzierte Indikationsanalyse. Die aufgezeichneten Videotherapien werden anhand der entwickelten Kriterien weiter analysiert. Wir erwarten dabei Erkenntnisse zur evidenzbasierten Umsetzung der Videotherapie.

Über weitere Ergebnisse des ViTAL-Projektes wird in den nächsten Ausgaben der Forum Logopädie im Rahmen von Kurzbeiträgen berichtet.

Abb. 2: Gründe für die Nicht-Nutzung von Videotherapie (vorläufige Auswertung Stand Juli 2020)



: LITERATUR

- Borgetto, B., Tomlin, G., Max, S., Brinkmann, M., Spitzer, L. & Pfingsten, A. (2018). Evidenz in der Gesundheitsversorgung: Die Forschungspyramide. In: Haring, R. (Hrsg.), *Gesundheitswissenschaften* (643-654). Berlin: Springer
- Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e.V. (dba), Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl) & Deutscher Bundesverband für Akademische Sprachtherapie und Logopädie (dbs) (2020). *Alternative Versorgung in Zeiten der Corona-Pandemie zur Sicherstellung der Patientenversorgung im Bereich der Logopädie/Sprachtherapie. Schreiben an Kassenverbände auf Bundesebene und der GKV-Spitzenverband*. www.dbl-ev.de/fileadmin/Inhalte/Dokumente/Service/Meldungen/2020/20200317_Schreiben_Teletherapie_dba_dbl_dbs.pdf (09.04.2020)
- Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e.V. (dba), Deutscher Bundesverband Logopädie e.V. (dbl) & Deutscher Bundesverband für Akademische Sprachtherapie und Logopädie (dbs), Logo Deutschland (2020). *Die Lage im Heilmittelbereich „Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie“. Umfrage der maßgeblichen Berufsverbände zusammen mit der Humboldt Universität Berlin*. www.dbl-ev.de/service/meldungen/meldung/news/auswirkungen-der-corona-krise-in-den-praxen/ (02.04.2020)
- TAL (2020). *Auswirkungen des Corona-Virus auf die Heilmittelversorgung. Auswertung einer Online-Kurzbefragung für Selbstständige und Angestellte in der Heilmittelversorgung für den Zeitraum vom 23.-28.3.2020 (Woche 3)*. https://tal-ggmbh.de/wp-content/uploads/2020/04/Auswirkungen_Sars-CoV-2_Heilmittelversorgung_01042020.pdf (30.06.2020)

SUMMARY. Chances of digitalization boost in times of crisis: First results on the implementation of video therapy in outpatient speech and language therapy (ViTal)

The contact restrictions and hygiene requirements associated with the SARS-CoV-19 (corona) pandemic since March 2020 led to restrictions in the intensity and continuity of therapy in outpatient speech and language therapy. On the basis of a special permit, speech, language, voice and to some extent swallowing therapy was also carried out as video therapy for statutory health insurance patients within a limited period of time. The project "Videotherapy in outpatient logopaedic/speech and language therapy" (ViTal) examines the chances and limitations of this digitalization boost. This article introduces the project and reports on the first project results.

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



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



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



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



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

DOI 10.2443/skv-s-2020-53020200503

KONTAKT

Silke Schwinn
HAWK Hildesheim/Holzminden/Göttingen
Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit
Goschentor 1
31134 Hildesheim
silke.schwinn1@hawk.de

Sönke Stanschus

Schluckdiagnostik und COVID-19: Plädoyer für ein Umdenken

Das NPO-Infektionsparadoxon und Bildgebungs-Artefakte bei der Ableitung von Dysphagie-Diäten in Zeiten der COVID-19-Pandemie

“SARS-CoV-2 has dictated that those who manage dysphagia must evolve. And so, we shall.”

Brodsky & Gilbert (2020)

“...Misperceptions that there is a straightforward relationship between aspiration and pneumonia and that interventions like NBM or tube feeding will reduce the risk of pneumonia.”

Murray et al. (2019)

Einleitung

Die oropharyngeale Dysphagie ist bei älteren Menschen sehr verbreitet, vor allem bei jenen, die unter den Folgen neurologischer und neurodegenerativer Erkrankungen wie z.B. Schlaganfall, Morbus Parkinson oder demenziellen Abbaukrankungen leiden (Wirth et al. 2016). Sie ist mit einer Prävalenz mit bis zu 50 % bei Menschen im Alter von 70+ mittlerweile als geriatrisches Syndrom anerkannt (Mateos-Nozal et al. 2020).

Schlaganfälle gehören zu den häufigsten Ursachen für die Entstehung von Dysphagien gera-

de im zunehmenden Alter. Zum Einen, weil die Prävalenz für einen Schlaganfall in der Altersgruppe von über 75 Jahren 5%-8% beträgt, zum Zweiten, weil besonders in der Gruppe der über 75-Jährigen die Ausbildung eines presbyphagischen Schlucksystems sowie die Ausbildung von Co-Morbiditäten bereits weiter fortgeschritten ist als bei jüngeren Personen (Jäger et al. 2020, Cichero 2018) und zum Dritten, weil das Risiko, dass ein Schlaganfall per se zu einer Schluckstörung führt, besonders hoch ist (Wilmskötter & Stanschus 2012a, 2012b). Zudem sind Schluckfähigkeiten durch neurologische Schädigungen, neurologische Erkrankungen oder neuroplastisch induzierte Abbaueffekte grundsätzlich sehr einfach stöbar (Wilmskötter et al. 2018, 2019, Warnecke & Dziewas 2018, Robbins et al. 2008).

Während die oropharyngeale Dysphagie zu vielfältigen Problemen wie Mangelernährung oder Dehydratation führt und damit die Gesundheit und Lebensqualität erheblich beeinträchtigen kann (Wirth et al. 2016), geht von dem Verschlucken unangemessener Speise- und Flüssigkeitstexturen im Rahmen einer Dysphagie die wichtigste unmittelbare Bedrohung für

das Leben aus (Cichero et al. 2017). Dysphagien erhöhen das Risiko des Verschluckens des eigenen Speichels oder von Nahrungs- und Flüssigkeitsanteilen, sodass diese in die unteren Atemwege gelangen und zur Entwicklung lebensbedrohlicher Lungenentzündungen führen können (Aspirationspneumonien = AP).

Präventionstaktiken

Der Entwicklungsmechanismus von Aspirationspneumonien und deren Prävention ist komplex und multifaktoriell (Langmore et al. 1998, Eltringham et al. 2019). Nach einem Schlaganfall ist die sogenannte Postschlaganfallpneumonie (PSP) Folge einer Kombination von Dysphagie, Aspiration und einer schlaganfallinduzierten Immunsuppression. Die PSP kann durch Bakterien, die aus dem Mund-Rachenraum aspiriert werden und durch chemische Effekte als Folge des Eindringens von Magensaft in die Lunge verursacht werden (Xu & Yang 2020, Cohen et al. 2016, 2018). Sie führt bei einem Drittel aller Schlaganfallpatienten zu einem verfrühten Versterben und bei einem Fünftel zu einem schlechteren Outcome.

Die Prävention einer Pneumonie beinhaltet daher die frühe Identifikation einer Dysphagie und Interventionen zur Reduktion des Volumens und der Frequenz von Aspiration, der Reduktion der Pathogenität des Aspirats, der Verbesserung der laryngealen Sensibilität und von Atemwegsprotektionsmechanismen wie z.B. Husten und der Förderung der kortikalen Plastizität zur Erholung der Schluckfunktionen (Cohen et al. 2016, 2018).

Die Versorgung von Schlaganfallpatienten auf einer Schlaganfalleinheit (Stroke Unit = SU) ist mit signifikanten Reduktionen der Pneumonieinzidenzrate verbunden. Zu verdanken ist dies vor allem einer Kombination verschiedener Interventionen: einem frühzeitigen Schluckscreening, der Modifizierung der Konsistenz von Speisen und Getränken und/oder der Einleitung enteraler Ernährung sowie frühzeitiger Mobilisierung (Cohen et al. 2016, 2018).

ZUSAMMENFASSUNG. In den letzten Jahren gibt es zunehmend Hinweise darauf, dass die wohlgemeinte Empfehlung einer totalen Nahrungskarenz (= non peroral, NPO) zur Prävention einer Aspirationspneumonie bei schwergradig schluckgestörten Patienten das Risiko der Entwicklung einer Aspirationspneumonie selbst sogar erhöht. Schluckdiäten, die ebenso mit dem Ziel der Aspirationsvermeidung eingesetzt werden, können nach aktueller Veröffentlichungslage auch zur Entwicklung negativer Gesundheitswirkungen führen. Daher wurde zunehmend kritisch diskutiert, inwieweit Bildgebungen zur Ableitung von Schluckdiäten in der klinischen Praxis geeignet sind. Die seit wenigen Jahren lauter werdende Forderung nach einem Überdenken der Rolle instrumenteller Schluckuntersuchungen wird nun durch die aktuelle COVID-19 Pandemie forciert und hat trotz Aufhebung von Infektionsschutz-Restriktionen bereits in mehreren Weltregionen zur nachhaltigen Veränderung schluckdiagnostischer Arbeitsweisen geführt, die die Pandemie überdauern werden. Der Artikel beleuchtet die Evidenz, spricht sich für ein Überdenken der bisherigen Indikationsstellung totaler Nahrungskarenz und Schluckdiäten aus und unterstützt das Plädoyer für eine Neuausrichtung der Schluckdiagnostik.

SCHLÜSSELWÖRTER: Dysphagie – NPO (non peroral) – Dysphagie-Diäten – Fiberendoskopische Evaluation des Schluckaktes (FEES) – COVID-19-Pandemie – Aspirationspneumonie

Wesentlicher Faktor des Vorgehens bei akuten Schlaganfallpatienten ist es, ihnen nichts peroral zu essen oder zu trinken zu geben (totale Nahrungskarenz), bevor sie für das Vorhandensein einer Dysphagie auf der Grundlage standardisierter Protokolle gescreent oder bei Auffälligkeiten im Weiteren bildgebend untersucht wurden (Dziewas & Pflug 2020, Prosiegel et al. 2012, Martino et al. 2011). Sofern daraus die Notwendigkeit zur Fortführung der totalen Nahrungskarenz als Maßnahme zur PSP-Prophylaxe abgeleitet wird, werden Patienten mit einer voraussichtlich transienten Dysphagie mit einer nasogastralen Magensonde, bei eher langanhaltenden Dysphagien mittels einer PEG-Anlage versorgt (Galovic et al. 2019).

Beispiel Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall-Dysphagie-Pneumonie

Die Effekte von multifaktoriellen Interventionskombinationen (Eltringham et al. 2019, Tarillion & Stanschus 2009) auf die Reduktion der Pneumonierate (PR) bei akuten Schlaganfallpatienten kann gut am Beispiel des Qualitätssicherungsprojekts Schlaganfall-Dysphagie-Pneumonie (SDP) nachvollzogen werden, das zwischen 2004 und 2012 am SRH Klinikum Karlsbad-Langensteinbach (KKL) unter Federführung des Karlsbader Schluckzentrums durchgeführt wurde. Zum Nachweis der wirkungsökonomischen Effekte der Umstellung der Versorgung wurden dabei

- Planung
- Einbeziehung verschiedener Fachabteilungen
- Personalentwicklung des Multidisziplinären Teams (MDT)
- Entwicklung einer klinischen Behandlungszielkennziffer
- Entwicklung neuer Scoring- und Messinstrumente

- Effekte der Einführung einer wie oben genannten Interventionskombination von frühzeitigem Schluckscreening
 - Umstellung auf einen neuen Standard für Schluckdiäten
 - Ableitung der Diätempfehlung aus dem Schluckscreening
- in einzigartiger Weise kontinuierlich über einen mehrjährigen Zeitraum dokumentiert und ausgewertet (Stanschus et al. 2005, Tarillion & Stanschus 2009, Schumann, 2012a, 2012b, Burek et al. 2013, Büßelberg 2014, Hagenbrock & Ochmann 2014). Nach Identifizierung der besten adaptierbaren Verfahren für eine auf EbM-Basis zu erfolgende Implementierung einer neuartigen Vorgehensweise war es notwendig, die ausgewählten Schluckscreenings „Standardisiertes Schluckassessment (SSA)“ nach Perry und „2 aus 6“ nach Daniels in autorisierte deutschsprachige Übersetzungen zu übertragen (Hartwanger & Stanschus 2009, Solich et al. 2013), um dem multidisziplinären Schlaganfallteam im KKL die praktische Anwendung im klinischen Alltag zu erleichtern.

Die Umstellung der zuvor auf subjektivem Empfinden und persönlichem Gusto beruhenden Arbeitsstile auf Behandlungspfadbasierten Standard-Care-Vorgehensweisen (Stanschus & Burek 2009) beruhte auf der Überlegung, Patienten binnen zwei Stunden nach Aufnahme auf der SU durch die zuständige Pflegekraft (außerhalb der Dienstzeiten der Sprachtherapeuten mittels des für Schlaganfallpflegekräfte validierten SSA) bzw. durch den zuständigen Sprachtherapeuten (mittels des für Sprachtherapeuten validierten „2 aus 6“) auf das Vorhandensein einer relevanten Aspirationsgefahr zu screenen, noch bevor diese etwas zu trinken oder zu essen erhielten. Auf diese Weise konnten Patienten mit einem Aspi-

rationspneumonierisiko standardisiert identifiziert werden (Schumann 2012b).

Eines der wichtigsten Probleme, das es im Weiteren zu lösen galt, war die Frage, wie aus dem Screening-Ergebnis die Entscheidung abgeleitet werden könnte, ob ein Patienten nicht-, teil- oder voll-oralisiert werden sollte. Während dem SSA eine eigene Verhaltensanweisung für das Pflegepersonal inhärent ist, folgte aus der Implementierung des „2 aus 6“ auf der Grundlage der Originalliteratur nur, dass ein identifizierter Risikopatient eine totale Nahrungskarenz erhalten solle, bis zur Klärung der Pathophysiologie eine Bildgebung durchgeführt werden könne (Schumann 2012b). Um ein einheitliches Vorgehen zu gewährleisten, wurde entschieden, sich nach der aus dem SSA folgenden Logik zu richten. Daher wurde für die Entscheidungsfindung des Sprachtherapeuten in den Behandlungspfad ein zusätzliches Regelverfahren auf Basis der sog. McCullough-Kriterien eingebaut, das die Entscheidung pro oder contra (Teil-)Oralisierung erleichterte und vereinheitlichte (Stanschus et al. 2003, 2005).

Diese Regelung ermöglichte in der Praxis, dass der Patient noch nach Maßgabe des Sprachtherapeuten (teil-)oralisiert werden konnte, selbst wenn bei ihm ein Aspirationsrisiko durch einen der beiden Screenings festgestellt wurde. Motivation für dieses Offenlassen eines „Maßgabe-Türchens“ war, das Risiko für neuroplastisch induzierte Abbaueffekte von Schluckrestfähigkeiten als Folge von totaler Nahrungskarenz (Robbins et al. 2008) und damit die sog. NPO-Bedingung (NPO = Non peroral) so weit wie möglich zu vermeiden. Bettseitig kam es somit auf der Stroke Unit auf die Maßgabe und damit unmittelbar auf die Kunst des Sprachtherapeuten an, in Abwägung der Risiken und auf der Grundlage eines fachlich fundierten Reasonings und auf Algorithmen

Guter Service beginnt bereits vor der Talkerversorgung!

Petra Siebert
Kundenservice, Dipl. Oec. und seit 2005 bei Prentke Romich
Unterstützte Kommunikation mit z. B. dem „NovaChat 12“
und dem Wortschatzprogramm „LoGoFoXX 60“



Womit beginnt guter Service? Jetzt kostenlos mehr erfahren: auf unserer Sonderseite „Der Weg zum Hilfsmittel“ auf www.prentke-romich.de/weg

Mit guter Beratung für Sie vor Ort!

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



basierenden Entscheidungsfindungsprozesses diätetische Empfehlungen auszusprechen (Murray 2006, 2014, Stanschus & Burek 2009). Dies bedeutet auch, dass der diensthabende Sprachtherapeut unabhängig von akkumulierten Jahren klinischer Erfahrung auf der Basis standardisierter klinischer Abwägung auf der Basis einheitlicher und risikoadjustierter Diätempfehlungen kommen konnte (Schumann 2012b). Infolge dieser Arbeitsweise konnten in der akuten Schlaganfallbehandlung des SRH Klinikum Karlsbad-Langensteinbach (KKL) die Auftretenshäufigkeit von Aspirationspneumonien Jahr für Jahr reduziert werden: von 11 % in 2004 auf 7,5 % in 2005, 6,1 % in 2006 und 5 % in 2007 (Büßelberg 2014; korrigiert in einer Nachberechnung auf 5,3 % für 2007, vgl. Schumann 2012b), und damit auf das zuvor von Tarillion & Stanschus (2009) für das SDP-Projekt als Kennziffer definierte erreichbare Ziel von 5 %. In den Folgejahren stieg diese jedoch wieder leicht auf 7 % in 2008 (nicht signifikant, Schumann 2012b), und sank dann wieder in 2009 auf 6,9 % und dann auf 6 % in 2010.

Auffällig war bei den Detailauswertungen, dass vor allem die Aspirationspneumonieraten für die Teilgruppe auf der Grundlage der SDP-Behandlungspfade mit einer schwergradigen Dysphagie klassifizierten Patienten sehr stark schwankten und sich nicht auf einem niedrigen Niveau stabilisieren ließen. So stieg deren AP-Rate von 21 % in 2005 auf 47 % in 2006 an und sank zwar in 2007 wieder, doch nur auf 32 %. War dies mit einer zu liberalen Handhabung der (Teil-)Oralisierung mittels Einsatz der Modifizierung von Speisen und Getränken sowie begleitenden Kompensationen zu erklären?

Das NPO-Infektionsparadoxon

Um dieser Frage auf die Spur zu kommen, wurde im Rahmen einer Masterstudie der RWTH Aachen in Zusammenarbeit mit dem Karlsbader Schluckzentrum eine Datenanalyse durchgeführt (Schumann 2012b). Gleichzeitig wurde nach Durchführung eines KKL-internen Audits ein zyklischer Verbesserungsprozess auf der Grundlage einer neuen *Standard Operational Procedure (SOP) NPO* eingeleitet, die als klinische Infektionskontrollintervention einzustufen ist. Hierbei wurde beginnend ab 2009 in einer NPO-Verfahrensweisung durch das Schluckzentrum geregelt, dass die Patienten, die mit einer schwergradigen Dysphagie klassifiziert wurden, strikt NPO zu bleiben hatten, bis eine VFS-Bildgebung auf der Basis des hausinternen VFS-Standards (Stanschus 2002, Solich et al. 2013) durchgeführt werden konnte.

Trotz aller Bemühungen gelang es aufgrund des hohen Patientenaufkommens nicht, die

Wartezeiten zur instrumentellen Bildgebung für die Patienten auf unter 7 Tage zu senken. Es gelang jedoch, alle Patienten, die für diese Intervention identifiziert wurden, bis zur Bildgebung strikt NPO zu halten. Mit einem desaströsen Ergebnis: Von den 7 ersten mit schwergradiger Dysphagie klassifizierten akuten Schlaganfallpatienten, die nacheinander von der Interventionsmaßnahme erfasst wurden und somit wie geplant den NPO-Status bis zur Bildgebung beibehielten, entwickelten 5 (71,4 %) im Verlauf dieser Wartezeit eine Pneumonie, die als Diagnose durch Röntgen-Thorax-Aufnahmen gesichert gestellt wurde.

Da es sich hierbei um eine gravierende Erhöhung der Infektionen handelte, die als Folge der Einführung dieser kontrollierten Infektionsintervention verstanden werden musste, wurde die Maßnahme aus ethischen Gründen abgebrochen und die Rückkehr zu der zuvor üblichen liberalen Handhabung der (Teil-)Oralisierung nach Maßgabe des Sprachtherapeuten veranlasst. Von den übrigen 37 schwergradigen Dysphagikern im Aufnahmejahr 2009 entwickelten danach nur noch 10 (27 %) eine Pneumonie. Der Vergleich der beiden Gruppen konnte statistisch zeigen, dass die NPO-Patienten während der Interventionsphase signifikant häufiger eine Pneumonie entwickelten ($p=0,036$, 1-seitig).

In einer aktuellen prospektiven Studie zum Zusammenhang von Dysphagie-Screening, daraus abgeleiteten diätetischen Entscheidungen und schlaganfallassoziierten Pneumonieraten auf einer Stroke Unit erwähnen Teuschl et al. (2018), dass 60 % aller dokumentierten Pneumonien bei Patienten auftraten, die von NPO-Maßnahmen betroffen waren. So lag in dieser Studie die Pneumonierate aller akuten Schlaganfallpatienten bei 5,2 %, während diese bei den NPO-Patienten bei ca. 16 % lag (34 von 214 NPO-Patienten).

Teuschl et al. (2018) verweisen auf eine retrospektive Datenanalyse von Brogan et al. (2014), in der die Autoren bei 2010 in australischen Krankenhäusern versorgten akuten Schlaganfallpatienten eine Rate respiratorischer Infektionen von 21 % bei NBM-Patienten (NBM = nil by mouth = NPO) dokumentiert fanden. Teuschl et al. (2018) vermuten einen Zusammenhang mit dem Vorhandensein einer nasogastralen Magensonde (NGS).

In einer aktuellen systematischen Übersichtsarbeit zu Faktoren von schlaganfallassoziierten Pneumonien bei akuten dysphagischen Schlaganfallpatienten wird von Eltringham et al. (2019) wie auch von anderen Autoren zuvor (Kim et al. 2018, Dziawas et al. 2008) eine solche Annahme wegen der kurzen Liegedauer der NGS jedoch als wenig wahrscheinlich eingestuft, während dagegen bei über mehrere Wochen einliegenden NGS durchaus mit dem Auf-

treten von schluckassoziierten Komplikationen gerechnet werden muss (Wang et al. 2019, Nam et al., 2015).

In einer von Kalra et al. (2016) durchgeführten prospektiven Studie zur Ermittlung des Einflussfaktors des Vorhandenseins einer NGS bei der Entwicklung einer Pneumonie bei akuten Schlaganfallpatienten konnte vor allem nach der Korrektur der Merkmale Alter, Schlaganfalltypus, Schlaganfallschweregrad und Ergebnis des standardisierten Schluckscreenings keine höhere Pneumonierate bei den mit NGS versorgten Patienten im Vergleich zu den Patienten ohne NGS festgestellt werden.

Brogan et al. (2014) gehen daher für das Beispiel akuter Schlaganfallpatienten eher von einem Zusammenhang mit langen Wartezeitintervallen bis zur Durchführung klinischer Schluckuntersuchungen aus, da diese Wartezeiten gleichbedeutend mit einer Ausdehnung der NBM- bzw. NPO-Phasen sind. Eine solche Beobachtung ist durch eine nationale Schlaganfallregister-Auswertung in UK durch Brady et al. (2017) gelungen, in der die Dauer auf das Warten der Durchführung des Schluckscreenings linear mit dem Risiko, eine Pneumonie zu entwickeln, verbunden war. So zeigte sich, dass die absolute Zunahme der Pneumonierate bei 1 % pro Wartezeit-Tag lag, wobei auch hier die Wartezeit bis zur Durchführung des Schluckscreenings mit einer strikten NPO-Bedingung gekoppelt war.

Auch Han et al. (2018) bemerkten den unmittelbaren Zusammenhang einer signifikanten Erhöhung der Pneumonierate assoziiert mit längeren Wartezeitintervallen bis zur Durchführung der klinischen Schluckuntersuchung (nach UK basierten Schlaganfallleitlinien [NBM until screened], NICE NG 128, 2019) bei akuten Schlaganfallpatienten in einer prospektiven Kohortenstudie in Hyperactive Stroke Units (HASUs) in Surrey (UK).

Es ist daher nicht überraschend, dass Palli et al. (2017) von einer Senkung der Pneumonierate bei akuten Schlaganfallpatienten mittels Senkung des Schluckscreening-Wartezeitintervalls als Ergebnis einer in der Neurologie an der Universitätsklinik Graz durchgeführten Interventionsstudie berichten konnten. Der Zusammenhang von NBM/NPO und erhöhten Aspirationspneumonieraten zeigt sich ebenfalls sogar in dem sehr streng auf Aspirationspneumonie-Prophylaxe ausgerichteten japanischen Gesundheitssystem: „Unnecessary ‚nil by mouth‘ directives associated with aspiration pneumonia at hospital admission resulted in adverse effects, including decline in swallowing ability and prolonged treatment duration“ (Momosaki 2016, 12)

Es zeigt sich also, dass der Verdacht, dass von einer totalen Nahrungskarenz sogar eine pneumoniefördernde Wirkung ausgeht, im-

mer besser belegt werden kann. Doch wie lässt sich dies erklären?

Robbins et al. (2008) formulierten, dass unter der Bedingung totaler Nahrungskarenz das Problem der Aspiration von Speichelsekret nicht ausgeschaltet wird und unter dem Lichte des neuroplastischen „Use-it or lose-it“-Grundprinzips als Folge einer totalen Nahrungskarenz sogar mit dem Abbau von Speichelschluckrestfähigkeiten gerechnet werden müsse (Momosaki 2016).

Man kann die von Robbins et al. (2008) in dieser Form vorgestellte Überlegung als die Formulierung eines NPO-Infektions-Paradoxons bezeichnen, das mit neuroplastischen Non-Use-Effekten einherzugehen scheint. Dieses bedeutet im Grunde nichts anderes, als dass das Kind mit dem Bade ausgeschüttet wird.

Das NPO-Infektions-Paradoxon bietet eine Erklärung für die erhöhte Wahrscheinlichkeit der Entwicklung fehlbehandlungsinduzierter, also iatrogenen Pneumonien, als Folge einer totalen Nahrungskarenz, so wie sie im Rahmen des SDP-Projektes im KKL unerwartet nach Einführung der strikten NPO-Intervention für schwergradig schluckgestörte akute Schlaganfallpatienten aufgetreten waren. Welche Bedeutung haben diese Erkenntnisse für die Praxis des Einsatzes von Schluckdiäten? Zunächst bedeutet es, dass die Überlegung, eine Aspirationspneumonie durch die totale Vermeidung von Aspiration qua totaler Nahrungskarenz zu vermeiden, offenkundig die Folgen von Non-Use-Effekten außer Acht lässt, die zu einem Abbau von Speichelrestschluckfähigkeiten führen können. Gibt es eine Alternative? Ein logischer Ansatz ist dann, das eine zu tun, ohne das andere zu lassen. **Gibt man texturmodifizierte Speisen und Getränke, die nicht aspiriert werden, kann man auf der anderen Seite das Schlucken sozusagen in Gang halten, ohne dass diese Funktion verkümmert und damit Non-Use-Effekte vermeiden** (Stanschus 2018).

Diätetische Präventionstaktik

Dieser aspirationsprophylaktische und Non-Use vermeidende Ansatz der Texturveränderung ist durchaus in mal mehr oder weniger expliziter Weise weltweit in der Versorgung älterer Menschen mit Schluckstörungen verbreitet (Miles et al. 2020b, Vuca et al. 2019, McHutchinson et al. 2018). Nach O'Keefe (2018) werden angedickte Getränke immerhin bei über einem Viertel aller Pflegeheimbewohner angeboten, und 15-30 % von Pflegeheimbewohnern sowie 30-45 % von älteren Menschen, die auf Krankenhausstationen und in Rehabilitationseinrichtungen versorgt werden, erhalten texturmodifizierte Speisen. Doch was

wissen wir denn eigentlich über die tatsächliche Wirksamkeit des Einsatzes von modifizierten Speisen und Getränken zur Minderung des Auftretens von Komplikationen im Rahmen einer (Teil-)Oralisierung von schluckgestörten Patienten? Es finden sich zwar in zahlreichen Arbeiten ausreichende Belege aus Studien mit bildgebenden Untersuchungen dafür, dass die Verlangsamung der Fließgeschwindigkeit von Getränken oder die Modifikation von Speisen bei Patienten mit oropharyngealer Dysphagie das Auftreten von Penetration und/oder Aspiration minimieren kann (Steele et al. 2015).

Doch es gibt keine überzeugende Evidenz dafür, dass texturmodifizierte Speisen und angedickte Flüssigkeiten bei Erwachsenen mit Schluckstörungen das Risiko für die Entwicklung von Aspirationspneumonien oder deren Konsequenzen mindern (O'Keefe 2018, McCurtin et al. 2020, McCurtin et al. 2020, Lazenby-Paterson, 2020). Dagegen weisen systematische Reviews wie in Beck et al. (2018) sogar auf das Auftreten negativer Gesundheitseffekte hin.

So konnten Cray et al. (2016) zeigen, dass mehrere Dysphagie-Management-Techniken signifikant mit einer Dehydratation der untersuchten Schlaganfallpatienten insofern einhergingen, dass jegliche Texturmodifikation von Speisen und Flüssigkeiten mit einem schlechteren Flüssigkeitsstatus und verschlechterten Blutlaborwerten bei Entlassung assoziiert war. Cray et al. (2016) werfen damit die Frage auf, ob die Verabreichung von texturmodifizierten Speisen und Getränken selbst einen unabhängigen Risikofaktor für Dehydratation bei Dysphagiepatienten darstellt.

Um die negativen Gesundheitsfolgen, die mit dem Andicken von Flüssigkeiten verbunden sind, zu vermeiden, wird im Sinne der Non-Use-Prophylaxe zunehmend die Wirkung des Einsatzes sogenannter *Free-Water*-Protokolle untersucht (Gillman et al. 2017), im Rahmen derer ausgewählte aspirationsgefährdete Patienten unter sehr genauen Restriktionen dünnflüssiges Wasser erhalten, wobei der Stand der Evidenz hier noch nicht konklusiv ist.

Bildgebungs-Artefakte und mangelnde Standards zur Ableitung von Schluckdiäten

O'Keefe (2018) hebt hervor, dass die Modifizierung von Speisen und Getränken meist aus den Ergebnissen bildgebender Untersuchungen wie Videofluoroskopie (VFS) (Stanschus 2000, 2002) oder der Fiberoendoskopischen Evaluation des Schluckaktes (FEES) abgeleitet wird. Bildgebung unterliegt einer Reihe von Artefakten¹, die bei Betrachtung verstehen lassen, warum die Ableitung von Schluckdiäten aus bildgebenden

Untersuchungen mittlerweile sehr kritisch gesehen wird.

Artefakt 1: Zeitbeschränkung

Instrumentelle Untersuchungen erfassen nur einen kurzen Augenblick, in dem Patienten mittels VFS (i.d.R. 3 min Durchleuchtungszeit; Wosnitza et al. 2013, Stanschus 2002) oder FEES (i.d.R. 8 min Aufnahmezeit, unveröff. eigene Statistik interne FEES-Qualitätssicherung Dysphagiezentrum Kreiskliniken Reutlingen für das Jahr 2014, d. Autor) untersucht werden, was die Möglichkeit der Aufdeckung wichtiger physiologischer Marker auf ein sehr enges Zeitfenster begrenzt (Zhang et al. 2020). Durch die fehlende Möglichkeit einer Langzeitbeobachtung ist die Übertragbarkeit von instrumentellen Untersuchungsergebnissen auf die alltägliche Versorgung eines Patienten per se stark erschwert (Adam et al. 2020).

Artefakt 2: Untersuchungssituation nicht repräsentativ

Instrumentelle Untersuchungen sind ungeeignet, die Dynamik der alltäglichen Ess- und Trinksituation eines Patienten auf Station oder in heimischer Umgebung zu reflektieren, da in ihnen die Simulation von Schluckeinflussfaktorengrößen als Folge unterschiedlicher Fütterstile einzelner Pfleger, wechselnder spontaner oder kompensatorisch herbeigeführter Positionierungen oder wechselnder Tages(zeit)form eines Patienten nicht möglich ist (Cichero et al. 2000).

Artefakt 3: nicht ausreichende Operationalisierung der Durchführung

Power et al. (2009) konnten zeigen, dass Aspirationsepisoden von Patienten in instrumentellen Untersuchungen durchaus unregelmäßig oder sogar stochastisch auftreten, und es ist bekannt, dass die Sequenzierung der dargebotenen Schluckproben auch einen Einfluss auf die Untersuchungsergebnisse bildgebender Untersuchungen ausübt (Flynn et al. 2018). Klinische VFS- oder FEES-Untersuchungsstandards basieren jedoch selten wie in Hamzic et al. (2020) auf präzisen Operationalisierungen der Vorgehensweise inklusive genauer Angaben zu Kohäsion, Viskosität, Volumen und Anreicherungsart verwendeter Schluckproben, zur Reihenfolge der Schluckproben und zu Eskalations- und Abbruchkriterien. Die Beziehung zwischen Schluckprobe und Schluckreaktion

¹ **Artefakt** nennt man in der Diagnostik einen scheinbaren, tatsächlich jedoch unbeabsichtigt künstlich herbeigeführten Kausalzusammenhang, z.B. durch Fehler bei der Datenerhebung, -auswertung, -dokumentation oder -interpretation. (Wikipedia)

ist ohne Angabe einer solchen Operationalisierung für behandelnde Therapeuten im Nachhinein jedoch nicht nachvollziehbar.

Artefakt 4: Veränderung des Schluckverhaltens durch Bildgebungsroutinen

Bildgebungsroutinen selbst können die Schluckperformance eines Patienten beeinflussen. Erste Studien zur Relevanz zu boluspositionenabhängiger Kopfausgleichsbewegungen zur Aspirationsvermeidung bei subakuten Schlaganfallpatienten (Mende et al. 2013) schärfen das Bewusstsein dafür, dass natürliche spontankompensierende Schluckverhaltensweisen von Patienten in durchaus signifikanter Weise beeinträchtigt werden, sobald die Freiheit zu spontanen Ausgleichsbewegungen eingeschränkt wird, was beispielsweise die bildgebende Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung vor große Herausforderungen stellt (Fahrenbach et al. 2011). Wodurch führt die Durchführung einer FEES zur Beeinträchtigung der Bewegungsfreiheit des Patienten? Bei einer FEES kommt es zur

- Beeinträchtigung der Ausführung feiner, in Timing, Reichweite und Dauer programmierter bolusassoziierter kompensatorischer Kopfstellungsadjustierungen des Patienten (Mende et al. 2013) durch die das Endoskop fixierende Hand des Untersuchers an der Nasenöffnung (sog. Cigarette-Position) oder im Gesichtsbereich des Patienten,
- Beeinträchtigung der Bewegungsfreiheit des Patienten durch das als Fremdkörper einliegende Endoskop, das wie viele andere Medizinprodukte natürliche, zeitkritische, viskositätsassoziierte Kopf- und Rumpfstellbewegungen beim Schlucken verändern bzw. beeinträchtigen und sogar Penetrationen und Aspirationen herbeiführen kann (Dietsch et al. 2017, Meketa et al. 2013, 2016, Pryor et al. 2017, Morishima et al. 2005, Stambolis et al. 2003).

Artefakt 5: Verzicht auf Videoanalyse

Untersucher verzichten häufig aus Zeitgründen auf die Durchführung einer Videoanalyse inklusive der Betrachtung im Slow-Motion- und Bild-für-Bild-Modus (Stanschus 2002, Fechler et al. 2011, Taubert et al. 2020). Ohne Videoanalyse kann jedoch die Beziehung zwischen dem Auftreten von Penetration-Aspiration auf der einen Seite und verschiedenen physiologischen Ausprägungen auf der anderen Seite nicht determiniert werden (Molfenter & Steele 2014).

Untersucher verzichten auf Videoanalysen jedoch nicht nur aus Zeitmangel, sondern auch, weil sie trotz verbesserter Schulung in Verbindung mit einer sich zunehmend verbreitenden Zertifizierungspraxis (Yoshida et al. 2020,

Dziawas et al. 2016, 2017) weiterhin unzureichend in spezifisch für die Diätbleitung kritischen Videoanalysetechniken ausgebildet sind (Cimoli et al. 2019, Brady et al. 2018), wenig darin in der klinischen Praxis eingearbeitet oder fortgebildet werden oder schlicht nicht über ausreichende Kenntnisse zur Bedienung und Anwendung ihres Videosoftware-Equipments verfügen (Benfield et al. 2020b, Strakeljahn et al. 2014, Hind et al. 2009).

Artefakt 6: mangelnde Analyse- und Ableitungsstandards

In instrumentellen Untersuchungen werden häufig Ereignisse betrachtet, für deren Auftreten es kaum wie bei der zuverlässig feststellbaren Aspiration oder Penetration (Steele & Grace-Martin 2017, Hey et al. 2014) geeinigte Standards für deren Feststellung (What-Prinzip) oder es bisher kaum untersuchte prognostische Aussagekraft der festgestellten empirischen Ereignisse für etwaige Folgen für die Gesundheit des Patienten (So-What-Prinzip) gibt (Kim et al. 2020, Pisezna et al. 2020, Gerschke et al. 2019, Shapira-Galitz et al. 2019, O'Keefe 2018, Curtin et al. 2020, Miles et al. 2018, Pisezna et al. 2018, Pluschinski et al. 2016).

Um schluckdiätetische Empfehlungen aus der Bildgebung in artefaktreduzierter Weise abzuleiten, sollten videobasierte Analysen bolusinduzierten Schluckverhaltens (Steele & Miller 2010, Steele et al. 2019, Molfenter & Steele 2012, Curtin et al. 2020, Lenell et al. 2020, Hey et al. 2015) auf Grundlage altersnormierter Vergleichsdaten und auf Grundlage von Modellierungen zu Faktoren erfolgen, die unabhängig vom in der Bildgebung zufällig aufgetretenen individuellen Schluckverhalten auch eine Vorhersagekraft für das Auftreten von relevanten Aspirationsepisoden im Alltag des untersuchten Patienten besitzen (Zhang et al. 2020, Choi et al. 2020, Brates et al. 2019, Curtis et al. 2020, Steele et al. 2020, Sia et al. 2019, Steele et al. 2019, Wong et al. 2019, Brodsky et al. 2018, Herzberg et al. 2018, Ruffer & Düllmann 2016, Steele & Cichero 2014, Molfenter & Steele 2013, Ruffer & Wilmskötter 2013, Pearson Jr. et al. 2013, Justus et al. 2012, Ruffer 2012, Molfenter & Steele 2012). Diese Evidenz findet sich aber selten implementiert, sodass in der klinischen Praxis das artefaktbasierte Ableiten von Schluckdiäten immer noch weit verbreitet ist.

Artefakt 7: Mangelnde Verfügbarkeit der Originalaufnahmen für Behandler

Die mangelnde Verfügbarkeit von Originalvideoaufzeichnungen verbessert diese Ausgangslage für behandelnde Stationsärzte und Therapeuten nicht: So werden in vielen Einrichtungen Patientenaufnahmen auf den Speichermedien von mobilem Stand-Alone-Equip-

ment, auf denen sie aufgezeichnet wurden, belassen. Während die Untersucher die Videos darauf bequem abspielen können, bleiben sie darauf außerhalb der Krankenhausinformationssysteme archiviert (Fechler et al. 2011) und sind so i.d.R. dem barrierefreien Zugriff durch die Behandler entzogen.

Artefakt 8: Mangelnde terminologische Standardisierung der Berichterstattung

Die Beachtung des Grundprinzips „ein Video sagt mehr als tausend Bilder, sagt mehr als tausend Worte“ würde verlangen, dass Behandler direkten barrierefreien Zugriff auf Originalaufnahmen haben. Ohne diese Möglichkeit sind Behandler auf die mangels terminologischer Einheitlichkeit wenig aussagekräftigen idiosynkratischen schriftlichen Reportierungen durch die meist nur konsiliarisch tätigen Untersucher angewiesen. Aus solchen Reportierungen geht häufig nicht hervor, bei welcher und wievielter Volumenkonsistenz aufgrund welchem genau beschriebenen Verabreichungsmodus welches Schluckereignis unmittelbar im Zusammenhang steht (Steele et al. 2020).

Ohne detaillierte Angaben zum spezifischen Bolusvolumenkonsistenz basierten Schluckverhalten sind schriftliche Reportierungen jedoch wertlos für die Ableitung von Schluckdiäten und für die Schlucktherapieplanung durch den weiterbehandelnden Therapeuten. Abhilfe ist an diesem Punkt nur durch die Verwendung von IDDSI-genormten Bolusproben (Barbon & Steele, 2018, Cichero et al. 2017) in bildgebenden Untersuchungsprotokollen zu erwarten (Scheffold et al. 2020), sofern die Patienten im Klinikalltag ebenfalls mittels IDDSI-genormten Schluckdiäten versorgt werden (Trček Kavčič et al. 2020, Su et al. 2018, Lam et al. 2017), da so ein terminologisch vereinfachter Übertrag von Bildgebungsergebnissen auf die Alltagspraxis bis hinein in die Beratung von Patienten und deren Angehörigen auf Basis einer standardisierten Schluckdiätklassifikation zu erwarten ist (Rule et al. 2020, Steele et al. 2018).

Bessere Alltagstauglichkeit der Ergebnisse klinischer Schluckuntersuchungen?

Werden aus solchen artefaktbasierten Untersuchungen formulierte Schlussfolgerungen nicht durch Beobachtungen aus klinischen Schluckuntersuchungen und länger andauernden klinischen Verhaltensbeobachtungen (Adam et al. 2020, McAllister et al. 2020) im Rahmen klinischer Behandlungspfade systematisch und auf standardisierte Weise ergänzt und damit ausbalanciert, dann wird die Fehlableitung von Schluckdiäten hochwahrscheinlich (Namasivayam-MacDonald et al. 2019).

Es ist daher keine Überraschung, dass sich aus artefaktbasierten FEES-Untersuchungen ab-

geleitete Diättempfehlungen von Diättempfehlungen, die auf Grundlage klinischer Untersuchungen abgeleitet wurden, unterscheiden (Tye et al. 2020, Braun et al. 2018, 2019). Es drängt sich die Frage auf, ob es nicht angezeigt ist, der FEES-Bildgebungspraxis eine Denkpause zum Zwecke der Aufarbeitung der sich herauskristallisierenden Auswirkungen methodischer Mängel auf die Ableitung von Schluckdiäten zu empfehlen. In dieser Phase des „Re-Thinkings“ (Brodsky & Gilbert 2020) können sich klinische Therapeuten als Folge verbesserter Clinical Reasoning- und Hypothesenbildungstechniken (McAllister et al. 2016, 2020) auf Diättempfehlungen verlassen, die aus standardisierten klinischen Schluckuntersuchungen und längeren Beobachtungsphasen abgeleitet sind, da diese Diättempfehlungen robuster sind und sich offenkundig deutlich besser in das tatsächliche Alltagsgeschehen unserer Patienten integrieren lassen.

Rangarathnam & McCullough (2016) konnten nämlich zeigen, dass aus der Durchführung einer standardisierten ausführlichen klinischen Schluckuntersuchung (KSU) abgeleitete Diättempfehlungen durchaus gut mit den aus der Videofluoroskopie abgeleiteten Diättempfehlungen korrelieren. Dies ist dann keine Überraschung, wenn man berücksichtigt, dass natürliche, zeitkritische und boluspositionsassoziierte kompensatorische Kopfstellbewegungen der Patienten in der Videofluoroskopie nicht durch den Untersucher behindert werden (Mende et al. 2013) und somit in dieser Art der Bildgebung ihre natürliche Wirkung zum verbesserten Schutz vor Penetration und Aspiration genauso wie bei einer klinischen Schluckuntersuchung entfalten können.

Des Weiteren konnten Brates et al. (2019) in einer explorativen Vergleichsstudie zur taktilen vs. visuellen Beurteilung der hyolaryngealen Exkursion mittels Palpation vs. Videofluoroskopie bei einer heterogenen Gruppe von Dysphagiepatienten überraschenderweise zeigen, dass klinische Sprachtherapeuten mittels standardisierter Palpation bedeutungsvolle Einschränkungen in der anterioren Bewegung des Zungenbeins zuverlässig beurteilen konnten. Die Bedeutung dieses Ergebnisses für die Frage einer Neubewertung des Verhältnisses von klinischen Schluckuntersuchungen zu bildgebenden Verfahren ist nicht zu unterschätzen.

So berichten Zhang et al. (2020) auf der Grundlage einer VFS-basierten physiologischen Studie, dass aus allen Bewegungsanteilen der hyolaryngealen Verlagerung nur der Bewegungsaspekt der anterior-horizontalen Bewegung des Zungenbeins prädikativ für das Auftreten von Aspirationsereignissen ist. Die Bewegung ist gut ertastbar, da die Verlagerung des Hyoides durch die Kontraktion der supra-

hyoidalen Mundbodenmuskulatur erzielt wird (Nagy et al. 2014).

Solche Zusammenhänge weisen darauf hin, dass Sprachtherapeuten auf der Grundlage standardisierter klinischer Schluckuntersuchungen sogar in der Lage sind, für die Schlucksicherheit prädikative physiologische Parameter in die Ableitung schluckdiätetischer Maßnahmen einfließen zu lassen. In der Kombination mit Langzeitbeobachtung und sich aus einer körperlichen Untersuchung und Anamnese ergebenden Informationen trägt das zu einer besseren Robustheit und besseren Alltagstauglichkeit der auf Grundlage von standardisierten klinischen Schluckuntersuchungen abgeleiteten Diättempfehlungen bei.

Plädoyer für ein Umdenken – COVID-19-Pandemie als Trigger des Wandels

Insgesamt gibt es mittlerweile **konvergierende Evidenz, dass mit auf Bildgebung basierten Diättempfehlungen keine besseren Behandlungsergebnisse verbunden sind** (Dziawas & Pflug 2020) oder von diesen sogar ein Risiko für schlechtere Behandlungsergebnisse ausgeht (Teuschl et al. 2018, Brogan et al. 2014, Carlow et al. 2012, O’Keeffe 2018). In aktuellen Veröffentlichungen wird daher vor der unkritischen Implementierung von **bildgebungsbasierten** Diättempfehlungen entweder gewarnt (Dziawas & Pflug 2020) oder sogar explizit abgeraten (Murray et al. 2019, Beck et al. 2018).

Die momentan andauernde COVID-19-Pandemiesituation gibt nun die Gelegenheit innezuhalten und zu reflektieren, welche Arbeitsweisen in der Klinischen Dysphagiologie tatsächlich essenzieller Natur sind und auf welche Arbeitsweisen, die weniger Benefit bringen, in einer solchen Lage verzichtet werden kann. Dysphagie-Assessments, FEES und flexible Laryngoskopie gelten wegen der potenziell aerosol- und tröpfchengenerierenden Durchführung z.B. durch die Provokation eines Hustens, Würgereflexes oder eines Niesens als in der Pandemie-Zeit problematische Untersuchungen (Miles et al. 2020a, Fritz et al. 2020, Thamboo et al. 2020, Brodsky & Gilbert 2020, Namasi-vayam-MacDonald & Riquelme 2020).

Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund zu sehen, dass die virale Last in der ersten Phase der Infektion im Nasopharynx am höchsten ist (Miles et al. 2020b). Insbesondere durch das Einführen und Zurückziehen des Endoskops in den und aus dem Nasenraum ist die Durchführung einer FEES mit erhöhtem Risiko für die aerogene Verbreitung des Virus verknüpft (Miles et al. 2020a). Daher wird in zahlreichen nationalen und internationalen Verfahrensanweisungen empfohlen, als **First Line Tool** (Fritz et al.

2020) der instrumentellen Untersuchung, sofern eine klinische Untersuchung als nicht ausreichend erscheint, auf die Videofluoroskopie zu setzen, da in der Videofluoroskopie schon aus Strahlenschutzgründen (Wosnitza et al. 2013) eine physikalische Distanzierung notwendig ist.

Die Indikation für eine FEES sollte zurzeit wesentlich strenger als vor der COVID-19-Pandemie gestellt werden. Die essenzielle Rolle der FEES ist während der COVID-19 Pandemie auf deren mittlerweile unverzichtbare Rolle im Dekanülierungs- und Reoralisierungsmanagement von beatmeten bzw. nicht-beatmeten tracheotomierten Patienten beschränkt (Boders et al. 2019, Heidler 2019, Marvin et al. 2019, McGrath et al. 2019, Pandian et al. 2019, Perren et al. 2019, Suntrup-Krueger et al. 2019, Heidler et al. 2019) und nur von besonders erfahrenen und trainierten Personengruppen unter jeweils landesspezifischen Vorgaben unter Beachtung besonders strenger hygienischer Bedingungen durchzuführen (Miles et al. 2020a, McGrath B.A. et al. 2020, Mattei et al. 2020, Bolton et al. 2020).

Angesichts der hier besprochenen notwendigen Neubewertung des Benefits der FEES vor allem durch die mangelnde Alltagstauglichkeit der aus ihr abgeleiteten Schluckdiäten kann es mangels Verfügbarkeit einer Videofluoroskopie durchaus angebracht sein, ein pandemisch induziertes und indiziertes Aussetzen des Regelbetriebs eines FEES-Services zum Innehalten und Reflektieren zu nutzen und zwischenzeitlich die Ableitung von Schluckdiäten wieder wie in alten Zeiten auch und gerade im Sinne des Infektionsschutzes (Miles et al. 2020a, de Sousa et al. 2020) rein auf der Grundlage klinischer Schluckuntersuchungen vorzunehmen, ohne jedoch dabei auf den mittlerweile erzielten Fortschritt in der Standardisierung der körperlichen Untersuchung des Schluckens zu verzichten (McAllister et al. 2020, Benfield et al. 2020a, Rangarathnam & McCullough 2016, McAllister et al. 2016, Murray 2006, 2014, Stanschus & Burek 2009).

Ausblick: Ableitung von Schluckdiäten in und nach der COVID-19 Pandemie

Der Virus ist mit uns und wird voraussichtlich bleiben, auch wenn viele Restriktionen als Folge der Pandemiebekämpfung zurzeit aufgehoben worden sind. Angehörige von Gesundheitsberufen, die im Rahmen ihrer Arbeit Oropharynx, Nasopharynx, Larynx und die oberen und unteren Atemwege, also damit die *anatomischen Epizentren* von SARS-CoV-2, untersuchen und behandeln (Quereshy et al. 2020, Lammers et al. 2020, Miles et al. 2020a), teilen die Ver-

antwortung für ein konstruktives Engagement (Brodsky & Gilbert 2020). Die derzeitige Veröffentlichungs- und Pandemielage erzwingt ein Umdenken in der Untersuchung von Schluckstörungen und eine Reorganisation unserer Abläufe und Arbeitsweisen (Dziewas et al. 2020, Zaga et al. 2020, Rameau et al. 2020, RCSLT Impact COVID-19 2020, de Sousa et al. 2020).

Brodsky & Gilbert (2020) bezeichnen die aktuelle Situation als klinischen „time warp“, in der viele Sprachtherapeuten weltweit auf nicht mehr als die klinische Schluckuntersuchung zurückgeworfen sind, da die Videofluoroskopie und die FEES in vielen Weltregionen unter der COVID-19-Pandemie entweder nur als elektive und damit medizinisch nicht notwendige Verfahren eingestuft wurden (Zaga et al. 2020, Geneid et al. 2020) oder wie die FEES nur bei sehr eingeschränkten und medizinisch notwendigen Indikationen wie beim Dekanülierungsmanagement als essenziell eingestuft sind (Miles et al. 2020b).

Brodsky & Gilbert (2020) appellieren an uns Sprachtherapeuten, dass wir angehalten sind, in sehr kurzer Zeit neue nicht-invasive Assessment-Methoden zu entwickeln, die pathologische Schluckcharakteristiken aufzudecken in der Lage sind. Hierzu zählen sie nicht-invasive Bildgebung, Kraft- und Sensibilitätstestung, Patientenberichte, Accelerometrie, zervikale Auskultation und das Auszählen der Schluckfrequenz (ebd.).

Wir benötigen mehr denn je Assessments, welche die Pathologie über ein großes Spektrum von Krankheiten charakterisieren und die Beeinträchtigung von Atemwegseinschränkungen und das Aspirationspneumonierisiko mit praktikablen und reproduzierbaren metrischen Methoden erfassen. Wir müssen, so Brodsky & Gilbert (2020) weiter, nicht-invasives Tes-

ten von Schluck- und Atemwegssicherheit wieder umarmen lernen, in denen eine detaillierte Krankengeschichte, ein validiertes Inventar von Symptomen, die Patienten selbst angeben, und die Hirnnervenuntersuchung ein guter Anfang darstellten, jedoch, so die Autoren weiter, nicht ausreichend sind, da sie fraglich reliabel sind.

Es geht also darum, während der Pandemie und darüber hinaus standardisierte klinische Schluckuntersuchungen kombiniert mit eingehender der Patientenbeobachtung (Namasivayam-MacDonald et al. 2019) bei der Ableitung von Schluckdiäten in den Mittelpunkt zu stellen und hierfür auch bereits verfügbare non-invasive apparative, telemedizinische und virtuelle Methoden (Ciucci et al. 2016) in der Untersuchung, Behandlung und Betreuung von Menschen mit Dysphagien massiv auszubauen (Mies et al. 2020a, Ku et al. 2020, Zughni et al. 2020, Soldatova et al. 2020, Geneid et al. 2020).

Die eingehende Patientenbeobachtung wiederum sollte eine mindestens mehrstündige Langzeitbeobachtung beinhalten, die, sofern verfügbar, durch den Einsatz mobiler apparativer Messinstrumente zur Langzeitschluckmessung des alltäglichen Schluckverhaltens eines Patienten auf der Grundlage von Oberflächen-EMG kombiniert mit Bioimpedanz (Rehalngest, Schultheiss & Seidl 2019, Adam et al. 2020), basierend auf Accelerometrie (DDS, Steele et al. 2019) oder basierend auf hochauflösender zervikaler Auskultation (HRCA, Khalifa et al. 2020, Donohue et al. 2020) ergänzt werden und diese durch Senkung des Personalaufwandes effektiver machen kann.

Die Technik kann Segen und Fluch zugleich sein. Dennoch führt kein Weg an der Erkenntnis vorbei, dass nach derzeitigem Veröffentli-

chungsstand die Weiterentwicklung der Beobachtungskompetenz von Pflegefachpersonen (Rüegg & Steiner 2018), die Standardisierung von teaminternen Schulungen und Kommunikation sowie das zuverlässige Einbinden des Feedbacks, der Compliance und der Wünsche von Patienten und deren Pflegenden (Alvarenga et al. 2019, Sommerville et al. 2017, 2019, McCurtin et al. 2018, Soar et al. 2020, McHutchison et al. 2018) und damit vor allem die Faktoren Zeit, menschlicher Respekt und Zuwendung, die wichtigsten Elemente zur verbesserten Zuführung von Essen und Trinken bei der Versorgung von Menschen mit schluckstörungsassoziiertem Gesundheitsrisiko waren, sind und bleiben werden.

Es isst und trinkt der Mensch nicht nur allein.

► **Wegen des Umfangs stehen die Quellenangaben zum Download unter der Adresse: download.schulz-kirchner.de > [forum:logopädie](#) > [Fachartikel](#) > [Jahrgang](#) > [2020](#) > [Ausgabe 5](#)**

SUMMARY. Swallowing diagnostics and COVID-19: Plea for a rethink

The NPO infection paradox and imaging artifacts in derivation of dysphagia diets in times of the COVID 19 pandemic

In recent years, there is increasing evidence that the well-intentioned recommendation of total non-peroral (NPO) abstinence from food for the prevention of aspiration pneumonia in patients with severe swallowing disorders actually increases the risk of developing aspiration pneumonia itself. Swallowing diets, which are also used with the aim of avoiding aspiration, can also lead to the development of negative health effects according to current publications. For this reason, there has been an increasingly critical discussion about the suitability of imaging for the derivation of swallowing diets in clinical practice. The recent COVID-19 pandemic has intensified the growing demand for a rethinking of the role of instrumental swallowing tests. Despite the lifting of infection control restrictions, this has already led to lasting changes in the way swallowing diagnostics is carried out in several regions of the world, which will outlast the pandemic. The article highlights the evidence, advocates a rethinking of the current indication of total abstinence from food and swallowing diets and supports the plea for a reorientation of swallowing diagnostics.

KEY WORDS: Dysphagia – NBM (nil by mouth) – dysphagia diets – Fiberendoscopic Evaluation of Swallowing (FEES) – COVID-19 Pandemic – aspiration pneumonia



Sönke Stanschus ist Klinischer Linguist, Highly Trained Specialist SLT for Intensive Care, Stroke, Tracheostomy, PES & sEMG Biofeedback, sEMG Developer, Co-Gründer des FEES Cur-

riculums der DGN, FEES Trainer und Instruktor der DSG/DGN/DGG und ESSD, Registered MBSImp Clinician, Registered TOR-BSST SLT und Co-Autor & Co-Gründer des IDDSI Frameworks. Er war Board-Member der IDDSI-Kommission von 2013-2017, Gründer & Leiter des Karlsbader Schluckzentrums von 2002-2012, und arbeitet als Dysphagie-Teamleiter sowie IDDSI-Projektleiter an der St. Mauritius Therapieklinik Meerbusch der VKKD Düsseldorf.

DOI 10.2443/skv-s-2020-53020200504

KONTAKT

Sönke Stanschus
St. Mauritius Therapieklinik
Strümpfer Str. 111
40670 Meerbusch
soenke.stanschus@stmtk.de

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

Besser gut bei Stimme

POHL BOSKAMP 

GeloRevoice® Halstabletten

- Lindert Halskratzen, Hustenreiz, Heiserkeit
- Hilft schnell spürbar und lang anhaltend
- Bildet einen befeuchtenden Schutzfilm



Ramona Rüegg & Jürgen Steiner

Dysphagie – Logopädische Kompetenz für die Pflege

Die Logopädin als Beraterin, Instruktorin und Supervisorin in der Kooperation mit Pflegefachpersonen

Einleitung

Prävalenz und Inzidenz der Dysphagie sind in den letzten Jahren deutlich gestiegen. In der Akutrehabilitation ist die Dysphagie inzwischen der Schwerpunkt der logopädischen Arbeit. Im Curriculum der Ausbildungsstätten darf der Themenkreis nicht fehlen und Weiterbildungen sind gefragt.

Oft kann in der Praxis das Wünschenswerte erreicht werden und die Betroffenen können zurück in die Wohnselbstständigkeit entlassen werden. Teilweise ist dies nicht möglich. Vor allem geriatrische Patienten, die nicht primär über das Alter, sondern über die Merkmale Multimorbidität und Fragilität definiert werden, gehen den Weg der Pflege in Alters- bzw. in Pflegeheimen.

Diese Menschen bedürfen der besonderen (Nach)Sorge durch die Pflege. Dieses Postulat wird unterstützt durch eine Multicenter-Studie (n=360), die eine Unterversorgung der Men-

schen mit Dysphagie im Pflegekontext aufzeigt (Ekberg et al. 2002):

- 45 % der Menschen mit Dysphagie gaben an, dass die Essenssituation nicht als angenehm erlebt wird und
- teils sogar von Angst begleitet wird (41 %).
- 36 % vermieden es, mit anderen Menschen zu essen und
- 50 % aßen weniger als normal üblich.
- 33 % hatten nach dem Essen noch Hunger und/oder Durst und
- 44 % hatten in den vergangenen 12 Monaten an Gewicht verloren.

Diese Zahlen als Ausschnitt aus der Untersuchung sollten alarmieren. Es ist hier von einer Fehl- und Unterversorgung von Dysphagiepatienten auszugehen. Auch Neff & Steiner 2008 machen auf eine Studie aufmerksam, in der zwar bei 40 % der Befragten eine Schluckstörung diagnostiziert wurde, aber nur 32 % dieser Gruppe eine ärztliche Behandlung erhielten.

Dieser Lücke kann entgegengetreten werden, indem die Kompetenz der Pflegenden im Kontext Dysphagie erhöht wird. Hier ist die Logopädie gefragt. Die Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und der Logopädin muss über Delegation hinausgehen, gefragt ist Kooperation. Diese ist nicht nur bei Formen der Intervention angezeigt, sondern auch als Maßnahme der Prävention.

Ein theoretischer wie auch praktischer Austausch der beiden Fachdisziplinen Pflegewissenschaft und Logopädie ist zwingend erforderlich. Bisher gibt es aber nur wenige Veröffentlichungen, die beide Disziplinen zusammenbringen (Hunziker & Steiner 2014, Neff 2018, Neff & Steiner 2018). Es wird davon ausgegangen, dass die fehlende Fachdiskussion sich auch in fehlender Kooperation auf der Ebene der Professionen widerspiegelt. Dieser Fachbeitrag will hier eine Handreichung bieten. Er spricht Logopädinnen und Logopäden an, die in entsprechenden Institutionen mit Pflegefachpersonen im Kontext Dysphagie zusammenarbeiten. Damit sind vor allem Alters- und Pflegeheime gemeint.

Der erste Schritt der Zusammenarbeit in der Praxis ist, dass Logopädinnen und Pflegefachpersonen um die Kompetenz der jeweiligen Partnerprofession wissen. Das heißt, dass beide zunächst einmal Verantwortung für die eigene Kompetenzhoheit übernehmen. Aus der Sicht der Logopädie ergibt sich damit ein doppelter Auftrag:

- Die Logopädie ist präventiv, diagnostisch, therapeutisch und beratend für dysphagiegefährdete oder dysphagiebedroffene Personen zuständig und
- die Logopädin nimmt ihre Rolle als Instruktorin und Supervisorin für die Pflege wahr.

Der Auftrag, logopädisch für Dysphagiepatienten tätig zu werden, ist klar verankert und die Kostenträgerschaft ist geklärt. Der Auftrag an die Logopädin als Instruktorin der Pflegefachpersonen ist nicht verankert. Er muss vor Ort hinsichtlich der Rahmenbedingungen diskutiert werden (Neff & Steiner 2018).

Hilfen zur interprofessionellen Zusammenarbeit: Kriterien für einen Dysphagie-Beobachtungsbogen

Die interprofessionelle Zusammenarbeit erfolgt in kaskadenhaften Schritten:

- 1 Informationen über Dysphagie an die Pflege weitergeben
- 2 Beobachtungskompetenz vermitteln
- 3 Besonderheit: Medikamentengabe
- 4 Fallbesprechung mit Entscheidungen.

Schritt 1: Informationen über Dysphagie an die Pflege weitergeben

Eventuell kann hier die Form einer Fortbildung für das Pflegefachpersonal gewählt werden. Die Inhalte können dann intern im Team der Pflege über die Pflegedienstleitung weitergetragen und auch institutionsspezifisch kon-

ZUSAMMENFASSUNG. In Alters- und Pflegeheimen ist vielfach eine Fehl- und Unterversorgung von Menschen mit Dysphagie festzustellen. Um dem entgegenzuwirken, ist ein theoretischer wie auch praktischer Austausch der beiden Fachdisziplinen Pflegewissenschaft und Logopädie zwingend erforderlich. Eine Hilfestellung zur interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Logopädinnen und Pflegekräften in der Geriatrie bietet der „Rorschacher Beobachtungsbogen Schluckfunktion und Risiken – RoB-SR“. Dieser Leitfaden wird vorgestellt, mit anderen Tools verglichen und über dessen Evaluation berichtet.

- ▶ Dieser Beitrag ist in weiten Teilen identisch mit dem Beitrag: Rüegg, R. & Steiner, J. (2018). Dysphagie – Die Logopädin als Beraterin, Instruktorin und Supervisorin in der Kooperation mit Pflegefachpersonen. *logopädie-schweiz* 1 (4), 19-22

kretisiert werden. Die Pflegedienstleitung vor Ort kann auch die Verantwortung übernehmen, als Dysphagie-Care-Managerin zu fungieren (Neff & Steiner 2018).

Beide Berufsgruppen wissen: Schluckstörungen kommen nicht selten vor. Man spricht von einer Dysphagieprävalenz von 16% bis 22% bei über 55-Jährigen (Hotzenköcherle 2015). Bei Personen über 75 Jahren wird sogar von 45% ausgegangen (Hotzenköcherle 2013). Eher vernachlässigt wird die Tatsache, dass Dysphagien häufig nicht erkannt werden; die Information der Logopädin für das Team Pflege soll hierfür sensibilisieren.

Es ist wichtig, dass Pflegenden ihre Verantwortung erkennen: Die Logopädin ist zwar bei Verdacht auf Dysphagie für eine Diagnostik und allenfalls weitere Therapieaktionen zuständig, die Pflegefachperson ist aber die Expertin für den Alltag. Die Pflegefachperson muss soweit instruiert sein, dass sie die Dysphagie-Care-Managerin oder die Logopädin direkt informiert und um Assistenz bittet.

Information ist die Voraussetzung, zusätzlich braucht es eine kriteriengeleitete Beobachtungskompetenz. Auf diese Weise können Schluckstörungen früh identifiziert und Maßnahmen rechtzeitig in die Wege geleitet werden, um die betroffenen Personen im Hinblick auf ihre Lebensqualität und Partizipation bestmöglich zu unterstützen.

Dass ein Informationsbedarf aus Sicht der Pflegepersonen besteht, belegen die Ergebnisse der Befragung von Rüegg 2017 (n=12). Im Rahmen der Arbeit wurden Pflegefachpersonen befragt, wie kompetent sie sich fühlen beim Erkennen einer möglichen Dysphagie (Beobachtungskompetenz) sowie bei der Situation der Nahrungsaufnahme nach einer diagnostizierten Dysphagie (Handlungskompetenz).

Anschließend wurden sie in einer kurzen Schulung über Dysphagie genauer informiert und zur Arbeit mit einem Leitfaden („Rorschacher Dysphagie-Beobachtungsbogen Schluckfunktion und Risiken, RoB-SR“, Rüegg 2017) instruiert (Empowerment). Nach zwei Monaten wurden die Probanden bezüglich Wirkung und Nachhaltigkeit des Empowerment-Inputs erneut befragt. Der Input wurde durchgängig nicht nur als sehr positiv, sondern geradezu als notwendig bewertet. Daraus folgt:

- **Informationslücke schließen:** Basisinformationen zum Thema geeignete Trinkhilfen bei Dysphagiepatienten müssen bekannt gemacht werden (Beispiel Nasenbecher).
- **Kompetenzen erweitern:** Durch eine Schulung mit Einarbeitung in den „Dysphagie-Beobachtungsbogen RoB-SR“ entstehen Kompetenzen der Erkennung von möglichen Dysphagien und der Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme.

Schritt 2: Beobachtungskompetenz vermitteln

Die Beobachtungskompetenz kann unterstützt werden über Checklisten und Leitfäden, in die die Logopädin die Pflegenden einführt. In Neff & Steiner (2018) wird den Pflegenden mit der „Zürcher Alterscheckliste Schluckfunktion“ eine 15-Punkte-Liste von Kriterien nahegebracht:

- 1 Vermehrter Rückzug in Essenssituationen
- 2 Appetitlosigkeit, Vermeiden bestimmter Speisen oder reduzierte Trink-/Essmenge
- 3 Verlängerte und/oder ungeschickt wirkende Nahrungsaufnahme
- 4 Austritt von Nahrung/Speichel aus dem Mund
- 5 Verlust von Flüssigkeit beim Trinken
- 6 Verbleiben von Nahrungsresten im Mundraum
- 7 Anstrengung beim Schlucken
- 8 Hochwürgen von Nahrung
- 9 Kloß-/Fremdkörpergefühl im Hals
- 10 Aufstoßen/Sodbrennen
- 11 Husten/Räuspern während oder nach der Nahrungsaufnahme
- 12 Veränderung der Stimme nach dem Schlucken
- 13 Ungewollte Gewichtsabnahme
- 14 Beklagen von Schwierigkeiten seitens der betroffenen Person
- 15 Unklares Fieber, wiederkehrende Bronchitiden/Pneumonien (evtl. Verdacht auf stille Aspiration).

Während sich die Checkliste von Neff & Steiner (2018) auf Hinweise/Symptome einer möglichen Schluckstörung konzentriert, erweitert der „Dysphagie-Beobachtungsbogen RoB-SR“ (siehe unten) die Perspektive um Risikodiagnosen und -faktoren sowie schluckrelevante

Dysphagie-Screeningtools

- **Dysphagie-Beobachtungsbogen** (Rüegg 2017)
www.shlr.ch/fileadmin/documents/PDF_Produkte/Leitfaden_Dysphagie_Is2018-4.pdf
- **SERAPH. Schluck-Erfassung für Alters- und Pflegeheime** (Guggisberg et al. o.J.)
www.hfh.ch/fileadmin/files/documents/Dokumente_Expertenwissenonline/Sprache_und_Demenz/SERAPH_Schluckerfassung_12012016_nb.pdf
- **Dysphagie Screening Tool – DSTG** (DGG 2019)
www.dggeriatrie.de/images/Dokumente/191227-DSTG-befundbogen-und-handlungsanleitung-dysphagie-screening-tool-geriatrie.pdf

Alle Tools stehen zum kostenlosen Download zur Verfügung.

K-M-A
Kölner Mutismus
Anamnesebogen



SYMUT®
Diagnostik-Freeload auf
boris-hartmann.de

**Institut
für Sprachtherapie
Dr. Boris Hartmann**

Unsere Angebote für Sie:

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

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

Nebenwirkungen bestimmter Medikamente. Der Vorteil des „Dysphagie-Beobachtungsbogens RoB-SR“ ist, dass er gegliedert ist und damit eine fokussierte Beobachtung ermöglicht. Er kann gut von Nicht-Logopädinnen genutzt werden und ist im Web kostenlos verfügbar.

Guggisberger et al. (o.J.) haben mit „SERAPH. Schluck-Erfassung für Alters- und Pflegeheime. Entscheidungshilfe zur Erkennung von Schluckstörungen in Alters- und Pflegeheimen“ einen ausführlichen Bogen zur Dysphagie entworfen, der ebenfalls im Web kostenlos abrufbar ist.

Zudem liegt mit dem „Dysphagie Screening Tool“ (DSTG) der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie von 2019 ein weiteres Verfahren für das Ermitteln von Dysphagien vor. Auch dieses Tool ist abrufbar und enthält neben einem Bogen zum Ausfüllen eine zusätzliche Handlungsanweisung, die die Ausführung des Handlungsbogens klar erläutert. Das Screening soll mit Personen mit möglichem Abklärungsbedarf durchgeführt werden, die älter als 70 Jahre sind. Es ist also auf die Geriatrie ausgerichtet, weshalb auf nicht altersbedingte Risikofaktoren für Dysphagien nicht eingegangen wird, was sich vom RoB-SR unterscheidet.

Während beim DSTG außerdem Beobachtungskriterien aufgeführt sind, die jeweils mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden können und dementsprechend weitere Maßnahmen vorgeschlagen sind, listet der RoB-SR verschiedene Warnsignale auf, die vor oder während der Nahrungsaufnahme oder auch über längere Zeit beobachtet werden können und Hinweise auf Dysphagien geben. Der DSTG richtet sich klar an geschultes Personal, das gemäß Handlungsanweisung ein Schluckscreening mit entsprechendem Material durchführen soll. Der RoB-SR hingegen soll in den Pflegealltag integriert werden und möglichst von allen Pflegenden genutzt werden können, die den Patienten betreuen.

Sowohl der DSTG als auch der RoB-SR machen auf die Wichtigkeit der Vigilanz und Aufmerksamkeit des Patienten für die Nahrungsaufnahme aufmerksam. Auch ähneln sich die Verfahren bezüglich der beschriebenen Beobachtungskriterien. Zudem ist man sich bei den weiterführenden Maßnahmen einig: Bei Verdacht auf Dysphagien müssen die Pflegepersonen die zuständigen Logopädinnen und Logopäden und den Arzt oder die Ärztin konsultieren.

Auch der DSTG listet keine Medikamente auf, die die Schluckfähigkeit beeinflussen können. Diese sind ausschließlich beim RoB-SR ersichtlich und werden im nächsten Schritt noch genauer erläutert. Während es sich beim DSTG und beim SERAPH zudem um spezifische Screeningverfahren handelt, geht der RoB-SR zusätzlich auf Hinweise für Pflegepersonen ein, die Dysphagiepatienten betreuen.

Schritt 3: Medikamentengabe

Die tägliche Medikamentengabe ist eine wichtige Routine in der Pflege. Durch Sensibilisierung mittels der Fortbildung in Schritt 1, in der der „Dysphagie-Beobachtungsbogen RoB-SR“ (siehe Schritt 2) eingeführt wurde, kann die Pflegefachperson Beobachtungen vornehmen. Sie weiß, dass das Risiko des Verschluckens teils oft unerkannt bleibt. Sie ist sensibilisiert, dass bereits die Verweigerung der Medikamenteneinnahme ein Hinweis auf ein Schluckproblem sein kann. Wenn die Logopädin auf der Grundlage des Leitfadens bzw. der Beobachtungen hinzugezogen wird, kann evtl. eine Dysphagie identifiziert werden. Teils sind

Schluckstörungen auch durch Nebenwirkungen der Medikamente bedingt. Dies sollte geprüft und hinterfragt werden. Eventuell sollte die Dysphagie-Care-Managerin eine Liste jener Medikamente erstellen, die Schluckprobleme verursachen können.

Schritt 4: Fallbesprechung mit Entscheidungen

Nach der Beobachtung durch die Pflege folgt die Konsultation der Logopädin, die durch die weitere Diagnostik einen Status zuweist:

- weitere Beobachtung ist angezeigt,
- Maßnahmen durch die Pflege sind zu besprechen,
- Therapie ist indiziert.

Dysphagie-Beobachtungsbogen: Rorschacher Beobachtungsbogen Schluckfunktion und Risiken, RoB-SR

Warnsignale für Schluckstörungen - Screening

Risikodiagnosen & Risikofaktoren

- Schlaganfall
- Schädel-Hirn-Trauma
- Morbus Parkinson
- Demenz
- Multiple Sklerose
- Myasthenia Gravis
- Amyotrophe Lateralsklerose
- Tumore im Mund-, Halsbereich
- Altersbedingte Veränderungen
- Schläfrigkeit, Konzentrationsmangel
- Desorientierung

Schluckfähigkeit beobachten!
Essen und Trinken nur in wachem Zustand (mindestens 15 Minuten wach)

Schluckrelevante Nebenwirkungen bestimmter Medikamente

- Untypisches Essverhalten
- Schläfrigkeit
- Gestörte Bewegungsabläufe
- Mehr/weniger Speichel

Neuroleptika, Antipsychotika (Haldol, Risperdal)
Benzodiazepine (Temesta, Valium)
Parasympatholytika (Atrovent, Buscopan)
Antidepressiva (Citalopram, Remeron)
Muskelrelaxantien (Lioresal, Sirdalud, Botox)
Antidementiva (Exelon, Aricept)
Antihypertensiva, ACE-Hemmer (Coversum, Zestril)
Antiepileptika, Antikonvulsiva (Depakine, Keppra)
Antiparkinson-Medikamente (Madopar, Stalevo)

Hinweise auf eine Schluckstörung während der Nahrungseinnahme

- Schlucken nicht erkennbar (Hals)
- Verminderte oder deutlich verlängerte Kaubewegungen
- Häufiges, wiederholtes Nachschlucken
- Wiederholtes Husten, Räuspern
- Steckenbleiben der Nahrung
- Reste gelangen aus dem Mund
- Anstrengung beim Schlucken (mehr Zeit wird benötigt)
- Verminderte Freude am Essen

Hinweise auf eine Schluckstörung nach der Nahrungseinnahme

- Reste im Mund nach dem Schlucken
- Brodelnde, nasse Stimme
- Gurgelnde Atemgeräusche
- Vermehrtes Husten
- Anhaltendes Räuspern

Weitere Warnsignale

- Nahrungsverweigerung (Rückzug)
- Speichel fließt aus dem Mund
- Eingeschränktes Husten (kräftiges Husten vormachen und bitten nachzumachen)
- Gewichtsverlust
- Fieberzacken
- Pneumonien

Dokumentation (Verlauf)
Auf Zweifel, ungutes Gefühl hören

✓ Arzt / Ärztin und Logopäde / Logopädin oder Schlucktherapeut/in informieren
✓ Hinweise auf Rückseite beachten

Schweizer Hochschule für Logopädie Rorschach
Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Logopädie

© 2018, SHLR alle Rechte vorbehalten!
Autorin / Fotos: Ramona Rüegg
Information: ausbildung@shlr.ch, www.shlr.ch

Dieser Status wird mit dem Team Pflege oder stellvertretend mit der Pflege-Dysphagie-Care-Managerin besprochen und dokumentiert. Zu den Maßnahmen der betreuenden Pflegefachpersonen gehören die Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme und eventuell der Einsatz von angemessenen Hilfsmitteln. Therapeutische Maßnahmen gehören in das Gebiet der Logopädinnen. Das Problem des Zeitdrucks ist ein strukturelles Hindernis. Dieses sollte erkannt und mit der Hausleitung besprochen werden. Die Pflegefachpersonen müssen schließlich die zusätzlichen Anforderungen in den Arbeitsalltag integrieren, während mit einem Mehr an Personal kaum zu rechnen ist. Die Absprachen hinsichtlich der Hilfen bei der Nahrungsgabe müssen allen in der Pflege tätigen Personen, d.h. auch Pflegehilfen oder Auszubildenden in der Pflege bekannt sein (Rüegg 2017). Für einige Bewohner kann das Essen so vorbereitet werden, dass sie nach anfänglicher Hilfe selbstständig weiteressen können. Andere benötigen Essensbegleitung während der ganzen Mahlzeit, da das Essen aus unterschiedlichen Gründen nicht selbst eingenommen werden kann. Die Essensbegleitungen oder -eingaben, die dreimal täglich wiederholt werden müssen, sind mit zeitlichem Mehraufwand für die Pflegenden verbunden. Hier muss sich die Pflegedienstleitung für Qualität und Verantwortung für die Betreuten einsetzen. Durch die Kooperation zwischen Pflege und Logopädie können diejenigen Patienten erfasst werden, die tatsächlich an Schluckstörungen leiden und beim Essen Unterstützung oder Beobachtung benötigen. Durch diese Auslese können gegebenenfalls auch Zeiteresourcen gespart werden (Rüegg 2017). Durch logopädische Visiten in Institutionen (Bring- und Holschuld mit „Bedside Teaching“)

wird Wissen im Haus implementiert. In Anbetracht der sich anbahnenden Ressourcenknappheit der Fachpersonen könnte so der prekären Situation in der Langzeitpflege in Zukunft zumindest teilweise begegnet werden (Neff & Steiner 2018).

Dysphagie-Beobachtungsbogen: Evaluation und Ausblick

Der „Dysphagie-Beobachtungsbogen RoBSR“ (Rüegg 2017) thematisiert Risikodiagnosen und Risikofaktoren, schluckrelevante Nebenwirkungen bestimmter Medikamente, Hinweise auf eine Schluckstörung während der Nahrungsaufnahme und weitere Warnsignale. Er wurde in zwei Pflegezentren und einem Spital eingesetzt und anschließend evaluiert. Die Ergebnisse und Rückmeldungen der Pflegepersonen zeigen auf, dass durch die einleitende Schulung und die Arbeit mit dem Leitfaden die Sicherheit im Erkennen von Dysphagien und der Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme erhöht werden konnte. Die Zusammenarbeit zwischen Pflege und Logopädie wurde sehr geschätzt. Die Studie ergab außerdem, dass der Leitfaden eine interessante Auffrischung zur Thematik darstellt. Er wurde aber auch verwendet, um anderen Mitarbeitern das Thema Dysphagie zu erklären. Die entsprechenden Rückmeldungen machen deutlich, dass der Leitfaden in der Praxis ein hilfreiches Mittel für die Pflegepersonen darstellt. Zudem wurde mehrmals erwähnt, dass bei den Probanden ein Lerneffekt feststellbar ist. Es wurde jedoch auch zurückgemeldet, dass einige Hilfestellungen auf dem Leitfaden auch aufgrund fehlender Praxis nicht umge-

setzt werden können. Ein ausführlicherer oder regelmäßiger Input durch Logopädinnen wäre hier vermutlich zielführend. Die Interpretation der Ergebnisse gibt Hinweise darauf, dass klinische Logopädinnen für das Informieren und Anweisen der Pflegepersonen und somit für eine adäquate Behandlung von Dysphagiepatienten eingesetzt werden müssen und eine Ersetzung durch andere Fachdisziplinen nicht unbedingt zielführend ist. Zudem lässt sich festhalten, dass die interdisziplinäre Arbeit von Logopädinnen und dem Pflegepersonal von den Probanden sehr geschätzt wurde und Nutzen daraus gezogen werden konnte. Aufgrund der demografischen Entwicklung ist mit einer Zunahme an Menschen mit Schluckstörungen im Pflegekontext zu rechnen. Dem steht der Fachkräftemangel gegenüber, der sich im Verlauf der kommenden Jahre noch weiter verschärfen dürfte. Eine adäquate Versorgung scheint durchaus gefährdet. Die Gesundheitsversorgung in der Langzeitpflege erfordert eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von Angehörigen aller Gesundheitsberufe, die ihre unterschiedlichen Fachkompetenzen und Sichtweisen einbringen. Beim Dysphagiemanagement ist die Logopädie als beratende Instanz für die Pflege gefragt. Kooperation vor Delegation sollte die Devise sein.

: LITERATUR

- Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V. (DGG), Arbeitsgemeinschaft Dysphagie (2019). *Dysphagie Screening Tool Geriatrie (DSTG)*



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

Logopad Zurück zur Sprache

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



Service-Telefon: 0800 734 28 47 (kostenfrei)
www.rehavista.de

REHAVISTA®
Kommunikation ist Leben

Ekberg, O., Hamdy, S., Woisard, V., Wuttge-Hannig, A. & Ortega P. (2002). Social and psychological burdens of dysphagia: its impact on diagnosis and treatment. *Dysphagia* 17 (2), 139-146

Guggisberg, A., Hunziker, E. & Singer, C. (O.J.). SERAPH. *Schluck-Erfassung für Alters- und Pflegeheime. Entscheidungshilfe zur Erkennung von Schluckstörungen in Alters- und Pflegeheimen.* Zürich: Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik

Hotzenköcherle, S. (2013). Dysphagie: Diagnostik und Therapie. *Schweizer Zeitschrift für Ernährungsmedizin* 13 (2), 6-11

Hotzenköcherle, S. (2015). *Einführung in Diagnostik und Therapie bei Dysphagie.* Rorschach: Schweizer Hochschule für Logopädie Rorschach. Unveröffentlichtes Vorlesungsskript

Hunziker, E. & Steiner, J. (2014). Ein Gewinn für alle. Die Logopädie als Partnerin der Pflege im Altersheim. *NOVAcura* 14 (6), 9-12

Neff, C. (2018). *Dysphagie in der Langzeitpflege. Wie kann die Interdisziplinarität zwischen Logopädie und Pflege optimiert werden?* Unveröffentlichte Bachelor-Arbeit. Zürich: Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik (HfH)

Neff, C. & Steiner, J. (2018). *Logopädie und Pflege – mehr Austausch bitte! Zur Notwendigkeit einer Dysphagie in der Pflege zu managen.* *NOVAcura* 18 (10), 35-38

Rüegg, R. (2017). *Erkennung von Dysphagie und Hilfestellungen bei gefährdeten Patienten – Ein Leitfaden für das Pflegepersonal.* Unveröffentlichte Bachelorarbeit. Rorschach: Schweizer Hochschule für Logopädie Rorschach




Ramona Rüegg arbeitet seit dem Abschluss an der Schweizer Hochschule für Logopädie Rorschach (shlr) im Jahr 2017 als Logopädin (B.A.) an einer Primarschule im Kanton Zürich. Vor dem Studium absolvierte sie ein Praktikum als Lehrassistentin an einer Sprachheilschule. Im Rahmen des Studiums erhielt sie unter anderem einen Einblick in die klinische Arbeit im Spital Linth, Uznach. Diesen Bereich vertiefte sie in ihrer Bachelorarbeit, in der sie die interdisziplinäre Arbeit mit Pflegepersonal und Logopädie aufgriff. Im Sommer 2019 engagierte sie sich außerdem während eines Monats in einem Freiwilligenprojekt in Vietnam, wo sie an einer Klinik für Vorschulkinder beratend und informierend tätig war.



Prof. Dr. habil. Jürgen Steiner ist derzeit Senior Lektor an der Interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik in Zürich (HfH) im Studiengang Logopädie. Er promovierte über Aphasie an der Universität zu Köln und habilitierte sich 2001 im Thema Sprach- und Kommunikationsstörungen im Alter an der Universität Dortmund. Er verfügt über Ausbildungen zum Gesprächs-therapeuten (Viersen), zum EPL-Kommunikationstrainer (München), zum EFQM-Assessor (Luzern) und zum Systemischen Coach (Leipzig) und ist Validations-Praktizierender. Praktische Tätigkeiten im Kontext Demenz waren die Leitung der Sprachtherapeutischen Abteilung in der Memory-Klinik Nordrach sowie als Supervisor und Therapeut in der Beratungsstelle Sprache und Demenz der HfH. Jürgen Steiner veröffentlichte zahlreiche Monographien zu Aphasie, Dysarthrie und Demenz.

Dysphagie-Beobachtungsbogen: Rorschacher Beobachtungsbogen Schluckfunktion und Risiken, RoB-SR



Hilfestellungen bei Schluckstörungen

! Nahrungskonsistenz immer überprüfen

! Wenn Flüssigkeiten eingedickt werden müssen: auch Suppen und flüssige Medikamente eindicken!



Ungeeignete Nahrungskonsistenzen

- ⊗ Mischung aus fester und flüssiger Nahrung (Suppe mit Stückchen, Joghurt mit Stückchen)
- ⊗ körnig (Vollkornbrot)
- ⊗ faserig (Bohnen, Kefen, Kresse, Fenchel)
- ⊗ trocken (Cake, weisser Reis)
- ⊗ klebrig (Weggli, Zopfi)

Vorbereitende Massnahmen

- ✓ Ruhige Atmosphäre schaffen, keine Ablenkungen
- ✓ Nahrungskonsistenzen überprüfen
- ✓ Haltung optimieren


- ✓ Sitz der Zahnprothese überprüfen
- ✓ Speisen sicht- und riechbar präsentieren


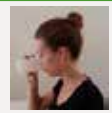
Unterstützende Massnahmen während der Nahrungseinnahme

- ✓ Haltung überprüfen (siehe Bilder)
- ✓ Kleine Portionen (kaffeeleffelgross)
- ✓ Wenn möglich Hand des Patienten führen, statt nur einzugeben
- ✓ Keine Ablenkungen (nicht plaudern, ...)
- ✓ Zeit lassen
(Mund muss leer sein, bevor nächster Bissen/Schluck zugeführt wird)

- ✓ Anleiten zum Clearing:
mehrmals Pausen einlegen, kräftig husten und nachschlucken
- ✓ Anleiten zum Chin-Down:
Kinn leicht Richtung Brust neigen



➤ **Essen von vorne-unten eingeben**

Schnabelbecher	Nasenbecher
	

- ! Trinkgefässe ausreichend füllen
- ! Becher mit Ausschnitt verwenden
- ! Keine Schnabelbecher verwenden

Nachbereitende Massnahmen

- ✓ Aufrechte Lagerung für mind. 20min
- ✓ Gründliche Mundpflege

- ✓ Dokumentieren und evtl. Massnahmen anpassen

Schweizer Hochschule für Logopädie Rorschach
Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Logopädie

© 2018, SHLR alle Rechte vorbehalten!
Autorin / Fotos: Ramona Rüegg
Information: ausbildung@shlr.ch, www.shlr.ch

DOI 10.2443/skv-s-2020-53020200505

KONTAKT
Prof. Dr. habil. Jürgen Steiner
Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik Zürich (HfH)
Schaffhauserstrasse 239
CH-8050 Zürich
juergen.steiner@hfh.ch

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

1 Halten Sie sich für einen typischen Logopäden? Warum oder warum nicht?

Ja und nein: Wie vermutlich die meisten in unserem Beruf arbeite ich einfach gerne mit Menschen, finde das Fach spannend und freue mich, wenn es meinen Patientinnen und Patienten durch die Behandlung besser geht. Auf der anderen Seite glaube ich, dass meine Arbeitsschwerpunkte Trachealkanülenmanagement und Dysphagie nicht unbedingt prototypisch sind.

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

Ich habe eine Menge beeindruckender Menschen in der Logopädie kennengelernt. Am meisten inspiriert haben mich zwei Personen: Dr. Luise Lutz mit ihrem Talent, eine Übung so zu gestalten, dass sich ihr Gegenüber gern damit beschäftigt. Und Prof. Dr. Ulla Beushausen mit der Fähigkeit, groß zu denken.

3 Welche Erwartungen haben Sie an sich selbst als Logopäde?

Einerseits fachlich richtig fit zu sein und andererseits meine Behandlungsinhalte therapeutisch gut an den Mann/die Frau zu bringen. Darin liegt für mich die Kunst der Therapie.

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

Was die Logopädie für mich kennzeichnet, ist das breit gefächerte Spektrum an Behandlungsfeldern. Jedes einzelne davon mit unterschiedlichen Assessments und

Behandlungsansätzen, die sich immer weiter entwickeln. Man könnte sich ein ganzes Leben damit beschäftigen, ohne jemals fertig zu werden.

5 Welche berufliche Hoffnung haben Sie?

Dass das mit der Vollakademisierung klappt.

6 Was ertragen Sie in der Logopädie nur mit Humor?

Einen gewissen Hang zum Beziehungs-Ohr.

7 Macht Logopädie (Sie) glücklich?

Ich persönlich bin sehr dankbar, nach all der Zeit immer noch logopädische Glücksmomente zu erleben. Das sind meistens Augenblicke, in denen ich merke, dass ich in diesem Beruf irgendwie richtig bin und dass meine Arbeit mir ein Gefühl von Sinnhaftigkeit gibt.

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?

Im Allgemeinen ja. Ich mache die Erfahrung, dass es durchaus unterschiedliche Auffassungen von Rollenverständnis und Therapiestil gibt. Gleichzeitig sehe ich aber auch, dass es für jeden therapeutischen Typus Patientinnen/Patienten gibt, die genau so jemanden brauchen. Das finde ich sehr beruhigend.

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

Clinical Reasoning würde auf jeden Fall darin stehen. Außerdem würde ich den Bereichen Dysphagie und Trachealkanülenmanagement mehr Gewicht geben.



Marco Gerschke (M. Sc.) ist Logopäde und Leitung der Abteilung Dysphagiediagnostik und Trachealkanülenmanagement an der Schön Klinik Hamburg Eilbek. Er ist zertifizierter FEES-Ausbilder der DGN/DSG/DGG und Referent zum Thema Dysphagiologie.

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

Eine Frage, die ich mir selbst regelmäßig stelle, ist: Wäre ich gerne mein eigener Patient?

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

Wie bist du zur Logopädie gekommen?

MARKT- PLATZ



© Wymemo/Adobe Stock



- Mit Spaß üben!
- Zuhause und in der Therapie
- Durch 59 Krankenkassen erstattet



Für Sie 6 Monate kostenlos unter
www.neolexon.de/kennenlernen

<https://iss-nix.de/>

Iss-Nix! der dysphagiologische Podcast

Podcast zur Dysphagie und zum Schlucken von und mit Prof. Stefanie Duchac und Alexander Fillbrandt. Ganz nach dem Motto "stay hungry - stay tuned".



dbI-PUBLIKATIONEN

Für Ihr Praxismarketing

Bestellungen auf Seite 67 oder online auf
www.dbI-ev.de › Service › Shop › dbI-Publikationen



Ab sofort liefern wir
innerhalb Deutschlands



VERSANDKOSTENFREI!

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



© Butch/Adobe Stock - © MJ Jin/Pixabay

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



Therapiemesse erobert den Norden

therapie HAMBURG am 23./24. Oktober 2020 – dbl mit Fachsymposium

Mit der therapie HAMBURG bringt die Leipziger Messe am 23. und 24. Oktober dieses Jahres ihre Fachmesse zum zweiten Mal nach Norddeutschland. Die Fortbildungsveranstaltung für Hamburg, Niedersachsen, Schleswig-Holstein und Bremen hat zum Ziel, die Berufsgruppen der Heilmittelerbringer miteinander zu vernetzen und ihnen Begegnung zu ermöglichen. Die Veranstaltung findet auf dem Hamburger Messegelände statt und orientiert sich am erfolgreichen Konzept der therapie Leipzig als Branchenplattform für Therapie, Medizinische Rehabilitation und Prävention.

Praxisorientierte Workshops im Bereich Therapie, Tipps für Gehaltsverhandlungen und



Karrierechancen, berufspolitische Themen wie das TSVG oder das DVG sowie Veranstaltungen zum Thema Prävention sind nur einige der Highlights der interdisziplinär ausgerichteten Fachmesse, zu der sich auch

dbl-Fortbildungen für Kurzentschlossene

- **Orofaziale Funktionen im Kontext von hartnäckigen Aussprachestörungen mit und ohne Vorliegen dyspraktischer Komponente** – Ulrike Becker-Redding
Magdeburg, 10. September 2020, 185 Euro, 8 Fortbildungspunkte
- **Die Verbale Entwicklungsdyspraxie und KoArt® – Aufbaukurs** – Ulrike Becker-Redding
Magdeburg, 11. September 2020, 185 Euro, 8 Fortbildungspunkte
- **Sicher leiten – Führungskompetenz ist lernbar** – Veronika Meiwald & Marlene Scheid
Köln, 2./3. Oktober Köln, 295 Euro, 15 Fortbildungspunkte

Anmeldungen über ProLog Wissen: www.prolog-shop.de/dbl

WWW.DBL-EV.DE

- **Informationen zur hochschulischen Ausbildung aktualisiert:** Aufgrund der berufspolitischen Entwicklungen zur Akademisierung der Heilberufe, insbesondere der Logopädie, hat der dbl eine Übersicht zur hochschulischen Ausbildung in der Logopädie neu in seine Website aufgenommen.

↳ ö Meldung vom 06.07.2020

- **Zeitschriftenauslage im Wartezimmer?** Fragen und Gedanken zu den vielfältigen Aspekten, die für eine umfängliche individuelle Risikobewertung und Entscheidungsfindung hinsichtlich der Zeitschriftenauslage zu bedenken sind – ein Beitrag zum Diskurs.

↳ i Meldung vom 22.06.2020

- **Ausbildungsfinanzierung in Gesundheitsfachberufen:** Das Deutsche Krankenhausinstitut veröffentlicht in seinem Gutachten Auswertungen zu Schulgeld, Schulkosten und Ausbildungsvergütungen.

↳ ö Meldung vom 24.07.2020

- **Was versteht man unter Rehabilitation?** Die meisten Menschen haben durchaus eine konkrete Vorstellung, was damit gemeint ist, eine allgemeingültige Definition gibt es aber nicht. Die Deutschen Vereinigung für Rehabilitation e.V. (DVfR) hat nun eine eigene Reha-Definition diskutiert und verabschiedet.

↳ ö Meldung vom 03.08.2020

i | nur eingeloggte dbl-Mitglieder

ö | öffentlich



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

zahlreiche Industrieaussteller angekündigt haben.

An beiden Kongresstagen findet parallel unser verbandseigenes 1. Norddeutsches dbL-Symposium statt. Vorträge aus der angewandten logopädischen Therapie und aus der Forschung zu den Therapiebereichen Stimme und Kindersprache sowie Ernährung und Logopädie werden von Mitgliedern unseres Verbandes angeboten. Unser Kooperationspartner Logopädie secur und die Noventi Health-Care AzH erweitern das Programm mit ihren Angeboten zur Unterstützung unserer Berufsgruppe mit Anwendungen zur Abrechnung und zu Versicherungen.



Impressionen von der therapie HAMURG 2019

Die LandesvertreterInnen der nördlichen Landesverbände Schleswig-Holstein, Hamburg und Niedersachsen sind persönlich vor Ort und freuen sich auf einen regen Austausch, gerne auch mit Interessierten, die noch einen Berufsverband für sich suchen. An unserem Stand können Sie zudem Mitglieder des „Arbeitskreis Logopädie Demenz Hamburg“ treffen.

Der Landesverband Hamburg lädt am Samstagvormittag zu seiner Herbstsitzung ein. Hier sind auch Mitglieder der anderen Bundesländer (ohne Stimmrecht) herzlich willkommen. „Letztes Jahr war ich erstmals als Gast auf der Messe und habe sie als sehr inspirierend, vielseitig und motivierend für den beruflichen Alltag erlebt“, erinnert sich Antje Voß, erste Vorsitzende des dbL-Landesverbandes Hamburg. „Die interdisziplinäre Messe ist für uns als Verband und Berufsgruppe eine sehr gute Möglichkeit, uns zu zeigen und einem breiten Publikum zu präsentieren. Zudem ist die Begegnung mit angrenzenden Berufsfeldern aus dem Heilmittelbereich sehr gut möglich.“

Antje Voß und Anna Mahmood

: DIE AKTUELLE ZAHL

2.575 €

beträgt das mittlere monatliche Bruttoentgelt (Median) für angestellte, vollzeitbeschäftigte Logopädinnen und Logopäden in Deutschland laut Entgeltatlas der Bundesagentur für Arbeit. Damit verdienen sie deutlich weniger als andere Berufsgruppen ohne zwingende akademische Ausbildung im Gesundheits- oder Bildungssektor: beispielsweise FachkrankenpflegerInnen in der klinischen Rehabilitation (3.978 Euro) oder ErzieherInnen (3.401 Euro). Hintergrund: Der Entgeltatlas ist eine Datenbank der Bundesagentur für Arbeit (BfA) und zeigt den Mittelwert des Bruttomonatsgehalts von Vollzeitbeschäftigten an. Sie enthält Angaben über die tatsächlichen Einkünfte versicherungspflichtig Beschäftigter in rund 4.000 Berufen aus 930 Berufsgattungen. Die Zahlen stammen aus dem Jahr 2019.

▶ DBL-PUBLIKATIONEN Für Ihr Praxismarketing

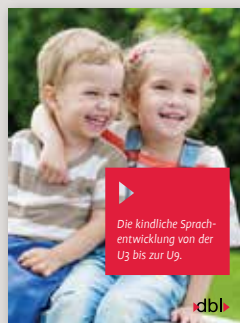
Bestellungen auf Seite 67 oder online auf www.dbl-ev.de › Service › Shop › dbL-Publikationen



Wie die Sprachentwicklung bei Kleinkindern in den ersten Lebensjahren verläuft zeigen die Faltposter „Wie spricht mein Kind?“ und „Förderung der kindlichen Sprachentwicklung“ in den Lebensjahren 0-1, 2, 2-3 und 3-4 – alle erhältlich in Deutsch, Türkisch und Russisch.



Worauf Eltern achten sollten, wenn ihr Kind mehrsprachig aufwächst, verrät der Folder „Kindlicher Spracherwerb in mehrsprachigen Familien“ (in Deutsch, Türkisch, Arabisch und Persisch).



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 Kinder zum Zeitpunkt der jeweiligen Vorsorgeuntersuchungen orientiert.



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).



Neu: Dolmetsch-Service Triaphon für logopädische Praxen

Sonderkonditionen für dbl-Mitglieder

Manchmal kann ein Fernsehabend sehr folgenreich sein. In diesem Fall war es ein Beitrag auf 3Sat, den unsere Mitarbeiterin in der dbl-Geschäftsstelle, Sonja Utikal (Referat Logopädie), Anfang 2019 über die Non-Profit-Organisation Triaphon sah – einen telefonischen 24-Stunden-Übersetzungsdienst für Krankenhäuser und Arztpraxen.

Was ist Triaphon?

- 24/7-Telefon-Dolmetsch-Service
- Gemeinnützig
- Simpel zu bedienen, von jedem Telefon aus

Wann kann Triaphon eingesetzt werden?

- Rund um die Uhr in allen „Triaphon-Sprachen“ (Arabisch, Farsi/Dari, Polnisch, Rumänisch, Russisch, Türkisch und Vietnamesisch)
- Bei jedem ungeplanten Patienten-Kontakt mit Sprachbarriere (ohne Voranmeldung)
- Von allen MitarbeiterInnen Ihrer Praxis (inkl. der Bürokräft)

Kosten für dbl-Mitglieder

- 190,00 Euro/Jahr (statt 240 Euro für Nichtmitglieder)
- Einmalige Bereitstellungs- und Schulungs-Pauschale: 90,00 Euro (statt 190 Euro für Nichtmitglieder)

Leistungsumfang

- 30 Anrufe pro Jahr
- Long-Time-Support und Nutzungsstatistik
- Schulung des Personals via Telefon (max. 30 Minuten) und Bereitstellung von Informationsmaterialien

Geleitet von Dr. med. Lisanne Knop und Dr. med. Korbinian Fischer, zwei engagierten Ärzten aus Berlin, wurde Triaphon mit dem Ziel gegründet, die medizinische Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Sprachbarrieren im Klinikalltag zu verbessern. Dort war von kurzfristig erreichbaren Sprachmittelnden die Rede, die rund um die Uhr zur Verfügung stehen, um mit ihren Übersetzungsdiensten dabei zu helfen, lebensgefährdende Verständigungsprobleme im Rahmen medizinischer Diagnostik und Therapie zu reduzieren.

Hilfe bei Verständigungsproblemen mit Patienten im Praxisalltag

„Der Beitrag erinnerte mich sofort an unzählige zeitraubende und misslungene Verständigungsversuche in meinem eigenen Praxisalltag, an unbefriedigende ‚Einfache-Syntax-Gespräche‘ mit Betroffenen und Angehörigen und an die daraus entstehenden qualitativen Einschränkungen in der Behandlung. Mir war sofort klar: So etwas brauchen wir auch in der Logopädie!“, so Sonja Utikal. Anfragen von Mitgliedern, die sich nach kurzfristig verfügbaren ehrenamtlichen Dolmetscherinnen oder Dolmetschern für Eltern- oder Angehörigengespräche erkundigten, gaben dann den letzten Anstoß, Kontakt zu Triaphon aufzunehmen – und siehe da: der dbl rannte dort offene Türen ein!

Dr. med. Korbinian Fischer, Mitgründer und Geschäftsführer von Triaphon: „Wir hatten bereits lange vor, unsere Dienste auch auf den therapeutischen Bereich auszuweiten. Ein Ziel der Gründung von Triaphon war es ja, Ungleichheiten in der Versorgung von Patien-

ten aufgrund sprachlicher Barrieren zu überwinden, und es war uns von Anfang an klar, dass das nicht bei der ärztlichen Behandlung endet, sondern Pflege- und Therapiebereiche gleichermaßen betrifft. Mit dem dbl starten wir nun den Versuch, die Unterstützung durch Sprachmittlungs-Dienste auch in ambulanten Praxen von Heilmittelerbringern anzubieten.“

Nach Etablierung in Kliniken folgt Einstieg in ambulanten Bereich

dbl-Mitglieder erhalten besondere Konditionen bei einem Vertragsabschluss mit Triaphon: Sie können den 24/7-Telefon-Service für eine um 50 Euro reduzierte Jahresgebühr nutzen und sparen zusätzlich 100 Euro bei der einmalig anfallenden Bereitstellungs- und Schulungs-Pauschale.

Triaphon erhebt die Jahresgebühr als gemeinnütziger Träger, um sich langfristig selbst tragen zu können. Aktuell finanziert sich Triaphon teils über die Krankenhäuser und Praxen, die Triaphon bereits nutzen, sowie über Fördergelder und Zuschüsse von Stiftungen.

Gemeinsam mit Triaphon wird der dbl die Besonderheiten logopädischer Anforderungen an Sprachmittlungsdienste in Praxen analysieren. Wir erwarten im Vergleich zu Gesprächen im Klinikalltag beispielsweise Unterschiede bezüglich der Gesprächsdauer und des situativen Settings, in dem die Gespräche stattfinden (weniger akute Notfallsituationen, eventuell mehr Gesprächspartner und längere Gesprächsdauern). Dies wurde bei der Formulierung des Leistungsumfanges seitens Triaphon bereits berücksichtigt.

dbl-Geschäftsführer Björn Hammel freut sich über diese neue Serviceleistung für unsere Mitglieder: „Wir hoffen, mit den vorteilhaften und für dbl-Mitglieder exklusiv vereinbarten Konditionen ein attraktives und Angebot geschaffen zu haben, das die Kommunikation im Praxisalltag erleichtert.“

Dabei sollen die besonderen Bedürfnisse von logopädischen Praxen genau beobachtet und berücksichtigt werden: „Wir werden gemeinsam mit dem dbl die Bedarfsentwicklung logopädischer Praxen im Auge behalten, regelmäßig bewerten und unser Angebot daraufhin abstimmen“, verspricht Triaphon-Geschäftsführer Dr. Fischer.

*Referat Logopädie
dbl-Geschäftsstelle*



dbl-Mitgliederversammlung 2020

Aller guten Dinge sind drei

Bedingt durch die Corona-Pandemie mussten wir unseren diesjährigen Jahreskongress, in dessen Rahmen auch unsere Mitgliederversammlung stattfinden sollte, leider absagen. Daher laden wir erneut zu einer Mitgliederversammlung ein. Die Veränderungen der Corona-Regelungen zwingen uns als Verband nun erneut zu einer Anpassung der zweiten Einladung: Wir wechseln den Tagungsort.

Wir korrigieren hiermit unsere letzte Information und Einladung zur Mitgliederversammlung und laden alle Mitglieder des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie e.V. (dbl) sehr herzlich ein, an unserer Mitgliederversammlung teilzunehmen.

Die Mitgliederversammlung findet statt

**im: Hotel Titanic Chaussee Berlin, Chausseestraße 30, 10115 Berlin
am: Samstag, 14. November 2020, ab 10:00 Uhr.**

Der Deutsche Bundesverband für Logopädie e.V. ist satzungsgemäß grundsätzlich verpflichtet, eine Mitgliederversammlung durchzuführen. Wir beabsichtigen daher, diese am 14. November 2020 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 (VizepräsidentIn, 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.

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

bis zum 15. Oktober 2020
per E-Mail an: info@dbl-ev.de

mitteilen würden, ob Sie voraussichtlich an der Mitgliederversammlung teilnehmen werden.

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 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 September und Oktober

SEPTEMBER: Das Gesamtpaket aller 16 „Symbolix“-Kartenspiele zu 30% rabattiert, also für 56,90 statt 81,29 Euro.



Insgesamt 14 phonetisch-phonologische und 2 semantische Kartenspiele im Komplett-Paket. Mit „Symbolix“ werden mit 2-4 Spielern schon ab 4 Jahren nach dem bekannten und beliebten Mau-Mau-Prinzip nicht nur 14 Laute und Lautverbindungen, sondern auch die Wortfelder „Lebensmittel“ und „Haushalt“ spielerisch trainiert. Der große Kartenspaß mit kindgerechten und dennoch gut erkennbaren Illustrationen.

OKTOBER: Das Bilderbuch mit Spielmaterial „Mamo zaubert“ mit 30% Rabatt, also für 11,90 statt 17,00 Euro.



„Mamo zaubert“ – Ein interaktives Bilderbuch mit Spielmaterial: Jeden beliebigen Laut auf Silbenebene fördern. Mamo kann zaubern. Als aber sein Freund entführt wird und er die Verfolgung aufnehmen will, vergisst er den Zauberspruch. Gut, dass jetzt das Kind da ist, um zu helfen. Innerhalb der Handlung der Geschichte wird es dann immer wieder aufgefordert, den Zauberspruch zu sprechen. Dabei kann jeder beliebige Laut auf Silbenebene gefördert werden. Zum Buch gehören drei Spiele, mit denen die Thematik vertieft wird.

👉 www.prolog-shop.de/dbl

Die neue Heilmittelrichtlinie

Überblick über die Änderungen zum 1. Oktober 2020

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat bereits im September des vergangenen Jahres eine neue Heilmittelrichtlinie auf den Weg gebracht, die nun am 1. Oktober dieses Jahres in Kraft tritt. Sie bringt zahlreiche wichtige Neuerungen und Änderungen und in vielerlei Hinsicht zu begrüßende Vereinfachungen für die Therapeutinnen und Therapeuten mit sich. Die wichtigsten Änderungen wollen wir Ihnen im Folgenden vorstellen.

Schlucktherapie als eigenständiges Heilmittel anerkannt

Die Schlucktherapie wird als eigenständige Behandlung in der Heilmittel-Richtlinie (§§ 2, 30 und 33a) ausgewiesen und kann als eigenständige Therapiemaßnahme verordnet werden. Eine Behandlung mittels Schlucktherapie kann künftig eindeutig auf der Verordnung kenntlich gemacht werden. Aufgrund dieser Erweiterung wird unser Heilmittelbereich in der Richtlinie künftig als Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie benannt.

- KOMMENTAR: Die Berücksichtigung der Schlucktherapie bringt mehr Klarheit für Patienten und Therapeuten. Trotz der begrifflichen Erweiterung bleibt es allerdings bei einer unzureichenden Reduzierung auf Einzelleistungen, die aus unserer Sicht besser unter einem allgemein verständlichen Oberbegriff wie Logopädie einzuordnen wären.

Regelfallsystematik wird abgeschafft

Die äußerst komplizierte und fehleranfällige Regelfallsystematik (§§ 7 u. 8 alte Fassung) wird aufgehoben. Es wird künftig nicht mehr unterschieden in Erstverordnung, Folgeverordnung und gegebenenfalls anschließender Verordnung außerhalb des Regelfalles. Stattdessen sieht der neue § 7 einen Verordnungsfall und daran geknüpft eine sogenannte „orientierende Behandlungsmenge“ vor. Die Verordnung außerhalb des Regelfalles, bisher in § 8 geregelt, entfällt. Der Begriff des „Regelfalles“ wird durch „Verordnungsfall“ abgelöst.

Die orientierende Behandlungsmenge definiert die Summe der Behandlungseinheiten, mit der das angestrebte Therapieziel in der Regel erreicht werden soll. Sie ergibt sich indikationsbezogen aus dem überarbeiteten Heilmittelkatalog. Der verordnende Arzt orientiert sich an der vorgegebenen Behandlungsmenge (z.B. 60 TE bei SP1), allerdings kann er/sie von dieser abweichen, wenn es medizinisch geboten ist.

Konnte das angestrebte Therapieziel mit der orientierenden Behandlungsmenge nicht er-

reicht werden, sind weitere darüber hinausgehende Verordnungen möglich, die demselben Verordnungsfall zuzuordnen sind.

Dabei darf jedoch die im Heilmittelkatalog festgelegte zulässige Höchstmenge an Behandlungseinheiten je Verordnung nicht überschritten werden. Grundsätzlich entfallen zukünftig das Genehmigungsverfahren bei den Krankenkassen und die medizinische Begründungspflicht durch den Arzt. Der Arzt nimmt die medizinischen Gründe lediglich in seine Patientendokumentation auf.

- KOMMENTAR: Durch die neue Systematik dürfte das Risiko ungenauer oder fehlerhafter Verordnungen deutlich sinken, z.B. das Ausstellen einer Folgeverordnung, obwohl der ehemals als solcher bezeichnete Regelfall bereits überschritten ist. Zeitaufwändige Rückfragen beim Vertragsarzt oder Absetzungen durch die Krankenkassen werden vermieden.

Ein neuer Verordnungsfall tritt erst wieder ein, wenn seit dem Datum der letzten Verordnung ein Zeitraum von 6 Monaten vergan-

gen ist, in dem keine weitere Verordnung für diesen Verordnungsfall ausgestellt wurde. Es findet also nicht mehr eine Anknüpfung an ein behandlungsfreies Intervall von mindestens 12 Wochen statt, sondern eine Anknüpfung an die zuletzt ausgestellte Verordnung unabhängig vom letzten Behandlungstermin. Überdies ist nun in § 7 Abs. 3 klargestellt, dass der Verordnungsfall und die orientierende Behandlungsmenge auf die jeweils verordnende Ärztin oder den jeweils verordnenden Arzt bezogen sind.

Gleichstellung langfristiger Heilmittelbedarf und besonderer Verordnungsbedarf

Patienten mit langfristigem Heilmittelbedarf können auch zukünftig Verordnungen über den Heilmittelbedarf über 12 Wochen erhalten. Neu ist, dass dies nun auch für Versicherte mit besonderem Verordnungsbedarf (§ 106b Abs. 2, S. 4 SGB V) gleichermaßen gilt: Für beide Patientengruppen muss die orientierende Behandlungsmenge (früher: der Regelfall) nicht vorher durchlaufen werden, sondern es können sofort Heilmittel für eine Behandlungsdauer von bis zu zwölf Wochen verordnet werden (§ 7 Abs. 6). Auf den zuvor nicht in der Heilmittelrichtlinie erwähnten § 106b Abs. 2 SGB V, der den besonderen Ver-

azh: Das müssen Sie ab dem 1. Oktober 2020 bei der Abrechnung logopädischer Leistungen beachten

Bestehende Praxisprozesse und Bearbeitungsschritte müssen aufgrund der neuen Vorgaben überprüft und gegebenenfalls angepasst werden. Sowohl die Angaben seitens der verordnenden Ärzte, als auch die Eintragungen des behandelnden Leistungserbringers auf dem neuen Muster 13 müssen ab dem Stichtag (eine Übergangsfrist ist bisher nicht bekannt) korrekt vermerkt sein, um die Erstattung seitens der Kostenträger zu gewährleisten.

Bei fehlenden oder falschen Angaben des Arztes kann eine Heilmittelverordnung korrigiert werden. Bitte beachten Sie dazu die Regelungen in der Anlage 3 zur Heilmittelrichtlinie sowie eventuelle diesbezügliche rahmenvertragliche Regelungen. Änderungen können je nach Vorgabe geändert werden mit erneuter Arztunterschrift, im Einvernehmen des Arztes oder mit Information an den Arzt seitens des Leistungserbringers.

NOVENTI azh-Service für dbl-Mitglieder

Die nebenstehende konkrete Anleitung zur korrekten Abrechnung mit dem neuen Muster 13 können Sie kostenfrei bestellen unter www.azh.de/rezeptposter. Einfach Formular ausfüllen und elektronisch oder als A3-Poster zusenden lassen.

↳ www.azh.de/rezeptposter

Darüber hinaus bietet die azh Ihnen im August und September die kostenfreie Teilnahme an Webinaren zum Umgang mit der neuen Heilmittelrichtlinie an. Hier finden Sie die Termine und die Anmeldemodalitäten:

↳ www.azh.de/heilmittelrichtlinie

› Bitte beachten Sie, dass diese allgemeinen Regelungen zu einem späteren Zeitpunkt noch durch die Regelungen ergänzt werden, die zurzeit noch Gegenstand der Vertragsverhandlungen des dbl mit dem GKV-Spitzenverband sind.

Abrechnung Muster 13 – So wird's gemacht!

Informationen zu unseren Services für eine bequeme Abrechnung mit Auszahlung zum Wunschtermin erhalten Sie unter (089) 9 21 08 - 444

Gültig ab dem 1.10.2020

Vorderseite

Eintragungen des Arztes – bitte prüfen!

- 1 Angaben zum Versicherten**
Bitte Vollständigkeit der Angaben prüfen.
- 2 Betriebsstätten- und Arztnummer**
Die BSNR und LANR müssen vom Arzt angegeben werden.
- 3 Ausstellungsdatum**
Fehlt dieses, ist das Rezept grundsätzlich ungültig. Bitte in diesem Fall das Datum vom Arzt mit Unterschrift nachtragen lassen.
Die Frist zum Behandlungsbeginn ist 28 Tage.
- 4 Zuzahlung**
Die Angabe „pflichtig“ oder „frei“ muss der Arzt deutlich erkennbar vorgeben. Bei Zuzahlungsbefreiung empfehlen wir Ihnen, sich die gültige Befreiungsbescheinigung vom Patienten vorlegen zu lassen.
- 5 Auswahl des Heilmittelbereichs**
Es darf pro Verordnung nur eine Heilmittelart ausgewählt sein.
- 6 Behandlungsrelevante Diagnosen**
Die Diagnose ist grundsätzlich in Form des therapierelevanten ICD-Schlüssels anzugeben. Ein zweiter ICD-10 Code ist nur im Fall eines besonderen Verordnungsbedarfs notwendig. Freitext (6a) ist kein Pflichtfeld und nicht zwingend erforderlich.
- 7 Diagnosegruppen**
Muss nach Vorgabe des Heilmittelkatalogs (z.B.: WS, EX, etc.) angegeben sein.
- 8 Leitsymptomatik**
Eine oder mehrere verordnungs begründende Leitsymptomatik/en sind vom Arzt nach Maßgabe des Heilmittelkatalogs buchstabenkodiert (a, b oder c) oder als Klartext anzugeben.
Auch eine patientenindividuelle Beschreibung (8a) ist möglich.
- 9 Heilmittel nach Maßgabe des Katalogs**
Es können bei Physio- und Ergotherapie bis zu drei vorrangige Heilmittel verordnet werden. Bei Logopädie sind verschiedene Behandlungszeiten oder Einzel- u. Gruppentherapie in Kombination möglich.
- 10 Behandlungseinheiten**
Die Höchstverordnungsmenge laut Heilmittelkatalog darf pro Verordnung nicht überschritten werden. Bei der Verordnung von mehreren vorrangigen Heilmitteln muss die Behandlungsmenge aufgeteilt werden.
- 11 Ergänzendes Heilmittel**
Ein ergänzendes Heilmittel darf maximal bis zur Summe der Behandlungsmenge der vorrangigen Heilmittel verordnet werden. Es kann maximal ein ergänzendes Heilmittel verordnet werden.
- 12 Therapiefrequenz**
Frequenzempfehlungen sind im HMK vorhanden. Der Arzt kann jedoch in medizinisch begründeten Fällen ohne zusätzliche Dokumentation auf der Verordnung hiervon abweichen.
Eine Änderung kann durch den Therapeuten, im Einvernehmen mit dem Arzt, ohne erneute ärztliche Unterschrift erfolgen und muss auf der Rückseite dokumentiert werden.

Tipp: Änderungen der Heilmittelverordnung

Bei fehlenden oder falschen Angaben des Arztes kann eine Heilmittelverordnung korrigiert werden. Bitte beachten Sie dazu die Regelungen in der Anlage 3 zur Heilmittellinie sowie eventuelle rahmenvertragliche Regelungen.

Mit erneuter Arztunterschrift:

- Fehlende, unvollständige oder unplausible Angaben zum Versicherten (s. 1)
- Änderung des Hausbesuches auf „ja“ (s. 14)
- Kennzeichnung des dringlichen Behandlungsbedarfs (s. 15)
- Heilmittel fehlt oder ist in Diagnosegruppe nicht verordnungsfähig (s. 9)
- Diagnose und Diagnosegruppe (s. 6 u. 7)
- Anzahl der Behandlungseinheiten fehlt (s. 10)

Im Einvernehmen des Arztes:

- Änderung von Einzel- auf Gruppentherapie nach Zustimmung des Versicherten (s. 25)
- Ggfs. Ergänzende Angaben zum Heilmittel (s. 9)
- Therapiefrequenz (s. 12)
- Leitsymptomatik nach HMK (s. 8)
- Therapiebericht (s. 13)

Information an den Arzt:

- Heilmittelbereich (s. 5)
- Anzahl der Behandlungseinheiten bei Überschreitung laut HMK (s. 10)
- Änderung von Gruppen- auf Einzeltherapie (s. 25)

- 13 Therapiebericht**
Optional wenn ein Therapiebericht vom Arzt angefordert wird.
- 14 Hausbesuch**
Die Angabe muss zwingend mit „ja“ oder „nein“ vom Arzt angekreuzt sein.
- 15 Dringlicher Behandlungsbedarf**
Ist dieses Feld angekreuzt, muss innerhalb von 14 Kalendertagen mit der Behandlung begonnen werden. Eine Fristüberschreitung ist nicht zulässig. Eine Korrektur kann nur durch den Arzt erfolgen. Ohne die Kennzeichnung eines dringlichen Behandlungsbedarfs hat die Behandlung innerhalb von 28 Kalendertagen nach Verordnung zu beginnen. Nach Ablauf der genannten Zeiträume verliert die Verordnung ihre Gültigkeit.
- 16 Ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise**
Kann vom Arzt optional für weitere medizinisch relevante Details genutzt werden. Es kann vom Arzt auch ein Beiblatt verwendet werden.
- 17 Stempel und Unterschrift des Arztes**
Zwingend erforderlich, da die Verordnung ansonsten ungültig ist. Der Stempel kann auch maschinell eingedruckt werden.
- 18 IK des Leistungserbringers**
Bitte tragen Sie Ihre IK-Nummer auf der Vorderseite der Verordnung ein. Kunden der NOVENTI azh srzh zrk können dieses Feld leer lassen.

Rückseite

Eintragungen des Leistungserbringers

- 19 Datum der Leistungsgabe**
Datum der tatsächlichen Leistungsgabe muss angegeben werden. Änderungen können nur nach erneuter Unterschrift des Patienten vorgenommen werden
- 20 Maßnahmen**
Bitte Maßnahmen (auch HB) leserlich angeben und Begründungen bei Behandlungsunterbrechungen berücksichtigen. Abkürzungen laut Heilmittelkatalog verwenden.
- 21 Leistungserbringer**
Hier ist das Kürzel des behandelnden Leistungserbringers vorgesehen (Stand 06.08.2020). Eine Verpflichtung zur Eintragung ist derzeit noch nicht abschließend geregelt.
- 22 Unterschrift des Versicherten**
Bitte lassen Sie den Patienten die erfolgten Leistungen unterschreiben. Bei abweichenden Unterschriften (z.B. Pfleger, Angehöriger) ergänzen Sie bitte einen erklärenden Vermerk.
- 23 Rechnungs- und Belegnummer**
Als Kunde der NOVENTI azh srzh zrk können Sie diese Felder freilassen. Den Eintrag übernimmt die NOVENTI azh srzh zrk.
- 24 Behandlungsabbruch**
Datum und Begründung müssen vom Leistungserbringer eingetragen werden.
- 25 Abweichung der Frequenz/ Änderung in Gruppen- oder Einzeltherapie**
Hier müssen die Änderungen dokumentiert werden. Gemäß Anlage 3 zur neuen Heilmittellinie können diese Änderungen ohne erneute Unterschrift des Arztes durchgeführt werden. Bitte beachten Sie den Tipp: Änderungen der Heilmittelverordnung.
- 26 Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers**
Diese sind seitens des Leistungserbringers (Behandler oder Praxisinhaber) Voraussetzung, um die Verordnung abzurechnen.
- 27 Angabe der Positionierung und Taxierung**
Für die Positionierung und Taxierung gibt es keine expliziten Felder. Die Angabe der Positionen ist aber zwingend für die Abrechnung notwendig. Bitte machen Sie eine freie Angabe auf der Rückseite der Verordnung mit Gesamtzahlung und Brutto (s. Beispiel).
Hinweis für Nutzer der Praxissoftware azh TIM und prothea: Ihre Branchensoftware generiert eine ID welche auf die Verordnung aufgedruckt wird (s. Beispiel 27a). Diese Daten können von NOVENTI azh srzh zrk für die Abrechnung abgerufen werden.
- 28 Angabe der Werte zur Mitarbeiterstatistik**
Die Mitarbeiterstatistik wird nach wie vor auf der Vorderseite der Verordnung angegeben.

Stand: August 2020



NOVENTI HealthCare GmbH
Einsteinring 41-43 | 85609 Aschheim bei München
(089) 9 21 08-444 | www.azh.de

NOVENTI

azh srzh zrk

ordnungsbedarf regelt, wird nun auch ausdrücklich in der neuen Heilmittelrichtlinie Bezug genommen.

- KOMMENTAR: Durch die Verankerung in der Heilmittelrichtlinie ist mit einer besseren Akzeptanz des „besonderen Verordnungsbedarfs“ in der Ärzteschaft zu rechnen. Bislang haben nicht wenige Ärzte diese extrabudgetäre Verordnungsform außerhalb der Heilmittelrichtlinie nur sehr zurückhaltend oder gar nicht genutzt.

Flexiblere Angaben zur Leitsymptomatik

Die Angaben zur Leitsymptomatik werden wesentlich flexibler (§ 13 Abs. 2 Ziff. I). Es können künftig mehrere unterschiedliche Leitsymptomatiken auf einer Verordnung angegeben werden. Außerdem kann der Arzt künftig alternativ eine patientenindividuelle Leitsymptomatik formulieren. Dabei müssen die individuellen Angaben die Leitsymptomatik des Heilmittel-Katalogs „widerspiegeln“. In solchen Fällen brauchen Ärzte nicht zusätzlich die Leitsymptomatik nach dem Heilmittel-Katalog auf der Verordnung anzugeben. Die Leitsymptomatik ist entweder nach buchstabenkodierter Leitsymptomatik a), b), c) oder als Klartext anzugeben. Die patientenindividuelle Leitsymptomatik, die für die Heilmittelbehandlung des Patienten handlungsleitend ist, wird als Freitext angegeben. Zusätzlich können auf der Verordnung Therapieziele angegeben werden.

- KOMMENTAR: Um erkennen zu können, welche Leitsymptomatik sich hinter dem/den Buchstabe/n verbirgt, ist therapeutenseitig das Nachschlagen im Heilmittelkatalog erforderlich. Geprüft werden muss, ob überhaupt eine Leitsymptomatik angegeben ist und ob diese zur Diagnostikgruppe passt.

Gleichzeitiges Verordnen mehrerer Heilmittel möglich

Der Verordnungsfall umfasst wie bisher alle Heilmittelbehandlungen für eine Patientin oder einen Patienten aufgrund derselben Diagnose (d.h. die ersten drei Stellen des ICD-10-GM-Codes sind identisch) und derselben Diagnosegruppe nach Heilmittelkatalog. Dies gilt auch, wenn innerhalb des Verordnungsfall es unterschiedliche Heilmittel zum Einsatz kommen. Die Angabe des Heilmittels setzt sich zusammen aus der Art der Therapie, der Therapiezeit, der Wahl zwischen Einzel- und Gruppentherapie und einer möglichen Aufteilung der Behandlungsmengen. Der Arzt hat somit nun die Möglichkeit, innerhalb der Verordnungshöchstmenge (beispielsweise max.10 TE pro VO) eine Aufteilung für RE1 z.B. wie folgt vorzunehmen:

Sprechtherapie/45 Min./Einzel/5x
Sprechtherapie/90 Min./Gruppe/5x
Oder für ST2:

Stimmtherapie/45 Min./Einzel/6x
Sprechtherapie/30 Min./Einzel/4x
usw.

- KOMMENTAR: Der Arzt kann also faktisch in die bisherige Autonomie der Therapeutin eingreifen, wenn er sich die Mühe dazu machen möchte. Es ist davon auszugehen (und zu hoffen), dass die meisten Ärzte diesen fachlichen Aufwand in unserem Bereich nicht betreiben werden, die Aufteilung gar nicht nutzen und auch zukünftig den LogopädInnen die Kompetenz und Autonomie im therapeutischen Vorgehen überlassen werden.

Klarstellende Regelung: Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen in Regel-Kitas und Schulen möglich

Kinder und Jugendliche mit Behinderungen aller Schweregrade besuchen heute nicht nur Fördereinrichtungen, sondern zunehmend Regelschulen und Kindergärten/Kindertagesstätten, in denen sie ganztägig betreut sind und speziell gefördert werden. Deshalb kann die Erbringung von Heilmitteln bei Kindern und Jugendlichen mit Behinderung mit und ohne behördlich festgestellten Förderstatus, der je nach Landesrecht bestimmt wird, auch innerhalb der oben genannten Einrichtungen stattfinden, sofern die Voraussetzungen, z.B. ein geeigneter Raum für die Therapie, dort gegeben sind. Das Vorliegen eines Förderstatus allein begründet nicht die Verordnung von Heilmitteln und deren Erbringung in der Tageseinrichtung. Stets muss ein Behandlungsbedarf im Sinne der Richtlinie vorliegen und die Behandlung wegen des Vorliegens einer Behinderung dort notwendig sein.

- KOMMENTAR: Die Regelung sorgt für mehr Rechtssicherheit für Therapeutinnen und Therapeuten. Therapien können bereits jetzt an (inkluisiven) Regelschulen, stattfinden, doch sorgt die fehlende Verankerung in der Heilmittelrichtlinie immer wieder für Unsicherheit. Oftmals mussten bei den Krankenkassen Genehmigungen eingeholt werden. Die Regelung ändert nichts daran, dass alle anderen Kinder mit Heilmittelbedarf, z.B. einer diagnostizierten Sprachentwicklungsstörung (sog. „Regelkinder“), nach wie vor nicht berücksichtigt sind.

Flexiblere Behandlungsfrequenzen

Die Frequenzempfehlungen werden im Heilmittelkatalog als einheitliche Frequenzspannen hinterlegt, z.B. „1-3 mal wöchentlich“.

- Kommentar: Hierdurch können Behandlungstermine flexibler abgestimmt werden, Unterbrechungen aufgrund von planbaren Terminen, wie z.B. Urlaub können vermieden werden.

Spätester Behandlungsbeginn nach 28 Tagen

Eine Behandlung darf künftig spätestens nach 28 Tagen anstatt der bisherigen 14 Tage begonnen werden (§ 15). Bei dringendem Behandlungsbedarf kann der Arzt auf dem neuen Verordnungsvordruck (s. u.) ein entsprechendes Feld ankreuzen. Dann ist mit der Behandlung weiterhin nach 14 Tagen zu beginnen. Die Möglichkeit der Benennung eines konkreten Datums für den spätesten Behandlungsbeginn entfällt.

- Kommentar: Auch diese Regelung bringt mehr Flexibilität: der Patient hat mehr Zeit, die Behandlung zu beginnen und die Therapeuten sind flexibler bei der Terminplanung.

Neuer einheitlicher Vordruck für alle Heilmittel

Die Anpassungen erfordern einen neuen Verordnungsvordruck, der nunmehr für alle Heilmitteldisziplinen einheitlich ist (siehe Muster auf Seite 43).

Blankverordnungen werden erst später geregelt

In § 13a wird die Möglichkeit einer Verordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung von Heilmittelbringern „Blankverordnung“ eingeführt. § 13a räumt dem Heilmittelbringer die Möglichkeit ein, auf einer durch einen Vertragsarzt festgestellten Diagnose und der Indikation für eine Heilmittelbehandlung selbst über die Auswahl und die Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten zu entscheiden. Die Blankverordnung ist maximal 16 Wochen ab Verordnungsdatum gültig. Die entsprechenden Verträge zwischen dem GVK-Spitzenverband und den maßgeblichen Berufsverbänden müssen bis zum 15. März 2021 geschlossen werden.

- KOMMENTAR: Mit der Blankverordnung ist auch die Verantwortung für das Heilmittelbudget verbunden mit weitreichenden Folgen und Aspekten, die an dieser Stelle nicht im Einzelnen aufgeführt werden können. Deshalb werden wir uns diesem Thema in einer der nächsten Ausgaben ausführlich widmen.

Videotherapie abgesagt

Für viele LogopädInnen und PatientInnen hat die Entscheidung des GKV-Spitzenverbandes gegen Fortführung der Videotherapie gravierende Konsequenzen – vier Beispiele

Die Corona-Pandemie brachte für viele Menschen tiefgreifende Veränderungen ihres beruflichen und privaten Lebens mit sich. Auch für LogopädInnen und ihre PatientInnen. So erlaubten die gesetzlichen Krankenkassen ab Ende März erstmals, in der ambulanten logopädischen Versorgung Videobehandlungen abzurechnen. Ein Novum, das auf der einen Seite alle Beteiligte vor große Herausforderungen stellte, andererseits aber auch große Chancen eröffnet hat. Wie eine Umfrage gezeigt hat, sind alleine in der Woche vom 23. bis 27. März durchschnittlich 77 Prozent aller Therapien ausgefallen, weil sich die PatientInnen aus Angst vor einer Ansteckung mit dem Covid-19-Virus nicht in die logopädischen Praxen trauten oder der Hausbesuch – beispielsweise in einer Einrichtung – nicht mehr möglich war. Die Videobehandlung, auf die sich überraschend viele Praxen sehr kurzfristig eingelassen hatten, bot den LogopädInnen eine Möglichkeit, diese Ausfälle teilweise zu

kompensieren und so auch ihre finanzielle Existenz zu sichern. Noch wichtiger ist aber, dass die Videobehandlung es möglich machte, erreichte Therapiefortschritte der PatientInnen zu sichern und auszubauen bzw. bei neuen Patienten überhaupt mit der Therapie zu beginnen. Denn in den allermeisten Fällen war dies nun die einzig mögliche Form der Behandlung. Zugleich konnten sich die LogopädInnen selbst vor einer Ansteckung schützen – ebenfalls eine wichtige Voraussetzung, um in diesem „system-relevanten“ Arbeitsbereich weiterhin zur Verfügung zu stehen. Damit war am 1. Juli 2020 Schluss: Trotz vehementer Proteste vonseiten der Heilmittel-erbringerInnen, der PatientInnen sowie ihrer UnterstützerInnen aus der Politik und gesundheitspolitisch relevanten Verbänden – beispielsweise der Berufsgenossenschaft für Gesundheit – beendete der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen (GKV-SV) Ende Juni die Abrechenbarkeit der Videothe-



© Alexandra Koch – pixabay

rapie (siehe hierzu auch „Der dbl mischt sich ein“, S. 52ff). Dies hatte weitreichende Konsequenzen für die Versorgung therapiebedürftiger Patientinnen und Patienten, die teilweise bis heute auf ihre (Weiter-)Behandlung warten. An dieser Stelle berichten LogopädInnen, was diese – aus unserer Sicht falsche – Entscheidung des Spitzenverbandes für konkrete PatientInnen bedeutet.



Beispiel Bettina Lang Logopädin aus Hechingen

Bettina Lang leitet eine logopädische Praxis in Hechingen am Westrand der Schwäbischen Alb. Die selbstständige Logopädin betreut seit Mai 2019 Maria S. (Name geändert) die an einer Parkinsonerkrankung leidet. In deren Folge ist bei der 77-jährigen Patientin, die im Rollstuhl sitzt, eine Sprechstörung aufgetreten. Bedingt durch Einschränkungen der Beweglichkeit und Koordination der facio-oralen und laryngealen Muskulatur sowie der Atemmuskulatur treten Probleme in der Artikulation und Stimmgebung auf. Insgesamt führt die Sprechstörung zu deutlichen Schwierigkeiten in der Verständlichkeit und damit in der Alltagskommunikation mit Familie und Freunden.

„Dies führt in aller Regel zum Rückzug der Betroffenen und damit zur sozialen Isolation mit schwerwiegenden Folgen für die psychische und physische Gesundheit der Patienten“, berichtet die erfahrene Logopädin. Auch Frau S. kämpft mit diesen Problemen. Im Kontakt mit der Haupt Bezugsperson, dem Ehegatten, der Hörprobleme hat, verschärft sich diese Problematik noch. „Durch die logopädische Behandlung der Dysarthrophonie im Rahmen eines wöchentlichen Hausbesuchs seit Mitte letzten Jahres ist es der Patientin zune-

Wegen der Angst vieler Patienten, in die Praxis zu kommen, begibt sich Bettina Lang nach dem Aus für die Videotherapie auf Hausbesuchstour mit Schutzkittel, FFP2-Maske, Handschuhen



Als die Videobehandlung noch erlaubt war: Bettina Lang in ihrer Praxis in Hechingen

mend gelungen, auf Ihre stimmlichen und artikulatorischen Ressourcen zugreifen zu können und dadurch besser verstanden zu werden“, freut sich Bettina Lang. Der Ehegatte, die Kinder und Freunde verstehen sie besser und auch Telefonkontakte sind wieder leichter möglich. „Das sind entscheidende Faktoren für den Erhalt der Lebensqualität“, betont die Logopädin.

Mit Beginn der Corona-Krise war der Hausbesuch plötzlich nicht mehr möglich. Frau S. hatte verständlicherweise Angst, sich mit dem Virus anzustecken und auch die Angehörigen waren diesbezüglich in großer Sorge. „Dies hat mich in die Situation gebracht, erstmals über die Möglichkeit einer Videobehandlung nachzudenken, damit ich Risikopatienten weiter behandeln kann“, so Lang. Mit der dazu notwendigen technischen Ausstattung ausgerüstet und dem Wissen bezüglich der Handhabung hatte die Logopädin kein Problem. Alle Voraussetzungen waren in der Praxis gegeben, auch wenn sie diese bisher therapeutisch nie genutzt hatte.

Auch aufseiten der Patientin gab es keine Schwierigkeiten: Mit Unterstützung durch eine im Haus lebende Tochter konnte Maria S. ab Mitte März per Video einmal pro Woche behandelt werden. Die Patientin sei überraschend gut mit dieser Alternative zurechtgekommen. „Das ist fast so, als wenn Sie da wären“, so der Kommentar von Maria S. Sowohl die Patientin als auch die Therapeutin waren froh, dass die Krankenkasse die Möglichkeit der Videobehandlung dann zweimal verlängert hat und beide haben erwartet, dass dies so weitergeht, da es bezüglich der Ansteckungsgefahr bis heute noch keine wirkliche Entwarnung gibt.

Das Ende der Abrechenbarkeit dieser Alternative hat sie dann hart getroffen. Seit Ende Juni 2020 kann Frau S. nicht mehr logopädisch versorgt werden. „Ich mache mir Sorgen, dass erreichte Fortschritte verloren gehen und sich Verschlechterung einstellt, da es sich bei Parkinson um eine progredient verlaufende Erkrankung handelt. Zudem geht es in der Behandlung auch um den Erhalt der Beweglichkeit und darum, weiteren Problemen, beispielsweise der Verstärkung von Schluckproblemen mit Aspirationsgefahr, entgegenzuwirken“, mahnt Lang.

In ihrer Not hat sich die Patientin im Juli an ihre Krankenkasse gewandt und darum gebeten, die Videobehandlung fortführen zu dürfen. Die zuständige Sachbearbeiterin hatte großes Verständnis und ihr empfohlen, mit Unterstützung ihres Hausarztes einen formlosen Antrag auf Sondergenehmigung zu stellen. Dieser Antrag ist nun unterwegs. Alle Beteiligten hoffen, dass die Krankenkasse Frau S. nicht im Stich lässt. „Für uns Therapeutinnen geht es um die Möglichkeit, weiter Videobehandlung durchführen zu dürfen, für die Patientin geht es um ihre Gesundheit, ihre Teilhabe an der Gemeinschaft und damit um ihre Lebensqualität“, resümiert Bettina Lang.



Nachtrag Bettina Lang am 19. Juli 2020

„Am Freitag, dem 17. Juli 2020, kam die Absage von der Krankenkasse, eine Weiterführung der Videotherapie sei nicht möglich. Begründung: ‚Da Lockerungsmaßnahmen erfolgt sind...‘ Ich mache jetzt mit Komplettmontur Therapie: Schutzkittel, FFP2-Maske, Handschuhe. Denn die Ansteckungsgefahr ist ja noch lange nicht vorbei.“

Beispiel Sabine Arbet Logopädin aus Schwalbach

Sabine Arbet ist freiberufliche Logopädin in Schwalbach am Taunus. Sie bedauert vor allem, dass sie Kinder mit geistigen Beeinträchtigungen seit dem 1. Juli in aller Regel nicht mehr behandeln kann. Benno (Name geändert) ist acht Jahre alt und soll in wenigen Wochen eingeschult werden. Bereits seit etwa zwei Jahren begleitet und unterstützt sie seine Sprachentwicklung. Aktuell geht es vor allem darum, seine Aussprache zu verbessern, damit er den Schuleinstieg gut bewältigen kann. „Ich wende viele verschiedene Methoden an, um die Mundmotorik zu stärken, die seine Mutter nach meiner Anleitung auch durchführen kann. Zudem arbeiten wir an der auditiven Unterscheidung der Laute und er kennt die Lautgebärden, die ihm auch in der Schule beim Lesen und Schreiben lernen helfen werden“, weiß die erfahrene Logopädin.

Als die Krankenkassen im Zuge der Corona-Krise die Möglichkeit der Videobehandlung eingeräumt haben, hat sie sich sehr genau über-



**Sabine Arbet
wünscht sich weiterhin Videotherapie
für alle Patienten,
die nicht in die Praxis
kommen können**

legt, für welche ihrer Patienten dies einerseits notwendig und zugleich eben auch eine gute Option wäre. Bei Benno habe beides zugehtroffen. „Benno speichelt sehr viel und nimmt noch Vieles in den Mund. Hier war die Hygieneproblematik also besonders groß. Andererseits kennen wir uns schon lange und sind uns gut vertraut, was das gemeinsame Arbeiten via Bildschirm sehr erleichtert. Die auditiven und visuellen Übungen konnten via Videotherapie weiterhin durchgeführt werden. Die Mutter setzte die Körperübungen dann zuhause fort“, berichtet Sabine Arbet.

Vorteilhaft sei auch gewesen, dass Benno im Rahmen der Unterstützten Kommunikation bereits Erfahrungen mit den digitalen Medien – wie der Arbeit am Tablet – gesammelt hatte. „Dies ist übrigens bei vielen Menschen mit geistiger Behinderung der Fall. Auch das sprach dafür, es per Videobehandlung zu versuchen“, erläutert die selbständige Logopädin aus Hessen ihre Entscheidungsfindung.

Entscheidend sei aber die Bereitschaft der Mutter gewesen, diese Form der Behandlung aktiv zu unterstützen. „Sie war während der

Therapie anwesend und wir haben die Übungen zusammen durchgeführt. Das hat prima funktioniert und Benno Spaß gemacht, und ich bin guten Mutes, dass er so auf seine Einschulung als Inklusionskind in einer Regelschule nach den Sommerferien gut vorbereitet ist“, freut sich Sabine Arbet.

Die Mittvierzigerin wünscht sich, dass die Option der Videobehandlung für alle Patienten, die nicht in die Praxis kommen können, wieder angeboten werden kann. „Natürlich möchte ich auch, dass diese Form der Behandlung genau evaluiert wird und dass wir in Zukunft hier auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse und unter datenschutzrechtlich geregelten und geprüften Bedingungen arbeiten können. Doch solange meine Patienten durch das Corona-Virus akut bedroht sind – wie es derzeit leider noch der Fall ist – wünsche ich mir, dass diese Möglichkeit der Behandlung von den gesetzlichen Krankenkassen weiterhin finanziert wird, wenn Therapeutin und Patient dies für nötig und möglich halten.“

Teletherapie: Herausforderung und Chancen

Interview mit Prof. Dr. Kerstin Bilda

Welche Herausforderungen und Chancen bietet die digitale logopädische Therapie in der Covid-19-Pandemie? Dieser Frage geht das Institut für angewandte Gesundheitsforschung der Hochschule für Gesundheit (hsg Bochum) unter der Leitung von Prof. Dr. Kerstin Bilda aktuell nach. Die Vizepräsidentin für Forschung und Logopädie-Professorin hat eine bundesweite Umfrage zum Thema „Teletherapie in der Logopädie“ durchgeführt.

Worum geht es in Ihrer Untersuchung?

Bilda: In der Covid-19-Pandemie haben sehr viele LogopädInnen, die von jetzt auf gleich ihre Therapien nicht mehr in der Praxis anbieten konnten, auf digitale Angebote umgestellt. Welche Herausforderungen sie dabei zu bewältigen hatten und wie genau sie die Therapieinhalte in Teletherapie umgesetzt haben, möchten wir uns genauer ansehen.

Wie gehen Sie vor?

Um die Erfahrungen von LogopädInnen bei der Umsetzung von Teletherapie zu erfassen, haben wir im Mai eine Online-Umfrage durchgeführt und danach gefragt, welche Chancen LogopädInnen beim Einsatz von digitaler Therapie in der Logopädie sehen, welche Herausforderungen sie bei der Anwendung digitaler Therapie erleben, wie sie Therapieinhalte in eine Online-Therapie umsetzen und welche Anforderungen und Wünsche sie an digitale Therapiematerialien haben.

Warum ist die Einschätzung der LogopädInnen so wichtig?

Besonders vor dem Hintergrund der Ergebnisse einer Umfrage der Berufsverbände in Kooperation mit der Humboldt-Universität Berlin sind diese Erkenntnisse von Bedeutung. Diese Umfrage ergab, dass innerhalb einer Woche 50 Prozent der 5.074 befragten TherapeutInnen Videotherapien angeboten haben. Allerdings fanden nur 11 Prozent dieser Einheiten statt. Das sind interessante Zahlen, die wir gern näher beleuchten möchten. Die Zahlen spiegeln Hürden in der Umsetzung von Teletherapie wider, welche durch unsere Befragung konkretisiert werden sollen. Weiterhin werden Daten zur Einschätzung von Chancen, Akzeptanz und Usability der digitalen Therapie durch LogopädInnen erhoben.

Gibt es schon erste Ergebnisse?

Insgesamt haben an der Befragung 328 LogopädInnen teilgenommen. Die vollständigen Datensätze (n=190) wurden durch eine externe Statistikfirma ausgewertet. Im Zuge der Corona-Pandemie sind viele der befragten TherapeutInnen auf Teletherapie umgestiegen (79,17 %, n=190). Alle im Heilmittelkatalog aufgeführten Störungsbilder wurden behandelt, wobei Kindertherapien mit PatientInnen zwischen vier und zehn Jahren mit insgesamt 63,7 % (n=261) in der Mehrheit waren. Mehrfachnennungen waren an dieser Stelle jedoch möglich. Die Auswertung zeigte eine hohe Akzeptanz der Teletherapie bei den befragten Logopä-



© hsg Bochum

Prof. Dr. Kerstin Bilda

dInnen. Eine große Mehrheit (37,6 %, n=71) kann sich logopädische Teletherapie als zukünftiges Versorgungsmodell für ihre PatientInnen gut vorstellen. Eine Systematik der logopädischen Teletherapie sollte entwickelt werden, in der technische, datenschutzrechtliche und inhaltliche Rahmenbedingungen definiert und beschrieben werden.

Die Mehrheit der Befragten (55,4 %, n=104) gibt an, dass Teletherapie bei einigen PatientInnen die reguläre Face-to-Face-Therapie ersetzen kann. Des Weiteren empfinden 55 % (n=104) der TeilnehmerInnen ihre Teletherapie-Einheiten effektiver oder genauso effektiv wie eine Face-to-Face-Therapie.

► **Eine umfassende Darstellung der Ergebnisse erscheint in der September-Ausgabe 2020 der Zeitschrift Logos**

Beispiel **Dina Roos** Logopädin aus Unterföhring

„Eine meiner Patientinnen kam mit erheblichen Stimmproblemen zu mir. Vor 16 Therapiestunden konnte ich sie überhaupt nicht verstehen. Keine Stimme, keine Atemstromdauer, die zielführende Äußerungen ermöglicht hätte, keine sichtbaren Schluckreaktionen, fortlaufend klin. H.a. Aspiration und stille Aspiration, nach Schlucken angedickten Wassers immer Hustenversuche, ohne kraftvoll genug husten zu können, sodass die tieferen Atemwege vor Aspirat geschützt worden wären. Dann habe ich mit einer LSVT-Therapie begonnen.

Und heute: Ich habe bei gelenkter Rede (Stichwörter in zwei bis drei Sätzen beschreiben) kaum nachfragen müssen! Wenn man sie an Lautstärke erinnert, sind *alle* Äußerungen verständlich. Mit verbesserter Stimm-/Sprechfunktion verbessert sich, ohne dass man gezielt daran gearbeitet hätte, die Schluckfunktion! Sie kann, zwar verzögert, aber dann effizient ihren Speichel abschlucken. Sie spürt selbst, wann sie den Rachen reinigen muss und kann dies dann durchführen. Und: Sie zeigt beim Trinken sichtbare Schluckreaktionen mit deutlicher Larynxelavation!

Wie konnte sie das erreichen? Sie hat die LSVT-Behandlung vollständig ohne Unterbrechung so durchgeführt, wie sie durchgeführt werden muss. Ohne viele Erklärungen, sondern über Nachahmung meines Vorbildes und maximale Wiederholung mit maximalem Kraftaufwand (u.A. beim Einatmen und Stimme produzieren...). Vor allem aber: Die Patientin hat die letzten sechs Therapiestunden *nach* dem



Dina Roos will nicht hinnehmen, dass sich nur noch Selbstzahler Videotherapie leisten können

1. Juli auf die für sie einzig mögliche Weise durchgeführt: Über Teletherapie – *als Selbstzahlerin!* Ich kann nicht hinnehmen, dass solche Wege nun nur denjenigen PatientInnen offenstehen, die sich die Behandlung auf Selbstzahlerbasis leisten können!“

Fachpublikationen Arbeitsmaterialien Fachzeitschriften

3. Auflage



Stimme und Atmung

Kernbegriffe und Methoden des Konzeptes Schlawffhorst-Andersen und ihre anatomisch-physiologische Erklärung

In diesem Werk werden die Grundlagen und Methoden des Konzeptes erstmalig anatomisch-physiologisch aufgearbeitet und nach aktuellem wissenschaftlichen Stand dargestellt. Das Buch ist so konzipiert, dass man es in der vorliegenden Reihenfolge lesen, aber auch als Nachschlagewerk nutzen kann. Es wendet sich an alle Menschen, die sich auf professioneller Ebene mit den Themen Stimme, Sprechen und Atmung befassen, sowie an medizinisch interessierte Laien.

Antoni Lang, Margarete Saatweber,
3., komplett überarbeitete, aktualisierte und ergänzte Auflage 2020
Hardcover: ISBN 978-3-8248-0646-1, 440 Seiten,
E-Book: ISBN 978-3-8248-0766-6, PDF 3.204 KB,
EUR 70,00 [D]



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



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



Beispiel Karin Hübener Logopädin aus Untergruppenbach

Karin Hübener macht sich Sorgen um ihre PatientInnen. Die Logopädin ist eigentlich keine Freundin der Videobehandlung. „Ich sehe immer gerne den ganzen Menschen vor mir, auch in seiner Körperlichkeit und Gestik. Insofern ist für mich die Face-to-Face-Therapie in der Praxis oder – wenn es nötig ist – auch im Hausbesuch die beste Lösung“, findet die Praxisinhaberin aus der Nähe von Heilbronn.

Doch durch Corona wurde auch für sie alles anders: Viele Patienten konnten nur noch per Video oder gar nicht mehr behandelt werden. In dieser Situation hat sie sich trotz aller Bedenken und Vorbehalte gegenüber dieser Technik ins Zeug gelegt, um die ihr anvertrauten Menschen auch weiterhin therapeutisch unterstützen zu können. Sie hat sich die notwendige Technik und Software angeschafft und ihren PatientInnen und deren Angehörigen erklärt, für wen die Videobehandlung in Frage kommt.

Dies betraf beispielsweise Laura S. (Name geändert). Die heute 71-jährige hatte vor einiger Zeit einen Schlaganfall erlitten und ist schon länger in logopädischer Behandlung gewesen. „Wir haben zwei Therapieeinheiten pro Woche durchgeführt und es ging gut voran. Doch mit Corona war das schlagartig vorbei“, berichtet Karin Hübener. Viel zu groß sei die Sorge der Patientin, sich in der Praxis oder auch beim Hausbesuch mit dem Virus anzustecken. Einzig die Videobehandlung eröffnete die Möglichkeit, die Therapie fortzusetzen und die sprachlichen Fähigkeiten der Patientin weiter zu verbessern. „Ich war sehr froh, dass die Krankenkasse uns diesen Ausweg aus der Versorgungskrise ermöglicht hat und bin auch ein bisschen stolz darauf, dass ich diesen Schritt gewagt und geschafft habe“, sagt die 47-jährige Logopädin.

„Ich habe Frau S. jede Woche neue, schriftliche Übungsaufgaben in den Briefkasten geworfen und einmal wöchentlich per Video meine Therapie durchgeführt. Für die technische Unterstützung ist die Patientin auf ihre Tochter angewiesen, bei der sie wohnt, deshalb konnte die Videobehandlung nicht öfter stattfinden“, erklärt die Logopädin. Mit dem Ergebnis war Karin Hübener ebenso zufrieden wie die Patientin selbst: „Die Übungen zur Wortfindung und das kognitive Training haben erreichte Meilensteine in der Therapie gesichert und ausgebaut“, so ihr Resümee.

Nun wäre es wichtig, dranzubleiben. Aber seit dem 1. Juli geht nichts mehr. „Die logopädische Behandlung musste ausgesetzt werden, denn Frau S. traut sich weiterhin nicht, sich auf einen Hausbesuch oder den Weg in die Praxis einzulassen. In ihrem gesundheitlich angeschlagenen Zustand erscheint ihr das Ansteckungsrisiko zu groß. Wer könnte das nicht verstehen...“, berichtet die Logopädin aus Baden-Württemberg.

Regel Erfahrungsaustausch in den Landesverbänden

In den dbl-Landesverbänden werden die Erfahrungen mit der Videobehandlung intensiv und breit diskutiert. Es zeigt sich, dass diese neue Form der Behandlung durchaus unterschiedlich wahrgenommen wird und es sich hier um einen dynamischen Prozess handelt, der stetig reflektiert und weiterentwickelt werden sollte.

„Unsere Mitglieder haben beim Landesverbandstreffen über ihre Erfahrungen mit der Videotherapie berichtet.

Nicht immer war diese möglich, da teilweise die Internetverbindung nicht gut war bzw. die technischen Voraussetzungen nicht gegeben waren. Wer Videobehandlung durchführen konnte, hat die Rückmeldung gegeben, dass die Vorbereitung sehr zeitintensiv und die Durchführung sehr anstrengend ist. Aber auch, dass mit dieser neuen Therapieform sehr gute Ergebnisse erzielt werden können.“



**Fabiana Pacifico-Wischnewski,
1. dbl-LVV Saarland**

„In Hamburg tauschten sich die Mitglieder beim Landesverbandstreffen im Juni 2020 intensiv darüber aus, welche Vorteile der Videotherapie mit dem Aussetzen derselben auf dem Spiel stehen: Für Menschen in Behinderteneinrichtungen, viele chronisch kranke Patienten oder in der Stimmtherapie war dies zu diesem Zeitpunkt oft die einzige Therapiemöglichkeit. Die Reduzierung der Praxis-Besucher erleichterte vor Ort das Hygienemanagement und den Schutz von MitarbeiterInnen und PatientInnen.



Antje Voß, 1. dbl-LVV Hamburg

Die Therapieauslastung konnte verbessert werden, TherapeutInnen mit Kindern konnten trotz geschlossener Kitas (teilweise) weiterarbeiten und auch solche, die selbst zu einer Risikogruppe gehören, konnten weiter therapeutisch arbeiten. Dies alles trug erheblich zur Stressreduktion bei – bei allen Beteiligten!“

Der Versorgungsvertrag: Status quo der Verhandlungen

Bei den Verhandlungen um den neuen, bundesweit gültigen Versorgungsvertrag geht es um nichts Geringeres als um die grundlegende Basis für die Zukunft der ambulanten Logopädie.

„Gut verhandelt haben Sie erst dann, wenn Ihr Gegenüber in Zukunft wieder mit Ihnen verhandeln möchte.“

Autor unbekannt
Aus einer Studie der Harvard University

Der bundesweite Versorgungsvertrag (Vertrag nach §125 Abs. 1 SGBV über die Versorgung mit Leistungen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie und deren Vergütung) löst am 1.10.2020 alle bisherigen Rahmenverträge, Vergütungsvereinbarungen und Anlagen ab,

zwischen den Vertragspartnern diskutiert. Manche Paragraphen und Anlagen konnten bereits abschließend konsentiert werden, manche sind noch Gegenstand der – auch unter zeitlichen Aspekten durchaus ambitionierten – Verhandlungen.

Über die Inhalte der Verhandlungsergebnisse kann derzeit (Stand: 17.7.2020) leider noch nicht berichtet werden, aber so viel sei gesagt: Während es bei der Verhandlung der Anlage Fortbildung nur wenig Unstimmigkeiten gab und bei der Zulassung voraussichtlich auch kein größeres Problem zu erwarten ist, beschäftigen uns besonders die Anlagen Leistungsbeschreibung und Prüfpflicht (3a und 3b), denn es geht hier darum, unser gesamtes, teilweise ja auch noch unbezahltes Leistungsspektrum abzubilden, um daraus im Sinne des TSVG einen berechtigten Anspruch auf Vergütung ableiten zu können. Ferner wünschen sich beide Seiten der

Verhandlungspartner mehr Entbürokratisierung, sodass es auch bei den Anforderungen an die Prüfpflicht viel Regelungs- und Diskussionsbedarf gab und gibt.

WAT-Gutachten Verhandlungsbasis

Neben unseren Verhandlungen mit dem GKV-SV fanden auch mehrere (Online)Termine mit zahlreichen anderen Heilmittelverbänden statt. Hier wurde das von uns in Auftrag gegebene WAT-Gutachten nebst Umfrage geplant, gestaltet und durchgeführt (nächste Seite). Die Auswertung und der Bericht des gesamten Gutachtens wurden im Juli von den Verbänden sorgfältig geprüft und kritisch gewürdigt und dienen der Vorbereitung für unsere aktuell (August 2020) anstehenden Vergütungsverhandlungen. Der erste Termin zur Vergütungsverhandlung im Bereich Logopädie soll Ende August/Anfang September 2020 stattfinden.

Sowohl aufseiten der Verbände (dbl, dba, dbs und LD) als auch aufseiten der Krankenkassen (GKV-SV, Medizinischer Dienst und Kas-

senverbände) sind die Gespräche nicht immer einfach. Wo viele Menschen bzw. Verbände unterschiedliche Aufgaben, Interessen, Vorstellungen, Forderungen und Ziele haben, gibt es auch Reibungspunkte, Empfindlichkeiten, Missverständnisse und negative Vorannahmen, die immer wieder ausgeräumt werden müssen. „Miteinander verhandeln bedeutet sachlich, beharrlich und wachsam, aber dennoch kompromissbereit, kooperativ und fair zu bleiben“, betont Frauke Kern. (GS/Feit)

Der Vertrag wird folgende Inhalte neu regeln

- Begriffsbestimmung
Präambel
- §1 Gegenstand und Geltungsbereich des Vertrages
 - §2 Leistungsgrundlagen
 - §3 Grundsätze der Leistungserbringung
 - §4 Hausbesuche
 - §5 Bestätigung der Leistung
 - §6 Beginn der Leistung
 - §7 Durchführung und Beendigung der Behandlung
 - §8 Gesetzliche Zuzahlung
 - §9 Wahl des Leistungserbringers
 - §10 Datenschutz, Schweigepflicht
 - §11 Zulassung
 - §12 Organisatorische Anforderungen an die Heilmittelpraxis
 - §13 Barrierefreiheit
 - §14 Maßnahmen der Qualitätssicherung
 - §15 Wirtschaftlichkeit
 - §16 Vergütung und Transparenz
 - §17 Verwendung des Institutionskennzeichens
 - §18 Abrechnungsregelungen
 - §19 Maßnahmen bei Vertragsverstößen
 - §20 Inkrafttreten und Beendigung des Vertrages
 - §21 Schlussbestimmungen
- Hinzu kommen die Anlagen:
- Anlage Fortbildung
 - Anlage Leistungsbeschreibung
 - Anlage Zulassung
 - Anlage 3a und 3b (notwendige Angaben)



© Chris Titze Imaging - fotolia.com

die es mit den Krankenkassen auf Landes- und Bundesebene bis dato gegeben hat. Er wird zwischen den maßgeblichen Heilmittelverbänden (in unserem Bereich sind das dbl, dbs, dba und Logo Deutschland) und dem GKV-SV verhandelt und abgeschlossen. Die Krankenkassenverbände und teilweise auch der Medizinische Dienst sind beteiligt.

Der dbl wird fachlich und juristisch durch Britta Berbrich (Juristin im dbl) und Frauke Kern (dbl-Bundesvorstand) vertreten.

Bis zum Abschluss des Vertrages werden zahlreiche Verhandlungstermine stattgefunden haben. Bis März wurden diese noch in Präsenzterminen in Berlin, seit der Corona-Krise ausschließlich in Webkonferenzen durchgeführt.

Komplexer Vertrag – schwierige Verhandlungen

Der Vertrag ist in allen seinen Paragraphen und Anlagen sehr komplex. Daher wird er seit Beginn der Verhandlungsphase (November 2019) intensiv und teilweise auch sehr kontrovers

WAT-Gutachten bietet Argumentationshilfe

Angemessene Vergütung von Heilmittelerbringern noch lange nicht erreicht.

Das vom Institut für Gesundheitsökonomik (IfG) im Auftrag von elf Heilmittelverbänden, darunter auch der dbl, erstellte Wirtschaftlichkeitsgutachten (WAT-Gutachten) über die betriebswirtschaftlichen Grundlagen der ambulanten HeilmittelerbringerInnen hat ergeben, dass es einer grundlegenden Neuordnung der Vergütungsarchitektur im Heilmittelbereich bedarf. Nur so kann eine weithin notwendige deutliche Vergütungssteigerung erreicht und die flächendeckende Heilmittelversorgung auch in Zukunft sichergestellt werden.

„Das WAT-Gutachten zeigt einen erheblichen Vergütungsrückstand in der Logopädie. Wir werden diese Daten und Fakten in den Verhandlungen mit den Krankenkassen nutzen, um eine Vergütung zu erreichen, die endlich sowohl eine Altersabsicherung der PraxisinhaberInnen als auch attraktive Gehälter für angestellte Logopädinnen und Logopäden ermöglicht. Nur so kann die ambulante Logopädie auch morgen noch für die Patientinnen und Patienten da sein – in der Großstadt genauso wie auf dem Lande.“

Auf der Basis des Jahres 2018 wurden die erwirtschafteten Überschüsse der Praxen bzw. der PraxisinhaberInnen, das wirtschaftlich tragfähige und konkurrenzfähige Ziel-Einkommen sowie die Differenz zwischen Ist- und Zielbetriebsergebnis und die erforderliche Vergütungserhöhung für MitarbeiterInnen ermittelt.

Ergebnisse für den Bereich Logopädie

- Das ermittelte durchschnittliche UnternehmerInnen-Einkommen und die MitarbeiterInnen-Vergütung in einer logopä-

dischen Praxis in 2018 liegen weit unter den entsprechenden vergleichbaren Tarifgehältern im öffentlichen Dienst (siehe hierzu auch: Die aktuelle Zahl, Seite 39).

- Noch größer zeigt sich die Differenz bei kleinen Praxen ohne angestellte TherapeutInnen – obwohl gerade die kleinen Praxen für eine flächendeckende Versorgung der PatientInnen unabdingbar sind.
- Insgesamt müssten die GKV-Preise von 2018 um mindestens 64 Prozent angehoben werden (49 Prozent für ein angemessenes UnternehmerInnen-Einkommen plus 15 Prozent für höhere MitarbeiterInnen-Gehälter).
- Der Aufwand für Hausbesuche und Behandlungen in Einrichtungen muss bei der Preisfindung mit kalkuliert werden.
- Dies gilt auch für die Vor- und Nachbereitungszeit, die mit 19,4 Minuten 100 Prozent über der aktuell vergüteten Zeit von 10 Minuten liegt.
- Auch der Verwaltungsaufwand muss in der Vergütung Berücksichtigung finden.

Weitere Informationen sowie das Gutachten finden Sie auf der dbl-Website:

↳ Meldungen vom 30.7. und 7.8.2020.



Frauke Kern, dbl-Bundesvorstand/
Intessenvertretung FreiberuflerInnen

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. 071 41 / 9 37 33-0
info@sovdwaer.de
www.sovdwaer.de

SGN 2.031.1

DER DBL MISCHT SICH EIN

Aktuelle berufspolitische Aktivitäten mit und ohne Corona-Themen



HYGIENE UND INFEKTIONSSCHUTZ

Auch wenn das Thema Hygiene für uns kein Neuland ist – nach dem Ausruf der Pandemie sahen wir uns aber konfrontiert mit rasant steigenden Fallzahlen, dem Hinweis, dass Risikogruppen besonderen Schutzes bedürfen, und der Tatsache, dass auch wir unsere logopädische Arbeit an die neuen Gegebenheiten anpassen müssen.

Was hat der dbi bislang unternommen?

Niemand war auf eine derartige Pandemie vorbereitet, und so verwundert es nicht, dass wir weder einheitliche behördliche noch medizinische Vorgaben zum Verhalten im therapeutischen Bereich fanden, eingedenk des Umstandes, dass entsprechende Schutzausrüstung nicht zur Verfügung stand. Unserem satzungsgemäßen Auftrag folgend, die eigenverantwortliche und selbstständige Tätigkeit unserer Mitglieder zu fördern und zu sichern sowie für ihre wirtschaftlichen Interessen einzutreten, erstellte der dbi – mithilfe von Expertinnen und Experten – im April den „dbi-Leitfaden Hygiene und Infektionsschutz“ (dieser liegt seit Juli in einer überarbeiteten Version vor).

Dieser Leitfaden soll unsere Mitglieder dabei unterstützen, einen Zugang zum Thema Hygiene unter Corona-Bedingungen zu finden, Verständnis für das Virus und dessen Ausbreitung zu entwickeln, sowie sie befähigen, Hygienekonzepte für die Wiederaufnahme

der Therapie in ihrer ambulanten Praxis zu erstellen. Zum anderen dient er aber auch dem Ziel, den Bedarf an Schutzausrüstung zu dokumentieren und die Versorgung mit Schutzmaterialien auf politischer und behördlicher Ebene für die Logopädie zu erreichen. Auch die Verhandlung von Hygiene-Pauschalen, Mehraufwand durch veränderte Therapiesituationen etc. wird zukünftig von der Aufklärung abhängen, wie risikoreich die logopädische Tätigkeit ist. Denn dass der zeitliche und finanzielle Mehraufwand für Hygienemaßnahmen und Schutzausrüstung von den logopädischen Praxen überwiegend selbst getragen werden muss, halten wir für genauso untragbar wie die Tatsache, dass die Logopädie bislang überhaupt nicht auf den Bedarfslisten für Schutzausrüstung zu finden ist.

Die Zusammenarbeit mit Fachleuten externer Institutionen kann und soll dabei helfen, die Wichtigkeit und Systemrelevanz logopädischer Therapie auf politischer und gesundheitlicher Ebene zu belegen, um auf die Bedarfslisten aller Länder zur Versorgung mit Schutzausrüstung aufgenommen zu werden.

↳ **Meldung vom 19.6.2020**

dbi-Leitfaden „Hygiene und Infektionsschutz“

Der im April erstellte dbi-Leitfaden „Hygiene und Infektionsschutz“ liegt nun in einer überarbeiteten Auflage vor. Neben der Anpassung an den aktuellen wissenschaftlichen Stand der Empfehlungen und

die Studienlage fand auch eine inhaltliche Überarbeitung statt. Auch die Patientenversorgung durch den Wegfall von Videobehandlungen seit dem 1. Juli 2020 wurde in dieser Version berücksichtigt.

↳ **Meldung vom 9.7.2020**

BGW überarbeitet Arbeitsschutzstandard für logopädische Praxen

Auch die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) hat den branchenspezifischen SARS-CoV-2-Arbeitsschutzstandard für logopädische Praxen der Weiterentwicklung des Sachstandes angepasst. In der nun aktualisierten Version sind Aspekte, die in der Vergangenheit zu Unsicherheiten geführt haben, konkretisiert und/oder auch an den Wissenszuwachs hinsichtlich der Übertragungswege überarbeitet worden.

↳ **Meldung vom 21.7.2020**

Externe Praktika in der Logopädie in Corona-Zeiten

Die Umsetzung von externen Praktika während der logopädischen Ausbildung in Zeiten von Corona ist eine drängende Frage – insbesondere vor dem Hintergrund, dass Videobehandlungen derzeit nicht mehr möglich sind. Aus Sicht des dbi ist bei externen Praktika ebenso wie bei der internen praktischen Ausbildung auf die Einhaltung aller Hygiene-Schutzmaßnahmen zu achten: Umfassende Hinweise hierzu finden Sie in der Meldung vom 1.7.2020 und im Leitfaden: „Covid-19-Pandemie: Risikoarmes Arbeiten im Alltag einer logopädischen Praxis“ zu, der in Zusammenarbeit mit dem HTK Hygiene Technologie Kompetenzzentrum entstand.

↳ **Meldungen vom 1.7. und 26.6.2020**

Schutzausrüstung Mangelware...

Bereits zu Anfang der Corona-Pandemie hatte der dbi alle zuständigen Bundes- und Länderministerien mit der Bitte um Hygiene-Schutzausrüstungen angeschrieben. Das Thema hat uns seitdem täglich beschäftigt.

In einigen Bundesländern mussten Logopädinnen und Logopäden ganz besonders lange auf die Unterstützung zur Sicherung der notwendigen Einhaltung der Hygienemaßnahmen warten.

Beispiel Schleswig-Holstein: Eine erste Antwort des Ministeriums Anfang April war wenig hilfreich, da das Land den Heilmittelerbringern keine konkrete Hilfe anbot. Im Juni teilte uns das zuständige Ministerium endlich mit, dass Produkte zur Schutzausrüstung bestellt werden können. In Bremen konnten wir erreichen, dass im Juni für die Praxen vor Ort Schutzausrüstung organisiert und verteilt werden konnte. Dies war nur möglich durch die Unterstützung eines dbI-Mitglieds, das sich bereit erklärt hat, die regionale Ansprechpartnerin für den Krisenstab vor Ort zu sein: Wir danken Constanze Möller-Joppien ganz herzlich – ohne sie wäre dies nicht möglich gewesen!

↳ **Meldungen vom 17. und 25.6.2020**

Baden-Württemberg: Maskenpflicht in Praxen

Dem Engagement der Landesverbands-Vertreterinnen in Baden-Württemberg verdanken wir eine schriftliche Stellungnahme des Bürgerreferenten Heiko Brendel aus dem Landesministerium für Soziales und Integration, in der er die Verordnung zur Maskenpflicht für logopädische Praxen näher erläutert. In einem Telefonat mit Heidemarie Büchner (komm. dbI-Bundesvorstandsmitglied, Interessenvertretung Angestellte) erläuterte Brendel seine Stellungnahme, um Missverständnissen über die Auslegung der Verordnung vorzubeugen. Die Wahl der nötigen Hygieneschutzmaßnahmen sollte immer abgestimmt sein auf die individuellen Möglichkeiten und Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten, die therapeutischen Inhalte und die grundlegende Risikobewertung der Therapiesituation.

↳ **Meldung vom 25.6.2020**

SCHUTZSCHIRM

Ungerechtigkeiten bleiben

Am 15. Mai 2020 hat sich der dbI gemeinsam mit den Berufsverbänden dba und dbs in einem Schreiben an Bundesgesundheitsminister Jens Spahn gewandt, um auf die Regelungslücken in § 2 der COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung („Schutzschirm“) aufmerksam zu machen. Die Antwort des Leiters des zuständigen Fachreferats enttäuschte. In seinem Antwortschreiben konstatiert er, dass der vom

BMG gewählte Ansatz bei der Erstellung der COVID-19-VSt-SchutzV grundsätzlich richtig gewesen sei. Er beschreibt, auf welcher Grundlage die Berechnung der Ausgleichszahlungen für Heilmittelerbringer erfolgt und erteilt dem Vorschlag der Verbände, eine Clearing-Stelle einzurichten, eine deutliche Absage.

In einer Videokonferenz mit dem GKV-Spitzenverband thematisierten die Verbände die Gerechtigkeitsmängel der Verordnungen und die daraus resultierenden Fragen. Die Umsetzung der Schutzschirm-Rechtsverordnung des BMG durch die ARGEN der gesetzlichen Krankenkassen hat bei nicht wenigen Praxen dazu geführt, dass ihre Ausgleichszahlung deutlich geringer ausfiel als berechnet – oder sogar vollständig versagt wurde. Dies hat verständlicherweise zu Irritationen, Enttäuschung und Ärger geführt. Die Verbände, insbesondere vertreten durch dbI-Bundesvorstandsmitglied Frauke Kern, haben die Gelegenheit genutzt, noch einmal nachdrücklich auf diese Probleme der Betroffenen aufmerksam zu machen. Es wurde die mangelnde Transparenz des Verfahrens kritisiert und das Gebot „Schnelligkeit vor Genauigkeit“ infrage gestellt, durch das die Bedürfnisse der Heilmittelerbringer in zahlreichen Fällen nicht berücksichtigt worden sind. Der dbI hatte bereits in der Entstehungsphase des Rettungsschirms in seinen Stellungnahmen auf diese Probleme hingewiesen – eine Warnung, die offensichtlich nicht gehört wurde. Der GKV-SV wies darauf hin, dass die Ursache für die monierten zu geringen oder ausgebliebenen Ausgleichszahlungen nicht bei den ARGEN liegt, sondern Resultat entsprechender Regelungen in der Rechtsverordnung ist, die keinerlei Handlungsspielraum zuließen. Mittlerweile liegt die Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage der FDP-Fraktion zum Rettungsschirm für Heilmittelerbringer vor, die einen Überblick über die erfolgten Ausgleichszahlungen bietet.

↳ **Meldungen vom 18.6. und 12.8.2020**

Verordnung zur Sicherung der Ausbildungen

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hatte sich im Mai an die Berufsverbände gewandt und um Stellungnahmen zur „Verordnung zur Sicherung der Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen während einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite“ gebeten. Gemeinsam mit dem Bundesverband Deutscher Schulen für Logopädie e.V. (BDSL) begrüßte der dbI diese Verordnung, die vor dem Hintergrund der Corona-Situation zur Ausbildungssicherung dient. Die

Verordnung des BMG, die zur Unterrichtsgestaltung, Verlängerung der Ausbildung und zur staatlichen Prüfung Erweiterungen vorsieht, ist unserer Meldung nachzulesen.

↳ **Meldung vom 26.6.2020**

VIDEOBEHANDLUNG

Ende der Videobehandlung

Seit dem 1. Juli 2020 können Videobehandlungen in der ambulanten logopädischen Versorgung nicht mehr abgerechnet werden. Die Therapie muss wieder entsprechend den bisherigen Regelungsvorgaben in der logopädischen Praxis oder als Behandlung im Rahmen eines Hausbesuches (falls so verordnet) erfolgen (siehe § 11 Heilmittel-Richtlinie). Der dbI setzt sich weiterhin vehement dafür ein, dass die Genehmigung der Videobehandlung so lange möglich sein sollte, wie das Infektionsrisiko aufgrund des Coronavirus nicht hinreichend beherrschbar ist. Diesbezüglich haben wir um Unterstützung in Politik und Administration des Gesundheitssektors gebeten sowie die Presse über diese Forderung informiert (siehe dazu auch den Beitrag auf Seite 45).

Offener Brief von Maria Klein-Schmeink

Maria Klein-Schmeink (MdB, Gesundheitspolitische Sprecherin von Bündnis 90/Die Grünen) hat in einem Offenen Brief an die Krankenkassenverbände und den GKV-Spitzenverband appelliert, den therapeutischen Berufen die Videobehandlung weitere drei Monate zu ermöglichen und zu evaluieren. In ihrem Brief betont sie, dass die Entscheidung des GKV-SV völlig unverständlich



MdB Maria Klein-Schmeink setzt sich für die Fortsetzung der Videobehandlung ein

lich sei. Angesichts des weiterhin hohen Schutzbedürfnisses von Risikopatientinnen und -patienten biete die Videobehandlung „eine gute Möglichkeit, auch für Menschen, die zu den Risikogruppen für eine Corona-Erkrankung gehören und aus Angst vor einer Ansteckung keine Praxis besuchen würden, eine angemessene Versorgung zu gewährleisten.“

↳ **Meldung vom 14.7.2020**

Therapeuten und Patienten ziehen an einem Strang

Der dbl hat als Unterstützung für Therapeuten und Patienten in der ambulanten Praxis Vorlagen erstellt, mit denen diese auf ihre besondere Situation hinweisen und sich persönlich an ihre Krankenkasse wenden und aufzeigen können, dass eine Weiterführung der Videobehandlung für sie von großer Bedeutung ist. Die verschiedenen Vorlagen finden Sie in unserer Meldung.

↳ **Meldung vom 29.6.2020**

Umfragen zu Videobehandlung

Durch die Verbreitung einschlägiger Umfragen zum Thema Videobehandlung unterstützt der dbl diverse Forschungsprojekte in diesem Bereich. Eine davon hat der dbl federführend mit durchgeführt. Gemeinsam mit der Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst (HAWK) Hildesheim/Holzmanden/Göttingen führte der dbl die Online-Befragung „Videotherapie in der ambulanten logopädischen/sprachtherapeutischen Versorgung“ (ViTaL) durch. Ziel der Befragung ist die Differenzierung der videotherapeutischen Einsatzmöglichkeiten in unterschiedlichen Indikationsbereichen. Erste Ergebnisse dieses Projekts werden in der vorliegenden Ausgabe vorgestellt (S. 18ff).

↳ **Meldung vom 3.6.2020**

Pressearbeit zeigt erste Erfolge

Ende Juni, als sich abzeichnete, dass die Videobehandlung nicht weiter durchgeführt werden kann, hat der dbl durch gezielte Information der Presse die Medienlandschaft für dieses Thema sensibilisieren können. Nach der Aussendung der Pressemitteilung „Schutz von Patienten und Therapeuten sowie Aufrechterhaltung der Versorgung gewährleisten“ und des dbl-Positionspapiers zur Videobehandlung interessierten sich viele Medienvertreter für die Problematik. „Wir können weder nachvollziehen noch akzeptieren, dass Patienten mit Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen an-



© M. Dörr & M. Frommherz – AdobeStock

Seit dem 1. Juli 2020 können Videobehandlungen in der ambulanten logopädischen Versorgung nicht mehr abgerechnet werden

ders behandelt und weniger geschützt werden sollen. Auch können wir nicht verstehen, warum hier eine erfolgreiche Versorgungsoption zurückgezogen werden soll“, betonte dbl-Präsidentin Dagmar Karrasch in der Pressemitteilung.

Die einsetzende Presseberichterstattung gibt Anlass zur Hoffnung. Denn natürlich haben Journalisten beim GKV-Spitzenverband nachgefragt, und dort wurde ihnen von einer Sprecherin mitgeteilt, dass man nun plane, eine Überprüfung darüber anzustoßen, wann und für wen aus medizinischer Sicht eine logopädische Videotherapie vielleicht doch sinnvoll sein kann.

↳ **Meldungen vom 17. und 28.7.2020**

ENTBÜROKRATISIERUNG

BMG stößt Dialogprozess an

Wie kann die Bürokratie in der ambulanten Heilmittelversorgung abgebaut werden? Dieser Frage widmet sich aktuell das Bundesgesundheitsministerium (BMG) gemeinsam mit den Heilmittelverbänden. Dazu hat das BMG einen Dialogprozess initiiert, dessen Auftakt eine gemeinsame digitale Sitzung am 23. Juni bildete, an der Bundesvorstandsmitglied Frauke Kern für den dbl teilgenommen hat.

Im zweiten Schritt wurden zwei Arbeitsgruppen eingesetzt, die Vorschläge zum Abbau unnötiger bürokratischer Vorschriften sondieren und diskutieren sollen. Eine Arbeitsgruppe widmete sich den Themen „Prüfpflicht der Heilmittelbringer“, „Heilmittelvereinbarungen nach § 84 SGB V“ und „Zertifizierung der Praxissoftware – Beteiligung der Verbände“. Eine zweite Arbeits-

gruppe diskutierte über den Einzug von Zahlungen, Digitalisierung und über eine Verbesserung der Datenlage. „Seit vielen Jahren hat der dbl darauf aufmerksam gemacht, dass die Rahmenbedingungen, unter denen wir unsere Leistungen erbringen, vereinfacht, gestrafft, teilweise neu geordnet und auch modernisiert werden müssten“, so dbl-Präsidentin Dagmar Karrasch. „Ich freue mich darüber, dass der Bundesgesundheitsminister dies nun trotz der durch die Corona-Krise angespannten Situation aufgreift.“

↳ **Meldung vom 14.7.2020**

AOK Plus bietet in Sachsen und Thüringen Vergütung für die Übermittlung des eTB

In einem Projekt im Rahmen der „Digitalisierung und Entbürokratisierung im Gesundheitswesen“ hat die AOK Plus in Sachsen und Thüringen eine Vergütung für die Übermittlung des elektronischen Therapieberichts (eTB) eingeführt. Auf Einladung der AOK Plus wurde mit Vertretern der maßgeblichen Vertragspartner aus den Bereichen Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie (dbl Sachsen und Thüringen, dbs und dba) über Inhalte, Datenschutz, Zeitschiene und Vergütung beraten und die Übermittlung der Berichte modellhaft erprobt. Nun können alle zugelassenen Heilmittelbringer in Sachsen und Thüringen über das AOK-Plus-LE-Serviceportal den vom Arzt angeforderten Bericht an die Ärzte versenden. Für das Versenden kann eine Vergütung in Höhe von 5 Euro abgerechnet werden, sofern die Übermittlung über ihr Serviceportal für Leistungserbringer (LE-Serviceportal) stattfindet.

↳ **Meldung vom 21.7.2020**

Hygiene und Infektionsschutz: Was raten Experten?

Das Thema Hygiene und Infektionsschutz spielt in der Logopädie aktuell eine ganz besonders wichtige Rolle. Im Mittelpunkt steht die Frage, wie man sich selbst und die Patientinnen und Patienten am besten vor einer Ansteckung mit dem Covid-19 Virus schützen kann. Hierzu wird weltweit geforscht – auch in Deutschland. Cordula Winterholler hat Prof. Christian Kähler und Dr. Frank Wolschendorf nach den Ergebnissen ihrer Forschungen gefragt und auch, welche Relevanz diese ganz konkret für die berufliche Praxis von Logopädinnen und Logopäden haben.

Warum stehen Aerosole im Fokus?

Interview mit Prof. Christian J. Kähler

WINTERHOLLER: *Derzeit erscheinen verstärkt Studien zum Thema „Aerosole“. Auch Sie haben dazu aktuell eine Studie veröffentlicht. Warum stehen Aerosole im Fokus?*

KÄHLER: Technisch gesprochen versteht man unter einem Aerosol flüssige Tröpfchen oder feste Partikel mit einem Durchmesser von meist wenigen Mikrometern, die sich in einem Gas oder der Luft bewegen. Aufgrund der geringen Größe sinken diese Teilchen (Tröpfchen/Partikel) nicht zu Boden, sondern schweben teilweise über Stunden in der Luft, und sie können mit der Luftströmung über große Distanzen bewegt und somit großräumig verteilt werden. Häufig wird gesagt, dass Aerosolteilchen einen Durchmesser aufweisen, der kleiner als 5 Mikrometer ist, aber diese exakte Obergrenze gibt es so nicht. Diese Aerosole entstehen z.B. beim Sprechen, Singen und Husten. Es wurde wissenschaftlich nachgewiesen, dass Aerosole in Tröpfchenform, also mit wässrigem Anteil, SARS-CoV-2-Infektionen übertragen können. Da die wässrige Phase bei kleinen Tröpfchen in der Regel sehr schnell verdunstet, geht von diesen Tröpfchen ohne Zweifel eine große Infektionsgefahr über kurze Distanzen aus, also 1-1,5 Meter. Daher ist es sehr wichtig, die Ausbreitung des Aerosols in flüssiger Form, zum Beispiel durch geeignete Masken, effektiv zu verhindern oder ausreichend Abstand zu infizierten Personen zu halten.

Bei hoher Luftfeuchtigkeit ist es aber auch möglich, dass Aerosole mit flüssiger Phase über große Distanzen strömen. Dies ist dann möglich, wenn die Verdunstungsrate mit der Kondensationsrate im Gleichgewicht ist. In diesem Fall kann auch über große Distanzen

prinzipiell eine Infektion erfolgen, allerdings ist zu beachten, dass die Virenlast mit zunehmender Distanz zur Quelle aufgrund der turbulenten Vermischung in der Raumluft abnimmt. Über lange Zeit ist es aber möglich, dass die Virenlast in einem Raum allmählich ansteigt, und daher ist das Lüften oder die Reduktion der Aerosolkonzentration mit HEPA-Filtern sehr wichtig. Dies gilt insbesondere dann, wenn sich mehrere infizierte Personen in einem Raum zusammen mit einer oder mehreren nicht-infizierten Personen aufhalten.

Schließlich ist wissenschaftlich bislang nicht völlig ausgeschlossen, dass auch von Aerosolen, bei denen die flüssige Phase vollständig verdunstet ist, noch eine gewisse Infektiosität ausgeht. Diese sogenannten



Univ.-Prof. Dr. rer. nat. habil. Christian J. Kähler leitete von 2001 bis 2008 die Forschungsgruppe Strömungsbeeinflussung und Strömungsmesstechnik an der Technischen Universität Braunschweig. Anschließend wurde er Professor für Strömungsmechanik und 2008 zum Leiter des Instituts für Strömungsmechanik und Aerodynamik der Universität der Bundeswehr München ernannt.

Tröpfchenkerne beinhalten Salz, möglicherweise Virenmaterial und Reste von Schleim oder anderen Körperabsonderungen. Solange nicht zweifelsfrei gesichert ist, dass von diesen festen Tröpfchenkernen keine Infektion ausgehen kann, sollte man auch bei moderater Luftfeuchtigkeit Abstände einhalten und Maßnahmen zur Reduktion der Aerosolkonzentration nutzen. In den Medien wird dieser Zusammenhang leider immer auf die Frage reduziert, ob Aerosole in-



fektiös sind oder nicht. Bei einem Aerosol mit wässriger Phase besteht aber überhaupt kein Zweifel, dass diese infektiös sein können. Die Frage ist, ob und wenn ja wie groß die Infektionswahrscheinlichkeit des Aerosols ohne wässrigen Anteil ist.

Das Ziel meiner eigenen wissenschaftlichen Forschung besteht darin, sowohl die Ausbreitung der Aerosole über kurze Distanzen als auch den Anstieg der Aerosolkonzentration über lange Zeiten zu verhindern.

Was konnten Sie in Ihrer Studie zeigen?

Wir haben zunächst die mögliche Ausbreitung des Aerosols beim Atmen, Sprechen, Singen und Husten analysiert und dann gezeigt, dass mit geeigneten Masken die Ausbreitung des Aerosols extrem effizient eindämmen werden kann. Weiterhin haben wir nachgewiesen, dass auch einfache Mund-Nasen-Bedeckungen und chirurgische Masken die Ausbreitung des Aerosols sehr gut eindämmen können und daher die Mitmenschen in der näheren Umgebung vor einer möglichen Infektion schützen.

Allerdings sind diese einfachen Bedeckungen und Masken auch bei sehr guter Filterwirkung des Materials nicht dicht und bieten daher kaum einen Schutz, wenn die Umgebung mit SARS-CoV-2-Viren kontaminiert ist. Um sich in einer solchen Umgebung selbst zu schützen, ist es zwingend erforderlich, partikel-filtrierende Masken (FFP2 oder besser) zu tragen, wie wir kürzlich gezeigt haben. Ich habe diese wissenschaftliche Analyse durchgeführt, weil zu Beginn der Pandemie in den Medien die Schutzwirkungen von Masken oft falsch dargestellt wurden und deren Nutzen nicht anerkannt wurde, obwohl es daran gar keinen Zweifel gab. Inzwischen hat sich ja das Tragen von Masken dankenswerterweise durchgesetzt und der positive Effekt der Masken lässt sich schön am Verlauf der Infektionszahlen in den Statistiken ablesen.

Die wesentlichen Ergebnisse der Analyse haben wir kürzlich in einer Fachzeitschrift zusammen mit zwei Videos publiziert:

↳ <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0021850220301063>

Es gibt aber auch auf YouTube ein häufig aufgerufenes Video mit einigen Teilergebnissen:

↳ <https://youtu.be/SM2QrPFC3MY>

Wir Logopädinnen und Logopäden produzieren mit unseren Therapiemethoden vermutlich viel Aerosol? 45 Minuten Singen, Sprechen, forciertes Atmen in einem geschlossenen Raum...

... ja, daran besteht kein Zweifel. Nicht nur die Dauer ist entscheidend, mit der sich Per-

sonen in einem Raum zusammen aufhalten, sondern auch, was die Personen dort tun. Dass beim Sprechen und Singen Tröpfchen erzeugt werden, ist bekannt. Beim Sprechen sorgen insbesondere Laute wie P, T, K für eine starke Produktion von Tröpfchen und Laute wie F bewirken eine große Verbreitung der Aerosole im Raum. Es ist auch bekannt, dass die Anzahl der freigesetzten Tröpfchen mit der Lautstärke zunimmt.

„Auch einfache Mund-Nasen-Bedeckungen und chirurgische Masken können die Ausbreitung des Aerosols sehr gut eindämmen und daher die Mitmenschen in der näheren Umgebung vor einer möglichen Infektion schützen.“

Prof. Christian Kähler

Wir haben kürzlich einige sehr interessante Studien speziell zu diesem Thema durchgeführt, die Ergebnisse sind aber noch nicht publiziert. Erste Teilergebnisse zum Thema Singen und Musizieren haben wir aber bereits zugänglich gemacht:

↳ https://www.unibw.de/lrt7/musizieren_waehrend_der_pandemie.pdf

Zusätzlich haben wir die Ergebnisse auch auf Youtube gestellt, damit sich alle selber die wesentlichen Ergebnisse und Erkenntnisse ansehen und bewerten können:

↳ <https://youtu.be/oJmcjRhV-rs>

Können Luftreinigungsgeräte die Aerosolbelastung eindämmen? Wie funktionieren sie und was gilt es zu beachten?

Luftreinigungsgeräte bestehen im Wesentlichen aus einem leistungsstarken Gebläse, das Luft aus dem Raum durch einen Vorfilter ansaugt und dann durch einen HEPA-Filter drückt. Ein HEPA-H14-Filter ist in der Lage, die Aerosolteilchen in fester und flüssiger Form mit einem Durchmesser von 0,3 Mikrometern oder größer zu 99,995 Prozent herauszufiltern. Wir testen aktuell die Wirksamkeit eines Gerätes bei uns im Labor. Es zeigt sich, dass die Aerosolteilchen auch bei großen Volumenströmen von 1400 Kubikmeter/Stunde sehr effizient abgeschieden werden und dass selbst größere Räume sehr schnell gereinigt werden können.

Der von uns getestete Luftreiniger bietet darüber hinaus die Möglichkeit, den H14-Filter zwischendurch auf rund 100 Grad aufzuheizen, sodass die im Filter angesammelten Viren über die Temperatur regelmäßig inaktiviert werden können. Nach unserer Studie al-

tern die H14-Filter kaum, sodass unter normalen Bedingungen die Folgekosten und der Wartungsaufwand gering sind. Aus meiner Sicht sind diese Geräte insbesondere für die kalten Wintermonate sehr geeignet, die Raumluft ohne Wärmeverlust virenfrei zu halten. Aber auch in den Sommermonaten bei hoher Luftfeuchtigkeit oder wenn der natürliche Luftaustausch durch geöffnete Fenster nicht ausreicht, sind diese Geräte sehr empfehlenswert. Es wäre sicherlich wünschenswert, wenn diese Geräte auch in den Schulen Verwendung finden, da dann die Infektionsgefahr in den Klassenzimmern deutlich reduziert werden kann. Aber auch im medizinischen Bereich oder im Wartezimmer sehe ich mögliche Einsatzorte, neben Restaurants und Geschäften.

Wichtig ist, dass die Leistungsfähigkeit des Geräts der Größe des Raumes angepasst ist und der Aufstellungsort eine effiziente Reinigung der Luft ermöglicht. Das Gerät sollte also nicht in der Ecke hinter einem Klavier oder Vorhang eingebaut sein, sondern möglichst an der Längsseite des Raums mittig an der Wand platziert werden, um eine effiziente Luftreinigung zu gewährleisten.

Sie messen gerade das Strömungsverhalten von Tröpfchen und Aerosolen unter dem Einsatz eines Face-Shields und einer Plexiglasscheibe. Könnte es für das logopädische Setting, in dem das Mundbild, die Stimme besonders wichtig sind, zukünftig noch alternative Schutzmaßnahmen geben?

Wir haben neben Masken auch Face-Shields und Schutzwände aus Plexiglas wissenschaftlich analysiert. Der beste Schutz geht eindeutig von einer partikelfiltrierenden Maske aus. Diese bietet neben dem Eigen- auch einen Fremdschutz. Ist eine solche Maske nicht verfügbar, kann mit einer Mund-Nasen-Bedeckung, einer chirurgischen Maske oder einem Face-Shield gearbeitet werden. Diese bieten zwar keinen Eigenschutz, verhindern aber die schnelle und direkte Ausbreitung der Tröpfchen und Aerosole über große Distanzen. Dass dies sehr wichtig ist, habe ich ja bereits gesagt.

Sehr gut geeignet sind auch Schutzwände aus Plexiglas, sofern diese ausreichend groß sind. Da diese Schutzvorkehrungen aber nicht die Ansammlung der Aerosole im Raum verhindern können, muss für eine ausreichende Frischluftzufuhr durch geöffnete Fenster oder für eine Reinigung der Luft mit einem Filtergerät gesorgt werden, um sich und die Mitmenschen vor einer Infektion mit SARS-CoV-2 zu schützen.

↳ **Forschungsbericht mobile Raumluftreiniger:**
<https://www.unibw.de/lrt7/raumluftreiniger>

Was lohnt sich für die Praxis?

Interview mit Dr. Frank Wolschendorf

WINTERHOLLER: Herr Dr. Wolschendorf, Sie haben durch die Arbeit an der gemeinsam mit dem dbI e.V. herausgegebenen Broschüre den logopädischen Arbeitsalltag kennengelernt. Bei unserer Tätigkeit werden viele Tröpfchen und Aerosole produziert. Ist der Einsatz von Ventilatoren zu empfehlen?

WOLSCHEENDORF: Grundsätzlich ist die wichtigste Maßnahme zur Verminderung des Ansteckungsrisikos durch Tröpfchen und Aerosole deren Vermeidung. Ist diese Strategie nicht vollumfänglich umsetzbar, sollte man sich auf deren Verdünnung fokussieren. Das heißt im Klartext, dass man für reichlich Frischluft sorgt, um eine Anreicherung der Raumluft mit Aerosolen zu verhindern. Ein Ventilator wäre aus meiner Sicht also nur sinnvoll, wenn er an einem offenen Fenster steht und die „verbrauchte“ Raumluft nach außen bläst.

In geschlossenen Räumen sehe ich tatsächlich eher ein erhöhtes Risiko, wenn Ventilatoren ihren Luftstrom direkt auf Personen richten. Wenn die Personen ungünstig zueinander sitzen, kann ein solcher Ventilator womöglich Tröpfchen und Aerosole schneller von einer zur nächsten Person befördern und vielleicht auch, ohne die Aerosole wesentlich zu verdünnen. Unter Umständen wird dadurch die Reichweite von Tröpfchen und Aerosolen noch verlängert.

Wie steht es mit Klimageräten? Sind das eher Keimschleudern? Was gibt es hier zu beachten?

Bei Klimageräten ist dies ein wenig anders. Wenn sie mit entsprechenden Filtern ausgestattet sind, könnten sie wahrscheinlich dazu beitragen, die Aerosolkonzentration in einem geschlossenen Raum über einen längeren Zeitraum niedrig zu halten. Aber auch hier sollte man darauf achten, dass der Luftausstrom nicht direkt auf Personen trifft. Die Luft ist zwar gereinigt, nimmt aber auf ihrem Weg durch das Zimmer wieder Tröpfchen und Aerosole auf und könnte dann wieder einen ähnlichen Effekt haben wie ein Ventilator. In dieser Hinsicht warte ich noch auf klärende Forschungsergebnisse durch die Wissenschaft. Gegen fest eingebaute Klimaanlage, die für einen tatsächlichen Luftaustausch sorgen, ist aber nichts einzuwenden.



Dr. Frank Wolschendorf ist wissenschaftlicher Projektleiter am HTK Hygiene Technologie Kompetenzzentrum GmbH in Bamberg. Seit mehr als 16 Jahren forscht er über Mikroorganismen und beschäftigt sich mit dem Schutz vor hochinfektiösen Krankheitserregern – auch Viren. Neben wissenschaftlichen Projekten berät Dr. Wolschendorf am HTK auch zum Thema Hygienekonzepte und führt Schulungen durch.

Im Elektrohandel wird derzeit mit mobilen UV-Lampen zur Desinfektion von Oberflächen geworben. Ist das eine sinnvolle Alternative zu der üblichen Flächendesinfektion? Lohnt sich eine Anschaffung für die Praxis?

UV-Licht hat eine desinfizierende Wirkung – das stimmt. Aus meiner Sicht sind drei Dinge wichtig.

1. **Lichtdosis:** Es ist entscheidend, wie viel Licht auf die Oberfläche trifft. Dies hängt zum einen von der Leistung der Lampe ab, zum anderen aber auch vom Abstand der Lampe zur Oberfläche. Je weniger Licht pro Zeiteinheit auf der Oberfläche ankommt, umso länger muss bestrahlt werden.
2. **Gesundheit:** UV-Licht verursacht Sonnenbrand. Die Strahlung ist also auch für Menschen nicht unbedenklich, weswegen diese Lampen nur in Räumen zur Anwendung kommen sollten, in denen sich gerade niemand aufhält.
3. **Schatten:** Wo das UV-Licht nicht hinkommt, kann es auch nicht wirken. Wird ein Gegenstand von einem anderen verdeckt, hat man auf der Oberfläche des verdeckten Gegenstands keine desinfizierende Wirkung. Außerdem sind unter dem Mikroskop viele Oberflächen sehr rau und gleichen wohl einer „Hochgebirgslandschaft“. Die Täler werden nur belichtet, wenn die Sonne über

die Bergkuppe kommt. Je niedriger die Sonne am Himmel steht, umso weniger Licht gibt es in den Tälern.

Hier sehe ich also einen deutlichen Nachteil dieser Technologie, weil der Einstrahlungswinkel auch entscheidend ist. Anstelle einer Wischreinigung oder Wischdesinfektion würde ich sie daher nicht empfehlen. Eine Flächendesinfektion oder -reinigung ist da viel gründlicher, weil man auch z.B. die „Schattenbereiche“ einer Türklinke erreicht. Aber selbstverständlich kann auch das Reinigungs- bzw. Desinfektionsmittel nur da wirken, wo es hinkommt.

Haben Sie noch einen Tipp für unseren Arbeitsalltag?

Das Infektionsrisiko durch Aerosole in geschlossenen Räumen steigt stetig an. Also je länger aerosolbildende Aktivitäten durchgeführt werden, umso größer wird auch das Expositionsrisiko. Wenn eine FFP2-Maske ohne Ausatemventil und ein Augenschutz nicht zusammen zum Einsatz kommen können, gewinnen andere Maßnahmen an Bedeutung. Hierzu zählen z.B. der Einsatz einer Plexiglasscheibe, Stoßlüftung, Verkürzung der Therapiedauer, Abstand einhalten, Berührungskontakte vermeiden, das Tragen einer OP-Maske oder ähnliches.

„Den größten Schutz kann nur eine zertifizierte persönliche Schutzausrüstung bieten – also FFP2-Maske und Augenschutz.“

Dr. Frank Wolschendorf

Meiner Ansicht nach verringert sich das Expositionsrisiko anteilig mit jeder ergriffenen Maßnahme. Man sollte die Wirkung dieser unterstützenden Maßnahmen aber nicht überschätzen. Den größten Schutz kann nur zertifizierte persönliche Schutzausrüstung bieten – also FFP2-Maske und Augenschutz. Inzwischen gibt es ja auch transparente Masken, die den Eigenschaften einer FFP2-Maske sehr nahekommen. Einige dieser Modelle eignen sich vielleicht zur Anwendung in der Logopädie. Zudem sollte man grundsätzlich immer auch auf angemessene Hände- und Flächenhygiene sowie auf die Einhaltung des Mindestabstands achten.

Arbeitskreis Berufsgesetz: Aktivitäten in 2020

Im AK Berufsgesetz bündeln mehrere Verbände ihren Einsatz für die vollständige hochschulische Ausbildung der Logopädie/Sprachtherapie

Gegründet im Januar 2016 setzen sich die Mitglieder des AK Berufsgesetz (VertreterInnen von Verbänden und ExpertInnen der hochschulischen Ausbildung für die Logopädie und Sprachtherapie) dafür ein, ein neues Berufsgesetz für die Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie durchzusetzen, das die hochschulische Ausbildung für die Logopädie und Sprachtherapie als (alleinige) Regelausbildung beinhaltet.

Intensive Pressearbeit

Im Januar 2020 wurde die FAQ-Informationsbroschüre „Der Arbeitskreis Berufsgesetz stellt sich vor“ fertiggestellt, der Flyer von November 2018 „Vollständige hochschulische Ausbildung für die Stimm-, Sprech- und

Sprachtherapie JETZT!“ auf der Grundlage einer Erhebung der Studiengänge in der Logopädie/Sprachtherapie aktualisiert und das Argumentationspapier „Vollakademisierung der Logopädie/Sprachtherapie – unumgänglich!“ veröffentlicht.

Am 6. März 2020, dem Europäischen Tag der Logopädie, wurde eine Pressemitteilung zum Thema „Logopädie/Sprachtherapie: Geplantes Berufsgesetz soll Flucht aus dem Beruf stoppen!“ herausgegeben sowie ein Video der Fachschaft Logopädie der RWTH Aachen verbreitet. Es zeigt die Übergabe eines Stafelstabs aus den Niederlanden und Belgien an Deutschland – ein Symbol für die Hoffnung, dass auch in Deutschland – wie in ganz Europa – endlich die hochschulische Ausbildung

Realität wird.

Im Rahmen des dbl-dbs-Forschungssymposiums am 7. März in Erlangen wurde die Notwendigkeit von Wissenschaft und Forschung durch die Teilnehmenden bekräftigt und in zahlreichen Botschaften auf Social-Media Kanälen verbreitet.

Anlässlich des Internationalen Frauentages am 8. März veröffentlichte der AK ein Video mit der Forderung „Schluss mit der Benachteiligung der Frauenberufe – Hochschulische Ausbildung JETZT!“.

Am 5. März 2020 wurde das Eckpunktepapier der Bund-Länder Arbeitsgruppe (BL-AG) „Gesamtkonzeption Gesundheitsfachberufe“ veröffentlicht. Die BL-AG, entstanden auf Initiative der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) 2017, hatte die Aufgabe, einen Aktionsplan für die Novellierung der Berufsgesetze von 11 Berufsgruppen des Gesundheitswesens zu erstellen. Neben Aspekten

wie der Schulgeldfreiheit wurde auch das Thema Akademisierung der Berufe angesprochen, wobei die Vollakademisierung für die Berufsgruppe der LogopädInnen geprüft werden soll. In seiner Stellungnahme vom 20. März weist der AK nachdrücklich darauf hin, dass alle Voraussetzungen für die „vollakademische Ausbildung“ zum Beruf in der Logopädie/Sprachtherapie erfüllt sind und unterstreicht dies mit einer aktuellen Auflistung der hochschulischen Qualifikationswege.

Im Mai 2020 ging die Website des AK Berufsgesetz online. Unter www.arbeitskreis-berufsgesetz.de besteht nun die Möglichkeit, alle Dokumente des AK einzusehen und aktuelle Meldungen und Aktivitäten zu verfolgen.

Aufgrund der Pandemie hat der Arbeitskreis seine Öffentlichkeitsarbeit nun schwerpunktmäßig auf virtuelle Aktionen gelegt. Daher wurde im Juni ein Fotowettbewerb ausgeschrieben, der sich an Studierende der Logopädie/Sprachtherapie wendet, die in ihren Fotos die Botschaft „Hochschulische Ausbildung für die Logopädie/Sprachtherapie JETZT!“ vermitteln sollen. Geplant ist die Veröffentlichung der Fotos auf der AK-Webseite für den Frühherbst.

Unterstützung durch Verdi

Anfang Juli 2020 veröffentlichte die Gewerkschaft Verdi eine Stellungnahme zum Eckpunktepapier der BL-AG, auf die der AK Berufsgesetz mit einem offenen Brief reagiert hat. Darin begrüßt der AK, dass Verdi die Erprobung des Direktzugangs fordert, sich nachdrücklich gegen eine Teilakademisierung ausspricht und zugleich eine hochschulische Erstausbildung nicht mehr ausschließt. Kritisch sieht der AK die Ausführungen der Gewerkschaft zu Studiengangsmodellen. Nach Auffassung des AK sollte sich die hochschulische Ausbildung in der Logopädie/Sprachtherapie an medizinischen Studiengängen (Medizin/Zahnmedizin) orientieren. Alle hier zusammengestellten Informationen – Meldungen, Dokumente, Stellungnahmen – sind auf der Website des AK Berufsgesetz eingestellt.

Azzisa Pula-Keuneke,
dbl-Referat Bildung

↳ www.arbeitskreis-berufsgesetz.de

VOLLSTÄNDIGE HOCHSCHULISCHE AUSBILDUNG FÜR LOGOPÄDIE & SPRACHTHERAPIE JETZT!

MIT EINER
STIMME!



DENN SIE...

- sichert eine qualitativ hochwertige Versorgung
- trägt zur Ökonomie im Gesundheitswesen bei
- stoppt die Berufsflucht
- wirkt dem bestehenden Fachkräftemangel entgegen
- vereint 12 Ausbildungswege der Logopädie/Sprachtherapie in einem Berufsgesetz
- entspricht europäischen Ausbildungs- und Berufsstandards

AK BERUFGESETZ c/o Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.
Augustinustr. 11a 50226 Frechen Tel 0 23 34 37 95 3 0 Fax 13 info@arbeitskreis-berufsgesetz.de www.arbeitskreis-berufsgesetz.de



Evidenzbasierung und Akademisierung in der geplanten Reform der Berufsgesetze

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat im März dieses Jahres ein von einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe (BLAG) vorbereitetes Eckpunktepapier (EPP) „Gesamtkonzept Gesundheitsfachberufe“ vorgelegt, das zentrale Aspekte der anstehenden Reform der Berufsgesetze und die Frage der Akademisierung thematisiert. Nachfolgend gibt Prof. Dr. Bernhard Borgetto, Sprecher von „BÜNDNIS Therapieberufe an die Hochschulen“, eine kurze Übersicht über den Stand der Dinge. Ein ausführliche Darstellung finden Sie auf der dbl-Website in der Meldung vom 20. August 2020.

Evidenz in der Therapie ohne Akademisierung der TherapeutInnen – ein Missverständnis?

Die BLAG vertritt die grundsätzlich begrüßenswerte Auffassung, dass in den Ausbildungen „Kompetenzen erworben werden [sollen], die eine evidenzbasierte Versorgung von Patientinnen und Patienten aller Altersgruppen umfasst“ (EPP, 2)¹. „Sie sollen insbesondere zur evidenzbasierten Entscheidungsfindung und zu evidenzbasiertem Handeln in der individuellen Patientenversorgung befähigen und Kompetenzen zur Förderung interprofessioneller Zusammenarbeit vermitteln“ (EPP, 4).

Das hört sich gut an, mehr aber auch nicht. Für die Logopädie soll eine Vollakademisierung geprüft werden, für die Physiotherapie und die Ergotherapie sogar nur eine Teilaka-

demisierung. Der Idee der Vereinbarkeit von Teilakademisierung und evidenzbasierter therapeutischer Praxis liegt vermutlich ein weit verbreitetes Missverständnis zugrunde – und zwar die Verwechslung

- der Feststellung der Wahrscheinlichkeit der grundsätzlichen Wirksamkeit einer Therapieform und der Entscheidung, sie bei bestimmten Diagnosen anwenden zu können/dürfen,
- mit den konkreten Entscheidungs- und Handlungs-/Interaktionsprozessen im individuellen Therapieverlauf, die sich (auch) an der jeweils besten verfügbaren externen Evidenz orientieren.

Nur wenn man die erstgenannte Variante zugrunde legt, kann man auf die Idee kommen, dass nicht jede TherapeutIn in der Lage sein muss, selbst aktuelle Studienergebnisse kritisch rezipieren zu können, um sie fallbezogen und unter Berücksichtigung interner Evidenzen gemeinsam mit der PatientIn anwenden zu können.

In der Therapie, einem fortlaufenden Interaktionsprozess, muss jedoch ein patientenzentriertes und prozessuales Verständnis von Evidenzbasierung Anwendung finden. Die therapeutischen Prozesse, also Befund, Behandlung, Informationsaufnahme und Interaktion sowie Entscheidungsfindung laufen parallel in einem Handlungsvollzug ab. Sie beeinflussen und steuern sich gegenseitig. Hieraus leitet sich die Einheit und Unteilbarkeit der therapeutischen Berufe und die Notwendigkeit ihrer Akademisierung ab.

Vollakademisierung für die Logopädie, Ergotherapie und Physiotherapie – die zentrale Forderung des Bündnisses Therapieberufe an die Hochschulen

Die BLAG beschreibt die Herausforderungen im Gesundheitswesen der Zukunft völlig zutreffend, leitet aus Sicht des Bündnisses Therapieberufe an die Hochschulen jedoch nicht die erforderlichen Maßnahmen ab. Das Nebeneinander von schulischer und hochschulischer Ausbildung ist nicht zukunftsfähig.

Für die Sicherung der Qualität der Gesundheitsversorgung vor dem Hintergrund des demografischen Wandels sowie der Zunahme chronischer Erkrankungen ist die primärqualifizierende hochschulische Ausbildung eine notwendige Voraussetzung. Die erforderlichen Studienkapazitäten können und müssen in einem sukzessiven Transformationsprozess innerhalb der nächsten zehn Jahre erreicht werden (HVG/VAST 2018)². Voraussetzung dafür ist allerdings der politische Wille und die Einsicht, dass dieser Schritt längst überfällig ist.



Ansprechpartner:
Bernhard Borgetto,
buendnis@hv-gesundheitsfachberufe.de

- 1 Bund-Länder-Arbeitsgruppe, 2020: Eckpunkte der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Gesamtkonzept Gesundheitsfachberufe“
- 2 www.hv-gesundheitsfachberufe.de/wp-content/uploads/Strategiepapier-2018_11_08.pdf

SAVE THE DATE 10. dbl/dbs-Forschungssymposium am 6. März 2021 in Bochum

Am 6. März 2021 findet an der Hochschule für Gesundheit (hsg) in Bochum das nächste Forschungssymposium statt, das seit 2012 alljährlich gemeinsam von dbl und dbs in Kooperation mit einer Hochschule durchgeführt wird. Dabei ist 2021 ein besonderes Jahr: Das Forschungssymposium feiert ein Jubiläum und findet an dem Ort statt, an dem alles begann. Vor zehn Jahren, 2012, war die hsg die erste gastgebende Hochschule. Zudem fällt die Durchführung des Symposiums auf den „Europäischen Tag der Logopädie“, der jedes Jahr am 6. März genutzt wird, um auf die wichtige und wertvolle Arbeit der logopädischen Berufsgruppen öffentlich aufmerksam zu machen. Das Programm des Symposiums sowie Details der Anmeldung finden Sie ab Anfang Januar 2021 auf der dbl-Website.

Azzisa Pula-Keuneke, Referat Bildung

Über das BÜNDNIS Therapieberufe an die Hochschulen

In diesem Bündnis haben sich mit dem Deutschen Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl), dem Deutschen Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE), dem Hochschulverband Gesundheitsfachberufe e.V. (HVG), dem Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten e.V. (IFK), dem Deutschen Verband für Physiotherapie e.V. (PHYSIO-DEUTSCHLAND), dem Verbund für Ausbildung und Studium in den Therapieberufen (VAST), dem Verband Physikalische Therapie e.V. (VPT) und dem Fachbereichstag Therapiewissenschaften (FBTT), die mitgliederstärksten Berufs- und Ausbildungsverbände dieser Berufsfelder zusammengeschlossen.

Gemeinsam repräsentiert das BÜNDNIS Therapieberufe an die Hochschulen die führenden Bündnisse der Hoch- und Berufshochschulen sowie über 130.000 Ausübende und Auszubildende der Gesundheitsfachberufe Logopädie, Ergotherapie und Physiotherapie, die die künftige Patientenversorgung in Deutschland gewährleisten sollen. Dies ist der Großteil der jeweiligen organisierten Arbeits- und Ausbildungsleistenden.

BSV: Ein Jahr voller Ereignisse

Die Bundesstudierendenvertretung blickt auf zahlreiche Aktivitäten im abgelaufenen Verbandsjahr 2019/20 zurück.

Das Verbandsjahr 2019/20 ist vorbei. Ein Jahr voller Ereignisse, neuer Herausforderungen und mit vielen Projekten. Hier erhaltet ihr einen kurzen Einblick in unsere Aktivitäten – verbunden mit der herzlichen Einladung zum Mitmachen bei allem, was in den kommenden Monaten ansteht.

Bewährte Tradition: dbl-Weihnachtsmarkt Aktion

Eines dieser Projekte war die alljährliche dbl-Weihnachtsmarktaktion, deren Organisation die BSV übernommen hat. Auch 2019 trafen sich wieder LogopädInnen, Auszubildende und Studierende auf den Weihnachtsmärkten in Deutschland, z.B. in Koblenz, Berlin und Göttingen, um in gemütlicher und lockerer Atmosphäre miteinander ins Gespräch zu kommen.

Studierendencampus

Anfang 2020 fand zum ersten Mal der Studiencampus in der Schweiz statt. Hier sind Studierende aus Deutschland, der Schweiz und Österreich zusammengekommen, um sich über das Kongressthema „Evidence based practice“ auszutauschen und internationale Vergleiche und Unterschiede zu erfassen.

Hilfestellung bei der Studienwahl

Im März veranstaltete die BSV den Vorabend des 9. dbl/dbs-Forschungssymposiums. Das Thema dieses Abends lautete „Auf der Suche nach einem passenden Masterstudium – wir helfen dir“. Neben Impulsvorträgen und Erfahrungsberichten, gab es am Ende ein Get-together – ein sehr gelungener Abend.

Positionierung

Ebenfalls im März war der Europäische Tag der Logopädie. Unter dem Motto „Logopädie lohnt sich“ betonte die BSV, dass Logopädie Wissenschaft ist und braucht. Aus diesem Grund fordern wir weiterhin die vollständige hochschulische Ausbildung und erheben Anspruch auf die Vollakademisierung der Logopädie.

Netzwerkarbeit

Die Vollakademisierung betrifft nicht nur die Logopädie, sondern alle Therapiefachberufe. Aus diesem Grund arbeiten wir seit Sommer 2019 mit den Studierendenvertretungen der DVE (Ergotherapie) und Physio Deutschland zusammen. Einmal im Monat werden aktuelle berufspolitische Themen diskutiert und gemeinsame Aktionen besprochen. Für einen noch intensiveren Austausch haben

wir uns auch schon in der dbl-Geschäftsstelle getroffen.

Kontakt und Austausch

Ein weiteres wichtiges Thema ist der internationale Austausch. Wir vertiefen weiterhin unsere Kontakte und planen weitere Projekte für euch. Ihr könnt gespannt bleiben. Weiterhin wollen wir den Austausch in Deutschland thematisieren. Mit unserem Projekt „Unser Netzwerk – Studierende tauschen sich aus“ möchten wir einen Grundstein schaffen. Seit dem 18. Juni 2020 könnt ihr zusammen mit uns im dbl-Intranet in der Gruppe „Ausbildung & Studium“ über diverse Themen diskutieren und euch austauschen und vernetzen.

Abschied und Aufbruch

Zum Ende des Verbandsjahres 2019/20 verabschiedet sich die BSV von ihrer Leitung, Anna-Maria Kutenreich, die drei Jahre für die BSV aktiv war, und von Janina Quabs, die sich zwei Jahre lang in der BSV engagiert hat. *Danke für die schöne gemeinsame Zeit und alles Gute für eure Zukunft!*

Wir freuen uns auf ein spannendes Verbandsjahr 2020/21 und auf viele aufregende Projekte.

Janina Quabs für die BSV



Nathalie Frey wurde in Saarbrücken zur Logopädin ausgebildet und studierte währenddessen „Gesundheit und Pflege – Logopädie“ (B.Sc.) an der Katholischen Hochschule Mainz mit dem Schwerpunkt „Klinische Expertise“. Darauf folgte das Masterstudium in „Klinische Expertise in Gesundheit und Pflege“ (M.Sc.). Neben dem Studium arbeitete sie zudem in einer logopädischen Praxis. Seit 2018 ist sie Mitglied der BSV und übernahm im Juni 2020 deren Leitung.



Madeleine Gausepohl absolvierte erfolgreich ihr Bachelor-Studium in der Logopädie 2019 an der IB-Hochschule Berlin. Momentan studiert sie an der Universität zu Lübeck im Masterstudiengang

„Gesundheits- und Versorgungswissenschaften“ mit dem Schwerpunkt „Digitales Gesundheitswesen“. Sie ist seit 2017 Mitglied der BSV.



Lena Jacobs beendete 2014 ihre Ausbildung in Regensburg und ist zudem Fachtherapeutin in Neurologie (DA). Seit 2019 lebt und arbeitet Lena in Brisbane (Australien) als Independent Support Worker/Therapy Assistant und Multi-Lingual-Parenting-Coach.



Vanessa Rehfish wurde in Koblenz zur Logopädin ausgebildet und entschied sich bereits während der Ausbildung für den dualen Bachelorstudiengang Therapiewissenschaften mit dem Schwerpunkt „Logo-

BSV-Vorstellung

pädie“ der Hochschule Trier. Neben dem Studium arbeitet sie in einer logopädischen Praxis. Seit 2020 engagiert sie sich in der BSV.



Jana Seidel ist seit 2018/19 im dualen Bachelorstudiengang „Akademische Sprachtherapie/Logopädie“ an der Julius-Maximilians-Universität Würzburg eingeschrieben. Mitglied der BSV ist sie seit 2020.



Bianca Werner wird in Koblenz zur Logopädin ausgebildet und ist seit 2019 im dualen Bachelorstudiengang „Logopädie“ der Hochschule Trier eingeschrieben. Seit 2019 ist sie Mitglied der BSV.

19 Jahre ehrenamtliches Engagement für die Bildung

Die Bundesbildungskommission (BBK) wird nicht fortgeführt.

„Eigentlich“ sollte die Verabschiedung der Mitglieder der Bundesbildungskommission (BBK) dieses Jahr im Rahmen des dbl-Kongresses in Dresden stattfinden, aber der Corona-Virus kam bekanntlich dazwischen. Natürlich wird dies im kommenden Jahr nachgeholt. Wir möchten auf die Arbeit eines Gremiums zurückblicken, das seit dem Jahr 2001 wichtige Aufgaben im Verband wahrgenommen hat und nun im Zuge der Umstrukturierung des Verbandes nicht weiter fortgeführt wird.

Kurzer Rückblick auf die Bildungsarbeit

„dbl 2000“ war das Schlagwort, das um die Jahrtausendwende für die Neuorganisation des Verbandes stand. Gemeinsam hatten Mitglieder und FunktionärInnen die Strukturen des dbl neu aufgestellt. Im Zuge dieser Neuorganisation nahm die Bundesbildungskommission ihre Arbeit auf. Ebenso wie die



Simone Sünderhauf, Katrin Thelen und Juliane Leinweber (v.l.)

Bundesangestellten-Kommission (BAK) und die Bundesfreiberufler-Kommission (BFK) wurde auch die BBK durch den entsprechenden Beisitz im Bundesvorstand geleitet. Das Aufgabenspektrum war breit angelegt: Von der inhaltlichen Auseinandersetzung mit zahlreichen Aspekten des Themas Bildung über die Verbindung zu den Berufsfachschulen, zu Studierenden und Lehrenden, die Organisation und konzeptionelle Arbeit an Fort- und Weiterbildungen sowie die Mitgestaltung des dbl-Jahreskongresses bis hin zur Weiterentwicklung des großen Ziels der Logopädieausbildung auf Hochschulischer Ebene. Darüber hinaus vertrat bis 2010 ein Mitglied der BBK den dbl in der Arbeitsgemeinschaft der Medizinalfachberufe in Therapie und Geburtshilfe (AG MTG).

In Zusammenarbeit mit der BBK hat der Bundesvorstand 2005 die Wissenschaftsförderung des dbl etabliert (Forschungspreis, Reise-Stipendium, Projektförderung). 2009, mit der Einführung der Modellklausel in das Lo-

gopädengesetz, wurde die berufspolitische Arbeit für eine hochschulische Erstausbildung in der Logopädie immer bedeutsamer. Ergänzt und ausgebaut wurde die Bildungsarbeit des dbl schließlich im Jahr 2010 durch die Einrichtung des Referats Bildung in der Geschäftsstelle.

2011 wurde der gemeinsam mit dem Schulz-Kirchner Verlag gestiftete Forschungspreis in einen Nachwuchs- und Forschungspreis geteilt. 2012 folgte die Etablierung des Forschungssymposiums, das seither alljährlich gemeinsam mit dem Deutschen Bundesverband der Akademischen Sprachtherapie und Logopädie e.V. (dbs) und einer gastgebenden Hochschule veranstaltet wird (siehe „Save the date“, Seite 59). Weitere Projekte der Bildungsarbeit waren beispielsweise die Mitarbeit an der Forum-Logopädie Schwerpunktausgabe 2013 „Akademisierung“ und

an der Datenbank evidenssst.org.

Gemeinsam mit ExpertInnen aus Berufsfachschulen und Hochschulen wurde 2014 erstmals ein umfassendes Kompetenzprofil für die Logopädie fertiggestellt, das große gesundheitspolitische

Resonanz hervorgerufen hat. 2017 ging der Verband dazu über, die Bildungsarbeit hauptsächlich im Rahmen von zeitlich begrenzten Projekten und Arbeitsgemeinschaften zu organisieren, um so den Arbeitsaufwand der Ehrenamtlichen zu begrenzen.

Bis 2020 setzte sich die BBK aus den langjährigen Mitgliedern Simone Sünderhauf (seit 2010), Katrin Thelen (seit 2012) und Juliane Leinweber (seit 2013) zusammen. Ihnen und allen vorherigen engagierten MitstreiterInnen sei herzlich gedankt für die konstruktive und innovative Bildungsarbeit. Es ist gut zu wissen, dass der dbl auch weiterhin, beispielsweise in Projekten und Arbeitsgruppen, auf die Unterstützung und Mitarbeit der BildungsexpertInnen zählen kann.

*Antje Krüger, Bundesvorstand/
Interessenvertretung Bildung*

Azzisa Pula-Keuneke, Referat Bildung

AG Kongress: Abschied und Neubeginn

Die Arbeitsgruppe, die das Programm des dbl-Jahreskongresses gestaltet, hat drei neue Mitglieder.

Unter dem Motto „Lust, den dbl Jahreskongress mitzugestalten?“ hatten wir in der Maiausgabe von forum:logopädie zwei Vakanzen in der AG Kongress ausgeschrieben. Diese Arbeitsgruppe gestaltet das Programm des dbl-Jahreskongresses inhaltlich, belebt und formt es. Erfreulicherweise erhielten wir zahlreiche Bewerbungen.

Nach einem digitalen Bewerbungsgespräch mit den Mitgliedern der AG Kongress und Mitgliedern des Bundesvorstandes freuen wir uns, Dr. phil. dipl. Klin. Log. Meike Brockmann-Bauser, MSc, Maria Busch M.A. und Dr. rer. medic. Josefine Horbach seit 1. August 2020 als neue Mitglieder der AG Kongress begrüßen zu dürfen. Ihre hohe fachliche Kompetenz, ihre internationale Erfahrung und ihre unterschiedlichen fachlichen Schwerpunkte werden dem Kongress sicherlich neue Impulse geben und haben uns so überzeugt, dass am Ende gleich drei neue AG-Mitglieder berufen wurden.

Zugleich mussten und müssen wir uns von langjährigen und engagierten Mitgliedern der AG Kongress verabschieden. Bereits 2017 hatte Angela Marchewka ihr Amt aus persönlichen Gründen niedergelegt. Mit Ende des dbl-Jahreskongresses 2021 wird auch Vera Wanetschka nach langjähriger Tätigkeit aus der AG Kongress ausscheiden. Im Namen des Bundesvorstandes und der AG Kongress möchte wir uns bei beiden für die intensive, konstruktive und lebendige Zusammenarbeit und die richtungsweisenden Impulse für den Kongress ganz herzlich bedanken.



Dr. Meike Brockmann-Bauser



Maria Busch



Dr. Josefine Horbach

*AG Kongress
Antje Krüger, Bundesvorstand/
Interessenvertretung Bildung*

Ehre, wem Ehre gebührt

dbl-Ehrenrat ernennt zwei neue Ehrenmitglieder: Vera Wanetschka und Ricki Nusser-Müller-Busch

Professionen brauchen Wegbereiter. Menschen, die das eigene Fach und die berufspolitische Entwicklung vorantreiben. Dazu gehören in der Regel nicht nur ein kluger Kopf und viel Erfahrung, sondern auch eine gehörige Portion Engagement und Uneigennützigkeit. Und es ist eine gute Tradition, solche besonderen Persönlichkeiten zu würdigen und sich bei ihnen zu bedanken. In unserem Verband entscheidet deshalb der Ehrenrat über die Vergabe der Ehrenmitgliedschaft an Mitglieder, „die sich in besonderem Maße um die Logopädie verdient gemacht haben“, wie es in der Satzung heißt.

In diesem Jahr wurden zwei Persönlichkeiten ausgewählt, denen diese Ehre zuteil wird: Vera Wanetschka und Ricki Nusser-Müller-Busch. Eigentlich sollte die Verleihung dieser Auszeichnung im Rahmen des diesjährigen dbl-Kongresses in Dresden stattfinden. Da dieser Corona-bedingt leider entfallen musste, würdigen Dietlinde Schrey-Dern (Vera Wanetschka) und Heidrun Macha-Krau (Ricki Nusser-Müller-Busch) die beiden Ausnahmelogopädinnen mit einem „O-Ton-gespickten“ Rückblick auf ihr logopädisches bzw. verbandspolitisches Schaffen. Die persönliche Ehrung wird im Rahmen des dbl-Kongresses im kommenden Jahr nachgeholt.

Ehrenmitglieder des dbl

Prof. Dr. Gerhard Böhme
Ruth Börner
Uschi Breuer
Kay Coombes
Gerda Hohenschuh
Prof. Dr. Walter Huber
Dr. Heidrun Macha-Krau
Ricki Nusser-Müller-Busch
Dr. Erich Rieger
Dietlinde Schrey-Dern
Marianne Spiecker-Henke
Claudia Voigt
Vera Wanetschka

„Motto: Lebenslanges Lernen“

Die Vita von Vera Wanetschka ist bemerkenswert, weil sie zeigt, was konkret unter „lebenslangem Lernen“ zu verstehen ist und in welcher Weise dieses ihr eigene Selbstverständnis auch dazu geführt hat, sich von Beginn ihrer Mitgliedschaft an, im Jahre 1986, im Verband zu engagieren. Seit mehr als 30 Jahren ist sie aktiv für den dbl unterwegs, zunächst als Vorsitzende der Fachkonferenz der Lehrenden des dbl, damals noch ZVL, dann als Landesverbandsvorsitzende für die Hansestadt Bremen. Seit 20 Jahren setzt sie sich für die Fort- und Weiterbildung der Mitglieder ein und gestaltet als Lehrende und Schulleiterin den Prozess der hochschulischen Ausbildung unserer Berufsgruppe aktiv mit. Seit geraumer Zeit sind wir freundschaftlich miteinander verbunden, daher habe ich mir erlaubt, sie im nachfolgenden Text mit ihrem Vornamen Vera zu bezeichnen.

Suche nach dem eigenen beruflichen Profil

Nach dem Examen an einer Fachschule für Sozialpädagogik hat Vera zunächst eine Ausbildung als Sprachtherapeutin an der Fachschule für Sprachtherapie in Oldenburg absolviert und danach ihr Staatsexamen als staatlich anerkannte Logopädin an einer Berufsfachschule für Logopädie abgelegt. Ihre unterschiedlichen beruflichen Tätigkeiten reichen von der Verwaltungsangestellten



VERA WANETSCHKA, seit 1989 engagiertes Mitglied im Deutschen Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl), hat die Weiterentwicklung des Verbandes in kritisch-konstruktiver Weise vorangetrieben. Dafür wird ihr die dbl-Ehrenmitgliedschaft verliehen.

über ihre Tätigkeit als Erzieherin, Sprachtherapeutin und dann Logopädin in einem Reha-Zentrum für Menschen mit Stimm- und Redeflussstörungen bis hin zur Leitenden Lehrlogopädin und Lehrbeauftragten an der Hochschule Fresenius in Hamburg.

Was war dein Motor, dich immer weiter beruflich zu qualifizieren?

„Zu meiner größten Überraschung hat es mir richtig Spaß gemacht zu lernen, daher habe ich auch die Ausbildung zur Logopädin direkt nach meinem Abschluss als Sprachtherapeutin gemacht. Früher dachte ich auch, dass Studieren eher langweilig, weil viel zu theoretisch sei, aber genau das Gegenteil ist der Fall: Es ist einfach spannend und macht Spaß auf Entdeckungsreise zu gehen, das eigene Wissen und die Erfahrung mit Theorien unterschiedlichster Art zu vergleichen und zu lernen, das eigene Verhalten zu reflektieren. Also ich war einfach nur begeistert und habe mein ganzes Team damit angesteckt.“

Herzenseanliegen: Therapie

Während ihrer beruflichen Tätigkeit qualifizierte sich Vera berufsbegleitend als Therapeutin in „Personenzentrierter Gesprächsführung“, „Gestalttherapie und Gestaltpädagogik“ sowie „Systemischer Beratung“ weiter. Sie schuf damit gleichzeitig eine Grundlage für die Arbeit als Lehrende in der Logopädie. Daher ist es nicht verwunderlich, dass sie 1991 die Gelegenheit wahrgenommen hat, die Schule für Logopädie der Wirtschafts- und Sozialakademie gGmbH in Bremen und der ihr angeschlossenen Ausbildungsambulanz aufzubauen, deren Leitung sie seitdem bis zum April 2020 innehatte.

Im Rahmen ihrer Tätigkeit als Leitende Lehrlogopädin konnte Vera eines ihrer zentralen Herzenanliegen, die Qualität der praktischen Ausbildung voranzutreiben und zu sichern, aktiv mitgestalten und umsetzen. Diese Gestaltungsmöglichkeit nutzte sie auch für die Kooperation mit der Hochschule Bremen, indem sie durch die Anpassung der Berufsfachschulausbildung der Schule für Logopädie an das ETCS-System die Anrechnung der 3-jährigen BFS-Ausbildung für die Zulassung zu einem 3-semestrigen Bachelorstudiengang an der Hochschule Bremen ermöglichte.

Lehrende an der Berufsfachschule und Hochschule

Und auch in der Funktion als Lehrende blieb Vera ihrem Motto „Lebenlanges Lernen“ treu, wie an ihren drei Studiengangsabschlüssen deutlich erkennbar wird:

- 1994: Abschluss des fünfsemestrigen Weiterbildungsstudienganges für Lehrpersonen in den Gesundheitsfachberufen an der sozialwissenschaftlichen Fakultät der Universität Osnabrück, Schwerpunkt Gestaltpädagogik
- 2005: BSc Logopädie, Hochschule Emden
- 2008: MA Erwachsenenbildung, Technische Universität Kaiserslautern

Zum Profil einer hochschulisch qualifizierten Dozentin gehört auch ihre Tätigkeit als Autorin von Fachpublikationen und als Redakteurin von „Therapie Lernen“, der Verbandszeitschrift und Fachzeitschrift für den Bereich Lehre, deren Herausgeber der Verbund für Ausbildung und Studium (Ergo-, Physio-, Logopädie, Podologie und Diätassistenz) (VAST) ist, was auch ihren Blick über den Tellerand hinaus deutlich macht.

Sprung in die Verbandsarbeit

Seit 1986 ist Vera ununterbrochen im Verband engagiert, davon die letzten 20 Jahre als Mitglied der „Kongress AG“ zur Vorbereitung und Durchführung des Jahreskongresses für Logopädie im Deutschen Bundesverband für Logopädie (dbl). Sie hatte einen nicht unwesentlichen Anteil an der Weiterentwicklung des Kongressformats und der Gestaltung von Veranstaltungen für die Mitglieder im Bereich Bildung. Des Weiteren war Vera Mitglied der Expertinnengruppe zur Entwicklung des Kompetenzprofils in der Logopädie (dbl 2014) und konnte ihre Erfahrungen als Lehrende bei der Ausgestaltung der hier formulierten Kompetenzbeschreibungen für die unterschiedlichen Handlungsfelder von LogopädInnen einbringen. Von Beginn an ist sie Mitglied im Arbeitskreis Berufsgesetz (Januar 2016) und vertritt dort die Interessen des BDSL und engagiert sich für die hochschulische Ausbildung als primärqualifizierende Regelausbildung für unsere Berufsgruppe.

Du warst früher eine Kämpferin für die berufsfachschulische Ausbildung, was hat dich dazu bewegt, dich für die hochschulische Ausbildung als Regelausbildung zu engagieren?

„Ich habe entdeckt, wie wichtig es ist, für die alltägliche Arbeit mit Patienten die Kompetenz zu haben, einerseits die eigenen Gedanken und Erfahrungen zu hinterfragen, andererseits auch theoretische Annahmen, z.B. über die Effektivität therapeutischer Methoden, kritisch infrage stellen zu können. Also ganz selbstverständlich theoretische Inhalte mit

den ganz eigenen Erfahrungen und auch Kompetenzen zu vergleichen. Forschendes Lernen ist meines Erachtens eine ganz wesentliche Grundlage therapeutischen Handelns.“

Für den dbl ist Veras Engagement als Vorstandsmitglied des Bundes Deutscher Schulen für Logopädie.V. (BDSL) als Glücksfall zu bezeichnen. Während ihrer Vorstandsarbeit trug sie maßgeblich dazu bei, dass sich der BDSL mit dem dbl versöhnte. „Nicht im Gegeneinander, sondern im Miteinander Streiten kann sich der Beruf zu einer Profession weiterentwickeln“ lautet ihre Devise bis heute.

Vera bleibt uns im Verband trotz Eintritt ins Rentenalter erhalten. Als engagiertes Mitglied in der „AG Beziehung in Logopädie und Sprachtherapie“ wird sie auch weiterhin ihre Expertise als erfahrene Lehrende und Therapeutin einbringen und auf diese Weise zukünftigen Lehrenden, aber auch Berufstätigen ihren reichen Erfahrungsschatz zur Verfügung stellen.



Dietlinde Schrey-Dern

▶

Wir gestalten die Zukunft der Logopädie!





Sind Sie dabei?

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

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

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

Schlucktherapie ist ihre Leidenschaft

Wie alles begann

Ricki Nusser-Müller-Busch studierte zunächst Psychologie und Pädagogik in ihrer Heimatstadt Wien. Nach dem Studium wagte sie einen Blick über das schöne Wien hinaus und ging nach Berlin. Dort legte sie in der Logopädenlehranstalt in Dahlem Im Dol 1983 ihr Examen als staatlich geprüfte Logopädin ab. Ihre erste Arbeitsstelle fand sie in einer Einrichtung der Kinder- und Jugendneurologie der Mosse-Stiftung in Berlin. Von 1985-1997 arbeitete Ricki Nusser-Müller-Busch im Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke und baute dort die logopädische Abteilung auf. Dann kam das Jahr 1998 – und wie Ricki es ausdrückte: *„Ich kam vom Himmel in die Höhle, von der Umhüllung des anthroposophischen Hauses in die Hightech-Reparaturwerkstätte“*. Am Unfallkrankenhaus Berlin baute sie die logopädische Abteilung auf und war bis 2012 deren Leiterin. Bis 2007 studierte sie an der Donau-Universität in Krems und schloss mit dem MSC Neurorehabilitation ab. Dann stellte sie sich von 2012-2018 einer neuen Herausforderung und arbeitete freiberuflich. Seit 30 Jahren sind Ricki Nusser-Müller-Busch und ich befreundet. Darum erlaube ich mir, sie in diesem Artikel beim Vornamen zu nennen.

Engagement für den Berufsverband

ist für Ricki eine Selbstverständlichkeit, und sie brachte sich mit Leidenschaft ein. Sie war und ist eine politisch sehr interessierte und aktive Frau. Als Studentin engagierte sich für Nicaragua und später zusätzlich für den dbf. So wurde sie 1989-1995 als Schriftführerin in den ZVL/dbf gewählt. Sie organisierte darüber hinaus für den Verband auch eine Zeit lang die Fortbildungen. *„Alles per Post und dann bekam ich ein Faxgerät zur Verfügung gestellt. Die Arbeit ging jetzt um einiges schneller.“* Ehrenamtlich war sie

- 1991-98 Vertreterin des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie in der Deutschen Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter
- 2002-2014 Mitglied in der Kommission für neurologisch-logopädische Gemeinschaftsaufgaben
- 2002-2014 Mitglied im Ehrenrat des dbf
- 2011-2018 dbf-Leitlinienbeauftragte und Mitarbeit an diversen S3-Leitlinien (Palliativmedizin, Larynx-CA, Mundhöhlen-CA)
- 2018 Mitarbeit am Heilmittelkatalog Bereich Schlucken.



RICKI NUSSER-MÜLLER-BUSCH, seit 1983 engagiertes Mitglied im Deutschen Bundesverband für Logopädie e.V. (dbf), hat herausragende praktische und wissenschaftliche Leistungen im Bereich der Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen vollbracht und sich in vielfältiger Weise über lange Jahre im dbf engagiert. Dafür wird ihr die dbf- Ehrenmitgliedschaft verliehen.

Für Ricki war und ist ihr Engagement für den dbf immer eine Selbstverständlichkeit und auch eine Herzensangelegenheit: Ihr ganzes Berufsleben lang hat sie sich ehrenamtlich eingebracht.

Ein Interesse erwacht

„Bei Angela Koch, unserer Lehrlogopädin, habe ich zum ersten Mal etwas über die Probleme und die Gestaltung der Nahrungsaufnahme bei Kindern mit CP gehört“, erzählt Ricki. Das sollte später den Grundstein für die Arbeit mit schluckgestörten Patienten sein.

Wie bist du auf das Störungsbild Schlucken aufmerksam geworden?

„1987 konnte ein Patient mit Wallenberg-Syndrom seinen Speichel nicht mehr schlucken. Der Arzt meinte, das gibt sich in ein paar Tagen. Aber es gab sich nicht. Der Patient konnte weder das Essen noch den Speichel schlucken. Niemand fühlte sich zuständig. Ich begann mit dem Literaturstudium: HNO und Neurologie. Habe in die Patientenakte geschaut, welche Areale sind bei diesem Patienten betroffen, warum kann er „Was“ nicht. Ja, und dann habe ich einen Apfel gegessen und geschaut: Was mache ich.“

Da war ihr Forscherinnendrang geweckt. Damit einher ging auch die Selbstverständlichkeit eines lebenslangen Lernens. In Auswahl seien genannt: Bobath-Kindertherapeutin, Instruktorin für F.O.T.T. (Facio-Orale Trakt Therapie) und Mitentwicklerin der Manuellen Schlucktherapie.

Dieser ganzheitliche Blick regte sie immer wieder an, neue Wege auszuprobieren und sich wissenschaftlich und praktisch damit auseinanderzusetzen. Das ist auch das Besondere an Ricki: Sie war immer der praktisch-therapeutischen Arbeit verbunden, sie war ihre Triebfeder, die sie dann mit einem wissenschaftliches Fundament unterfütterte. Auf Ricki trifft zu, was Gerhard Hauptmann einmal sagte: *„Sobald jemand in einer Sache Meister geworden ist, sollte er in einer neuen Sache Schüler werden.“*

Freude, Wissen weiterzugeben

Wissen zu teilen um die PatientInnenversorgung zu verbessern, war und ist ihr immer noch eine Herzensangelegenheit. Dazu gehören die vielen Fort- und Weiterbildungen, die sie mit Begeisterung hält. So reist sie als „Botschafterin“ des Konzeptes F.O.T.T. durch Europa und konnte KollegInnen von diesem Ansatz überzeugen.

Seit 1999 gibt es die interprofessionelle Berliner Schlucksprechstunde, deren Mitbegründerin Ricki ist. Mehr als tausend ambulante und stationäre PatientInnen konnten so interdisziplinär untersucht und betreut werden. Gerade die interdisziplinäre Zusammenarbeit ist ihr sehr wichtig: *„Das ist meins“*, so Ricki Nusser-Müller-Busch. Sehr geehrt fühlte sie sich, als sie 2013 mit dem Valerius-Preis der Zeitschrift DIVI der internationalen Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin bedacht wurde. Diesen Preis erhielt sie für den besten nichtärztlichen Artikel. Auch das ist ihr wichtig: LogopädInnen müssen selbstbewusst aufzeigen, was sie täglich leisten und wie sie ihren Beruf entwickelt haben.

Veröffentlichungen

Ricki fand es immer wichtig als Logopädin zu veröffentlichen, um auch so Wissen zu teilen. Im Laufe von vielen Jahren hat sie mindestens 73 Artikel und Bücher geschrieben. Es würde den Rahmen sprengen, alle aufzuführen. Darum entscheide ich mich für eine kleine Auswahl:

- Nusser-Müller-Busch, R. (1992). Wo liegt in Frühförder- und Rehabilitationsteams der Hauptbedarf an Weiter- und Fortbil-

derung von Logopädinnen und Logopäden? In: Heipertz, W. et al. (Hrsg.), *Die Aus-, Weiter- und Fortbildung für die Aufgaben der Rehabilitation, Interdisziplinäre Schriften zur Rehabilitation, Band 2*. Ulm: Universitätsverlag

- 1994 erschien Forum Logopädie mit dem Schwerpunkt Dysphagie. Ricki schrieb das Vorwort und zwei Artikel. Noch eine Besonderheit: Als Titelmodell stellte sich ihr Schwiegervater zur Verfügung.
- Nusser-Müller-Busch, R. (1998). Therapie neurogener Schluckstörungen / Diätetische Maßnahmen bei Schluckstörungen im Erwachsenen- und Kindesalter. In: Böhme, G. (Hrsg.), *Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen, Band 2: Therapie*. München: Urban & Fischer
- Seidl, R.O., Nusser-Müller-Busch, R. & Ernst, A. (2002). Evaluation eines Untersuchungsbogens zur endoskopischen Schluckuntersuchung. *Sprache – Stimme – Gehör* 26 (1), 28-36
- Nusser-Müller-Busch, R. (Hrsg.) (2015). *Die Therapie des Facio-Oralen Trakts*. Berlin: Springer

- Nusser-Müller-Busch, R. (2016). F.O.T.T. – Nicht nur bei Schluckstörungen. *not* 4, 28-30

Ihre Forschungstätigkeit spiegelt sich auch in den internationalen Datenbanken wie PubMed wider. Dort ist Ricki Nusser-Müller-Busch mit acht Einträgen verzeichnet. Auch diesen Erfolg sieht sie als einen Beitrag, der wichtig ist für unsere Profession, die Logopädie.

Jetzt therapiert sie auch in China

Schon zum fünften Mal war Ricki als Senior-Expertin in China. Eine riesige Herausforderung für eine erfahrene Schlucktherapeutin. Es kristallisierte sich sehr schnell heraus: „Die vielleicht wichtigste Aufgabe könnte es sein, die Angehörigen anzuleiten, da ja in China ein kranker Angehöriger rund um die Uhr von seiner Familie betreut wird.“ Aber auch das Team des Krankenhauses konnte für die Arbeit mit schluckgestörten KlientInnen sensibilisiert werden. Ferner bildete Ricki Nusser-Müller-Busch die SprachtherapeutInnen fort und bezog das gesamte Therapeutenteam mit ein.

Der Ehrenrat hat Ricki Nusser-Müller-Busch die dbI-Ehrenmitgliedschaft verliehen und zeichnet damit eine Persönlichkeit aus, die herausragende praktische und wissenschaftliche Leistungen im Bereich der Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen vollbracht hat. Ihr berufspolitisches Engagement und ihr Einsatz für die Logopädie als akademische Profession sind für uns alle ein großer Ansporn.

Herzlichen Glückwunsch,
liebe Ricki Nusser-Müller-Busch!



Heidrun Macha-Krau

Nachruf

Am 16. Juni 2020 ist unsere Kollegin Sabine Schneeberger im Alter von 55 Jahren verstorben.

Mit ihr verlieren wir eine geschätzte und geliebte Kollegin. In den über 25 Jahren ihrer freiberuflichen Tätigkeit im Raum Groß-Gerau/Hessen hat sie sich einen großen Ruf als Fachfrau für die „ganz besonderen Kinder“ erworben, die sie mit großer Kompetenz, Empathie und Freude in ihrer Entwicklung begleitet hat. In Ulm in der zweiten Hälfte der 80er Jahre ausgebildet, erweiterte sie ihre durch viele berufliche Weiterbildungen bereits große logopädische Expertise im Kindersprachbereich noch durch das Studium der Logopädie an der EUFH, das sie im November 2018 mit dem Master abgeschlossen hat. In ihrer wunderbaren Masterarbeit hat Sabine die Frage der Patient-Therapeut-Beziehung auf den Therapieerfolg in der Logopädie in den Mittelpunkt gestellt. Ihr Rahmenmodell dieser Beziehung und ihre in der Wirkung überprüfte therapeutische Konsequenz der minimalen Intervention zu deren Beeinflussung bereichern unser logopädisches Fachwissen nachhaltig.



Als Kollegin beeindruckte sie uns durch ihre brennende Leidenschaft für andere Menschen und die Kraft, so viele dringende

Lebensthemen umzusetzen. Beglückt erlebte sie dafür viel Respekt und Anerkennung aus ihrem beruflichen Umfeld. Sie war voller Neugier, Mut und Liebe. Wir werden sie als engagierte Kollegin, Studentin und viel mehr noch als gute Freundin im Herzen behalten.

Unser tiefes Mitgefühl gilt ihrem Sohn, ihrer Familie und dem großen Freundeskreis, die nun nur noch „im Innen“ mit ihr verbunden sein können. Und das gilt auch für uns Logopädinnen aus ihrem Umfeld – Sabine wird Teil von uns bleiben, solange wir leben.

Ihre Kolleginnen und Freundinnen aus der Weiterbildungs-/Supervisions-/Interventionsgruppe „Transaktionsanalyse in der Logopädie“:

Andrea Krüger, Anke Sickinger-Fetzner,
Dorothe Jainski, Daniela Stadermann,
Mechthild Clausen-Söhngen

Aus ihrem akademischen Leben:
Hilke Hansen, Judith Beyer

Verabschiedung in den (Un-)Ruhestand

Verabschiedung von Thomas Brauer als Leiter der Schule für Logopädie an der Uniklinik Mainz

Am 28. August 2020 wird Thomas Brauer als langjähriger Leiter der Lehranstalt für Logopädie der Universitätsmedizin Mainz in einer



Thomas Brauer 2010 in Hannover

(Corona-bedingt online) Veranstaltung in den Ruhestand verabschiedet. An dieser Stelle werfen wir noch einmal einen Blick auf dieses „Urgestein“ der Logopädie, das im dbI-Bundesvorstand bis 2015 insgesamt 27 Jahre lang als Schatzmeister (nicht nur) die finanziellen Geschicke des dbI geprägt und gestaltet hat. Zuvor war er bereits drei Jahre lang Leiter der Fachtagung der LehrlogopädInnen,

sodass sich sein Engagement für unseren Verband auf 30 Jahre summiert.

Meister des Infotainments

Thomas Brauer stellt sich als Person zwar selten in den Mittelpunkt, doch heißt dies nicht, dass er nichts von Inszenierung und Unterhaltung versteht! Wer auch nur ein einziges Mal seine Präsentation des Geschäftsberichts im Rahmen einer Mitgliederversammlung erlebt hat weiß, wovon die Rede ist:

Üblicherweise dröge und langweilig und nur im Dämmer Schlaf zu ertragen, hat er seine Berichte über die Entwicklung und den Stand der dbI-Finzen stets so anschaulich aufbereitet, dass auch und gerade Laien seine Zahlen nachvollziehen konnten. Und vor allem, dass am Ende deutlich wurde, wofür die Mitgliederbeiträge ganz konkret ausgegeben worden sind. Für's Auge gab es dazu zum Beispiel einen virtuellen Rundgang durch die Räumlichkeiten der Geschäftsstelle oder die Vorstellung der MitarbeiterInnen samt Überblick darüber, warum ihre Arbeit so wichtig ist. Nicht selten mutierte sein Geschäftsbe-

richt zum Highlight des Rechenschaftsberichts, der mit brausendem Applaus der Mitglieder belohnt wurde.

Margarete Feit (Leiterin des Referates Presse- und Öffentlichkeitsarbeit)

► Weitere Geschichten zu Thomas Brauer von einigen seiner WeggefährtInnen im dbI-Bundesvorstand finden Sie auf der dbI-Website: [Meldung vom 20.8.2020](#)

Wer an der Online-Verabschiedung, bei der zugleich der 56. Geburtstag der Lehranstalt gefeiert wird, am 28. August 2020 von 18:00 bis 20:00 Uhr teilnehmen möchte, findet den Zugang zum Stream der Universitätsmedizin unter folgendem Link:

<https://youtu.be/hQUOqKEVjo>

Die Veranstaltung mit Vorträgen von Marion Hahn, Dr. Monika Rausch, Dr. Ullrich Schulz-Kirchner, Oliver Glassl, Dr. Lorraine Ramig und Dr. Cynthia Fox wird auch danach noch über den YouTube-Kanal der Universitätsmedizin verfügbar sein.

Drei Fragen an Thomas Brauer

forum:logopädie: Lieber Thomas Brauer, Sie beenden Ihr Engagement als Leiter einer der renommiertesten Schulen für Logopädie, weil Sie die Altersgrenze erreicht haben. Wann reichen Sie eine Klage wegen Altersdiskriminierung beim Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte ein?

Brauer: Mit ein bisschen Diskriminierung habe ich als Mann in einer von Frauen dominierten logopädischen Welt immer leben müssen. Nein, ernsthaft: Es macht schon Sinn, eine Altersgrenze auch für die Leitung einer Logopädischule einzuhalten. So hat meine Nachfolgerin die Chance, mit neuen Ideen den Geist der Mainzer Schule, die in diesem Jahr 56 Jahre alt geworden ist, weiter zu tragen.

forum:logopädie: Sie haben gleich mehrere Bücher veröffentlicht, die für LogopädInnen in spe ein Muss sind. Neben „Logopädie – was ist das!“ auch das kurzweilige Nachschlagewerk „Logopädie – Wer ist wer?: Personen mit besonderer/prägender Bedeutung für die Logopädie“. Wird letzteres jetzt in einer um den Namen Brauer, Thomas, erweiterten Auflage neu herausgebracht?

Brauer: Trotz Altersgrenze, so weit habe ich es noch nicht gebracht. Gleichwohl denke ich über eine Erweiterung dieses Buchs in einer Online-Version nach. Mal

sehen, ob ich die Zeit dazu in den nächsten Jahren finde. Auf jeden Fall sind es spannende Recherchen, den Spuren der HeroInnen der Logopädie zu folgen. Aktuell bewegt mich aber mehr noch das Thema Demenz und Logopädie.

forum:logopädie: Das Leben ohne Logopädie ist möglich, aber sinnlos. Also welchem Bereich der Logopädie wenden Sie sich nun zu?



Thomas Brauer stellt auf der Mitgliederversammlung 2012 in Nürnberg den Geschäftsbericht vor

Brauer: Richtig: Logopädie war für mich immer Beruf, Berufung und Hobby. Das ändert sich durch das Erreichen der Altersgrenze natürlich nicht. Ich werde freiberuflich weiter als Repräsentant für LSVT Global in den deutschsprachigen Ländern Zertifizierungs-Workshops (jetzt auch online) organisieren, das Computerprogramm LSVT Companion weiterentwickeln und dazu Workshops auch online halten, den ein oder anderen Parkinson-Patienten behandeln, Fortbildungen zum Thema Demenz und Sprache anbieten und schauen, welche Überraschungen das logopädische Leben noch für mich bereithält.

Anzahl			Mitglied	Nicht-Mitglied
LOGOPÄDIE FÜR KINDER UND JUGENDLICHE, SPRACHERWERB				
1000	Die kindliche Sprachentwicklung von der U3 bis zur U9	BRO	2,46	4,90
1001	Kindl. Spracherwerb in mehrspr. Familien – DEU (10 Stk.)	FB	2,46	4,90
1002	Kindl. Spracherwerb in mehrspr. Familien – PERS (10 Stk.) NEU	FB	2,46	4,90
1003	Kindl. Spracherwerb in mehrspr. Familien – TÜRK (10 Stk.)	FB	2,46	4,90
1004	Kindl. Spracherwerb in mehrspr. Familien – ARAB (10 Stk.)	FB	2,46	4,90
1005	Wie spricht mein Kind – DEU (10 Stk.)	FB	3,43	6,87
1006	Wie spricht mein Kind – RUSS (10 Stk.)	FB	2,46	4,90
1007	Wie spricht mein Kind – TÜRK (10 Stk.)	FB	2,46	4,90
1008	Sprachentwicklung im Überblick (DIN A1) gefaltet	PLA	4,90	9,82
1008-R	Sprachentwicklung im Überblick (DIN A1) gerollt	PLA	4,90	9,82
1009	Sprachentwicklung/Tiermotive (DIN A2) gefaltet	PLA	3,93	7,85
1009-R	Sprachentwicklung/Tiermotive (DIN A2) gerollt	PLA	3,93	7,85
1010	Förderung d. kindl. Sprachentwicklung 0-1. Lj. – DEU (10 Stk.)	FB	2,46	4,90
1011	Förd. d. kindl. Sprachentwicklung 0-1. Lj. – RUSS (10 Stk.)	FB	2,46	4,90
1012	Förd. d. kindl. Sprachentwicklung 0-1. Lj. – TÜRK (10 Stk.)	FB	2,46	4,90
1013	Förd. d. kindl. Sprachentwicklung 2. Lj. – DEU (10 Stk.)	FB	2,46	4,90
1014	Förd. d. kindl. Sprachentwicklung 2. Lj. – RUSS (10 Stk.)	FB	2,46	4,90
1015	Förd. d. kindl. Sprachentwicklung 2. Lj. – TÜRK (10 Stk.)	FB	2,46	4,90
1016	Förd. d. kindl. Sprachentwicklung 2-3. Lj. – DEU (10 Stk.)	FB	2,46	4,90
1017	Förd. d. kindl. Sprachentwicklung 2-3. Lj. – RUSS (10 Stk.)	FB	2,46	4,90
1018	Förd. d. kindl. Sprachentwicklung 2-3. Lj. – TÜRK (10 Stk.)	FB	2,46	4,90
1019	Förd. d. kindl. Sprachentwicklung 3-4. Lj. – DEU (10 Stk.)	FB	2,46	4,90
1020	Förd. d. kindl. Sprachentwicklung 3-4. Lj. – RUSS (10 Stk.)	FB	2,46	4,90
1021	Förd. d. kindl. Sprachentwicklung 3-4. Lj. – TÜRK (10 Stk.)	FB	2,46	4,90

LOGOPÄDIE FÜR KINDER UND JUGENDLICHE, BEHANDLUNGSBEREICHE				
2000	Sprachentwicklungsstörungen bei Kindern (10 Stk.)	FB	3,43	6,87
2001	Hörstörungen bei Kindern (10 Stk.)	FB	3,43	6,87
3006	Unterstützte Kommunikation – Kinder + Erw. (10 Stk.)	FB	3,43	6,87
3007	Logopädie bei Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) (10 Stk.)	FB	3,43	6,87
2005	Sprachentwicklungsstörung (30x60 cm) gefaltet	PLA	0,98	2,94
2006	Früherkennung (30x60 cm) gefaltet	PLA	0,98	2,94
2007	Sprachentwicklungsstörung* (10 Stk.)	PK	1,96	2,94

LOGOPÄDIE FÜR ERWACHSENE, BEHANDLUNGSBEREICHE				
3000	Logopädie und Demenz (10 Stk.)	FB	3,43	6,87
3001	Schlucken – Lebenswichtig und nicht immer selbstverständlich (10 Stk.)	FB	3,43	6,87
3006	Unterstützte Kommunikation – Kinder + Erw. (10 Stk.)	FB	3,43	6,87
3007	Logopädie bei Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) (10 Stk.)	FB	3,43	6,87
3002	Schlaganfall (30x60 cm) gefaltet	PLA	0,98	2,94
3003	Schlucken (30x60 cm) gefaltet	PLA	0,98	2,94
3004	Stimme (30x60 cm) gefaltet	PLA	0,98	2,94
3005	Stimme (10 Stk.)	PK	1,96	2,94

SPRACHREICH®				
7000	Sprachreich® – Logopädisch orientierte Sprachförderung im Alltag (10 Stk.)	FB	2,46	2,46
7001	Sprachreich® – ErzieherInnenfortbildung (DIN A2) gefaltet	PLA	1,96	--
7001-R	Sprachreich® – ErzieherInnenfortbildung (DIN A2) gerollt	PLA	1,96	--
7002	Sprachreich® – Ergänzungswissen II (2014) – Literacy Ordner mit dbi-Konzept und Materialien zur Vorbereitung und Durchführung einer Fortbildung für Erzieherinnen	MAT	77,91	97,51

Anzahl			Mitglied	Nicht-Mitglied
INFORMATIONEN ZUM BERUF				
4000	Logopädie – Menschen zur Sprache bringen	BRO	0,98	1,96

INFORMATIONEN ZUR SELBSTSTÄNDIGKEIT				
5000	Mustervertrag ‚Gemeinschaftspraxis‘ (DIN A4, 8 Seiten)		29,44	--
5001	Mustervertrag ‚Partnerschaftsgesellschaft‘ (DIN A4, 13 Seiten)		53,97	--
5002	Mustervertrag ‚Praxisgemeinschaft‘ (DIN A4, 8 Seiten)		29,44	--
5003	dbi-Qualitätsmanagement-Handbuch auf USB-Stick		174,00	290,00

MATERIAL FÜR DEN PRAXISALLTAG				
6000	Leermappe ‚Menschen zur Sprache bringen‘		1,46	--
6001	Notizblock dbi (5 Stk.)		2,46	5,85
6002	Terminblöcke für Patienten (10 Stk.) NEUES DESIGN		6,73	14,52
6004	Kugelschreiber (10 Stk.)		9,74	9,74
6005	Schlüsselanhänger		2,92	3,90
6006	Türanhänger		1,46	2,73
6008	3D-Aufkleber-Set zum Ausmalen		5,83	6,81
6009	3D-Aufkleber-Set zum Ausmalen – Fünferpack (10% Rabatt)		26,27	--

MARKETING FÜR BERUF UND VERBAND				
8001	evidenstsst für Studierende	FB	kostenlos	
8002	evidenstsst für Wissenschaft und Praxis	FB	kostenlos	
8008	dbi-Tasse „Logopädie“	FB	10,23	14,13
8009	Logopädie? Na logo! (DIN A2) gefaltet NEU	PLA	1,96	3,93
8010	Liebes Publikum... (DIN A2) gefaltet NEU	PLA	1,96	3,93
8011	Das ...äh... mhh... Dings...! (DIN A2) gefaltet NEU	PLA	1,96	3,93
8012	Logopädie? Na logo! (10 Stück) NEU	PK	1,96	2,94
8013	Liebes Publikum... (10 Stück) NEU	PK	1,96	2,94
8014	Das... äh... mhh... Dings...! (10 Stück) NEU	PK	1,96	2,94

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 dbi durch den Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Bitte beachten Sie hierzu auch die allgemeinen Datenschutzzinformatioenen des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie e.V. (dbi), die wir Ihnen auf der dbi-Website zur Verfügung gestellt haben: <https://tinyurl.com/dbi-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 dbi-Online-Shops.



BILDUNG & FORSCHUNG



hsg Bochum startet Masterstudiengang

Zum Wintersemester 2020/2021 startet an der staatlichen Hochschule für Gesundheit (hsg Bochum) erstmals der viersemestrige, neu akkreditierte Masterstudiengang „Angewandte Gesundheitswissenschaften“ (AGW). Der Vollzeit-Studiengang qualifiziert die AbsolventInnen zur wissenschaftlichen Entwicklung und Überprüfung von Diagnostikmethoden und Interventionen in den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention und interprofessionelle Versorgung. „Der neue Masterstudiengang AGW ersetzt unseren bisherigen Studiengang ‚Evidence-based Health Care‘, den wir nach fünf Jahren weiterentwickelt haben“, erklärte Dr. Eike Quilling, Professorin für Gesundheitspädagogik und -kommunikation und Programmverantwortliche für den AGW-Studiengang.

↳ www.hs-gesundheit.de/agw

Neuer Fernstudiengang

IUBH Internationale Hochschule ermöglicht berufstätigen LogopädInnen flexiblen und ortsungebundenen Erwerb der Bachelor-Qualifikation

Zum 1. September 2020 startet an der IUBH Internationale Hochschule der neue Fernstudiengang „Logopädie (B.Sc.)“ für ausgebildete LogopädInnen. Die Inhalte des Studiengangs fokussieren auf das Ziel, das eigene Denken und Handeln vor dem Hintergrund wissenschaftlicher Erkenntnisse, gesundheitswirtschaftlicher und -politischer Entwicklungen sowie der individuellen Bedürfnisse der PatientInnen zu hinterfragen und weiterzuentwickeln. Kenntnisse im Bereich der Forschungsmethoden, das kritische Beleuchten wissenschaftlicher Literatur, die Betrachtung von aktuellen Entwicklungen im Bereich Gesundheitswesen und -politik sowie Fähigkeiten zur Reflexion der eigenen Denk- und Entscheidungsprozesse sind die Grundlage für modernes logopädisches Handeln.

Zur konkreten Umsetzung der erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten in diesen Bereichen erfolgt eine stark praxisorientierte Auseinandersetzung mit den Kerngebieten des logopädischen Handelns: Sprachentwicklung, Stimme und Redefluss sowie Sprache und Sprechen. Das Studium zielt dabei insbesondere auf die Fähigkeit zur selbstständigen und wissenschaftlich fundierten Untersuchung und Behandlung in diesen Bereichen ab.

Auch Tätigkeiten im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention (z.B. im Bereich Kindertageseinrichtungen oder bei Berufssprechern), der Leitung und des Managements (z.B. in der eigenen Praxis) oder der spezialisierten Therapie (z.B. bei Schluckstörungen) sind erweiterte Handlungsfelder für LogopädInnen. Daher stehen verschiedene Wahlpflichtmodule zur Verfügung, die die dafür notwendigen Kompetenzen vermitteln.

In diesem Studiengang kann in drei Semestern die Bachelorqualifikation erworben werden. Aufgrund der abgeschlossenen Berufsausbildung können 90 ECTS anerkannt werden, was die Regelstudienzeit um die Hälfte verkürzt. Eine Streckung der Studienzeit ist in zwei Teilzeitmodellen möglich. Das Studium kann so vollständig zeitlich flexibel und ortsungebunden organisiert werden und ermöglicht damit eine optimale Verbindung mit Familie oder Beruf.

*Prof. Dr. Holm Thieme
Professor für Therapiewissenschaften an der
IUBH Internationale Hochschule*

↳ www.iubh-fernstudium.de/lp/bachelor-logopaedie



© Getty Images-diagona99

Die Logopädie ist neu im Angebot der IUBH Internationale Hochschule. Sie ist mit über 100 Studiengängen und mehr als 30.000 Studierenden Deutschlands größte private Fernhochschule. Die IUBH wurde im Jahr 2000 in Bad Honnef gegründet und hat inzwischen ihren Sitz in Erfurt.

Palliative Logopädie – empirische Arbeiten gesucht!

Die März-Ausgabe 2021 von forum:logopädie wird den Themenschwerpunkt „Palliative Logopädie“ haben. Für diese Ausgabe sucht der Arbeitskreis „Palliative Logopädie“ (Leitung: Cordula Winterholler) empirische Arbeiten (z. B. Bachelor- bzw. Masterarbeiten, Studienprojekte) zum Thema der palliativen Versorgung in der Logopädie. In Form eines knappen Steckbriefs (thematische Relevanz, Fragestellung, Zielsetzung, Methodik, Ergebnisse, Schlussfolgerung) sollen in der Ausgabe empirische Arbeiten präsentiert werden. Ziel ist, logopädische Forschung zu verschiedenen Fragestellungen der palliativen Logopädie vorzustellen. Der Steckbrief soll max. 700 Zeichen umfassen. Einsendeschluss ist der 5.10.2020.

↳ Für Rückfragen und zum Zusenden des Steckbriefes Ihrer empirischen Arbeit wenden Sie sich an Maria Barthel: maria.barthel@hawk.de

Greifswalder Studie zur Wirksamkeit der Gleichstromstimulation bei Aphasie

Zur Teilnahme an der deutschlandweiten Aphasiestudie DC_TRAIN_APHASIA werden Probandinnen und Probanden gesucht. Untersucht wird die Wirksamkeit intensiver Sprachtherapie bei Aphasie mit tDCS-Hirn-

stimulation (transkranielle Gleichstromstimulation) als therapieadjuvante (Therapie unterstützende) Applikation. Die doppelblinde, randomisiert-kontrollierte Studie wird von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) gefördert. An der Studie teilnehmen können Patienten und Patientinnen im Alter zwischen 18 und 70 Jahren mit chronischer Aphasie durch einen Schlaganfall, der mindestens sechs Monate zurückliegt. Umfassende Informationen sind auf der Studienhomepage zu finden:

↳ www.aphasie-hirnstimulation.de

Prof. Dr. Agnes Flöel, Direktorin der Klinik und Poliklinik für Neurologie der Universitätsmedizin Greifswald sucht Probandinnen und Probanden für bundesweite Aphasiestudie



© UMG/janke

Trinationales Forschungsprojekt im Bodenseeraum

„Varietätenerwerb im Alemannischen Sprachraum (VarEA)“ lautet der Titel eines Forschungsprojekts, an dem vier Hochschulen aus der Schweiz, Österreich und Deutschland beteiligt sind: die Schweizer Hochschule für Logopädie Rorschach (SHLR), die Philipps-Universität Marburg, die Pädagogische Hochschule Weingarten und die Universität Salzburg. Das Projekt wird von der Internationalen Bodensee-Hochschule gefördert. Die Projektleitung hat Dr. Mirja Bohnert-Kraus (SHLR). Das auf drei Jahre angelegte Projekt will den variativen Spracherwerb von einsprachig dialekt-sprechenden Kindern im Alter von 2 bis 9 Jahren im alemannischen Sprachraum in der Bodensee-region untersuchen und die Voraussetzungen für eine größer angelegte Studie schaffen. Das Projekt soll (1) Meilensteine für den dialektalen Spracherwerb ermitteln, die mit den bekannten Erwerbsschritten in der Standardsprache verglichen werden können und zur Entwicklung geeigneter Materialien zur Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen beitragen, (2) Einsicht in den Erwerb einer variativen Kompetenz und bezüglich der wirkenden Einflussfaktoren sowie Einstellungen von Kindern gegenüber den Varietäten, die mit dem Wissen zu erwachsenen Sprechern verglichen werden können, schaffen und (3) Ländervergleiche ermöglichen.



Dr. Mirja Bohnert-Kraus

↳ www.shlr.ch/shlr/forschung-entwicklung/projekte/laufende-projekte



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



: TERMINE

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

25. September 2020, 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 vielfältigen Veränderungen in der Kommunikation durch die Digitalisierung. Digitale Kommunikationsformen werden im privaten wie beruflichen Kontext stark genutzt, neue Formate etablieren sich. 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, ONLINE therapie DÜSSELDORF

Wegen der Absage der REHACARE findet auch die „therapie DÜSSELDORF“, Fachmesse mit Kongress für Therapie und medizinische Rehabilitation, in diesem Jahr nicht auf dem Düsseldorfer Messegelände statt, sondern erstmals wird den Teilnehmern ein Online-Kongress angeboten, der die virtuelle Teilnahme an Kongressvorträgen und Ausstellerworkshops möglich macht. Alle Beiträge werden live als Webinar übertragen und sind im Nachgang als Aufzeichnungen verfügbar. Der

Online-Kongress bietet neben der Live-Interaktion mit den Referenten auch die Möglichkeit zum Netzwerken in digitalen Pausenräumen.

↳ www.therapiemesse-duesseldorf.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

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

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

↳ www.dgnkongress.org

14. November 2020, Potsdam Herbsttreffen Patholinguistik

Das 14. Herbsttreffen Patholinguistik der Universität Potsdam hat das Schwerpunktthema „Klick für Klick: Schritte in der digitalen Sprachtherapie“. Das Organisationsteam aus Studierenden und AbsolventInnen des Studiengangs Patholinguistik bereitet die Tagung vor und will über eine Umfrage Erfahrungen und Fragen aller Sprachtherapeutinnen einbeziehen. Das Thema der Veranstaltung ist aufgrund der aktuellen Situation hochaktuell. Die Veranstalter freuen sich bereits über Zusagen von fünf ReferentInnen zum Schwerpunktthema.

↳ www.herbsttreffen-patholinguistik.de

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

Die in Marburg geplante 11. Interdisziplinäre Tagung über Sprachentwicklungsstörungen (ISES 11) wird in diesem Jahr nicht als Präsenzveranstaltung, sondern zum geplanten Zeitpunkt in einem digitalen Format stattfinden. Die Keynote von Dorothy Bishop wird online angeboten. Auch die im Vorfeld der Tagung vorgesehene Nachwuchsschool kann nur in digitaler Form stattfinden und wird den Schwerpunkt Open Science haben. Dazu gehört auch ein Workshop von Dorothy Bishop. Austauschformate sollen Diskussion und Vernetzung ermöglichen.

↳ www.giskid.eu

27. November 2020, Zürich SAL-Tagung 2020

„Pragmatik – Sprache verwenden im zwischenmenschlichen Kontakt“ lautet das Thema der diesjährigen Tagung der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für Logopädie (SAL). Im Zuge von ICF und der Fragestellung, wie Partizipation der Patienten bestmöglich gelingen kann, hat die Tagung das Ziel, Ursachen und Hintergründe pragmatisch-kommunikativer Störungen aufzuzeigen sowie Grenzen und Möglichkeiten der Diagnostik und Therapie vom Kleinkind- bis ins Erwachsenenalter zu thematisieren. Referenten sind u.a. Prof. Dr. Jürgen Steiner, Prof. Dr. Stefan Sallat, Dr. Julia Büttner-Kunert und Prof. Dr. Wilma Schönauer-Schneider.

↳ www.logopaedieschweiz.ch

27.-28. November 2020, ONLINE Aachener Kolloquium

In diesem Jahr wird das Kolloquium erstmals vollständig digital stattfinden. Die Absolventinnen und Absolventen des Studiengangs Lehr- und Forschungslogopädie (M.Sc.) werden online ein breites Spektrum ihrer aktuellen Forschungsergebnisse vorstellen, u.a. aus den Bereichen Kindersprache, Stottern, Aphasie und Dysphagie. Gastvortragende sind Dr. Kerstin Nonn zum Thema Unterstützte Kommunikation und Dr. Katharina Hogrefe mit dem neuen Nonverbalen Semantiktest (NVST).

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

▶ 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)						
13.-14. November	Leipzig	Kombifortbildung Sprachreich® – Basiswissen I und II	Joachim Schwalbach	2046-LB-dbl	--	390 €
15.-16. November	Köln	Kombifortbildung Sprachreich® – Basiswissen I und II	Ulrike Stiller	2046-KH-dbl	--	390 €
SPRACH- UND ENTWICKLUNGSSTÖRUNGEN						
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 €
15.-16. November	Köln	Die Verbale Entwicklungsdyspraxie und KoArt® – Grundkurs	Ulrike Becker-Redding	2046-KF-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 €
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 €
ONLINE-FORTBILDUNGEN						
16. Oktober	Online	Fütterstörungen und Dysphagie bei Kindern – Differentialdiagnostik und Falldiskussion*	Silke Winkler	2042-ON-A-WINKLER-DBL	4	75 €
30. November	Online	Fütterstörungen und Dysphagie bei Kindern – Differentialdiagnostik und Falldiskussion*	Silke Winkler	2049-ON-A-WINKLER-DBL	4	75 €

*Dieses Seminar ist erst ab dem 4. September 2020 online buchbar.

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.



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



Jetzt neu: Online-Kurz-Seminare!

Das volle Programm (Online- und Präsenzfortbildungen) auf

www.kist-hannover.de

KiST-Kompetenz in Sprachtherapie
0511/8443407 info@kist-hannover.de



Zirkeltraining für die Stimme

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

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



© vangert - Fotolia

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 31011854
Weitere Informationen: www.et-lp.uni-luebeck.de

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

SEM-10

FORTBILDUNGEN
2020

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

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

- 25.-26.09.2020 Sprachentwicklungsstörungen bei Mehrsprachigkeit-Hintergrund, Diagnostik, Therapie
Referentin: Dr. Annegret Klassert
- 10.10.2020 Die Weiterentwicklung der Erzählfähigkeit (WeidE-Konzept)
Referentin: Dipl.-Päd. Susan Schelten-Cornish
- 23.-24.10.2020 Morphologie-Therapie mit PLAN
Referentin: Jeannine Schwytay
- 07.-08.11.2020 Webinar: Selektiver Mutismus bei Kindern
Referentin: Sabine Laerum
- 20.-21.11.2020 Verbale Entwicklungsdyspraxie-Diagnostik und Therapie nach VEDIT®
Referentin: Dr. Anne Schulte-Mäter
- 27.-28.11.2020 "UK?Hurra! Eine Einführung in die Unterstützte Kommunikation"
Referentin: Susan Richter

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

DIPLOMA

DIPLOMA HOCHSCHULE
Private Fachhochschule Nordhessen
University of Applied Sciences

Besuchen Sie unsere BERATUNGSTERMINE!

diploma.de

+49 (0)5722 28 69 97 32



Fernstudium neben dem Beruf ...

flexibel von überall!

Berufsbegleitende akademische Weiterbildung:

- Medizinalfachberufe (B.A.)
- Angewandte Gesundheits- und Therapiewissenschaften (M.A.) i.V.
- Gesundheitsmanagement (B.A. / M.A.)
- Naturheilkunde und komplementäre Heilverfahren (B.Sc.)



Logopädische Praxis Ulrike Horn-Rudolph
 Marstallstr. 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:

- 14.-15.11.2020 AufbauSeminar **FDT II** Schwetzingen
- 13.-14.03.2021 EinführungsSeminar **FDT I** Schwetzingen
- 24.-25.04.2021 Trachealkanülenseminar Schwetzingen

Corona-bedingte Verschiebungen bitte telefonisch erfragen.

Fortbildungstermine außerhalb dieser Terminliste entnehmen Sie bitte der Homepage. Seminare sind auch in Ihrer Praxis möglich. SEM-3

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

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

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




akademie für Kognitives Training
nach Dr. med. Franziska Stengel



PASST FÜR JEDES ALTER UND ZAHLREICHE STÖRUNGSBILDER

FÖRDERT DIE ENTWICKLUNG VERBALER SPRACHE! MACHT SPASS!!!




Evidenzbasierter Ansatz in der Unterstützten Kommunikation

Unsere original Fortbildungen vermitteln Ihnen

- Die sichere Anwendung des Picture Exchange Communication Systems
- Einen möglichen roten Faden für die Anbahnung verschiedener UK Systeme
- Techniken und Strategien zur Strukturierung Ihrer Arbeit mit Patienten mit erhöhtem Förderbedarf

Mehr Information unter www.pecs-germany.com

SEM-16



logopädie zentral
FORTBILDUNGEN IN HAMBURG

- ▶ ERZÄHLEN ALS SPRACHERWERBSSTRATEGIE
Antje Voß – 27.-28.11.2020
- ▶ THERAPIE MIT KLEINEN SPRACHERWERBSAUFFÄLLIGEN KINDERN
Dr. Barbara Zollinger – 28.-29.05.2021

ANMELDUNG: WWW.LOGOPAEDIE-ZENTRAL.DE TELEFON 040 - 41 92 18 97
 INFO@LOGOPAEDIE-ZENTRAL.DE TELEFAX 040 - 25 30 57 93
 LOGOPÄDIE ZENTRAL GBR | LÜBECKER STR. 101 | 22087 HAMBURG




Das neue Kursprogramm ist da!

- Funktionelle Neuroanatomie als Grundlage der Rehabilitation
- Motorisches Lernen
- Strukturelle Zusammenhänge für die Dysphagie-Therapie
- Sport und Bewegung nach Schlaganfall
- Visuelle Störungen in der Neurorehabilitation
- Minimal Movements
- Die Faszie, das Medium der Faszilitation



www.reha-rheinfelden.ch/kurszentrum
 Tel. +41 (0)61 836 51 40

EDUQUA **KURSZENTRUM**
 Bilden & Bewegen in der Reha Rheinfelden

SERVICE-BEILAGE



Für **Seminaranbieter** und auch **Anbieter anderer Produkte und Dienstleistungen:** die Service-Beilage in den Mai- und Novemberausgaben

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






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

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



KONGRESS FÜTTERSTÖRUNG UND SONDENDEPENDENZ



31.10. /
01.11.2020



PROGRAMMHIGHLIGHTS

Ernährungs sonden: Indikationen und Kontraindikationen

A. Salm / E. Walch, Berlin

Fütterstörung auf der Neonatologie

N. Hübl, Düsseldorf

Wie kommt es zur Sondendependenz? Ist Sondendependenz-Therapie effektiv?

M. Wilken, Essen

Füttern - ein Beziehungsthema

M. Fries, Leipzig

Beziehungsfocussierte Behandlung von frühkindlichen Fütter- und Essstörungen

M. Bolten, Basel

ANMELDUNG | INFOS
WWW.SONDENDEPENDENZ2020.DE

Akademie Ottenstein
Kantor-Rose-Str. 9
31868 Ottenstein, GERMANY
+49 5286 1292
info@sondendependenz2020.de



MÜNSTER
INSTITUT FÜR
INTEGRATIVE
FORTBILDUNG

LECKERE
VERPFLEGUNG
INKLUSIVE!

FÜR LOGOPÄDEN, SPRACHTHERAPEUTEN,
ERGOTHERAPEUTEN UND PÄDAGOGEN

www.integrative-fortbildung.de

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. Stimm- pädagoge, 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 Schul- kindern – 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

Logopädie 4.0 – Einsatz neuer Medien in der (Kinder-) Therapie

Korbinian Burlefinger, akad. Sprachtherapeut, Logopäde; 19. bis 20.03.2021

Verbale Entwicklungsdyspraxie bei Kindern

Aila Makdissi, Diplom-Logopädin (NL); 17. bis 18.04.2021

UNSERE MODULREIHEN

Weiterbildung „pädagogisch-psychologisch orientierte Lerntherapie“

in 7 Modulen; Abschluss mit Zertifikat und Fallsupervision

A. Born, M. Weigelt, S. Warych, B. Machado, M. Engelmann

5. Durchlauf ab Februar 2021! Bitte rechtzeitig anmelden!

Selbstverständlich halten wir für alle Seminare die gesetzl.
geregeltten 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



Eine Therapie, die „berührt“
für Stimme, Schlucken, Artikulation und Atmung

Manuelle Stimmtherapie nach Gabriele Münch

Termine: 6./7.11.2020 MST laryngeal
9./10.11.2020 MST orofacial
11./12.12.2020 MST pulmonal
14./15.12.2020 MST faszial

Veranstaltungsort: A-4190 Bad Leonfelden · www.waldschenke.at

Referentin: Gabriele Münch
Fragen: gabimuench@yahoo.de

Anmeldung: Das Formular finden Sie hier ▶




STÄRKER ALS STOTTERN

Intensivkurse am Starnberger See

für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene

Team Stärker als Stottern 8–13 Jahre: Ingeborg Mayer
Team Stärker als Stottern ab 14 Jahre: Georg Thum

www.staerker-als-stottern.de

lo))go train
Fortbildungsinstitut
für Logopädie

04./05.09.20 Köln	Modifikationsansatz in der Therapie mit stott. Kindern	Dipl.-Log. Claudia Walther
18./19.09.20 Hamburg	Dysgrammatismus	Dipl.-Log. M. Ullrich
25./26.09.20 Dresden	Die Verbale Entwicklungsdyspraxie	Dipl.-Log. Ulrike Becker-Redding
01./02.10.20 Berlin	Wortschatzsammler- lexikalische Strategietherapie	Dipl.-Sprachheip. Monika Merten
09./10.10.20 Köln	Dysgrammatismus	Dipl.-Log. M. Ullrich
30.10./01.11.20 Hamburg	TAKTKIN-Kompaktausbildungskurs Kinder	Dipl.-Log. B. Birner-Janusch
20./21.11.20 Hamburg	Die Verbale Entwicklungsdyspraxie	Dipl.-Log. U. Becker-Redding
27./29.11.20 Köln	TAKTKIN- Kompaktausbildungskurs Kinder	Dipl.-Log. B. Birner-Janusch
11./12.12.20 Köln	TOLGS bei VED	Isolde Wurzer, Logopädin
08./09.04.21 Berlin	Die Verbale Entwicklungsdyspraxie	Dipl.-Log. Ulrike Becker-Redding

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

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

ZEREX TK/DYS Zertifizierter Experte bei Dysphagie

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

ZEREX-TK/DYS® Großraum Köln/Bonn · 1.190,-€

- Modul 1 · 05.02. - 07.02.2021 in Zülpich (Nähe Euskirchen)
- Modul 2 · 07.05. - 09.05.2021 in Much (Nähe Köln)

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

B

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

Warteliste

- 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,-€

Seminar R • Refresher – PRAXISKURS DYSPHAGIE

R

- 2-Tages-Praxiskurs mit standardisierter FEES (inkl. eigene Durchführung der FEES)
Referent: Mirko Hiller, MSc / Neurorehabilitation, Leiter DDZ
Zertifizierter FEES-Ausbilder der DGN / DS

• R11/21 · 05.11. - 06.11.2021 · 270,-€ (V.-Ort in Planung)

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

MEDIEN & MATERIALIEN



REZENSIONEN



Therapeutische Entscheidungsfindung in der Sprachtherapie Grundlagen und 15 Fallbeispiele

Ulla Beushausen

325 S., 44,00 € (Buch, E-Book)

München: Reinhardt 2020

www.reinhardt-verlag.de

Das neu erschienene Buch wendet sich an KommunikationstherapeutInnen. Es geht der Frage nach, nach welchen Kriterien ExpertInnen der Logopädie/Sprachtherapie ihre therapeutischen Entscheidungen in konkreten Therapiesituationen treffen, welche Strategien sie aus welchem Grunde anwenden (oder eben nicht anwenden), auf welche Theorien und Modelle sie sich beziehen und wie sie ihr therapeutisches Vorgehen begründen. Diese Denk-, Handlungs- und Entscheidungsprozesse („Clinical Reasoning“) treffen klinisch tätige Personen tagtäglich in ihrem therapeutischen Alltag allein, im Team und/oder mit ihren PatientInnen. Clinical Reasoning bezeichnet ebenso verschiedenste wissenschaftliche Ansätze, den Entscheidungsprozess zu untersuchen und zu verbessern.

Im ersten theoretischen Teil des Buches beschreibt Beushausen die Grundlagen und mentalen Prozesse der therapeutischen Entscheidungsfindung, die im klinischen Alltag in Diagnostik, Therapie und Beratung von Bedeutung sind. Wichtige Parameter sind neben der Beachtung eines größeren Kontexts die exakte Zielsetzung, umfassendes Fachwissen und Erfahrung. Die professionelle Entwicklung einer TherapeutIn von der AnfängerIn zur ExpertIn erfordert wichtige Eigenschaften und Fähigkeiten auf diesem Weg.

Ein wichtiger Aspekt klinischer Ausbildung ist die Frage der Lehr- und Lernbarkeit von Clinical-Reasoning-Strategien. Eigenes professionelles Handeln bedarf der Bewusstmachung der Faktoren im individuellen Entscheidungsprozess und kann nur im Laufe des Berufslebens weiterentwickelt werden. Theoretisches Wissen aus der Ausbildung wird zunehmend in klinische Erfahrungen eingeflochten und tritt in den Hintergrund.

All diese Formen der Entscheidungsprozesse und Auswahlkriterien stellen SpezialistInnen der Sprachtherapie im zweiten, praktischen Teil des Buches anhand von 15 Fallbeispielen für unterschiedliche Kommunikationsstörungen anschaulich und ausführlich dar. Umfangreiche Beschreibungen von Anamnese, Diagnostikmethoden, Therapieauswahl und Behandlungsaufbau lesen sich flüssig und nachvollziehbar. Die Vorgehensbeschreibungen sind sowohl für BerufsanfängerInnen als auch erfahrene KollegInnen informativ und aufschlussreich. Die individuellen Schilderungen zeigen, wie umfas-

send logopädische Diagnostik, Therapie und Beratung im Alltag aussieht, wie fundiert das umfangreiche Wissen der TherapeutIn, gekoppelt mit „Fingerspitzengefühl“ und Einfühlungsvermögen im Umgang mit ihren Patienten und seinen Angehörigen, sein muss. Ich wünschte sie mir zur Aufklärung für Entscheidungsträger wie Ärzte und auch Krankenkassen, um Inhalte und Umfang logopädischer Therapie zu verdeutlichen und damit die leider immer noch viel zu oft gehörten Äußerungen „Die Logopädin spielt nur ein bisschen“ oder „Logopädie hilft bei der Aphasie ja doch nicht mehr“ durch diese fundierten Darstellungen (idealerweise) widerlegt werden könnten! Kritisch anzumerken sind bei dem nicht unerheblichen Preis eine etwas un stabile Buchbindung und relativ viele Druckfehler. Das Buch kann ich allen interessierten Lesern empfehlen – egal, ob in der (klinischen) Praxis oder Lehre tätig, ob Neuling oder „alter Hase“.

Annette Schneider, Berlin



Kognitive Dysphasien erkennen und behandeln

Maria-Dorothea Heidler

304 S., 39,90 €. Stuttgart: memo 2020

www.memoverlag.de

Dieses Buch hat es in sich: Klar und strukturiert gegliedert, bietet es eine Fülle an Informationen über Kognitive Dysphasien und wie diese erkannt und behandelt werden können. Explizit richtet sich die Autorin an Neuropsychologen und v.a. Sprachtherapeuten im klinischen Alltag.

Ihr Ziel: Einen Überblick über Störungen in den Bereichen Aufmerksamkeit, Exekutivfunktionen, Wahrnehmung und Gedächtnis zu vermitteln sowie zu beschreiben, wie sich diese kognitiven Beeinträchtigungen auf die Sprachverarbeitung auswirken und welche Kommunikationsstörungen daraus resultieren können.

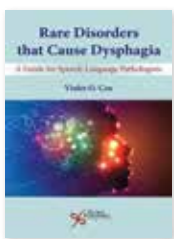
Es ist ein anspruchsvolles, komplexes Thema, das in zwei Teile gegliedert ist: einen Allgemeinen Teil, der Kognitive Dysphasien nach den kognitiven Funktionsstörungen einteilt sowie Diagnostik und Therapie erläutert, und einen Speziellen Teil, der Kognitive Dysphasien nach Erkrankungen und dem Läsionsort beschreibt.

Die Grundlage zum Verstehen Kognitiver Dysphasien wird im Allgemeinen Teil gelegt, in dem wissenschaftlich fundiert die kognitiven Funktionen sowie ihre Störungen dargestellt werden (Kognitive Dysphasien attentionaler, dysexekutiver, perzeptueller, mnestischer

Genese). Zum Beispiel Kognitive Dysphasien attentionaler Genese: Was ist Aufmerksamkeit? Welche Komponenten hat sie? Wo ist Aufmerksamkeit neuroanatomisch lokalisiert?

Eine Zusammenfassung am Ende jedes Kapitels legt nochmals den Fokus auf die wichtigsten Erkenntnisse. Abbildungen zur Neuroanatomie und Tabellen, die einen strukturierten Überblick geben, sind hilfreich. Das Kapitel zur Diagnostik bietet einen guten Einblick in Beobachtungsbefundung und standardisierte Testverfahren. Viele Anregungen und Beispiele erhält der Leser bezüglich der Therapieformen. Im Speziellen Teil wird gezielt über Kognitive Dysphasien bei neurologischen, psychiatrischen und internistischen Erkrankungen informiert und auf die gestörten Aufmerksamkeits-, Exekutiv-, Wahrnehmungs- und Gedächtnisfunktionen eingegangen. Es ist ein wahrer Fundus an Wissen, der vor uns ausgebreitet wird, nicht leicht zu lesen, doch ebenso geeignet zum Nachschlagen, zum Hineinvertiefen und zum Arbeiten damit.

Melanie Mahrenholtz, Mannheim



**Rare disorders that cause dysphagia
A guide for speech-language pathologists**

Violet O. Cox

217 S., 99,95 \$. San Diego: Plural Publishing 2020

www.pluralpublishing.com

Das Buch soll es LogopädInnen erleichtern, Pathologien zu erkennen, bei denen auch Schluckstörungen als ein Symptom auftreten. Es ist ein zufriedenstellendes Nachschlagewerk für 15 seltene Störungen, die oft eine Dysphagie beinhalten.

Jedes Kapitel erläutert für je eine Störung die Definition, die Ätiologie, die Epidemiologie, die Symptomatik und stets auch Behandlungsansätze speziell für diese Störungsgruppe in Bezug zur Dysphagie. Sehr interessant sind Beschreibungen zu den jeweiligen Pathologien wie Moebius-Syndrom, Pontocerebelläre Hypoplasie, Congenitale Ösophageale Stenose und Atresie.

Das Buch ist einfach und verständlich geschrieben, wenn man Englisch als nicht Hinderungsgrund ansieht. Es überzeugt durch seine Aktualität. So werden Studien zitiert, die 2019 veröffentlicht wurden. Für meine Tätigkeit als Lehrtherapeutin ist diese aktuelle Literaturrecherche der Autorin äußerst hilfreich.

Grundsätzliche Hinweise wie die Phasen des Schluckens oder der Unterschied zwischen der kleinkindlichen Anatomie und der eines Erwachsenen u.ä. hätte ich mir an den Anfang des Buches gewünscht, denn das ist für alle Pathologien interessant. Die Beschreibung von Therapieansätzen würde ich mit Vorsicht betrachten. Eine gut ausgebildete Logopädin sollte wissen, ob und wann welcher gelernte Therapieansatz einsetzbar ist.

Für mich ist dieses Buch eine gute Hilfe für die Systematisierung der Pathologien – vor allem durch die Literaturhinweise. Es hilft mir nicht so sehr für die tatsächliche Arbeit am Patienten. Aber das muss es, so mein Eindruck, auch nicht leisten.

Großartig finde ich das Glossar am Ende des Buches. Hier wird schnell und präzise auf Schlüsselwörter eingegangen. Ich würde empfehlen, dieses Buch für LogopädInnen und andere TherapeutInnen, wie Physio- und ErgotherapeutInnen sowie KinderärztInnen, zugängliche Bibliotheken oder Büchertische (bei Fortbildungen) bereitzuhalten. Um es in der logopädischen Praxis im Regal stehen zu haben, ist es meines Erachtens leider zu teuer.

Cordula Dehmel, Bremen

REZENSIONSANGEBOTE

Stefanie Duchac, Andrea Hofmayer, Christiane Lücking & Janina Wilmskötter. Videofluoroskopie des Schluckaktes. Ein sprachtherapeutisches Tutorial. 240 S., 47,00 €. Idstein: Schulz-Kirchner 2020

Laura Dörre. Ambiguitäten. Lexikalische Differenzierung zur Verbesserung der Wortfindung. Therapiematerial und Begleitheft im Ordner, 90,00 €. Hofheim: NAT 2020

Gerlinde Lamprecht. Meine Stimme stärken. Das Stimmtraining für mehr Selbstbewusstsein. 85 S., 14,99 €. Stuttgart: Thieme (TRIAS) 2020

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

Christiane Türk, Silvia Söhlemann & Heike Rummel. Das CastilloMorales-Konzept. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage, 192 S., 69,99 €. Stuttgart: Thieme 2020

Christina Schönhold. Hadi! Eine Übungssammlung für die Arbeit mit türkisch-/deutschsprachigen Aphasiepatienten. 209 S. im Ordner, 89,90 €. Köln: ProLog 2020

Anja Schröder. FintmaL Sprache. Förderkonzept zum interaktiven mathematischen Lernen für Kinder mit Spracherwerbsstörungen (1. Kl.). Manual + Arbeitsheft, 137 S. + 43 S., 49,90 € + 24,90 €. München: Reinhardt 2020

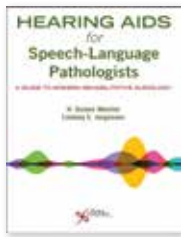
Alexander Pröhl. Aggressive Verhaltensweisen bei Kindern und Jugendlichen. Grundlagen, Diagnostik und gezielte Interventionen. 148 S., 22,00 €. Idstein: Schulz-Kirchner 2020

mini LÜK Sprachtherapie. Hirnfunktionstraining. Heft 4: Verarbeitungsgeschwindigkeit (Basis/Alltag). Heft 5: Verarbeitungsgeschwindigkeit (Beruf). Heft 6: Planungskompetenz (Alltag/Beruf). Pro Heft 40 S., 9,95 €. Braunschweig: Westermann 2019/2020

› Diese Neuerscheinungen können als kostenlose Besprechungsexemplare schriftlich angefordert werden:

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

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



Hearing aids for speech and language pathologists
A guide to modern rehabilitative audiology

H. Gustav Mueller & Lindsey E. Jorgensen
 445 S., 69,95 \$. San Diego: Plural Publishing 2020
www.pluralpublishing.com

Dieses umfassende Werk richtet sich sowohl an Studierende, Lehrende als auch an bereits beruflich tätige SprachtherapeutInnen. Es gliedert sich in zehn Kapitel und acht Anhänge. Aufgrund des englischsprachigen Backgrounds wird hier natürlich Bezug auf die amerikanischen Berufsverbände und Gesellschaften des Gesundheitswesens ASHA (American Speech-Language-Hearing Association), AAA (American Academy of Audiology) und FDA (Food and Drug Association) genommen.

Die Autoren erklären gleich zu Anfang, dass es sich in den ersten Kapiteln um eine Zusammentragung von Grundlagen zu Hörschädigungen handelt. Im zweiten Kapitel werden sehr ausführlich und mit bildlicher Unterstützung die audiologischen Untersuchungsmethoden erläutert und mit aktueller Literatur untermauert. Das dritte Kapitel widmet sich bekannten Ursachen von Hörschädigungen, richtet aber auch den Blick auf neurodegenerative Erkrankungen wie die Demenz und gibt zusätzlich nochmal einen ausführlichen tabellarischen Überblick über Syndrome.

Im vierten Kapitel werden die (neuen) Hörgerätetypen erläutert und ebenfalls bildlich dargestellt. Die Komplexität dieser Versorgungsform wird sehr eindrücklich und leicht verständlich erklärt, dabei wird sowohl der Blick des Patienten als auch der des Therapeuten berücksichtigt. Das fünfte Kapitel widmet sich der Funktionstätigkeit von Hörgeräten immer nahe am Bezug zur Sprache und immer aktuell z.B. der Tele-Audiologie zum Fitting der Hörgeräte oder dem Geotagging.

Wer sich genau informieren möchte, wie die Einstellung (das sogenannte Fitting) der Hörgeräte funktioniert, findet im sechsten Kapitel ausführliche Anweisungen und Hinweise zu Tests. Auch das umstrittene Phänomen der Sprachbanane findet hier Beachtung und ist nicht nur interessant für die Audiologie, sondern auch für uns SprachtherapeutInnen. Obwohl der Titel nur Hörgeräte beinhaltet, haben die Autoren im siebten Kapitel auch den Implantaten Platz eingeräumt und die grundlegendsten Implantattypen aus Sicht der drei größten Implantatfirmen (Advances Bionics, Cochlear und MED-EL) erläutert.

Besonders beeindruckend finde ich das achte Kapitel, da es auf die Zusatzgeräte und neuen Technologien bei den Hörhilfen eingeht sowie den Fokus auf den Klassenraum lenkt. Der Blick auf andere Einrichtungen wäre auch wünschenswert gewesen – auch vor dem Hintergrund der Inklusion. Im neunten Kapitel widmen sich die Autoren den Kindern und erläutern hier die Grundlagen zur Hörentwicklung, Ursachen von Hörschädigungen, Neugeborenen-Hörscreening und spezifischen Aufgaben von SprachtherapeutInnen in den Staaten (z.B. Hörscreening an Schulen). Es gibt aber durchaus Parallelen zu Deutschland.

Es werden sinnvolle Hinweise zur Prävention und zur Problemlösung gegeben. Kapitel zehn zeigt sehr eindrücklich den Rehabilitationsprozess bei Kindern und Erwachsenen auf. Dabei verwenden die Autoren sehr anschauliche und leicht verständliche Fließdiagramme, Checklisten und Ablaufpläne für eine mögliche Abfolge der Therapie. Auch aktuelle Themen wie Teletherapie, Multilingualität oder der Einsatz von Apps finden hier ihren verdienten Platz. Der inhaltliche Teil des Buches endet mit dem Anhang, der viele

wertvolle Informationen zur praktischen Umsetzung aus Sicht der AAA oder auch der ASHA, Richtlinien zum Neugeborenen-Hörscreening oder auch Checklisten für Kinder und Erwachsene enthält. Ich bin begeistert von diesem Werk und sehe es als sinnvolle Ergänzung zu den bisher erschienenen Fachbüchern zum Thema Hörschädigungen bei Kindern und Erwachsenen.

Dr. Bianka Wachtlin, Mainz und Hildesheim



Inpatient functional communication interview
Screening, assessment, and intervention
 Robyn O'Halloran, Linda Worrall, Deborah Toffolo & Chris Code

170 S. inkl. Screening- und Fragebögen, 89,95 \$ (Buch, E-Book). San Diego: Plural Publishing 2020.
www.pluralpublishing.com

Das Interview zur stationären funktionalen Kommunikation (IFCI) wurde in Australien entwickelt und richtet sich an Logopäden sowie weitere Berufsgruppen im stationären Setting. Das Interview besteht aus mehreren Teilen, die einzeln oder zusammen verwendet werden können, um die Kommunikation zwischen Patient und Leistungserbringer zu erfassen und zu optimieren. Zielgruppe sind Patienten, deren kommunikative Möglichkeiten eingeschränkt sind. Dies umfasst nicht nur Personen mit Sprach- und Sprechstörungen, sondern ebenso Personen mit einem anderen sprachlichen Hintergrund oder einem geringen Bildungsstand.

Das Verfahren orientiert sich im Aufbau an der ICF, der Theorie zur Akkomodation innerhalb der Kommunikation (CAT, Communication Accomodation Therapy) und konzeptionellen Modellen sozialer Determinanten von Gesundheit. Damit wird der Fokus der „klassischen sprachtherapeutischen Diagnostik“ konsequent erweitert.

Für die Sprachtherapie stehen drei Rating-Skalen zur Erfassung der funktionalen Kommunikation zur Verfügung für Verständlichkeit, Sprache und Kognition. Basis ist ein halbstrukturiertes 30-bis 40-minütiges Gespräch, das am Krankenbett des Patienten durchgeführt wird: Hier wird dokumentiert, inwiefern der Patient in der Lage ist, in alltäglichen Kommunikationsaktivitäten zu kommunizieren (z.B. Benötigen Sie noch Dinge des täglichen Bedarfs? Haben Sie Fragen zum medizinischen Hintergrund?).

Bei aufkommenden Schwierigkeiten wird unmittelbar nach individuellen Strategien gesucht, um die Kommunikation zu unterstützen. Darüber hinaus sind Umweltfragebögen inkludiert, die das Kommunikationsumfeld auf Faktoren überprüfen, die die Kommunikation im stationären Alltag prägen. Auf der Webseite des Verlages finden sich zudem hilfreiche Videobeispiele, die die Durchführung bei zum Teil schwer gestörten Personen demonstrieren und mögliche Lösungen aufzeigen.

Fazit: Das IFCI stellt die funktionelle Kommunikation im stationären Kontext in den Vordergrund: Kommunikationsbarrieren werden identifiziert und kommunikative Strategien im Gespräch getestet, die dann in der Therapie fokussiert werden können. Damit werden notwendige Themen wie funktionelle Kommunikation, Lebensqualität, aber auch relevante Fragen für die Krankenversorgung im stationären Setting adressiert, was sehr zu begrüßen ist.

Es bleibt zu prüfen, inwieweit das Verfahren in der alltäglichen Routine implementiert werden kann. Es ist aber zu erwarten, dass durch den Einsatz des IFCI die Lebensqualität und Teilhabe kommunikationsgestörter Menschen optimiert werden kann.

Dr. Annette Marek, Hannover



Sprach- und Schriftsprachförderung wirksam gestalten: Innovative Konzepte und Forschungsimpulse

Cora Titz, Susanne Weber, Hanna Wagner, Anna Ropeter, Sabrina Geyer & Marcus Hasselhorn (Hrsg.)
186 S., 32,00 € (Buch), 28,99 € (E-Book).

Stuttgart: Kohlhammer 2020, www.kohlhammer.de

Die vorliegende Publikation ist der Band 4 aus der Publikationsreihe „Bildung durch Sprache und Schrift (BISS)“, die aus einer durch Bildungs-, Familien- und Kultusministerien initiierten Forschungsreihe hervorgeht. Sie stellt BISS-Entwicklungsprojekte vor, die das Ziel haben, innovative und theoretisch fundierte Konzepte und Maßnahmen in der Sprachbildung, Sprachförderung und Schriftsprachförderung zu erproben und zu optimieren. Hilfreich ist es für DozentInnen in der Lehrer- und Erzieherfortbildung, die auch das Thema „Sprache“ mit einbeziehen und hier neue Wege gehen wollen. Der Band gliedert sich in drei Teile.

- Teil I befasst sich mit Entwicklungsprojekten im Elementarbereich. Hier werden Ergebnisse aus einer Fortbildung für Kitafachkräfte zum Thema „Fühlen – Denken – Sprechen“ untersucht und deren Wirkung aufgezeigt. Auch stehen Dialogmuster in frühpädagogischen Fachkraft-Kind-Settings auf dem Prüfstand.
- Teil II des Buches beschäftigt sich mit dem Primarbereich, untersucht Sprachförderung und Wortschatz im Sachunterricht der Grundschule und geht auf die Qualifizierung des Fachpersonals ein.
- Teil III befasst sich mit dem Sekundarbereich und stellt hier Studien zur Förderung des mündlichen bildungssprachlichen Handelns in den Sachfächern vor.
- Im letzten Kapitel geht es um Diagnostik und Förderung der Lese- und Schreibflüssigkeit.

Für LogopädInnen, die mit Kindern im Kindergarten- und Grundschulalter arbeiten, sind vor allem die beiden ersten Kapitel interessant. Sie geben Anregungen, auch das eigene Sprach-, Sprech- und Frageverhalten im Umgang mit Kindern zu reflektieren.

Wer an einer wissenschaftlich fundierten Publikation zum Thema Sprache/Schriftsprachförderung interessiert ist, findet hier ausreichend Material.

Margret Volz, Königsfeld/Schramberg



Mila spricht! Ein Bilderbuch zum selektiven Mutismus

Babette Bürge Wirth & Stefanie Kolb
32 S., 19,90 € (Buch), 18,99 € (E-Book).

München: Reinhardt 2020, www.reinhardt-verlag.de

Das Bilderbuch erzählt die Geschichte von Mila, einem selektiv mutistischen Mädchen, das mit ihrer Familie spricht, aber im Kindergarten oder vor Freunden verstummt. Milas Gefühlswelt wird sehr ausführlich beschrieben. Einerseits hat sie Angst davor, mit anderen Kindern zu reden, und möchte aus diesem Grund beispielsweise nicht an Kindergeburtstagen teilnehmen. Andererseits wäre sie natürlich sehr gern ein Teil der Gruppe und fühlt sich durch ihre Sprechangst ausgeschlossen. Die Familie sucht sich Hilfe bei einer Therapeutin, die schon viele Erfahrungen mit mutistischen Kindern

gemacht hat. Sie erklärt der Familie und dem Leser, was Mutismus bedeutet und wie individuell die Hilfen für mutistische Kinder aussehen können. Die Therapie hilft Mila dabei, Schritt für Schritt das Schweigen hinter sich zu lassen, sodass sie letztendlich mit anderen Kindern im Kindergarten spielen und sprechen kann.

„Mila spricht!“ gibt einen guten Einblick in den Alltag und die Gefühlswelt eines mutistischen Kindes und zeigt therapeutische Möglichkeiten auf. Die Bilder sind ansprechend gestaltet und bieten in Kombination mit dem Text viel Sprech Anlass. Der positive Verlauf der Geschichte ist sehr ermutigend und kann Eltern und Kindern dabei helfen, über den Mutismus zu sprechen.

Das Buch wird durch ausführliche Online-Informationen auf der Internetseite des Verlags ergänzt. Hier fehlt leider ein direkter Link oder QR-Code im Buch, sodass man das Material zunächst auf der Homepage finden muss. Dieses ist dann wiederum sehr hilfreich, da es auf knapp 11 Seiten das Störungsbild und Therapiemöglichkeiten verständnisvoll erklärt. Für Eltern und Lehrpersonen werden hilfreiche Tipps zur Verfügung gestellt. Das anhängende Literaturverzeichnis ist nach Themenschwerpunkten sortiert und verweist auf ergänzende Fachliteratur.

Insgesamt stellt das Bilderbuch ein tolles Medium für Eltern und Fachpersonal da, um die Kommunikation mit dem mutistischen Kind über das Störungsbild zu vereinfachen. Das ergänzende Online-Material bietet darüber hinaus die Möglichkeit, sich weitere Informationen und Ratschläge einzuholen.

Sina Meyer, Hildesheim



Stoppilino Wie ich mein Stottern zähmte

Isabella Colthorp & Franziska Herdter

74 S., 9,50 €. Köln: BVSS/Demosthes 2020

www.bvss.de

Dieses Mutmach-Buch erzählt die Geschichte von Hannes. Er ist eigentlich ein ganz normaler Junge, der gerne Comics liest und Spinat nicht mag. Doch etwas unterscheidet ihn von den anderen Kindern. Die Wörter kommen manchmal nicht so raus, wie er das möchte. Es ist so, wie wenn sich etwas die Wörter schnappt und sie zerbricht oder langzieht. Er nennt dieses etwas „Stoppilino“. Im Verlauf der Geschichte lernt Hannes mit dem Stottern umzugehen. Er kann sein Stoppilino zwar nicht besiegen oder wegzaubern, aber er kann es zähmen und es akzeptieren.

Dieses Bilderbuch ist für Kinder ab 7 Jahren sowie deren Bezugspersonen geeignet. Besonders hilfreich finde ich die Infotexte, die sich am Schluss des Buches befinden. Der erste richtet sich direkt an das Kind. Dort wird durch ein Experiment aufgezeigt, warum das Stottern nur größer wird, wenn man versucht dagegen anzukämpfen. Die Lösung ist deshalb, das Stottern zuzulassen. Der zweite Infotext richtet sich an Eltern von stotternden Kindern. Sie bekommen dort Hinweise, wie sie sich verhalten sollten und an wen sie sich wenden können.

Nathalie Berchtold, Rorschach (CH)

ZEITSCHRIFTENLESE

Sprache – Stimme – Gehör 2/2020

- Regenbrecht, F., Glindemann, R. & Büttner-Kunert, J.: **Rating-Verfahren in der Therapieplanung bei kognitiven Kommunikationsstörungen**, 78-83
- Rosenkranz, A., Quinting, J., de Beer, C., Högrefe, K., Jaecks, P., Jonas, K., Rubi-Fessen, I. & Hußmann, K.: **Komplexe semantische Verarbeitung bei kognitiven Kommunikationsstörungen**, 84-89
- Knels, C.: **Kommunikativ-pragmatische Störungen bei Alzheimer-Demenz**, 90-94
- Heim, S.: **Kognitive Kommunikationsstörungen bei Schizophrenie und ihre Relevanz für die Logopädie/Sprachtherapie**, 95-98
- Schröder, S.: **Bewertung der Parkinson-Selbsthilfegruppen bzgl. der Gesundheitskompetenz**, 101-102
- Urban, K.: **Erfassung von lärmbedingten Hörbelastungen**, 103-104
- Buschmann, A. & Ziegler, C.: **Prognose der sprachlichen Entwicklung von Later Talkers bis zum Alter von 3 Jahren**, 105-106
- Kiese-Himmel, C.: **Das Arbeitsgedächtnis – eine Bestandsaufnahme**, 107-115
- ↳ www.thieme.de/fz/ssg

LogoTHEMA 1/2020

- Zunftmeister, M.: **Grundlagen zur Rollenberatung als spezifische Form der Einzelsupervision: Eine empirische Studie am Beispiel der Arbeitswelt der Logopäd_in im Schweizer Schulsystem**, 6-11
- Dornstauder, M.: **Behaviour Change Techniques und Logopädie: Eine neue Methode im Fokus**, 12-15
- Rüegg, R. & Steiner, J.: **Dysphagie – Logopädie als kooperative Beratungsinstanz für die Pflege**, 16-19
- Steiner, A.F. & Landerl, K.: **Schuleingangsscreening: Was Logopäd_innen wissen sollten**, 20-21
- ↳ www.logopaediaustria.at

Praxis Sprache 3/2020

- Neitzel, I. & Schulte-Busch, S.: **Vom Satz zum Text – die Wechselwirkung zwischen narrativer und morpho-syntaktischer Ebene im kindlichen Erwerb**, 146-153
- Klyscz, V. & Hricová, M.: **Ein (inter)kultureller Leitfaden für die Elternberatung in der sprachtherapeutischen Arbeit mit mehrsprachigen Kindern**, 154-159
- Winkes, J. & Hartmann, E.: **Förderung des aktiv-strategischen Textverstehens – ein führender Überblick**, 162-167
- Mayer, A. & Marks, D.-K.: **Strategievermittlung als Methode zur Verbesserung des**

Textverständnisses bei Kindern mit sonderpädagogischem Förderbedarf, 168-172

- Laumayer, C.: **Fächerübergreifendes Arbeiten mit der 5-Schritt-Lesemethode**, 172-176
- Roth, V. & Weisbrod, M.: **Leseförderung im Unterricht mit Hilfe eines Strategiefächers zur Anwendung von Lesestrategien**, 176-181
- Bastians, E.: **Operatorenkompetenz durch differenziertes Operatoren-Strategietraining (Op-Strate)**, 185-189
- Greifenstein, L., Knoth, S. & Haider, M.: **T-Applets – Sprache lernen oder Spielerei?** 192-194
- ↳ www.schulz-kirchner.de

Sprachförderung und Sprachtherapie 2/2020

- Pomnitz, P.: **Therapien oder Abwarten? Diagnostik und therapeutische Entscheidungsfindung in der sprachtherapeutischen Praxis**, 62-71
- Vischer, B.: **Bedeutung früher kommunikativer Fähigkeiten und Einschätzung mithilfe eines Beobachtungsrasters**, 72-80
- Hachul, C. & Wanke, M.: **Sprachtherapie und Elternberatung für Late Talker**, 81-87
- Kurtenbach, S.: **„In Kontakt kommen“ – Anbahnen kommunikativer Basisfähigkeiten bei kleinen Kindern**, 88-94
- Dürmüller, C.: **Entwicklungspsychologische Sprachtherapie nach Zollinger**, 95-101
- Skerra, A.: **Aktivierung basaler lexikalischer Erwerbsmechanismen bei Kindern mit einem Late-Talker-Profil**, 102-110
- Kruse, S.: **Vom Wortschatz zur Grammatik – Übergänge für Late Talker gestalten**, 111-116
- Kiening, D.: **Technoferenz – Ein Thema für die Elternberatung in der Sprachtherapie mit kleinen Kindern**, 117-124
- Wollny, S.: **Phono3 – ein Ansatz für die PhonologieTherapie ab dem 3. Lebensjahr auf der Grundlage einer ausführlichen, individuellen Elternberatung**, 125-132
- ↳ www.verlag-modernes-lernen.de

Folia Phoniatica et Logopaedica 4/2020

- Cox, S.R., Raphael, L.J. & Doyle, P.C.: **Production of vowels by electrolaryngeal speakers using clear speech**, 250-256
- Lechien, J.R., Huet, K., Finck, C., Khalife, M., Fourneau, A.-F., Harmegnies B. & Saussez, S.: **Clinical and acoustical voice quality evolutions throughout empirical treatment for laryngopharyngeal reflux disease according to gender: a preliminary study**, 257-266
- Zencke da Silva, K., Bello, J.Z. & Cassol, M.: **Motivational stage analysis of patients with behavioral dysphonia**, 267-272
- Covic, A., von Steinbüchel, N. & Kiese-Himmel, C.: **Emotion recognition in kindergarten children**, 273-281

- Caçador, M., Papoila, A., Brás-Geraldes, C., García, C.S., Constantino, T., Almeida, M. & Paço, J.: **Evaluation of postural changes using dynamic posturography after speech rehabilitation in patients with voice disorders: a longitudinal study**, 282-289
- Freud, D., Levy-Kardash, O., Glick, I. & Ezrati-Vinacour, R.: **Pilot program combining acceptance and commitment therapy with stuttering modification therapy for adults who stutter: a case report**, 290-301
- Ramrattan, H. & Gurevich, N.: **Prevalence of Noise-Induced Hearing Loss in Middle and High School Band Members: A Preliminary Study**, 302-308
- Longo, L., Di Stadio, A., Ralli, M., Marinucci, I., Ruoppolo, G., Dipietro, L., de Vincentiis, M. & Greco, A.: **Voice parameter changes in professional musician-singers singing with and without an instrument: the effect of body posture**, 309-315
- Ferreira-Mattar, T.L., Roama-Alves, R.J., Araceli Gomes, F., Freire, T., Ciasca, S.M. & de Abreu Pinheiro Crenitte, P.: **An exploration of the rapid automatic naming test as administered to Brazilian children**, 316-324
- Martins, R.H.G., Siqueira, D.B., Dias, N.H. & Gramuglia, A.C.J.: **Laryngeal microsurgery for the treatment of vocal nodules and cysts in dysphonic children**, 325-330
- ↳ www.karger.com

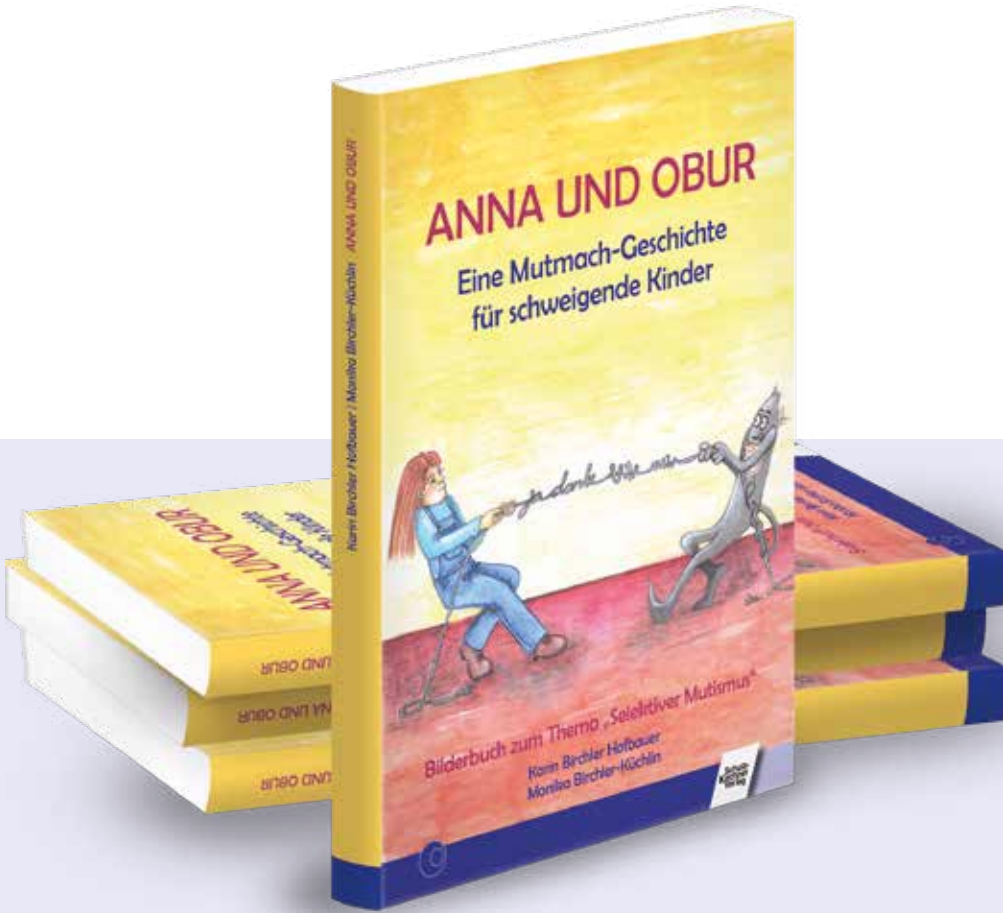
Frühförderung interdisziplinär 2/2020

- Gingelmaier, S., Schwarzer, N.-H. & Schiefele: **Sozial-emotionale Bedeutungen des Spiels in der frühen Kindheit**, 63-72
- Schiefele, C.: **Zur Bedeutung der Symbolisierungsfähigkeit in Spielkontexten für Spracherwerbsprozesse**, 73-85
- Menz, M.: **Sprachliches Handeln und soziales Handeln: Kooperativer Sprachgebrauch im Rollenspiel**, 86-96
- Schiefele, C., Menz, M., Schwindt, N. & Gingelmaier, S.: **Spielen als konkrete Methode**, 97-105

Frühförderung interdisziplinär 3/2020

- Paulus, M., Erbe, J., Wolfsperger, J., Essler, S. & Wörle, M.: **Prosoziales Verhalten bei Vorschulkindern mit Sprachentwicklungsstörungen**, 120-136
- Irblich, D., Schroeder, A. & Renner, G.: **Psychometrische Eigenschaften der „Kaufman Assessment Battery for Children – II“ (KABC-II) bei 5- und 6-jährigen Kindern**, 137-150
- Krinninger, G.: **Früherkennung und Frühförderung an Interdisziplinären Frühförderstellen im Kontext des Bundesteilhabegesetzes (BTHG)**, 151-164
- ↳ www.reinhardt-verlag.de

Fachpublikationen Arbeitsmaterialien Fachzeitschriften



ANNA UND OBUR – Eine Mutmach-Geschichte für schweigende Kinder

Bilderbuch zum Thema „Selektiver Mutismus“

Viel fraß Obur 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

Engagierte Logopädin M. Sc., drei Jahre Praxiserfahrung, sucht neuen Wirkungskreis in Forschung, Lehre oder Gesundheitswesen in Voll- oder Teilzeit im Raum Hannover – Hildesheim. Ich freue mich darauf, meine fundierten Kenntnisse, eine systematische Vorgehensweise, Zuverlässigkeit und Qualitätsbewusstsein in Ihre Organisation einzubringen.
E-Mail: logoplus@web.de

Umfangreiches Therapie- und Diagnostikmaterial sowie Fachliteratur günstig zu verkaufen, perfekt für Praxisgründung
Mail to: lachen-66@web.de

Therapiematerial für die logopädische Praxis (neuwertig) & Tests: BISC, AWSTR, AAT, SETK, PLAKSS, Frenchay Dysarthrie Untersuchung, zu verkaufen.
Mobil: 0151-56127228 SMS od. Anruf ab 16.9.20.

Etablierte Logopädiepraxis zu verkaufen
im Herzen der Vulkaneifel, mit Anschluss ans Krankenhaus, langer Warteliste, festem Patientenstamm, zentraler Lage, behindertengerecht, 3 Therapieräume, alle bestens ausgestattet, inkl. Diagnostik- und Therapiematerial.
Zuschriften bitte unter Chiffre FL20-501-AD an den Verlag.



100qm Praxis- oder Gemeinschaftspraxis in Heiligenhaus.
Neubau Ersitzung 1300.-€ Netto-Kaltmiete, 327.-€ Betriebskosten

TECKLENBURG GMBH
Frederike Hinkelmann
0172 270 6603
frederike.hinkelmann@
tecklenburg-bau.de



Hauptstraße 131

PRAXISVERKAUF Berlin-Spandau

Suche NachfolgerIn für gut etablierte 2er-Praxisgemeinschaft.
Verkaufe günstig meinen 50%-Anteil, spätestens zum 31.12.2020.

Interessierte bitte melden! Tel. 0049 174 1001962

Eine sichere und interessante Existenz gründen?

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

Zuschriften bitte unter Chiffre FL20-502-BS an den Verlag.

Logopädische Praxis im südl. Kreis Coesfeld (Nähe Münster)

Nachfolge für größere, sehr gut ausgestattete, etablierte logopädische Praxis gesucht. Parkraum vorhanden. Eine vorbereitende Phase der Kooperation (ab sofort oder später) wäre wünschenswert.

Bei Interesse melden Sie sich bitte unter: **LogoPrax@email.de**



Logopädische Praxis
Vera Achtstetter



**Für meine Praxis in Detmold suche ich ab August
eine/n Logopäden/in oder eine/n klinische/n Linguisten/in.**

Ich biete:

- Einarbeitungszeit und Therapiebesprechungen nach Bedarf
- freundliche und motivierte Kolleginnen
- einen eigenen Therapieraum
- schöne, neue, barrierefreie Praxisräume
- gute Praxisausstattung
- flexible Arbeitszeit
- faire Bezahlung
- Fortbildungstage und Kostenbeteiligung an Fortbildungen
- Spezialisierung möglich

Sie können sich auf meiner Homepage <http://www.logopaedie-lippe.de> einen ersten Eindruck verschaffen.

Ich freue mich auf Ihre Bewerbung!

Logopädische Praxis Achtstetter | Vera Achtstetter
Arminstr. 19 | 32756 Detmold
Telefon: 052316110118 | Telefax: 052316110119
e-Mail: mail@logopaedie-lippe.de

3-1



Die **Rehabilitationsklinik Werscherberg** in Bissendorf bietet ein umfassendes Behandlungsangebot für nahezu alle Formen von Kommunikationsstörungen bei Kindern und Jugendlichen an. Das Behandlungsangebot der Klinik orientiert sich insgesamt an einem ganzheitlich ausgerichteten Behandlungsansatz, der neben der spezifischen Sprachtherapie ergänzt wird durch heilpädagogische, bewegungstherapeutische und psychologische Angebote in Einzel- und Gruppentherapie. Eltern als Begleitpersonen werden durch Beratung und Schulung in den Therapieprozess einbezogen. Wir suchen aufgrund unserer Klinikverweigerung zum 01.09.2020 oder früher **zwei**

Logopäd*innen

38,5 Std./Wo. (Vollzeit), unbefristet

Wir bieten Ihnen die Möglichkeit Ihre fachlichen Interessen und Kompetenzen in ein abwechslungsreiches Arbeitsfeld einzubringen. Es erwartet Sie ein aufgeschlossenes, multidisziplinäres Fachteam. Zu Ihren Aufgaben gehören:

- tägliche Therapieangebote
- Beratung und Zusammenarbeit mit den Eltern und Sorgeberechtigten
- interdisziplinäre Zusammenarbeit, Teambesprechungen
- Dokumentation und Berichtswesen

Sie bringen mit

- eine abgeschlossene Ausbildung als Logopäd*in
- Teamfähigkeit und kommunikative Kompetenz
- Eigeninitiative, Flexibilität und Engagement
- Erfahrung in der Sprachförderung von Kindern
- Freude und Kompetenz im Umgang mit sprachentwicklungsverzögerten Kindern

Wir wünschen uns

- eine menschlich und fachlich kompetente Persönlichkeit

Wir bieten Ihnen

- tolle Angebote im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements
- viele Qualifizierungsmöglichkeiten wie Fort- und Weiterbildung, Coaching, Supervision etc.
- eine familienfreundliche Unternehmenskultur mit zahlreichen Service- und Beratungsleistungen für Beschäftigte und deren Angehörige
- Betreuungsmöglichkeit für Kinder der Mitarbeiter*innen in einer hausinternen Krippe
- unterstützende psychosoziale Beratung in besonderen Lebenssituationen
- Firmenfitness mit Hansefit und qualitrain
- Vergütung in der Entgeltgruppe 08 der AAB der Rehabilitationsklinik Werscherberg

Wir schätzen kulturelle Vielfalt und wünschen uns Bewerber*innen, die dazu beitragen. Wir begrüßen ausdrücklich Bewerbungen von Schwerbehinderten.

Bitte übersenden Sie uns Ihre vollständigen Bewerbungsunterlagen bis zum 30.09.2020.

Gerne können Sie sich auch über unser Online-Portal www.awo-stellenboerse.de unter der Stellennummer 37702 bewerben.

Rehabilitationsklinik Werscherberg, Herr Holger Bülow,
Am Werscher Berg 3, 49143 Bissendorf,
Telefon: 0 54 02/406 400,
E-Mail: Holger.Buelow@rehaklinikwerscherberg.de

4-1



Die **Akademie für Gesundheitsberufe Heidelberg gGmbH** ist die Aus-, Fort- und Weiterbildungseinrichtung des Universitätsklinikums Heidelberg und der Evangelischen Stadtmission Heidelberg. Diese zwei Träger bilden an der Akademie ihren beruflichen Nachwuchs aus. Wir bilden in zwölf Gesundheitsberufen mit insgesamt 924 Ausbildungsplätzen aus.

Die **Schule für Logopädie am Universitätsklinikum Heidelberg** bildet seit 1955 hochqualifizierte Logopädinnen und Logopäden aus. In drei Ausbildungskursen à 10 Teilnehmerinnen und Teilnehmern werden insgesamt 30 Schülerinnen und Schüler im theoretischen und praktischen Unterricht und der praktischen Ausbildung intensiv auf das Berufsleben vorbereitet. Die Schule befindet sich in der Kopfklinik des Universitätsklinikums Heidelberg, auf dem Campus im Neuenheimer Feld.

Die Schule für Logopädie sucht in Teilzeit (20 Std. / Woche) ab 01.03.2021 eine/einen

Lehrlogopädin/Lehrlogopäden (m, w, d) für den Fachbereich Redeflussstörungen (Stottern/Poltern)

Ihr Aufgabengebiet:

- theoretischer und praktischer Unterricht in Stottern und Poltern (Kinder, Jugendliche und Erwachsene)
- praktische Ausbildung und Supervision von Therapien und Diagnostiken im Fachbereich Redeflussstörungen
- Erstellen eines Unterrichtskonzeptes für Ihren Fachbereich
- Mitarbeit im Lehrlogopädinnenteam

Wir bieten:

- eigenverantwortliches Arbeiten im Fachbereich Redeflussstörungen
- kleine Ausbildungskurse: drei Kurse zu je zehn Schülerinnen und Schülern
- erfahrenes, engagiertes, humorvolles und flexibles Lehrlogopädinnenteam aus vier Kolleginnen
- enge organisatorische und räumliche Zusammenarbeit mit den Abteilungen für Phoniatrie, der HNO-Klinik und den Kliniken für Neurologie und Kieferorthopädie des Universitätsklinikums Heidelberg
- Vergütung in Anlehnung an den Tarifvertrag des Universitätsklinikums Heidelberg, TV-UK.
- Ein Job-Ticket wird angeboten
- Unterstützung bei Fort- und Weiterbildungen

Wir erwarten:

- Erfahrung im Therapieren von Kindern und Jugendlichen mit Stottern und Poltern
- Spaß an Lehre und Supervision
- Freude und Engagement in der Arbeit mit den Schülerinnen und Schülern
- ein abgeschlossenes oder nahezu abgeschlossenes Masterstudium
- eine pädagogische Qualifikation oder die Bereitschaft, sich pädagogisch zu qualifizieren
- Teamfähigkeit

Für nähere Auskünfte steht Ihnen die Schulleiterin Frau Janknecht gerne zur Verfügung (Tel. 06221 / 56-7249 oder susanne.janknecht@med.uni-heidelberg.de). Weitere Informationen zur Akademie für Gesundheitsberufe Heidelberg und zur Schule für Logopädie am Universitätsklinikum Heidelberg finden Sie auf unserer Homepage unter www.afg-heidelberg.de

Ihre Bewerbungsunterlagen senden Sie bitte per Post oder E-Mail an:
 Akademie für Gesundheitsberufe Heidelberg gGmbH
 Schule für Logopädie am Universitätsklinikum Heidelberg
 z.Hd. Frau S. Janknecht, Schulleitung
 Im Neuenheimer Feld 400
 69120 Heidelberg
susanne.janknecht@med.uni-heidelberg.de

6-2



AMEOS Klinikum Kaiserstuhl Werde Teil unseres Teams

Wir sind ein internistisches Akutkrankenhaus und auf Alterserkrankungen sowie Alkoholabhängigkeit spezialisiert.

Wir suchen: **Logopäde (m/w/d)**
für die Geriatrie, in Teilzeit (50%)

AMEOS Klinikum Kaiserstuhl
Brunngasse 1
D-79235 Vogtsburg-Bischoffingen
Tel. +49 (0)7662 811-0
Fax +49 (0)7662 811-320
info@vogtsburg.ameos.de
ameos.eu/vogtsburg
ameos.eu/karriere/offene-stellen

Auskünfte erteilt Ihnen gerne:
Frau Christine Wilkens-Lotis
Krankenhausdirektorin

+49 (0)151 1251 7420

AMEOSGruppe

ameos_gruppe

Vor allem Gesundheit

ameos.eu

7-1

Logopäde/in oder klin. Linguist/in Dipl.-Heilpädagoge/in (Sprachrehabilitation)

in Vollzeit, Teilzeit oder als Aushilfe für das Wochenende
für sofort oder später gesucht.

Sie suchen uns:

- leistungsgerechte Bezahlung
- Urlaubsgeld
- sehr gutes Arbeitsklima
- Einarbeitungszeit
- Teambesprechungen
- Supervision für Anfänger
- gut ausgestattete Praxis
- flexible Arbeitszeiten
- Fortbildungen und Fortbildungskosten
- Patienten im Akutkrankenhaus
- Hausbesuche

Wir suchen Sie:

- offen, empathisch, flexibel
- engagiert und selbstständig
- teamfähig

Ich freue mich auf Ihre Bewerbung.
Logopädische Praxis Markus Willeke
Esbecker Str. 5 – 59557 Lippstadt
Tel.: 02941-59244
Fax: 02941-59770
E-Mail: markus.willeke@t-online.de
www.logopaedie-willeke.de

5-1

Fachpublikationen Arbeitsmaterialien Fachzeitschriften

Das SKV-Vorteilsprogramm für dbI-Mitglieder



An der richtigen Stelle:

Mit Ihrer **Stellenanzeige** in „Forum Logopädie“ erreichen Sie genau die Richtigen zu attraktiven dbI-Konditionen. Darüber hinaus ist Ihre Anzeige ohne zusätzliche Kosten im Internet präsent – und das sowohl auf den Webseiten des Schulz-Kirchner Verlags als auch der Webpräsenz Ihres Verbandes.

www.skvshop.de
info@schulz-kirchner.de
Tel.: +49 6126 9320-0



Schulz-
Kirchner
Verlag

6-1

Praxis für Logopädie Guido Weiermann

Sandeldamm 24 A 63450 Hanau



Hallo! Wir brauchen dich, dringend!

Zur Verstärkung unseres Teams suchen wir eine(n) engagierte(n) Logopädin / Logopäden zur Festanstellung in Teil- oder Vollzeit.

Dich erwartet ein nettes, aufgeschlossenes Team mit langjähriger Berufserfahrung, eine ausführliche Einarbeitung und ein freundlicher, gut ausgestatteter Therapieraum.

Ein respektvoller Umgang miteinander für eine gute Arbeitsatmosphäre, Kompetenz und Empathie sind uns ebenso wichtig wie regelmäßiger fachlicher Austausch, Weiterbildung und leistungsgerechte Bezahlung (Festgehalt mit Überstundenregelung, Zuschläge für Hausbesuche etc.). Wir wünschen uns eine/n Kollegin/en mit Herz und Leidenschaft für den Beruf, die sich offen, zuverlässig, kollegial und engagiert in unser Team integriert. Wir legen Wert auf interdisziplinäre Zusammenarbeit sowie selbständiges und eigenverantwortliches Arbeiten. Bei der Behandlung unserer Patienten in allen anfallenden Störungsbildern und Altersklassen in der Praxis und beim Hausbesuch setzen wir einen emphatischen und patientenorientierten Umgang voraus. Freie Zeiteinteilung und Terminplanung sowie Schwerpunktsetzung nach Absprache sind möglich. Berufsanfänger und auch Wiedereinsteiger (Mamisi!) sind herzlich willkommen und werden bei der Eingewöhnung zuverlässig unterstützt. Gerne kannst uns Deine Fragen in einem persönlichen Gespräch stellen und mehr über unsere Praxisphilosophie erfahren. Wir freuen uns auf einen ersten Kontakt.

Bitte schau dir bei Interesse unseren Imagefilm, Teamfotos und Praxisräume vorab an. Sie repräsentieren unsere Praxis sehr genau.

info@hanau-logopaedie.de | www.hanau-logopaedie.de



Lehrlogopäde in Teilzeit 49 % (19,5 Stunden) (m/w/d)

ARBEITSORT	Staatl. Berufsfachschule für Logopädie
EINSTIEGSDATUM	Zum nächstmöglichen Datum
ARBEITSZEIT	Teilzeit
BEWERBUNGSFRIST	Zeitnah
REFERENZ-NR.	2020-K-0061

Das Klinikum der Universität München ist eines der größten und leistungsfähigsten Universitätsklinikum in Deutschland und Europa. 48 Fachkliniken, Abteilungen und Institute mit einer exzellenten Forschung und Lehre ermöglichen eine Patientenversorgung auf höchstem medizinischen Niveau. Hieran sind rund 10.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beteiligt.

Ihr Aufgabenbereich

Lehre und Supervision in den Fachgebieten Sprechapraxien, orofaziale Störungen, Dysphagien, Aphasien und Dysarthrien.

Unsere Anforderungen

Berufsabschluss Logopädie, einschlägige Berufserfahrung in den genannten Fachbereichen, einschlägiges Studium an einer Hochschule oder einschlägige Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen von mind. 200 Stunden, Fach- und Methodenkompetenz in Unterricht, Supervision und Führung der SchülerInnen.

Planungskompetenz: Übernahme organisatorischer Aufgaben im Schulbetrieb, Sozial- und Personalkompetenz im Team und Umgang mit SchülerInnen

Unser Angebot

Abwechslungsreicher und anspruchsvoller Arbeitsplatz innerhalb eines engagierten und kompetenzorientierten Teams, kollegiale Unterstützung bei der Einarbeitung und dem Erwerb didaktischer Kompetenzen, enge Vernetzung mit dem Klinikum der Universität München.

Zunächst befristet für 1 Jahr.

Angebote und Leistungen des Arbeitgebers

- ▶ Fort- und Weiterbildungen
- ▶ Jobticket
- ▶ Betriebliche Altersvorsorge
- ▶ Vergünstigungen
- ▶ Kinderbetreuungsangebote
- ▶ Personalwohnraum

Kontakt für Rückfragen

Dr. Kerstin Nonn, Leiterin der Staatlichen Berufsfachschule für Logopädie am LMU Klinikum
Tel.: 089 4400-53978
E-Mail: kerstin.nonn@med.uni-muenchen.de

Bewerbungsadresse

LMU Klinikum
Frau Dr. Kerstin Nonn
Pettenkoferstr. 4a · 80336 München

Schwerbehinderte Bewerber (m/w/d) werden bei ansonsten im Wesentlichen gleicher Eignung bevorzugt. Vorstellungskosten können leider nicht erstattet werden.

Bitte beachten Sie bei Übersendung Ihrer Bewerbung per E-Mail, dass bei diesem Übermittlungsweg Ihre Daten unverschlüsselt sind und unter Umständen von Unbefugten zur Kenntnis genommen oder auch verfälscht werden können.

8-2

8-1



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

Anzeigenschlusstermine forum:logopädie 2020/2021

November-Ausgabe: 1. Oktober 2020

Januar-Ausgabe: 1. Dezember 2020

März-Ausgabe: 1. Februar 2021

Mai-Ausgabe: 1. April 2021



8-3



Logopädie · Ergotherapie · Physiotherapie

Für unser interdisziplinäres Praxisnetz im Westallgäu (Wangen, Isny, Lindenberg) suchen wir ab sofort

Logopäden (m/w/d)

in Voll- oder Teilzeit.

Darum sind wir Ihre erste Wahl:

- Abwechslungsreiches Arbeiten in einem 15-köpfigen Team aus LogopädInnen, Ergo- und PhysiotherapeutInnen
- Regelmäßiger Austausch in (interdisziplinären) Teamsitzungen
- Selbständiges Arbeiten, flexible Zeiteinteilung
- Volles 13. Monatsgehalt
- Fortbildungsgeld und Fortbildungsurlaub
- Eigene Schwerpunktsetzung und Spezialisierung möglich
- Entwicklungsmöglichkeiten zur Fachlichen Leitung oder Praxisleitung

Mehr Informationen unter:

<http://www.therapienetz-reisinger.de>

Bei Fragen steht Ihnen Melanie Bassett (07522 / 9301-10) gerne zur Verfügung.

Wir freuen wir uns auf Ihre Bewerbungsunterlagen an:

wangen@amb-therapienetz.de

Ansprechpartnerin in der Anzeigenabteilung



Laura Schönborn

Tel.: +49 6126 9320-26
Fax: +49 6126 9320-50
l.schoenborn@schulz-kirchner.de



Aktuelle Mediadaten/
Preise finden Sie hier:

... immer gerne für Sie da!

Schulz-Kirchner Verlag

Fachpublikationen Arbeitsmaterialien Fachzeitschriften



Pragmatisch-kommunikative Störungen bei Kindern

Ein Ratgeber für Fachpersonen aus Sprachtherapie/Logopädie, Schule und Kindertageseinrichtungen
Bettina Achhammer, Anja Schröder, Markus Spreer,
1. Auflage 2020,
kartoniert: ISBN 978-3-8248-1248-6,
72 Seiten, EUR 11,50 [D]



ADS / ADHS

Ein Ratgeber für Eltern, Pädagogen und Therapeuten
Matthias Gelb, Dina Gelb,
4., überarbeitete Auflage 2020,
kartoniert: ISBN 978-3-8248-0521-1,
68 Seiten, EUR 11,50 [D]



STOTTERN BEI KINDERN

Ein Ratgeber für Eltern und pädagogische Berufe
Bernd Hansen, Claudia Iven
5., überarbeitete Auflage 2020
kartoniert: 978-3-8248-0443-6,
68 Seiten, EUR 11,50 [D]



Von Angsthase bis Zirkuszebra ...

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



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

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



: IMPRESSUM

forum:logopädie

Heft 5 · September 2020 | 34. Jahrgang
ISSN 0932-0547 · 12205

HERAUSGEBER

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

Information und Beratung

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

REDAKTION

Schriftleitung

Michael Wilhelm

Glockenblumenweg 15 · 21360 Vögelzen

Tel 0151 23 06 54 52

E-Mail redaktion@dbl-ev.de

Beruf und Verband

Margarete Feit · dbl-Pressereferat

Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl)

E-Mail feit@dbl-ev.de

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

ANZEIGEN

Schulz-Kirchner Verlag · Laura Schönborn

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

E-Mail anzeigen@schulz-kirchner.de

Es gilt Anzeigenpreisliste Nr. 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 Vier-Länder-Ausgabe mit dem Schwerpunkt „Prävention“ sind u.a. folgende Themen geplant:

Frühe Erkennung und Prävention von Sprachstörungen

Präventive Arbeit im Bereich **Frühgeborene** auf der Station

Soziale und Verhaltensprobleme bei **Kindern mit LRS**

Gesellschaftliche **ökonomische Relevanz** von Logopädie

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: Adobe-Stock/© fizkes
Rubrikenbilder S. 6, 38, 68, 76: 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 liegen je ein Flyer der LOGOMANIA, Fendt & Sax Gbr, München, sowie der AAP Lehrerwelt GmbH, Augsburg, bei.

TROLLI-Hefte

www.trialogo.de

Vielseitige Ideen

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

12 Grammatik-Hefte



Akkusativ (3 Hefte)

Dativ (3 Hefte)

Präpositionen (3 Hefte)

Artikel • Plural • Satzbau

Paketpreis (12 Hefte):

72,00 €

Einzelpreis: 6,60 €. Preise inkl. 16% Mehrwertsteuer.
Versandkosten Deutschland: ab 30 € Bestellwert kostenlos, darunter 4,99 €. Versandkosten Europa: ab 75 € kostenlos, darunter 8,99 €. 3 Wochen Rückgaberecht.
Preisangaben gültig bis 31.12.2020

TRIALOGO