

Barbara Giel*, Uta Hellrung*, Carolin Garbe & Ilona Rubi-Fessen

Zu komplex für die logopädische Praxis?!

Die Klientel von UK-Beratungsstellen retrospektiv analysiert

Einleitung

Die logopädische Diagnostik und Therapie bei Menschen ohne oder mit stark eingeschränkter Lautsprache stellt für viele Logopäd*innen eine Herausforderung dar. In der Regel treten die Sprach-, Sprech-, Stimm- und Kommunikationsstörungen bei diesen Patient*innen mit einer oder teilweise auch mehreren sogenannten Primärerkrankungen auf, und nicht selten gibt es weitere Komorbiditäten im Bereich der Sensorik, Moto-

rik oder Kognition (Boenisch & Sachse 2020, Giel & Hellrung 2019). In der Leitlinie der deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie zu Sprachentwicklungsstörungen bei Kindern wird für diese Klientel eine „fachspezifische diagnostische/differentialdiagnostische Abklärung“ (DGPP 2009, 3) empfohlen. Über die logopädische Versorgung hinausgehend werden diese Patient*innen – je nach dem regionalen Angebot – in UK-Beratungsstellen vorstellig.

In Nordrhein-Westfalen können Patient*innen, die nicht über ausreichende Lautsprache verfügen, im Rahmen eines Selektivvertrags mit Krankenkassen die sogenannte

„umfassende Diagnostik und Beratung zum Bedarf an Unterstützter Kommunikation“ in zwei Beratungsstellen in Anspruch nehmen: im Forschungs- und Beratungszentrum für Unterstützte Kommunikation an der Universität zu Köln (FBZ-UK) in Kooperation mit der FBZ gGmbH sowie im Zentrum für Unterstützte Kommunikation (ZUK) gGmbH in Moers.

In dem vom Innovationsfond des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Erforschung neuer Versorgungsformen im Gesundheitswesen geförderten MUK-Projekt (Maßnahmen der Unterstützten Kommunikation – Verbesserung der Versorgung mit alternativen Kommunikationsformen) wurde zwischen 2017 und 2021 Fragen zur Verbesserung der Versorgungsstruktur und der Qualitätssicherung der UK-Versorgung nachgegangen (Bernasconi et al. 2020, G-BA Innovationsausschuss o.J., FBZ-UK o.J.). An diesem Projekt haben beide Beratungsstellen teilgenommen. Im MUK-Projekt wurden die Heterogenität der Patientenklientel und die Komplexität der erfassten Bedingungsgefüge sichtbar und es stellte sich die Frage, ob und wie diese Klientel präziser beschrieben werden kann.

Dieser Frage wurde im Rahmen einer Kooperation zwischen dem Zentrum für Unterstützte Kommunikation (ZUK) und dem Lehrstuhl für Pädagogik und Therapie bei Sprach- und Sprechstörungen (Humanwissenschaftliche Fakultät der Universität zu Köln) nachgegangen. Die in den beiden Bera-

* equally contributed

ZUSAMMENFASSUNG. Die Diagnostik, Beratung und Therapie von Menschen ohne ausreichende Lautsprache ist ein aufwendiger und komplexer Prozess. In Deutschland gibt es keine einheitlichen Regelungen zur Zuständigkeit und zur Qualitätssicherung der Versorgung von Menschen mit Bedarf an Unterstützter Kommunikation (UK). Quantitative Daten zu den Gruppen von Patient*innen, die UK-Beratung in Anspruch nehmen, gibt es kaum. Und es stellt sich die Frage, was die Diagnostik, Beratung und Therapie von Personen mit Bedarf an Unterstützter Kommunikation so aufwendig macht. Zur Beantwortung dieser Frage wurden die Daten von Menschen, die in den Jahren 2019 und 2020 eine sogenannte „Umfassende Diagnostik und Beratung zum Bedarf an Unterstützter Kommunikation“ in zwei UK-Beratungsstellen in Nordrhein-Westfalen in Anspruch genommen haben, als Datenquelle herangezogen. Die von den UK-Berater*innen verfassten Gutachten (n=308) wurden retrospektiv analysiert. Daraus geht hervor, dass diese Klientel mit der Terminologie des Heilmittelkatalogs nicht umfassend und adäquat abgebildet werden kann.

SCHLÜSSELWÖRTER: Unterstützte Kommunikation (UK) – UK-Beratung – UK-Klientel – Gutachten-Analyse – Sprachentwicklungsstörung – Komplexität der Bedarfe

tungsstellen 2019 und 2020 von den UK-Berater*innen verfassten Gutachten wurden retrospektiv analysiert. Innerhalb eines Forschungspraktikums mit Studierenden des Bachelorstudiengangs Sprachtherapie an der Universität zu Köln wurden das Erhebungsdesign, die Beschreibungsvariablen und deren Systematisierung, die Kodierung, die Datenerfassung und das Auswertungsdesign zur Analyse der UK-Gutachten entwickelt (Büyükkoc 2022, Franzen 2022, Schuchmann 2022). Versorgungsforscherinnen¹ der Universität Oldenburg haben das Projekt flankierend beraten.

Zielsetzung und Fragestellungen der retrospektiven Studie

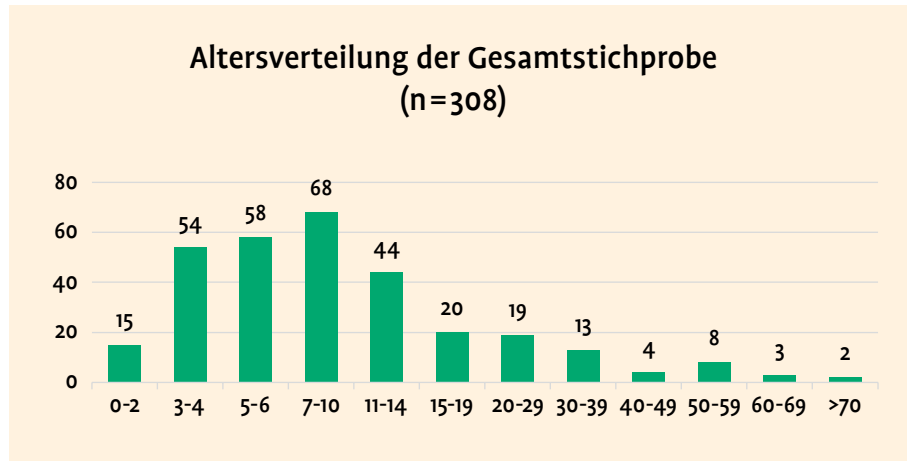
Die leitende Frage war, wie die Komplexität dieser Klientel auch im Hinblick auf die Sprech-, Sprach- oder Kommunikationsbeeinträchtigungen analysiert und beschrieben werden kann. Außerdem sollte untersucht werden, ob die Terminologie des Heilmittelkatalogs und der Indikationsschlüssel Sprachtherapie die Phänomenologie der UK-Klientel ausreichend beschreiben kann. Zudem sollten die sogenannten „komplexen Fälle“, deren Versorgung besondere zeitliche, räumliche, materielle und personelle Rahmenbedingungen erfordert, genauer beschrieben werden. Der Komplexität der Klientel von UK-Beratungsstellen bezüglich der medizinischen Grunderkrankungen und soziodemografischen Variablen (Giel et al. in Vorbereitung) wird in einer weiteren Publikation noch einmal gesondert nachgegangen. Im Folgenden liegt der Fokus auf der Beschreibung der Klientel im Hinblick auf ihre spezifischen Merkmale und die Komplexität ihrer Sprach- und Kommunikationsstörungen.

Methodik

Analysiert wurden alle 188 Gutachten der Jahre 2019 und 2020 aus der Beratungsstelle des Zentrums für Unterstützte Kommunikation (ZUK) Moers gGmbH. Darüber hinaus wurden randomisiert zusätzlich 120 Gutachten der Jahre 2019 und 2020 des Forschungs- und Beratungszentrums für Unterstützte Kom-

¹ Wir danken Prof. Dr. Lena Ansmann, Sarah Uthoff und Anna Zinkevich von der Abteilung Organisationsbezogene Versorgungsforschung des Departments für Versorgungsforschung der Universität Oldenburg für ihre Beratung.

Abb. 1: Anzahl der begutachteten Personen in den jeweiligen Altersgruppen



munikation an der Universität zu Köln (FBZ-UK) analysiert. Somit standen für die Auswertung insgesamt 308 Gutachten zur Verfügung. Die Gutachten wurden in beiden Beratungsstellen von je sechs verschiedenen UK-Berater*innen semi-standardisiert verfasst. Hierbei wurden die sprachlich-kommunikativen Fähigkeiten und Einschränkungen in Anlehnung an die ICF kodiert und beschrieben (BfArM 2022).

Die medizinischen Diagnosen wurden anhand der Internationalen Diagnostischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme Version 10 (ICD-10, DIMDI 2020) systematisiert. Diese amtliche Klassifikation zur Verschlüsselung von Diagnosen galt in den Jahren 2019/20.

Datenerfassung und Kodierungsvariablen

Die Daten wurden mittels der Statistiksoftware SPSS 28 von drei verschiedenen Auswerterinnen erfasst. In einer Pilotphase wurde bei der Datenerfassung die Übereinstimmung der Zuordnungsergebnisse bei den Auswerterinnen getestet. Dazu wurden drei

Probegutachten jeweils von allen drei Auswerterinnen unabhängig ausgewertet und die Ergebnisse in die SPSS-Datenbank eingepflegt. Die Interrater-Reliabilität lag bei nahezu 100 %, was vermutlich auf die halbstandardisierte Gutachtenerstellung zurückzuführen ist.

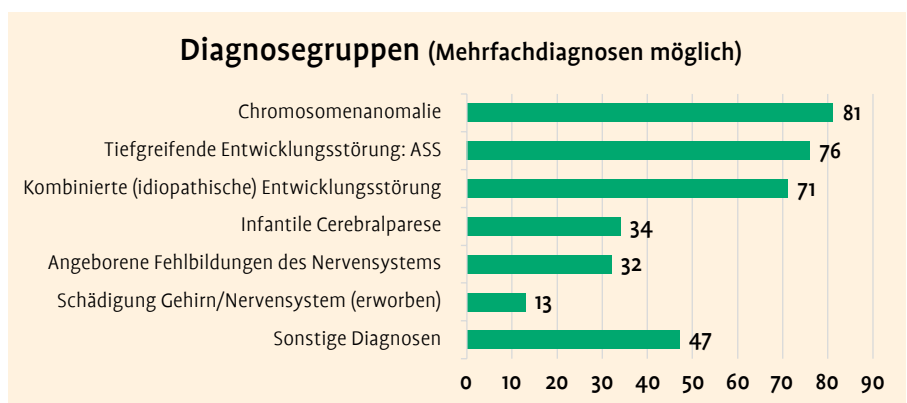
Aus den Gutachten wurden demografische Daten, die Erstsprache/Familiensprache, medizinische Diagnosen sowie Angaben zu Motorik und Sensorik erfasst. Darüber hinaus wurden sprachtherapeutische Diagnosen, die Indikationsschlüssel des Heilmittels für Sprachtherapie, die verwendeten Diagnostikverfahren aus dem Bereich Sprachtherapie sowie Variablen für sprachliche und kommunikative Fähigkeiten und Einschränkungen erhoben.

Ergebnisse

Altersverteilung

Abbildung 1 zeigt, dass vor allem Kinder und Jugendliche bzw. junge Erwachsene Beratungsstellen für Unterstützte Kommunika-

Abb. 2: Anzahl der in den erfassten Gutachten genannten medizinischen Diagnosen und Diagnosegruppen



tion in Anspruch nehmen. 41,2 % der begutachteten Personen (Gesamtklientel) waren im Alter von 0-6 Jahren, 42,9 % im Schulalter von 7 - 19 Jahren und lediglich 14,3 % im Erwachsenenalter von 20 - 59 Jahren. Im Seniorenalter (über 60 Jahre) waren 1,6 % der Personen.

Medizinische Diagnosen

Die medizinischen Diagnosen wurden in Anlehnung an die ICD-10 codiert, jedoch erfolgte aufgrund der Vielzahl der Diagnosen eine Zusammenfassung in „Hauptdiagnosegruppen“. So wurden beispielsweise alle genannten genetischen Syndrome, Chromosomenanomalien und Deletionen zusammengefasst. Es wurden auch Mehrfachdiagnosen beschrieben (Abb. 2). Die Hauptdiagnosegruppen waren Chromosomenanomalien (26,3 %), Tiefgreifende Entwicklungsstörungen: Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) (24,7 %), und kombinierte (idiopathische) Entwicklungsstörungen (23 %). Infantile Cerebralparesen lagen bei rund 11 % der Personen vor. Bei rund 4 % der Personen lagen erworbene Schädigungen des Gehirns vor, wie z.B. Schlaganfall, Hirnblutung, Meningitis, Tumor des Gehirns und Amyotrophe Lateralsklerose (ALS). Unter „Sonstige Diagnosen“ (15 %) wurden zahlreiche Einzeldiagnosen zusammengefasst, die keiner Kategorie eindeutig zuzuordnen waren. Aufgrund von Mehrfachdiagnosen liegen die summierten prozentualen Anteile über 100 %.

Weitere Einschränkungen: Intelligenzminderung und Sinnesbeeinträchtigungen

Bei 73,4 % (n = 226) der Gesamtklientel wurde zusätzlich die Diagnose „Intelligenzminderung“ in den Gutachten dokumentiert. Insbesondere die Chromosomenanomalien und die kombinierten Entwicklungsstörungen sind häufig mit Intelligenzminderungen assoziiert. Patient*innen mit kognitiven Beeinträchtigungen benötigen in der Beratung besondere Aufmerksamkeit, da sie in der Regel einen individuellen Umgang mit Anforderungen zeigen, die Diagnostikverfahren adaptiert werden müssen und zur Verständnissicherung leichte oder einfache Sprache nötig ist.

Bekannte Hörstörungen lagen bei 11 % (n = 34) der Gesamtklientel vor. Diese reichten von bekannten Mittelohrproblematiken über Innenohrschwerhörigkeiten, die in den meisten Fällen mit Hörgeräten versorgt waren, bis zu CI-versorgten Hörstörungen. Allerdings muss einschränkend festgestellt werden, dass nicht allen Gutachten eindeuti-

Tab. 1: Anzahl der begutachteten Personen, die therapeutisch (auch logopädisch) versorgt werden

Klientel, die UK-Beratungsstellen aufsuchen				
Alter in Jahren	0 - 6	7 - 19	20 - 59	60 +
Anzahl der Personen in der Altersgruppe (Gesamt-N)	n = 127	n = 132	n = 44	n = 5
In Anspruch genommene therapeutische Leistungen*	220	156	41	6
Anzahl der Personen, die logopädische Therapie in Anspruch nehmen	n = 101 (79,5 %)	n = 113 (85,6 %)	n = 27 (61,4 %)	n = 5 (100 %)

*) Beinhaltet alle wahrgenommenen Therapie- und Förderangebote wie Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Heilpädagogik

ge Informationen zum Thema Hören zu entnehmen waren. Etwa ein Drittel der Personen mit Hörstörungen (n = 10) wurde dem Indikationsschlüssel SP4 zugewiesen, sodass man davon ausgehen kann, dass hier die Hörstörung die primäre Problematik darstellte.

Logopädische Versorgung

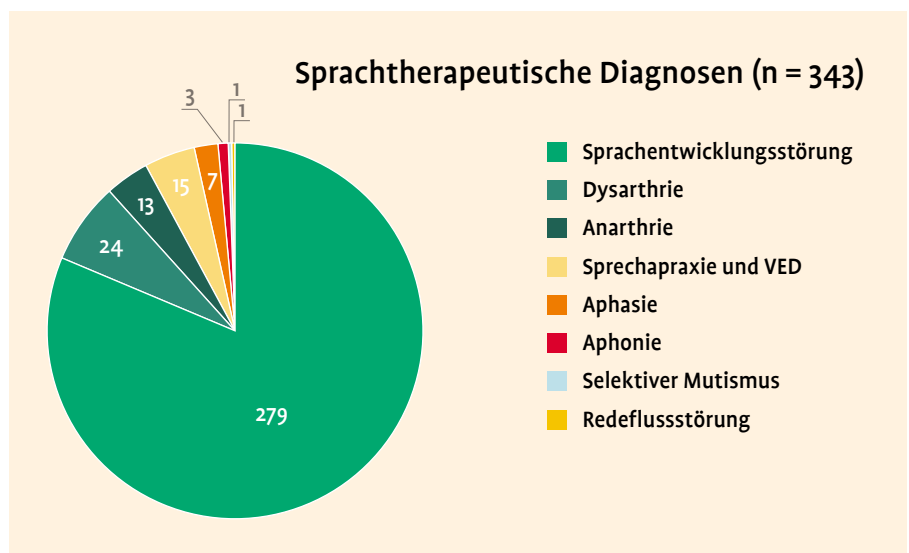
Tabelle 1 zeigt, dass die Anzahl der in Anspruch genommenen therapeutischen Leistungen die Anzahl der Personen deutlich übersteigt. Eine Reihe von Patient*innen nehmen also mehr als ein therapeutisches Angebot wahr. Logopädische Therapie wurde dabei von 80 % der Klientel und am häufigsten (n = 246) von allen genannten Förder- und Therapiemaßnahmen genannt. Zum Zeitpunkt der UK-Beratung nahmen 79,5 % der Kinder von 0 - 6 Jahre, 85,6 % der Schulkin-

der, 61 % der Erwachsenen und 100 % der Personengruppe über 60 Jahre logopädische Angebote in Anspruch, was aufgrund der vorliegenden Sprach-, Sprech- und/oder Kommunikationsstörung nachvollziehbar ist. Da diese Patient*innen zusätzlich eine UK-Beratungsstelle aufgesucht haben bzw. dort vorgestellt wurden, hatten sie also spezifische Bedarfe über die logopädische Behandlung hinaus.

Sprachtherapeutische Diagnosen

Die Verteilung der sprachtherapeutischen Diagnosen (Abb. 3) verdeutlicht, dass Sprachentwicklungsstörungen (SES) mit 81 % (n = 279) den mit Abstand größten Anteil aller Diagnosen ausmachen. Laut der DGPP-Leitlinie liegen SES dann vor, wenn die Sprach-

Abb. 3: Verteilung der sprachtherapeutischen Diagnosen in den analysierten UK-Gutachten



produktion und/oder das Sprachverständnis auf einer, mehreren oder allen formal-linguistischen Ebenen (phonetisch-phonologisch, lexikalisch-semantisch, morphologisch-syntaktisch, pragmatisch) von der Altersnorm nach unten abweicht (DGPP 2009, 3). Nach unserer Analyse beinhaltete diese Diagnose auch komplexe Störungsbilder mit vielen Besonderheiten, die durch die Diagnose Sprachentwicklungsstörungen nur unzureichend abgebildet werden. Sie werden im Folgenden ausführlicher dargestellt.

Bei 24 Personen wurde eine Dysarthrie und bei 13 Personen eine Anarthrie diagnostiziert, Zusammen entspricht das 12 % der Gesamtklientel. Sprechapraxien und verbale Entwicklungsdyspraxien lagen bei 15 Personen (knapp 5 %) vor. Einen relativ geringen Anteil bildeten die Diagnosen Aphasie (n = 7), Aphonie (n = 3), Selektiver Mutismus (n = 1) und schwere Redeflussstörung (n = 1).

Die Gesamtzahl der sprachtherapeutischen Diagnosen übersteigt mit n = 343 die Anzahl der Gesamt-Fälle (n = 308). Dies bedeutet, dass bei gut 10 % der Personen mehr als eine sprachtherapeutische Diagnose gestellt wurde. Häufige Kombinationen waren dabei Sprachentwicklungsstörungen in Kombination mit Dysarthrie, Anarthrie oder Dyspraxie.

Sprach- und Kommunikationsentwicklungsstörungen außerhalb der bekannten Terminologie

In den Heilmittel-Richtlinien für Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie (G-BA 2022) sind aktuell die komplexen Sprach- und Kommunikationsentwicklungsstörungen, die bei den in den

beiden Beratungsstellen begutachteten Personen vorkamen, nicht oder nur unzureichend abgebildet. Die Diagnose SES, die bei drei Viertel der Klientel in den beiden UK-Beratungsstellen gestellt wurde, zeigte in vielerlei Hinsicht nicht die Phänomenologie der sonst typischen SES-Klientel. In der Datenanalyse wurden die Besonderheiten in Bezug auf die Altersgruppen, die Komplexität und die Schwere der Einschränkungen (z.B. fehlende Lautsprache, nicht erworbene Vorläuferfähigkeiten) deutlich. Die Diagnose SES wurde dennoch mangels terminologischer Alternativen für diese komplexen Störungsbilder gewählt.

Adulte SES

Tabelle 2 zeigt einen ersten Unterschied zur üblicherweise in der logopädischen Praxis vorstelligen SES-Klientel in Bezug auf die Altersverteilung. Bei 33 Personen wurde die Diagnose SES gestellt, obwohl sie bereits über 18 Jahre alt waren. Diese Personen zeigten einen nicht abgeschlossenen Spracherwerb. Viele kommunizierten auf Einwortebene oder ohne syntaktisch-morphologisches Regelwissen. In den Gutachten wurden für diese Patient*innen erhebliche Einschränkungen auf der produktiven und rezeptiven Ebene notiert, die mehrere und häufig sogar alle linguistischen Ebenen betrafen.

Zur Abgrenzung von der üblichen Definition der SES wurde in beiden Beratungsstellen der Terminus „Adulte SES“ für den nicht abgeschlossenen Spracherwerb im Erwachsenenalter gewählt (Liehs et al. 2019). In den Heilmittel-Richtlinien für Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie (G-BA 2022) findet sich keine Bezeichnung für dieses Störungsbild.

Tab. 2: Altersverteilung bei Sprachentwicklungsstörungen (SES)

	Altersgruppe	Anzahl der SES-Diagnosen
SES bei Kindern und Jugendlichen	0 - 2	15
	3 - 4	50
	5 - 6	56
	7 - 10	65
	11 - 14	43
	15 - 17	17
SES bei Erwachsenen „Adulte SES“	18 - 19	2
	20 - 29	16
	30 - 39	10
	40 - 49	0
	50 - 59	4
	> 60	1

Tab. 3: Altersverteilung der Klientel mit SES ohne expressive Lautsprache

Altersgruppe	Anzahl der SES-Diagnosen mit dem Zusatz „ohne expressive Lautsprache“
0 - 2	7
3 - 6	34
7 - 10	19
11 - 17	14
> 18	11
Gesamt	85



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

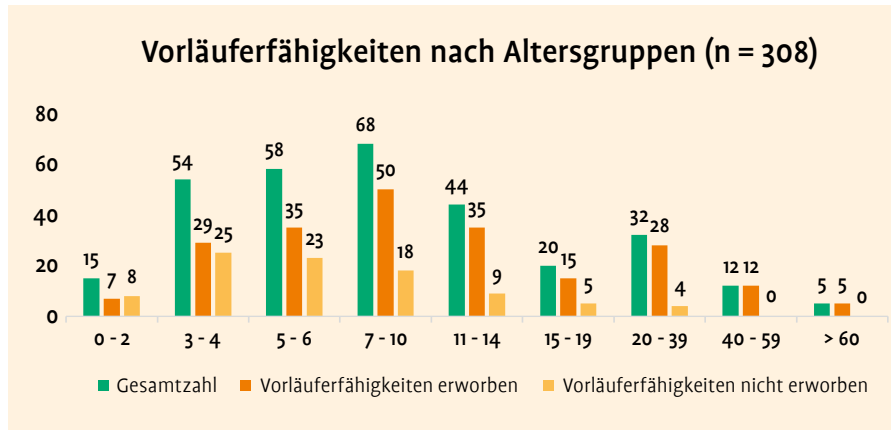
Mülheim a. d. Ruhr Fon: 0208 | 780 158 0

Berlin Fon: 033731 | 702 611

Hamburg Fon: 040 | 500 994 94



Abb. 4: Vorläuferfähigkeiten nach Altersgruppen



Analysiert man die medizinischen Diagnosen der Patient*innen mit einer adulten SES, finden sich Personen mit Chromosomenanomalien (n=10), kombinierten (= idiopathischen) Entwicklungsstörungen (n=11), tiefgreifenden Entwicklungsstörungen: Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) (n=5) und Infantilen Cerebralpareesen (n=5) und zwei Personen, deren Symptomatik den „sonstigen Diagnosen“ zugeordnet wurde.

SES ohne expressive Lautsprache

Es gibt eine weitere schwerwiegende Besonderheit bei den SES-Diagnosen: Bei 85 Personen (30,5 % der SES-Diagnosen) wurde diese ergänzt um den Zusatz „ohne expressive Lautsprache“.

Aus Tabelle 3 geht hervor, dass SES ohne expressive Lautsprache in allen Altersgruppen vorkommen. Bis auf die Altersgruppe 0-2 Jahre sind alle Personen in ihren jeweiligen Alltagskontexten auf alternative Kommunikationsformen angewiesen, um sich überhaupt mitteilen und Partizipation und Selbstbestimmung erleben zu können. Hier muss die Beratung von Anfang an über die Funktionsebene hinaus auf kommunikative Teilhabe ausgerichtet sein. Gleichzeitig muss der Spracherwerb mit alternativen Kommunikationsformen unterstützt und oft über Jahre begleitet werden.

Durch den Zugang zu Kommunikationsformen, die den individuellen linguistischen und kognitiven Möglichkeiten entsprechen, soll psycho-sozialen Folgen wie Rückzug oder sozial unangemessenem Verhalten entgegen gewirkt werden. Alle Berater*innen berichteten, dass diese Themen in vielen Beratungsfällen einen großen Raum einnehmen.

Kommunikationsentwicklungsstörungen

Schwerwiegende Einschränkungen der Interaktion, der non-verbalen Kommunikation und der Pragmatik stellten sich als weitere Be-

sonderheit bei den erfassten Sprachentwicklungsstörungen dar. Klinisch betraf dies Patient*innen, bei denen sich eine Begrenzung auf wenige körpereigene Kommunikationsformen (Mimik, Körperhaltung, Laute) und eine erhebliche Einschränkung der kommunikativen Funktionen zeigte. Zur Beschreibung dieser Besonderheit wurde zusätzlich zu SES der Terminus „Kommunikationsentwicklungsstörung“ gewählt, was 31,5 % der Gesamtklientel (n = 97) betraf.

In all diesen Fällen mussten neben den produktiven, rezeptiven und kommunikativen Fähigkeiten auch die Vorläuferfähigkeiten diagnostisch erfasst werden. Zu diesen gehören u.a. Blickkontakt, Joint Attention, Turn-Taking sowie das Nutzen oder Verstehen der Zeigegeste oder des Zeigeblicks. Bei fast einem Drittel der Gesamtklientel (n = 92) waren die kommunikativen Vorläuferfähigkeiten nicht stabil erworben.

In Abbildung 4 ist deutlich erkennbar, dass zwar mit zunehmendem Alter der Anteil der Personen geringer wird, die die kommunikativen Vorläuferfähigkeiten noch nicht stabil erworben haben. Aber es gibt auch Patient*in-

nen im Schulalter und unter den Erwachsenen, die über diese basalen kommunikativen Fähigkeiten (noch) nicht stabil verfügen.

Betrachtet man die Vorläuferfähigkeiten bezogen auf die Hauptdiagnosegruppen, findet man für die Chromosomenanomalien, die Infantile Cerebralparese, Fehlbildungen des Nervensystems, die angeborenen Schädigungen des Gehirns und die kombinierten Entwicklungsstörungen ähnliche Befunde. In allen Diagnosegruppen liegt der Anteil von Personen, die die Vorläuferfähigkeiten (noch) nicht stabil erworben haben, bei etwa 25 %. Anders sieht es bei den Personen mit tiefgreifenden Entwicklungsstörungen aus dem Autismus-Spektrum aus: Hier hat fast die Hälfte der Personen die Vorläuferfähigkeiten (noch) nicht stabil erworben.

Für Patient*innen mit der beschriebenen Symptomatik existiert in den Heilmittel-Richtlinien für Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie (G-BA 2022) keine Bezeichnung. Da sie in den Beratungsstellen aber einen erheblichen Anteil ausmachen, wurde in den Beratungsstellen der Begriff „Kommunikationsentwicklungsstörung“ etabliert.

Fazit

Anhand der retrospektiven Analyse der Daten hat sich gezeigt, dass die Klientel, die UK-Beratung in Anspruch nimmt, heterogen ist. Es wurde deutlich, dass die Beratung suchenden Personen komplexe Bedingungsgefüge in Bezug auf medizinische Diagnosen, auf zusätzliche Beeinträchtigungen wie Intelligenzminderungen und Hörstörungen und vor allem in Bezug auf die sprachlichen und kommunikativen Fähigkeiten und Einschränkungen mitbringen.

Die Daten zeigen eine Klientel, die in den Heilmittel-Richtlinien für Maßnahmen der

Tab. 4: Anteil der Personen nach Hauptdiagnosegruppen, die die basalen Vorläuferfähigkeiten nicht stabil erworben hatten

Hauptdiagnosegruppen	Anteil der Personen, die die Vorläuferfähigkeiten nicht stabil erworben hatten
Chromosomenanomalie	22,2 %
Infantile Cerebralparese	27,8 %
Angeborene Fehlbildung des Nervensystems	28,1 %
Kombinierte (idiopathische) Entwicklungsstörung	27,1 %
Tiefgreifende Entwicklungsstörung: Autismus-Spektrum-Störung (ASS)	47,4 %
Erworbene Schädigungen des Gehirns/Nervensystems	0 %

Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie (G-BA 2022) nur unzureichend beschrieben ist. Bei der häufigsten Diagnose „Sprachentwicklungsstörungen“ zeigten sich spezifische Besonderheiten:

- 12 % der Personen mit einer Sprachentwicklungsstörung waren über 18 Jahre alt. Sie zeigten einen unvollständigen Spracherwerb mit überwiegend erheblichen Einschränkungen. Hier wurde in beiden Beratungsstellen der Terminus „Adulte SES“ gewählt.
- Etwa ein Drittel der Personen mit einer diagnostizierten Sprachentwicklungsstörung verfügte über keinerlei expressive Lautsprache. Davon betroffen waren zu einem großen Teil auch Kinder und Jugendliche im Schulalter und junge Erwachsene. Dies hat Folgen für alle Alltagskontexte der Betroffenen mit weitreichenden Konsequenzen in allen Partizipationsdomänen gemäß ICF. Hier ist eine sichere Diagnostik der rezeptiven Fähigkeiten von zentraler Bedeutung, um eine passgenaue Versorgung mit alternativen Kommunikationsformen zu gewährleisten. Für diese Gruppe wurde die Zusatzbezeichnung „SES ohne expressive Lautsprache“ gewählt.
- Bei einem Drittel der Personen mit Sprachentwicklungsstörungen wurden zusätzlich

zu den Einschränkungen auf der rezeptiven und expressiven Ebene gravierende Einschränkungen in der Pragmatik, der non-verbalen Kommunikation und der Interaktion dokumentiert. Basale kommunikative Vorläuferfähigkeiten waren nicht stabil erworben. Dies betraf Personen aus allen Diagnosegruppen außer Patient*innen mit erworbenen Hirnschädigungen und in besonderem Maße die Personen aus dem Autismus-Spektrum. Für diese besondere Symptomatik wurde die Bezeichnung „Kommunikationsentwicklungsstörung“ verwendet und ergänzend zur Diagnose „Sprachentwicklungsstörung“ notiert.

Als Ergebnis der Datenanalyse kann festgestellt werden, dass für die in der Studie erfasste Klientel passende Diagnosen und Termine fehlen, mit denen ihre komplexen Störungsbilder erfasst und abgebildet werden können. In den Heilmittel-Richtlinien für Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie (ebd.) sind entsprechende Indikationsschlüssel bisher nicht vorhanden, obwohl die besonderen Versorgungsanforderungen dieser komplexen Fälle Berücksichtigung finden müssten.

Die qualitätsgesicherte Versorgung dieser Patient*innen erfordert besondere räumliche und materielle Ausstattungen sowie zer-

tifizierte Weiterbildungen, da in den Ausbildungs- und Studiengängen für „Logopädie bei Mehrfachbehinderungen“ und „UK“ in der Regel nur ein geringes Stundenkontingent zur Verfügung steht. Zusätzliche zeitliche Ressourcen, z.B. für die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Kitas, Schulen, Therapeut*innen und Mediziner*innen, werden benötigt. Die Beratung muss von Beginn an über die Funktionsebene hinaus auf kommunikative Teilhabe und das mögliche Maximum an Selbstbestimmung ausgerichtet sein. Je nach Entwicklungsalter muss der Spracherwerb oft langfristig mit alternativen Kommunikationsformen unterstützt werden. Bisher sind in Deutschland jedoch weder die Zuständigkeiten in der Versorgung dieser Klientel noch die Finanzierung einheitlich geregelt.

: LITERATUR

- Bernasconi, T., Boenisch, J., Giel, B. & Sachse, S.K. (2020). Qualitätssicherung und Standards in der UK-Versorgung. In: Boenisch, J. & Sachse, S.K. (Hrsg.), *Kompodium Unterstützte Kommunikation* (386-394). Stuttgart: Kohlhammer
- BfArM – Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (Hrsg.) (2022). *Struktur der*

ViskoMaxx CLEAR
amylaseresistentes Andickungsmittel bei Dysphagie

Neue Dosierung – jetzt nach IDDSI-Grundstruktur

leicht löslich – warm oder kalt

keine Trübung von klaren Flüssigkeiten

geschmacksneutral

Fordern Sie gleich kostenlose Muster für Ihre Patienten an: muster@metax.org

Bestellen Sie gleich Ihr kostenloses Muster mit dem Stichwort **forum:logopädie** unter muster@metax.org.

metaX Institut für Diätetik GmbH • Am Strassbach 5 • 61169 Friedberg/Germany
 service@metax.org metax-shop.org metax.org
 008000 - 9963829 (gebührenfrei aus A, D, NL) oder +49 (0) 84 32 - 94 86 0

Wenn Software, dann
THEORG.

Denn THEORG unterstützt Sie perfekt bei der **Digitalisierung Ihrer Praxis.**

Nutzen Sie THEORG mit seinen vielfältigen Funktionen wie und wo Sie wollen – am **PC, Tablet** oder auf dem **Smartphone.**

Durch den modularen Aufbau ist THEORG für große und kleine Praxen die richtige Wahl – **auch für Existenzgründer!**

Wir kennen nur Lösungen.

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

THEORG
Software für THErapieORGanisation

SGN 2.EZ11

- ICF und Kodestruktur. <https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICF/struktur.html;jsessionid=27D7FFB72CFC63678547733AD33E0437.intranet262?nn=721746> (21.09.2022)
- Boenisch, J. & Sachse, S.K. (Hrsg.) (2020). *Kompodium Unterstützte Kommunikation*. Stuttgart: Kohlhammer
- Büyükkoc, Y. (2022). *Sprachentwicklungsstörungen im Kontext von Unterstützter Kommunikation. Eine retrospektive Analyse der Klientel von UK-Beratungsstellen*. Unveröffentlichte BA-Arbeit an der Universität zu Köln
- DGPP – Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie (Hrsg.) (2009). *Sprachentwicklungsstörungen bei Kindern*. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/049-006_S1_Sprachentwicklungsstoerung_lang_09-2008_09-2013.pdf (19.09.2022)
- DIMDI – Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2020). ICD-10-GM Version 2020. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2020/> (20.09.2022)
- FBZ-UK – Forschungs- und Beratungszentrum für Unterstützte Kommunikation (o.J.). *MUK – Maßnahmen der Unterstützten Kommunikation – Verbesserung der Versorgung mit alternativen Kommunikationsformen*. www.fbz-uk.uni-koeln.de/projekte/muk (19.09.2022)
- Franzen, P. (2022). *Klientel aus dem Autismus-Spektrum in Beratungsstellen für Unterstützte Kommunikation*. Unveröffentlichte BA-Arbeit an der Universität zu Köln
- Giel, B. & Hellrung, U. (2019). Logopädie und Unterstützte Kommunikation. Die Rolle der Logopädie in der Versorgung von Menschen ohne ausreichende Lautsprache. *Forum Logopädie* 33 (5), 20-24
- Giel, B., Hellrung, U., Garbe, C., Rubi-Fessen, I. & Schuchmann, S. (in Vorbereitung). Wer nimmt UK-Beratung in Anspruch? Ergebnisse einer retrospektiven Studie. *UK & Forschung*
- G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss (2022). *Heilmittelkatalog*. www.g-ba.de/downloads/17-98-3064/HeilM-RL_2022-07-01_Heilmittelkatalog.pdf (18.09.2022)
- G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss (o.J.). *MUK – Erweiterung des Selektivvertrags zu Maßnahmen der Unterstützten Kommunikation*. <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/muk-erweiterung-des-selektivvertrags-zu-massnahmen-der-unterstuetzten-kommunikation.102> (13.10.2022)

SUMMARY. Too complex for speech and language therapy?

A retrospective analysis of the clientele of AAC counseling centers

Diagnosis, counseling, and therapy of people with serious impairments in speech-language production and/or comprehension is a time-consuming and complex process. In Germany, there are no clear regulations on the responsibility and quality assurance for the counseling of people who need Augmentative and Alternative Communication (AAC). Quantitative data on the groups of patients who use AAC counseling are still missing. What exactly makes the diagnosis, counseling and therapy of people with AAC needs so complex? To answer this question, data of people who received so called „comprehensive diagnostics and counseling on AAC needs“ in two AAC counseling centers in North Rhine-Westphalia were used as data source. The reports by AAC counselors (n=308) were analyzed retrospectively. Concluding from that, the terminology of the guideline for the prescription of therapeutic treatment (Heilmittelkatalog) is not sufficient to describe this group of patients comprehensively and adequately.

KEYWORDS: Augmentative and Alternative Communication (AAC) – AAC counselling – AAC clientele – expertise analysis – AAC reports – developmental language disorder – complex needs

- Liehs, A., Bröcheler, I. & Giel, B. (2019). Unterstützte Kommunikation bei Erwachsenen mit angeborenen und erworbenen Kommunikationsbeeinträchtigungen. In: Ling, K. & Niediek, I. (Hrsg.), *UK im Blick* (260-271). Düsseldorf: Verlag selbstbestimmtes Leben
- Schuchmann, S. (2022). *Klientel in Beratungsstellen für Unterstützte Kommunikation. Eine retrospektive Analyse*. Unveröffentlichte BA-Arbeit an der Universität zu Köln

Dr. Barbara Giel ist Sprachtherapeutin, systemische Familientherapeutin und Supervisorin. Sie leitet das Zentrum für Sprachtherapie ZFS in Moers und gemeinsam mit Uta Hellrung das Zentrum für Unterstützte Kommunikation (ZUK) Moers gGmbH. Fortbildungen, Lehraufträge und Publikationen im In- und Ausland mit dem Schwerpunkt Logopädie bei Menschen mit Neurodiversität sind ein Schwerpunkt ihrer Arbeit. Sie hat das Konzept der Moderierten Runden Tische (MoRTi) entwickelt. Barrierefreie Kommunikation und Versorgungsforschungsprojekte im Bereich UK sind ihr ein besonderes Anliegen.



Uta Hellrung ist Diplom-Logopädin, Kommunikationspädagogin (Lehrgang Unterstützte Kommunikation am FBZ-UK der Universität zu Köln) und systemische Beraterin. Sie ist im Zentrum für Sprachtherapie (ZFS) und im Zentrum für Unterstützte Kommunikation in Moers tätig. Gemeinsam mit Dr. Barbara Giel leitet sie das Zentrum für Unterstützte Kommunikation (ZUK) Moers gGmbH. Sie ist Autorin verschiedener Fachpublikationen und tätig in der Fort- und Weiterbildung zu unterschiedlichen Themen rund um „Unterstützte Kommunikation“.



Carolin Garbe ist Diplom-Sprachheilpädagogin und Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Arbeitsbereich „Pädagogik für Menschen mit Beeinträchtigungen der körperlichen und motorischen Entwicklung“ an der Universität zu Köln. Sie ist fachliche Leitung des Forschungs- und Beratungszentrums für Unterstützte Kommunikation an der Universität zu Köln (FBZ-UK). Als Referentin ist sie für verschiedene Themen der Unterstützten Kommunikation in Fortbildungen und bei UK-Weiterbildungen tätig.



Dr. Ilona Rubi-Fessen arbeitet seit 1999 als Logopädin und Fachsupervisorin für Aphasie in der Neurologischen Rehabilitationsklinik RehaNova Köln u.a. mit Patient*innen mit Bedarf an Unterstützter Kommunikation. Seit 2017 ist sie zusätzlich als Lehrkraft für besondere Aufgaben am Lehrstuhl für Pädagogik und Therapie bei Sprach- und Sprechstörungen an der Humanwissenschaftlichen Fakultät der Universität zu Köln tätig. Ilona Rubi-Fessen ist an Forschungsprojekten zum Einsatz der nichtinvasiven Hirnstimulation in der Aphasietherapie beteiligt und hat zu diesem Thema an der RWTH Aachen promoviert.



<https://doi.org/10.2443/skv-s-2023-5302023010>

KONTAKT

Dr. Barbara Giel, Uta Hellrung

Zentrum für Unterstützte Kommunikation (ZUK) gGmbH
Goethstr. 16
47441 Moers
info@zuk-moers.de
www.zuk-moers.de