



fhg – Zentrum für Gesundheitsberufe Tirol GmbH

**FH-Master-Studiengang Qualitäts- und Prozessmanagement im
Gesundheitswesen**

Logopädische Versorgung von Late Talkers in Zeiten einer Pandemie

Masterarbeit

Verfasserin: Johanna Reheis, BSc

Betreuerin: Tanja Penz, MSc, MEd

Innsbruck, im Mai 2021

Danksagung

An dieser Stelle darf ich mich bei jenen Personen bedanken, die mir bei der Erstellung dieser Masterarbeit und während der gesamten Studienzeit zur Seite standen.

Allen voran gilt mein Dank meiner Betreuerin Frau Tanja Penz, die mir mit beeindruckendem Engagement, echter Begeisterung für die Logopädie und fachlicher Expertise zu jeder Zeit eine große Unterstützung war.

Außerdem möchte ich mich bei meinen Berufskolleg*innen und Interviewpartner*innen für ihr wertvolles Feedback im Zuge der Erstellung des Befragungsinstruments bedanken.

Ein besonders herzlicher Dank gebührt meinen Eltern, meinem Partner Markus und meiner lieben Freundin Lisa, die nicht nur dann zur Stelle sind, wenn es Erfolge zu feiern gibt, sondern mich seit Jahren in jeder Situation unterstützen und bestärken.

Zusammenfassung

Logopädische Versorgung von Late Talkers in Zeiten einer Pandemie.

Verfasserin: Johanna Reheis, BSc

Betreuerin: Tanja Penz, MSc, MEd

Studiengang: Masterstudiengang Qualitäts- und Prozessmanagement im Gesundheitswesen

Institution: fhg – Zentrum für Gesundheitsberufe Tirol GmbH

Schlüsselwörter: COVID-19-Pandemie, Late Talker, Logopädie, Behandlungskontinuität, Behandlungsform, Behandlungssetting

Hintergrund: Auch in Zeiten einer Pandemie gilt es, den logopädischen Versorgungsauftrag durch qualitativ hochstehende und bedarfsgerechte Behandlung aufrecht zu erhalten. Die Relevanz des frühen Spracherwerbs als Prädiktor für die weitere Entwicklung rückt die Gruppe der Late Talkers (bis 36 Monate) für diese explorative Untersuchung in den Fokus.

Ziel: Unter logopädischen Qualitätskriterien sollen die Aspekte Behandlungskontinuität, -form und -setting in der Arbeit mit Late Talkers für die Zeit vor und während der Pandemie beschrieben werden, um daraus Chancen für zukünftige Entscheidungsfindungsprozesse abzuleiten.

Methode: Auf Basis einer Literaturrecherche wurde ein quantitativer Online-Fragebogen erstellt, mittels qualitativen Pretests optimiert und an Logopäd*innen, die in Österreich mit Late Talkers arbeiten, versendet. Ergebnisse wurden vorwiegend deskriptiv analysiert, Unterschiede und Korrelationen wurden interferenzstatistisch gegen den Zufall abgesichert.

Ergebnisse: Massive Einbrüche der Behandlungskontinuität wurden vor allem im Lockdown des Frühjahrs 2020 beobachtet. Eltern von Late Talkers nahmen während der Pandemie eine zentrale Schlüsselposition in der Behandlung ein. Seit Ausbruch der Pandemie wurden vermehrt elternzentrierte Ansätze verwendet und Chancen in dieser Form der Intervention erkannt. Während die direkte Therapie mit Late Talkers via Videotelefonie keine machbare Option darstellte, wurden Elternberatungen oder -trainings in diesem Setting häufiger durchgeführt und von den Logopäd*innen positiv bewertet.

Schlussfolgerung: Die herausfordernden Bedingungen der Pandemie eröffneten neue Möglichkeiten in der Behandlung von Late Talkers. Potentiale der nachweislich wirksamen elternzentrierten Interventionsform, welche sich unter pandemischen Rahmenbedingungen sowohl im Face-to-Face-Setting, als auch via Videotelefonie realisieren lässt, konnten ausgeschöpft werden, insofern die Compliance der Eltern gegeben ist. Klare rechtliche Voraussetzungen, die fachliche Qualifikation im Bereich elternzentrierter Ansätze und Tele-Interventionen sowie weitere Interventionsstudien zur Wirksamkeit sind jedoch Voraussetzung für die nachhaltige Implementierung neuer Settings in der Logopädie.

Abstract

Speech-language pathology treatment for late talkers in times of a pandemic.

Author: Johanna Reheis, BSc

Supervisor: Tanja Penz, MSc, MEd

Degree program: Master's degree in quality and process management in health care

Institution: fhg – health university of applied sciences tyrol

Keywords: COVID-19-pandemic, late talker, speech-language pathology, continuity of treatment, form of treatment, treatment setting

Background: It is essential to maintain the care mandate of speech-language pathology by providing high-quality and demand-oriented treatment even in the times of a pandemic. The relevance of early language acquisition as a predictor for further development brings the group of late talkers (up to 36 months) into focus for this explorative study.

Aim: The aim is to describe aspects of treatment continuity, form and setting under certain quality criteria in working with late talkers before and during the pandemic for better understanding to guide future decision-making processes.

Methods: Based on a literature review, a quantitative online questionnaire was created, reviewed and revised in qualitative pretests and sent to speech-language pathologists working with late talkers in Austria. Results were analysed mainly descriptively; differences and correlations were secured against chance by inferential statistics.

Results: Massive collapses in treatment continuity were observed primarily in the spring 2020 lockdown. Parents of late talkers represented a key position in treatment during the pandemic. Since the onset of the pandemic, parent-centred approaches have been used more frequently and opportunities in this form of intervention have been identified. While direct therapy with late talkers via videoconferencing was not a feasible option, parent consultations or trainings were able to be conducted through this method. The speech-language pathologists reported interactions in this setting to be positive.

Conclusion: The challenging conditions of the pandemic resulted in exploring different intervention options for late talkers. Parent-centred interventions, that are proven to be effective, are feasible under pandemic conditions both in face-to-face settings and via videoconferencing when parents comply with suggestions and recommendations. Prerequisites for the sustainable implementation of these new settings include clear legal requirements, professional qualifications in the field of parent-centred approaches and tele-interventions, and further intervention studies on the effectiveness of the new settings.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	8
1.1. Problemstellung	8
1.2. Fragestellung	10
1.3. Ziel und Aufbau der Arbeit.....	10
2. Anforderungen an die Qualität logopädischer Versorgung	12
2.1. Der logopädische Versorgungsauftrag	13
2.2. Gesetzliche Rahmenbedingungen	15
2.3. Entscheidungsfindung in der logopädischen Diagnostik und Therapie	16
2.3.1. Der Umgang mit Evidenzen	17
2.3.2. Clinical Reasoning	19
2.3.3. Der partizipative Prozess im Rahmen der ICF.....	20
3. Late Talkers in der Logopädie	22
3.1. Definition.....	22
3.2. Identifikation.....	23
3.3. Prognose.....	24
3.4. Logopädische Versorgung von Late Talkers	26
3.4.1. Behandlungskontinuität: Relevanz logopädischer Intervention.....	27
3.4.2. Behandlungsform: Möglichkeiten der logopädischen Intervention	30
3.4.3. Behandlungssetting: Digitalisierung in der Logopädie	35
4. Methodik	39
4.1. Forschungsdesign.....	39
4.2. Ethik und Datenschutz	40
4.3. Entwicklung des Fragebogens	40
4.3.1. Fragebogen-Pretests	41
4.3.2. Beschreibung des Fragebogens.....	42
4.4. Rekrutierung und Datenerhebung	44

4.5.	Fragebogenrücklauf	45
4.6.	Datenaufbereitung und -analyse	46
5.	Ergebnisse	48
5.1.	Beschreibung der Stichprobe	48
5.1.1.	Alter und Geschlecht.....	48
5.1.2.	Berufserfahrung und Arbeitsverhältnis	48
5.1.3.	Anteil an Late Talkers und absolvierte Fort- und Zusatzausbildungen.....	50
5.2.	Fragen zur Behandlungskontinuität	51
5.2.1.	Wartezeit auf den ersten Interventionstermin	51
5.2.2.	Anmeldungen von Late Talkers.....	52
5.2.3.	Regelmäßigkeit der Intervention.....	53
5.3.	Fragen zur Behandlungsform	58
5.3.1.	Entscheidungsfindung in der Auswahl der Behandlungsform	58
5.3.2.	Häufigste Behandlungsformen	60
5.4.	Fragen zum Behandlungssetting	62
5.4.1.	Teletherapien direkt mit Late Talkers	62
5.4.2.	Teleinterventionen mit Eltern von Late Talkers.....	64
5.5.	Abschließende Fragen	67
5.5.1.	Einschätzungen	67
5.5.2.	Hürden und Chancen	69
6.	Diskussion.....	72
6.1.	Interpretation der Ergebnisse	72
6.1.1.	Fragebogenrücklauf und Drop-Outs	72
6.1.2.	Stichprobe.....	73
6.1.3.	Behandlungskontinuität.....	74
6.1.4.	Behandlungsform.....	76
6.1.5.	Behandlungssetting.....	78
6.2.	Limitationen.....	82
6.3.	Fazit und Ausblick	83

7. Literaturverzeichnis	86
8. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	97
9. Anhang.....	99
9.1. Checkliste RCSEQ.....	99
9.2. Fragebogen.....	101
9.3. Lebenslauf	121
9.4. Eidesstattliche Erklärung.....	122

1. Einleitung

Pandemien, wie wir sie derzeit aufgrund des SARS-CoV-2-Virus erleben, stellen Länder weltweit in allen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens vor Herausforderungen. Am 11.03.2020 erklärte die Weltgesundheitsorganisation aufgrund der global rapiden Zunahme an Fallzahlen den Ausbruch des Virus offiziell zu einer Pandemie. Zu diesem Zeitpunkt waren 118.319 Infektionen aus 114 Ländern gemeldet und bereits ein Jahr später mussten weltweit über 2,6 Millionen Todesfälle auf eine COVID-19-Erkrankung zurückgeführt werden (Weltgesundheitsorganisation 11.03.2020, 14.03.2021). Seit Ausbruch der Pandemie arbeiten Gesundheitssysteme zum Teil am Rande der Kapazitätsgrenzen, um Erkrankte zu behandeln und die weitere Ausbreitung des Virus einzudämmen. Gleichzeitig muss die Versorgung von Nicht-COVID-19-Kranken durch wichtige Gesundheitsdienste weiterhin gewährleistet werden, um Kollateral- und Langzeitschäden der Betroffenen zu vermeiden. Für Österreich wird beispielsweise im Bundesvertrag Zielsteuerung-Gesundheit (2017, Art. 2 Abs. 2) eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung gefordert, was ebenso die Aufrechterhaltung der Versorgung in Zeiten einer Pandemie impliziert.

1.1. Problemstellung

Gesetzliche Anforderungen an Gesundheitsdienstleistungen verlangen somit auch für die logopädische Behandlung von Menschen aller Altersgruppen die Sicherstellung einer bedarfsgerechten und effizienten Versorgung mit niederschwelligem Zugang. Dies stellt Logopäd*innen vor Herausforderungen, ganz besonders in Zeiten, in denen zur Eindämmung des Virus soziale Distanzierung, Abstandsregelungen und erhöhte Hygiene- und Sicherheitsmaßnahmen eingehalten werden müssen. In Österreich wurde im März 2020 erstmals ein bundesweiter Lockdown verfügt, von dem Gesundheitsdienstleistungen zwar ausgenommen waren, der jedoch mit weitreichenden Einschränkungen des sozialen und gesellschaftlichen Lebens verbunden war (StF: BGBl. II Nr. 96/2020). Nach erheblichen Lockerungen und einem geringen Infektionsgeschehen in den Sommermonaten des Jahres 2020 stiegen die Infektionszahlen im Herbst erneut an, weshalb mit November 2020 ein zweiter und mit Dezember 2020 ein dritter Lockdown in Österreich angeordnet wurde (StF: BGBl. II Nr. 479/2020, StF: BGBl. II Nr. 598/2020). Erst im Februar 2021 wurden bundesweit wieder Lockerungen wirksam, Maßnahmenverschärfungen treten seither regional in Hochinzidenzgebieten in Kraft.

Während dieser verschiedenen Phasen der Pandemie, die geprägt waren von einer dynamischen Gesetzeslage, wechselnd hohem Infektionsrisiko und spürbarer Verunsicherung innerhalb der Bevölkerung, war es Aufgabe von Logopäd*innen, flexibel auf die jeweilige Situation zu reagieren und die Versorgungskontinuität und -qualität bestmöglich aufrechtzuerhalten. Als Reaktion auf die teils strikten Beschränkungen fanden digitale Interventionen in Form von Teletherapien, also Behandlungen via Videotelefonie, rasch Einzug in die Logopädie, die im deutschsprachigen Raum zuvor sehr von der persönlichen, physischen Interaktion im Face-to-Face-Setting geprägt war. Neben Vorteilen, die sich aus dem gesundheitlichen Schutz und dem schonenden Ressourceneinsatz ergaben, wurde jedoch auch eine Einschränkung bezüglich der für dieses Setting geeigneten Patient*innengruppe offensichtlich. So stellt beispielsweise der Umgang mit technischen Geräten bei älteren oder schwer eingeschränkten Personen eine Limitation dar und auch die Teletherapie mit Kindern unter vier Jahren wird aufgrund mangelnder Kooperation und begrenzter methodischer Möglichkeiten als nicht sinnvoll oder machbar erachtet (Schwinn et al. 2020, 20; Lauer 2020, 15). Gleichzeitig ist es eben diese junge Patient*innengruppe, bei der eine gezielte Intervention, sei es durch eine direkte logopädische Therapie mit dem Kind oder durch einen indirekten, elternzentrierten Ansatz, nicht nur unmittelbar die individuelle Kommunikationsfähigkeit verbessern kann, sondern auch in weiterer Folge positive soziale und wirtschaftlich-ökonomische Effekte ermöglicht, da die gesunde Sprachentwicklung Prädiktor für einen gelungenen Schriftspracherwerb ist, der wiederum mit großer Vorhersagekraft Auswirkung auf das Bildungsniveau hat (Pfaller-Frank 2020, 19ff).

Nicht nur erste Ergebnisse deutschsprachiger Umfragen, sondern auch Erfahrungen im eigenen beruflichen Umfeld während des ersten und zweiten bundesweiten Lockdowns machten ein deutliches Gefälle in den Möglichkeiten der Therapieaufrechterhaltung sichtbar (Lauer 2020, 15). Patient*innengruppen, bei denen die Umstellung auf teletherapeutische Maßnahmen möglich war, also Kinder ab ca. vier Jahren sowie technikaffine Jugendliche und Erwachsene, konnten rasch von dem kontinuierlichen Angebot profitieren. Als problematisch erwies sich jedoch die Beobachtung, dass jene Patient*innen, bei denen diese digitalisierte logopädische Therapie aus obengenannten Gründen nicht möglich war, tendenziell auch erst später in das Face-to-Face-Setting zurückkehrten, da sie beispielsweise durch Zusatzerkrankungen zur Risikogruppe zählten oder die notwendige Einhaltung von Abständen, sowie Hygiene- und Sicherheitsmaßnahmen – wie im Falle von sehr jungen Kindern – nicht immer gewährleistet werden konnte.

Die vorliegende Arbeit konzentriert sich im Speziellen auf die Intervention bei ebendieser jungen Patient*innengruppe, jenen zweijährigen Kindern, die im logopädischen Kontext „Late Talkers“ genannt werden.

1.2. Fragestellung

Aus der obengenannten Problemstellung heraus leitet sich folgende Forschungsfrage ab, die weiters in vier Subfragen unterteilt werden kann:

Wie gestaltet sich die logopädische Versorgung von Late Talkers in Österreich während einer Pandemie?

1. Inwieweit konnte dem logopädischen Versorgungsauftrag in der Behandlung von Late Talkers während der COVID-19-Pandemie nachgegangen werden?
2. Wie veränderte sich die Behandlungsform und das Behandlungssetting durch die Pandemie?
3. Was sind Entscheidungsfaktoren für die Auswahl und Veränderung von Behandlungsform und Behandlungssetting?
4. Welche Chancen lassen sich aus den Erkenntnissen für potentielle weitere Krisen und/oder Pandemien erkennen?

1.3. Ziel und Aufbau der Arbeit

Ziel dieser explorativen Arbeit ist somit die Erhebung von Kontinuität und Qualität der logopädischen Versorgung von Late Talkers unter den Rahmenbedingungen der COVID-19-Pandemie in Österreich, um in weiterer Folge aus den gewonnenen Erkenntnissen und bestehender Literatur Chancen zu erkennen und vorsichtige Empfehlungen im Hinblick auf die logopädische Entscheidungsfindung und auf mögliches Weiterbildungspotential abzuleiten.

Um dieses Ziel zu erreichen, gliedert sich vorliegende Arbeit in einen Literatur- und einen empirischen Teil. Zunächst sollen in Kapitel 2 aus Sicht des Qualitätsmanagements jene Anforderungen an die Qualität logopädischer Leistungen erörtert werden, die in Zeiten einer Pandemie von besonderer Relevanz sind, um anschließend in Kapitel 3 Besonderheiten der Gruppe der Late Talkers zu beleuchten und auf bedeutsame logopädische Versorgungsaspekte im Kontext aktueller Forschungsergebnisse einzugehen.

Kapitel 4 widmet sich der Methodik der empirischen Erhebung, worauf die Ergebnisdarstellung in Kapitel 5 folgt. Im letzten inhaltlichen Kapitel 6 werden Erkenntnisse diskutiert und interpretiert, Limitationen der Arbeit offengelegt und Schlussfolgerungen gezogen.

2. Anforderungen an die Qualität logopädischer Versorgung

Die Logopädie wurde in Österreich vor über 100 Jahren von deren Begründer Emil Fröschels in den medizinischen Sprachgebrauch eingeführt und ist mittlerweile ein gesetzlich anerkannter und geregelter Gesundheitsberuf, der im Gesundheitssystem eingebettet ist. Logopädische Leistungen umfassen in Österreich gemäß § 2 Abs. 6 des MTD-Gesetzes (StF: BGBl. Nr. 460/1992) die eigenverantwortliche logopädische Befunderhebung und Behandlung von Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme, des Schluckens und des Hörens, sowie die Durchführung audiometrischer Untersuchungen. Das Tätigkeitsfeld beinhaltet zudem beratende und präventive Leistungen sowie Gesundheitsförderung und wissenschaftliche Forschung (Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz 2020, 89ff). Mit dem übergeordneten Ziel, durch logopädische Maßnahmen betroffenen Personen die kommunikative Teilhabe am alltäglichen Leben (wieder) zu ermöglichen, wird das Berufsbild der Logopädie in der Öffentlichkeit sehr wertschätzend wahrgenommen (Pfaller-Frank 2015, 90). Als Angehörige eines gesetzlich geregelten Gesundheitsberufes gelten für Logopäd*innen in Österreich allerdings auch zahlreiche Berufspflichten, um die Qualität der Dienstleistung zu gewährleisten. Gerade im medizinischen Dienstleistungssektor stellt Qualität jedoch keine absolute Größe dar, sondern ist immer nur im jeweiligen Erbringungszusammenhang beurteilbar und steht in unmittelbarem Bezug zu den Anforderungen, die an die Dienstleistung gestellt werden.

Diese Qualitätsanforderungen beziehen sich auf der Leistungsebene auf die nach Donabedian (1965, 170) bekannten Dimensionen der Struktur-, Prozess-, und Ergebnisqualität medizinischer Maßnahmen und sollten im Sinne des Qualitätsmanagements kontinuierlichen Verbesserungsbestrebungen unterliegen. Auch in § 1 Abs. 1 des österreichischen Gesundheitsqualitätsgesetzes (StF: BGBl. I Nr. 179/2004) wird explizit die Implementierung und Intensivierung einer systematischen Qualitätsarbeit unter den Prinzipien der Patient*innenorientierung und Transparenz gefordert.

Gerade im Gesundheitswesen, das durch komplexe Wechselbeziehungen aus Leistungsempfänger*innen, Leistungsfinanzierer*innen und Leistungsanbieter*innen gekennzeichnet ist und somit eine Vielzahl an Anspruchsgruppen zu bedienen hat, sollte die obengenannte Leistungsebene noch um die Betrachtung der Anforderungsebene ergänzt werden, da die verschiedenen Anspruchsgruppen mitunter sehr unterschiedliche

Anforderungen an die Qualität der Dienstleistung stellen. So unterscheiden sich auch in der Logopädie die Anforderungen je nach Betrachtungsperspektive in kundenbezogene Qualität (was von Kund*innen bzw. Patient*innen erwartet wird), professionsbezogene Qualität (was aus Expert*innensicht erwartet wird) und managementbezogene Qualität (was unter Einbezug übergeordneter Stellen, z. B. der Gesetzgebung, in Versorgungsaufträgen etc., hinsichtlich effizienter Bereitstellung und Organisation von Ressourcen und Verwendungsmitteln erwartet wird). Die zahlreichen Anforderungen und Perspektiven zu kennen und auf ein gemeinsames Qualitätshandeln auszurichten ist Aufgabe des Qualitätsmanagements (Hensen 2016, 16f; Jacobs et al. 2018, 5f). Eine ohnehin schon herausfordernde Aufgabe, die in Krisen- oder Pandemiezeiten immer mehr einem Drahtseilakt gleicht.

Im Folgenden sollen jene gesetzlichen Vorgaben, Anforderungen und Qualitätsaspekte genauer beleuchtet werden, die für logopädische Versorgungsqualität in Zeiten einer Pandemie eine Rolle spielen und somit für die Beantwortung der Forschungsfrage von Relevanz sind.

2.1. Der logopädische Versorgungsauftrag

Bund, Länder und Sozialversicherung einigten sich 2013 erstmals darauf, im Rahmen der Gesundheitsreform ein partnerschaftliches Zielsteuerungssystem für eine nachhaltig qualitätsgesicherte, effektive, effiziente und langfristig finanzierbare Gesundheitsversorgung für die gesamte Bevölkerung in Österreich zu implementieren. In dem dadurch entstandenen Bundes-Zielsteuerungsvertrag vereinbarten die Vertragsparteien operative und strategische Ziele für die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems, basierend auf einem gemeinsamen und berufsübergreifenden Zukunftsbild. In diesem Zukunftsbild ist beispielsweise der niederschwellige Zugang zu einer qualitativ hochstehenden, bedarfsgerechten und effizienten Gesundheitsversorgung für alle Menschen gefordert, der durch das solidarische Gesundheitssystem nachhaltig getragen wird und dem zeitgemäße Versorgungsstufenpläne und Versorgungsaufträge zugrunde liegen. Die kurative Versorgung soll am „Best Point of Service“ erfolgen, was bedeutet, dass die jeweils richtige Leistung zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort mit der optimalen Qualität und zudem möglichst kostengünstig erbracht werden soll (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz 2017b, Art. 2 Abs. 2-5). Dieser optimale Ressourceneinsatz wird wiederum mittels regionalen Versorgungsaufträgen definiert.

Als integraler Bestandteil und Planungsinstrument für die Gesundheitsreform (Zielsteuerung-Gesundheit) fungiert der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) sowie die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG). Sie beinhalten verbindliche Vorgaben, unter anderem zur Abbildung ebendieser Versorgungsaufträge, insbesondere für jene Gesundheitsdiensteanbieter*innen mit Kassenverträgen sowie Gesundheitseinrichtungen, die teilweise oder gänzlich durch die Sozialversicherung finanziert werden, aber auch für jene Wahlärzt*innen, Wahltherapeut*innen und Wahleinrichtungen, die sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz 2017a, 15).

Versorgungsaufträge gelten somit auch für die logopädische Behandlung, sowohl für Logopäd*innen im Angestelltenverhältnis, für freiberuflich tätige Logopäd*innen mit Kassenverträgen, als auch für Wahllogopäd*innen. Dieser gesetzliche Auftrag zur logopädischen Versorgung hat auch in Zeiten einer Pandemie Gültigkeit, da Gesundheits- und Pflegedienstleistungen schon in der ersten Maßnahmen-Verordnung zur Verhinderung der Verbreitung von COVID-19 vom 15.03.2020 explizit von Schließungen und Betretungsverboten ausgenommen waren (StF: BGBl. II Nr. 96/2020). Die Aufrechterhaltung der logopädischen Patient*innenversorgung war und ist somit während der COVID-19-Pandemie zu gewährleisten.

Zudem sind in den jeweiligen Rahmenvereinbarungen der Sozialversicherungen jene Bedingungen beschrieben, die Vertragslogopäd*innen einzuhalten haben. So findet sich in den Rahmenverträgen, wie z. B. unter § 6 der Rahmenvereinbarung mit der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (01.01.2020) die Verpflichtung, einen ganzjährigen Betrieb zu gewährleisten und bei längerer Verhinderung für eine angemessene Vertretung zu sorgen. Außerdem wird explizit auf die Behandlungspflicht hingewiesen. Die Behandlung darf demnach nur in begründeten Fällen abgelehnt werden und unterliegt einem Diskriminierungsverbot. Auch in Ausnahmeständen, so wie sie vor allem im ersten bundesweiten Lockdown vorlagen, wird die Einhaltung jener Verpflichtungen nicht ausgesetzt. Um die Behandlung aufrecht erhalten zu können, wurden im Gegenzug dazu schon zu Beginn des ersten Lockdowns teletherapeutische Maßnahmen seitens der Sozialversicherungsträger zur Honorierung freigegeben.

2.2. Gesetzliche Rahmenbedingungen

Die Logopädie ist ein in Österreich gesetzlich anerkannter Gesundheitsberuf, der als „logopädisch-phoniatrisch-audiologischer Dienst“ durch das Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz) geregelt ist. Es beinhaltet neben dem Berufsbild auch jene Anforderungen, die auf die Sicherstellung der Strukturqualität abzielen: So werden beispielsweise in § 3 des MTD-Gesetzes (StF: BGBl. Nr. 460/1992) Voraussetzungen für die Berufsberechtigung geregelt. Hier vorrangig zu nennen ist die notwendige Absolvierung der Ausbildung an einer medizinisch-technischen Akademie mit erfolgreich abgelegter kommissioneller Diplomprüfung, die in Folge zur Berufsausübung und Berufsbezeichnung berechtigt. Für die Ausbildung an einer österreichischen fachhochschulischen Einrichtung gelten wiederum Mindestanforderungen, die im Fachhochschulgesetz (StF: BGBl. Nr. 340/1993) und der FH-MTD-Ausbildungsverordnung (StF: BGBl. II Nr. 2/2006) verankert sind, und die nähere Bestimmungen über die zu erlangenden Kompetenzen der Absolvent*innen des Fachhochschul-Bachelorstudienganges beinhalten. Dieser Berufsschutz soll Professionalität und Kompetenz in der Logopädie sicherstellen und dient somit nicht zuletzt auch der Patient*innensicherheit.

Berufspflichten, die aus dem MTD-Gesetz erwachsen, umfassen die Dokumentations-, Auskunft-, Verschwiegenheits-, und Anzeigepflicht sowie, zusätzlich zum geforderten Qualifikationsnachweis aus der Ausbildung, auch die Fortbildungspflicht. Logopäd*innen sind somit verpflichtet zur:

„Information über die neuesten Entwicklungen und Erkenntnisse des jeweiligen medizinisch-technischen Dienstes sowie der medizinischen Wissenschaft oder Vertiefung der in der Ausbildung erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten.“

§ 11d Abs. 1 MTD-Gesetz (StF: BGBl. Nr. 460/1992)

Die Pflicht zur Vertiefung der Qualifikationen ist von Relevanz, da den Logopäd*innen gemäß § 2 Abs. 6 des MTD-Gesetzes (StF: BGBl. Nr. 460/1992) nach ärztlicher oder zahnärztlicher Anordnung unabhängig von ihrem Anstellungsverhältnis die eigenverantwortliche logopädische Befunderhebung und Behandlung erlaubt ist. Diese Eigenverantwortlichkeit bedeutet einerseits, dass Logopäd*innen in der Gestaltung des Therapieprozesses sowie ihrer Wahl der Therapiemethode frei sind und Inhalte patient*innenspezifisch ausrichten können, jedoch auch, dass sie die Durchführungsverantwortung für die lege-artis-Erbringung der spezifischen Leistung tragen. Die

Behandlung nach den anerkannten „Regeln der Kunst“ beruht auf Expert*innenmeinungen und stellt somit eine Anforderung an die professionsbezogene Qualitätsebene logopädischer Leistungen dar. Therapieforschung spielt somit auch für die Sicherstellung der Ergebnisqualität eine zentrale Rolle.

Besonders bedeutsam und zugleich herausfordernd für die Berufsausübung in Zeiten einer Pandemie ist folgende Anforderung des MTD-Gesetzes:

„Angehörige der gehobenen medizinisch-technischen Dienste haben ihren Beruf ohne Unterschied der Person gewissenhaft auszuüben. Sie haben das Wohl und die Gesundheit der Patienten und Klienten unter Einhaltung der hierfür geltenden Vorschriften und nach Maßgabe der fachlichen und wissenschaftlichen Erkenntnisse und Erfahrungen zu wahren.“

§ 11 Abs. 1 MTD-Gesetz (StF: BGBl. Nr. 460/1992)

Dies impliziert zum einen, dass bezüglich der Bereitstellung der Behandlung nicht diskriminiert werden darf – weder nach Geschlecht, sozialem Status oder Einkommen, noch nach Alter oder Gesundheitszustand. Zum anderen bedeutet dies die Pflicht zur Einhaltung aller pandemiebedingten Hygiene- und Sicherheitsmaßnahmen (betreffend Mund-Nasen-Schutz, Abstandsregelungen etc.) bei gleichzeitiger Auswahl der am besten geeigneten beziehungsweise nach Evidenzlage wirksamen Therapiemethode.

2.3. Entscheidungsfindung in der logopädischen Diagnostik und Therapie

Der gesetzliche Rahmen und die Vereinbarungen mit Kostenträgern fordern also nicht nur effektive, sondern auch effiziente, nachhaltige und versorgungsgerechte Arbeit der Logopäd*innen mit dem Ziel, die individuelle Partizipation von Menschen zu optimieren. Somit beziehen sich diese Ansprüche nicht nur auf die Qualität der zugrundeliegenden Struktur, sondern auch auf die Dimensionen der Prozess- und Ergebnisqualität.

Anspruch in der klinischen Entscheidungsfindung sollte es also sein, die individuellen Veranlagungen, Fähigkeiten und Kontextfaktoren der Patient*innen zu berücksichtigen, zugleich den aktiven Einbezug der Patient*innen und Angehörigen zu gewährleisten und Entscheidungen im Rahmen eines wissenschaftlichen Grundverständnisses von Theorie, Forschung und Evidenz legitimieren zu können (Kraus 2018, 128).

2.3.1. Der Umgang mit Evidenzen

Den übergeordneten Rahmen in der Entscheidungsfindung bietet der wissenschaftlich geleitete Prozess, indem sich Evidenz durch Forschung und Theorie in zwei Richtungen entfaltet (Kraus 2018, 128):

- von der Wissenschaft zur Praxis (evidenzbasierte Praxis) und
- von der Praxis zur Wissenschaft (praxisbasierte Evidenz).

Evidenzbasierte Praxis (EBP):

Die Ursprünge der evidenzbasierten Praxis liegen in dem wissenschaftlich geleiteten Vorgehen der evidenzbasierten Medizin. Die therapeutische Entscheidungsfindung und Vorgehensweise im Prozess der evidenzbasierten Praxis wird durch drei zentrale Aspekte definiert, die in Abb. 1 dargestellt sind.

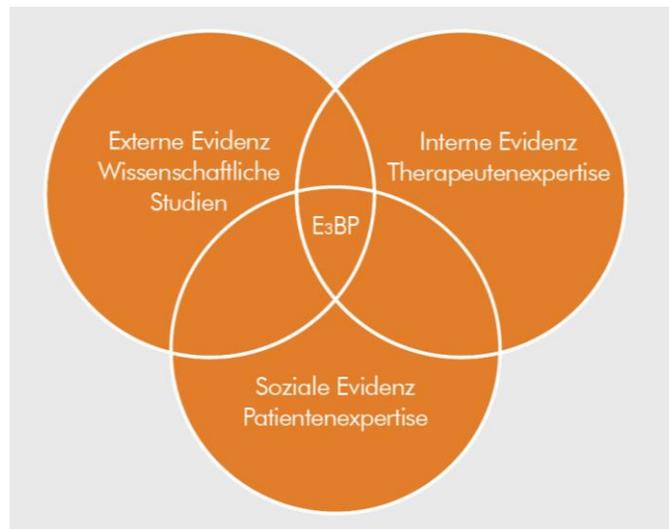


Abb. 1: Evidenzbasierte Praxis nach Dollaghan (2007, zitiert nach Beier 2018, 13)

Einerseits gilt es, die externe Evidenz, also Erkenntnisse basierend auf Forschungsergebnissen, einzubeziehen. Dabei müssen wissenschaftliche Studien die Wirksamkeit einer Behandlung unter realen Bedingungen sicherstellen. Andererseits wird die interne Evidenz, also die Therapeut*innenexpertise aus Erfahrungen und Kompetenzen der Behandelnden in der Entscheidungsfindung tragend. Der dritte Aspekt bezieht sich auf die soziale Evidenz, die durch die Patient*innen und Angehörigen in ihrem soziokulturellen Kontext und durch ihre individuellen Werte, Präferenzen und Ressourcen geprägt ist. Ziel ist es also, die aktuellen Forschungserkenntnisse mit klinischer Expertise und Wünschen der Patient*innen und Angehörigen zu verbinden, um die bestmögliche Versorgung sicherzustellen. Die Zusammenhänge und Überlappungen dieser drei Blickwinkel werden im Modell von Dollaghan (zitiert nach Beier 2018, 13) sichtbar (Abb. 1).

Evidenzbasierte Kriterien unterstützen logopädische Denk- und Entscheidungsprozesse, wirken qualitätssichernd und können zudem im Konfliktfall Entscheidungen legitimieren. Darüber hinaus trägt die evidenzbasierte Praxis zum Renommee der Logopädie als Wissenschaftsdisziplin bei und kann den Behandlungserfolg durch die Nutzbarmachung von Effektivitätsnachweisen erhöhen (Grötzbach 2018, 138).

Praxisbasierte Evidenz (PBE):

Während in der evidenzbasierten Praxis die Wissenschaft in erster Linie die Entscheidungsfindung bestimmt, stellt der Zugang der praxisbasierten Evidenz die Strukturen und Logiken der therapeutischen Praxis dar. Dabei soll die Wissenschaft den Prozess begleiten, ihn aber nicht vorrangig bestimmen, sodass aktuelle Erkenntnisse unmittelbar in die praktische Arbeit integriert und Lernprozesse abgeleitet werden können (Jagosh et al., 2012, zitiert nach Kraus 2018, 132f).

Der Stellenwert der Expertise aus der therapeutischen Praxis kann allerdings nur dann steigen, wenn eine möglichst systematisierte und standardisierte Vorgehensweise und Dokumentation in der therapeutischen Diagnostik und Evaluation gepflegt wird. Somit soll die praxisbasierte Evidenz weder mit der evidenzbasierten Praxis konkurrieren noch diese ersetzen. Vielmehr kann die evidenzgeleitete klinische Entscheidungsfindung als Schnittstelle zwischen Praxis und Forschung fungieren (Abb. 2).

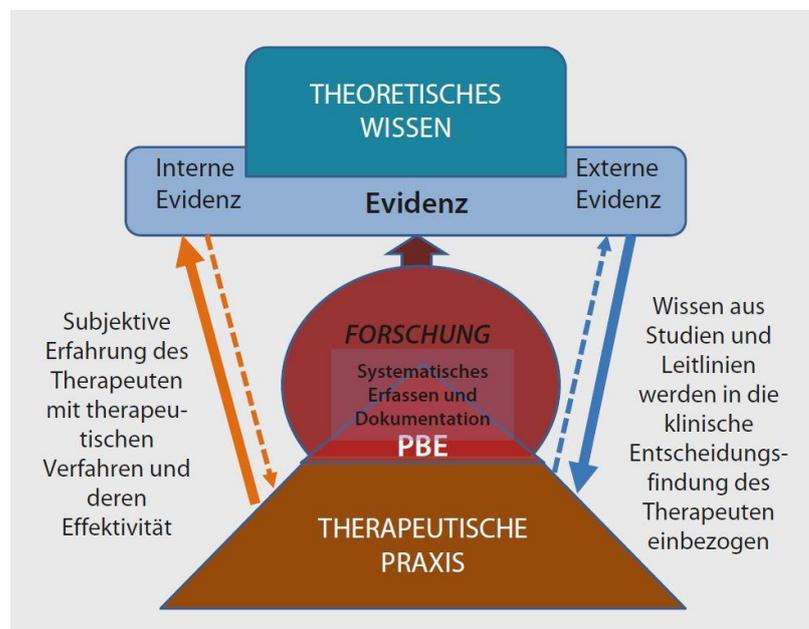


Abb. 2: Praxisbasierte Evidenz als Schnittstelle zwischen Praxis und Forschung (Kraus 2018, 133)

2.3.2. Clinical Reasoning

Auf einer übergeordneten Ebene stellt die Kombination aus evidenzbasierter Praxis und praxisbasierter Evidenz also den Rahmen für effektive und effiziente Interventionen mit nachhaltigen Wirkungen dar. Im therapeutischen Alltag jedoch müssen Entscheidungen stets den individuellen und komplexen Situationen der einzelnen Patient*innen und Angehörigen gerecht werden. Auf dieser Mikroebene spielt das sogenannte „Clinical Reasoning“ eine zentrale Rolle. Übersetzt als „klinische Argumentation, Schlussfolgerung, Beweisführung“ beschreibt es jene gedanklichen Prozesse, die Therapeut*innen nutzen, um ihr Handeln bei Diagnostik, Therapie, Beratung und Prävention zu objektivieren, zu hinterfragen und zu begründen. Ziel des Clinical Reasoning ist es, das bestmögliche Vorgehen für die*den individuelle*n Patient*in zu finden (Beushausen 2018, 119; Rathey-Pötzke 2011, 20).

Clinical Reasoning umfasst also Reflexionsprozesse, die die Verknüpfung von explizitem Fachwissen mit den individuellen Voraussetzungen der Patient*innen sicherstellen sollen. Beushausen (2018, 120f) geht davon aus, dass verschiedene Faktoren die therapeutische Entscheidungsfindung beeinflussen:

- in den Patient*innen begründete Faktoren, wie z. B. Alter, Motivation, Geschlecht, Sozialstatus, Wissensstand und Bildung, Persönlichkeit, etc.
- in den Therapeut*innen begründete Faktoren, wie z. B. Erfahrung, Wissensstand aus Fortbildungen, Fähigkeiten und Fertigkeiten, emotionale Kompetenz, etc.
- in der Umwelt liegende Faktoren, wie z. B. Rahmenbedingungen, Ressourcen am Arbeitsplatz, Ausrüstung, Zeitmanagement, etc.

Auf metakognitiver Ebene sollten Denkprozesse, die zur Entscheidungsfindung herangezogen werden, von den Therapeut*innen zusätzlich kritisch hinterfragt werden. „Nach bestem Wissen und Gewissen“ kann somit das Clinical-Reasoning-Gerüst Logopäd*innen in ihrem Bestreben unterstützen, die komplexen Anforderungen nachvollziehbar und systematisch zu reflektieren und zu begründen.

2.3.3. Der partizipative Prozess im Rahmen der ICF

Als weiterer Baustein zur qualitätsgesicherten Optimierung der Teilhabe und Partizipation von logopädischen Patient*innen fungiert der Denkraum der „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (2005, 23). Das zugrundeliegende bio-psycho-soziale Modell ist nicht primär defizitorientiert, sondern klassifiziert Komponenten der Gesundheit, die in Wechselwirkung stehen, nämlich Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe) sowie umwelt- und personenbezogene Faktoren (Abb. 3).



Abb.3: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF (Weltgesundheitsorganisation 2005, 23)

Die ICF stellt somit auch gezielt den partizipativen Prozess, der zwischen Betroffenen und Behandler*innen stattfindet, in den Mittelpunkt, in dem therapeutische Entscheidungen durch Wünsche, Bedürfnisse und das Mitbestimmungsrecht der Patient*innen und Angehörigen geprägt werden.

Entscheidungen auf Sozialgesetzgebungsebene werden zurzeit noch defizitorientiert auf Basis der medizinischen Diagnose nach dem ICD-10 (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) getroffen, wobei Bestrebungen in die Richtung einer dialogischen und komplementären Nutzung beider Klassifikationssysteme beobachtbar sind (Schröder und Göttgens 2014, 188).

Konsequent umgesetzt bietet die ICF mehrere Vorteile: eine gemeinsame Sprache dient der interprofessionellen und interdisziplinären Zusammenarbeit und kann auch in der Forschung dazu beitragen, externe Evidenzen von Studien systematisch und einheitlich anzuordnen. Überdies ermöglicht sie die Erweiterung des Blickwinkels auf die Lebenswirklichkeit der Betroffenen im Sinne gesellschaftlicher Teilhabeaktivitäten und Umweltfaktoren.

Der kommunikative und kultursensible Dialog über den gesamten Interventionsprozess hinweg sowie die Möglichkeit zur gemeinsamen Entscheidungsfindung im partizipativen Prozess ermöglichen eine gemeinsame Zielvorstellung, wodurch die reine *Teilnahme* am therapeutischen Prozess von der *Teilhabe* abgelöst wird (Grau 2009, zitiert nach Kraus 2018, 136). Diese Form der Befähigung, Ermächtigung oder Empowerment ist auch in der Logopädie zentral für die Partizipation und stellt im Sinne des salutogenetischen Prinzips eine Voraussetzung für die nachhaltige Verbesserung von Teilhabe am kommunikativen Alltag dar.

Zusammenfassend lässt sich also festhalten, dass auf Gesetzesebene sowohl im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (2017, 34) als auch im Zielsteuerungsvertrag auf die Relevanz evidenzgeleiteter Praxis hingewiesen wird, welche „insbesondere für therapeutische, diagnostische, organisatorische und Public Health Interventionen“ angewandt werden soll (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz 2017b, Art. 10.6 Abs. 9). Qualitätsanforderungen, die sich auf die Partizipation und das Empowerment von Betroffenen und Angehörigen beziehen, sind ebenso verankert und orientieren sich im Rahmen der Gesundheitsförderungsstrategie vor allem an den Gesundheitszielen Österreich (2017). Erklärtes Ziel dieses von der Bundesgesundheitskommission geschaffenen Handlungsrahmens ist die Verbesserung der Gesundheit aller in Österreich lebenden Menschen. Unter anderem fordert er im Sinne der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung, den Zugang zu verständlicher, qualitätsgesicherter Information für alle Bevölkerungsgruppen zu erleichtern und sie somit in ihrer Rolle als partizipierende, verantwortliche Partner*innen im Gesundheitssystem zu bestärken. Für Ziele, die sich auf die frühestmögliche Unterstützung der Gesundheit von Kindern und ihren Eltern beziehen, werden in den möglichen Handlungsfeldern für die Umsetzung sowohl die bedarfsgerechte Zurverfügungstellung von Gesundheitsleistungen für Kinder und Jugendliche näher beschrieben, als auch die Unterstützung der Eltern und Erziehungsberechtigten bezüglich der Förderung in der frühen Kindheit (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2017, 34).

3. Late Talkers in der Logopädie

In zwischenmenschliche Kommunikation zu treten und Probleme oder Aufgaben sprachlich lösen zu können wird im alltäglichen Leben meist als selbstverständlich hingegenommen. Dabei ist die Fähigkeit, Sprache so differenziert und hochleistungsfähig zu verwenden, wie wir es tagtäglich tun, genau das, was den Menschen von allen anderen Lebewesen unterscheidet. Durch Sprache sind wir in der Lage, unsere Bedürfnisse und Wünsche zu äußern, Dinge zu hinterfragen, soziale Beziehungen aufzubauen und aufrecht zu erhalten und als vollwertiges Mitglied am gesellschaftlichen und beruflichen Leben teilzuhaben.

Die frühe Sprachentwicklung in den ersten Lebensjahren verdient in der Logopädie besondere Aufmerksamkeit, weil sie wegweisend für die weitere sprachliche, schriftsprachliche, und sogar akademische und berufliche Entwicklung ist (Snowling et al. 2021, 9f). Der Relevanz dieser frühen Entwicklungsphase soll in diesem Kapitel Rechnung getragen werden.

3.1. Definition

Als Late Talkers, also „späte Sprecher“ werden im logopädischen Kontext Kinder bezeichnet, die Auffälligkeiten in der frühen Sprachenwicklung zeigen, ohne dass diese auf erklärende Primärbeeinträchtigungen wie beispielsweise eine Hörstörung, Intelligenzminderung, eine Störung aus dem autistischen Spektrum oder genetische Syndrome zurückzuführen sind und sich auch nicht ausschließlich durch entwicklungshemmende Umweltfaktoren erklären lassen. Konkret handelt es sich laut interdisziplinärer S2k-Leitlinie der AWMF (Langen-Müller et al. 2011, 29) dabei um jene Kinder, die mit 24 Monaten einen produktiven Wortschatz von unter 50 Wörtern aufweisen und gleichzeitig noch keine Wortkombinationen produzieren. Sie können, neben dem geringen Wortschatz, auch zusätzliche sprachrezeptive Einschränkungen aufweisen. Nach diesen Kriterien wird die Prävalenz im deutschen Sprachraum mit bis zu 20 % angegeben, wobei Jungen deutlich häufiger als Mädchen betroffen sind (Langen-Müller et al. 2011, 29; Wirts 2014, 7).

Sind Kinder zum Zeitpunkt der Abklärung jünger oder älter als 24 Monate, können Cut-Off-Werte zur Feststellung einer Sprachentwicklungsverzögerung herangezogen werden, wobei die Klassifikation als Late Talker nur bis zum 36. Lebensmonat gewählt werden soll, da Sprachauffälligkeiten bei Kindern ab dem dritten Geburtstag genauer zugeordnet

werden können und somit ggf. die Diagnose einer „umschriebenen Sprachentwicklungsstörung“ (nach Klassifikation der ICD-10) gestellt werden kann (Kühn et al. 2016, 257).

Die Entwicklung der Sprache vollzieht sich im komplexen Zusammenspiel aus internalen, also im Kind liegenden, und externalen Faktoren. Welche Faktoren einen verzögerten Sprechbeginn ätiologisch bedingen, ist noch nicht vollumfänglich geklärt. So liegt beispielsweise eine heterogene und teils widersprüchliche Forschungslage bezüglich spezifisch genetischer Veränderungen vor, die Varianzen der Sprachkompetenz nur zum Teil auf Erbfaktoren zurückführen lässt (Wirts 2014, 9f). Ursachen werden zudem in neurobiologischen und neurophysiologischen Grundlagen vermutet. Bei Late Talkers scheinen demnach vor allem spezifische Defizite in der sprachlichen Informationsverarbeitung ursächlich beteiligt zu sein. Die Fähigkeit, sprachliche Einheiten korrekt im sogenannten phonologischen Arbeitsspeicher für die weitere Verarbeitung aufrechtzuerhalten, gilt als entscheidend für Tempo und Genauigkeit des Wortschatzerwerbs sowie für die Ableitung grammatischer Regeln. Die Belastbarkeit des phonologischen Arbeitsspeichers stellt somit den „Flaschenhals“ für eine reibungslose sprachliche Entwicklung dar. Zugleich ist es jene Fähigkeit, die sich bei Late Talkers in mehreren Untersuchungen als defizitär herausgestellt hat (Grossheinrich et al. 2019; Buschmann et al. 2015; Sachse 2007).

3.2. Identifikation

Die Früherkennung von Late Talkers hat in der Logopädie vor allem deshalb Relevanz, weil betroffene Kinder ein erhöhtes Risiko für die Ausbildung einer manifesten Sprachentwicklungsstörung zeigen. Die veraltete Annahme, dass sich der Rückstand bei verzögerter Sprachentwicklung spätestens bis zum Schulalter jedenfalls von selbst „auswächst“ wurde mittlerweile mehrfach auch in deutschsprachigen Längsschnittstudien widerlegt (Sachse 2007). Nur ein Teil der Late Talkers (siehe Kapitel 3.3), nämlich jene, die in der Literatur als „Late Bloomers“ bzw. „Spätstarter“ bezeichnet werden, holen den sprachlichen Rückstand ohne spezifische Intervention bis zum Ende des dritten Lebensjahres auf. Für die Entscheidungsfindung in der logopädischen Frühintervention sind somit prognostische Faktoren von großem Interesse, was die Identifikation von Risikofaktoren notwendig macht.

Wesentliches Kriterium zur Diagnosestellung ist der deutlich reduzierte Wortschatzumfang, der zuverlässig mittels Elternfragebögen, wie z. B. dem ELFRA-2 (Grimm et al. 2019) erfasst werden kann. Late Talkers mit ausschließlichen Defiziten in den expressiven Sprachleistungen werden der sogenannten „isoliert expressiven Subgruppe“ zugeordnet. Zudem spielt das Alter bei Diagnosestellung eine Rolle, da die Mehrheit der Kinder, die mit 2½ Jahren weiterhin einen deutlichen sprachlichen Rückstand zeigen, diesen Rückstand bis zum dritten Geburtstag nicht aufholt (Buschmann und Ziegler 2020, 4). In der Abklärung stehen Logopäd*innen neben Elternfragebögen auch standardisierte Sprachentwicklungstests für zweijährige Kinder, wie z. B. der SETK-2 (Grimm 2016) zur Verfügung, die auch rezeptive Fähigkeiten, also das Sprachverständnis, überprüfen. Late Talkers mit zusätzlich unterdurchschnittlichen rezeptiven Fähigkeiten werden der sogenannten „rezeptiv-expressiven-Subgruppe“ zugeordnet. Kinder dieser Subgruppe, die zudem geringe Symbolisierungsfähigkeiten zeigen, tragen das größte Risiko für die Ausbildung einer Sprachentwicklungsstörung (Buschmann 2017, 10f). Diskutiert werden zudem prognostisch ungünstige Faktoren wie familiäre Häufungen von Sprach- oder Schriftsprachstörungen, niedriger Schulabschluss der Eltern und geringer sozioökonomischer Status der Familie, sowie ein wenig responsiver Interaktionsstil mit dem Kind (Fisher 2017; Hecking und Schlesiger 2009; Wirts und Glück 2015). Aufbauend auf diesen Annahmen zu Prädiktoren, Schutz- und Risikofaktoren haben sich Modelle für die Diagnostik und Entscheidungsfindung in der Frühintervention bei Late Talkers entwickelt, auf die in Kapitel 3.4.2 eingegangen wird.

3.3. Prognose

Ergebnisse aus mehreren Längsschnittstudien (Sachse 2007; Kühn et al. 2016; Grossheinrich et al. 2019; Rescorla und Turner 2015; Buschmann und Ziegler 2020) legen nahe, dass es bis zum dritten Geburtstag drei vorherrschende und annähernd gleich verteilte Entwicklungsverläufe bei Late Talkers gibt (Abb. 4).



Abb.4: Entwicklungsverläufe von Late Talkers, in Anlehnung an Parma und Schrey-Dern (2017, 27)

Ungefähr ein Drittel holt den sprachlichen Rückstand spontan auf (Late Bloomers), ein Drittel erreicht mit drei Jahren nur knapp unterdurchschnittliche Testergebnisse, sie gelten somit als „sprachschwach“, und ein weiteres Drittel zeigt zum dritten Geburtstag eine Sprachentwicklungsstörung mit deutlich unterdurchschnittlichen Testergebnissen.

Der weitere Entwicklungsverlauf von Late Talkers hängt entscheidend davon ab, ob das Kind die sprachlichen Rückstände bis zum Ende des dritten Lebensjahres kompensiert hat oder nicht. Aus einer deutschen Längsschnittstudie von Kühn et al. (2015, 217f) geht hervor, dass Kinder, die mit 36 Monaten weiterhin bestehende Sprachauffälligkeiten aufweisen, auch noch im Einschulungsalter signifikante Einschränkungen in verschiedenen sprachlichen Bereichen sowie Defizite in den Vorläuferfähigkeiten für den Schriftspracherwerb (unter anderem dem phonologischen Arbeitsspeicher) zeigen. Auch noch im dritten Schuljahr unterscheiden sich ehemalige Late Talkers von sprachlich unauffällig entwickelten Kindern hinsichtlich ihres Wortschatzes, der Aussprache und des phonologischen Arbeitsspeichers (Grossheinrich et al. 2019, 9f).

Eine persistierende Sprachentwicklungsstörung zum Einschulungsalter erwies sich sowohl in älteren englischsprachigen (Catts et al. 2002) als auch in einer aktuellen norwegischen Studie (Fufen et al. 2020, 2757) als aussagekräftigster Prädiktor für eine spätere Störung des Lesens und Schreibens und sogar die Kohorte der Kinder, die bis zum Einschulungsalter ihren Rückstand aufgeholt hatten, trug ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung von Schriftsprachstörungen. In diesem Zusammenhang wird die Hypothese der „illusory recovery“, also des „scheinbaren Aufholens“ von Late Bloomers kontrovers diskutiert, da sich Schwierigkeiten bei der Anwendung sprachlichen Wissens in anfordernden Situationen oder der Bewältigung komplexer sprachlicher und schriftsprachlicher Aufgaben teilweise bis ins Jugendalter zeigten (Rescorla 2005; Kühn et al. 2015; Fufen et al. 2020).

Gehobene sprachliche Kompetenzen, die Fähigkeit zum Erlernen von Fremdsprachen, sowie Lese- und Rechtschreibleistungen stellen Kulturtechniken und wichtige Kompetenzen für die weitere Schul- und akademische Bildung dar. Die Relevanz einer gesunden Sprach- und Schriftsprachentwicklung für den individuellen Entwicklungsverlauf auch noch über das Grundschulalter hinaus unterstreicht die Wichtigkeit der frühzeitigen Identifikation sprachlicher Rückstände und gegebenenfalls Einleitung von gezielten Interventionen bei Late Talkers (Pfaller-Frank 2020; Grossheinrich et al. 2019).

3.4. Logopädische Versorgung von Late Talkers

„In einem modernen Gesundheitssystem hat die Erhaltung der Gesundheit einen hohen Stellenwert. Zielgerichtete Gesundheitsförderung und Prävention wird daher forciert. Ebenso wird der umfassenden Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ab dem frühestmöglichen Zeitpunkt der größtmögliche Stellenwert eingeräumt.“

(Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz 2017b, Art. 2, Abs. 4)

Dieser Appell aus dem Zukunftsbild des Bundes-Zielsteuerungsvertrages unterstreicht auch auf gesetzlicher Ebene die Bedeutung der frühestmöglichen Identifikation und zielgerichteten Intervention bei Abweichungen in der Sprachentwicklung.

In der Theorie ist diese Wichtigkeit gut belegbar und auch das Bewusstsein darüber, dass sich Sprachauffälligkeiten eben nicht immer von selbst „auswachsen“, scheint sich durch Erkenntnisse aus Untersuchungen zu diesem Thema in den letzten Jahren deutlich zu steigern. Vor dem Hintergrund, dass sich das Gesundheitswesen jedoch auch in Nicht-Pandemie-Zeiten mit zunehmender Ressourcenknappheit, Personalengpässen und Druck seitens der Kostenträger konfrontiert sieht, ist anzunehmen, dass die zusätzlich massiv erschwerten Bedingungen, die während einer Pandemie auf die Gesundheitsversorgung wirken, Theorie und Praxis divergieren lassen (Litke et al. 2021, 5f).

Allen Qualitätsanforderungen an die logopädische Versorgung von Late Talkers auf Leistungs- und Anforderungsebene gerecht zu werden scheint somit vor allem in Zeiten, die von „social distancing“ und Maßnahmen zur Eindämmung des Virus geprägt sind, besonders herausfordernd.

Im Folgenden sollen drei Versorgungsaspekte, die für die logopädische Intervention bei Late Talkers sowie aus Sicht des Qualitätsmanagements relevant sind, nämlich Behandlungskontinuität, Behandlungsform und Behandlungssetting, näher erläutert werden, da sie die Grundlage für den empirischen Teil der Arbeit bilden.

3.4.1. Behandlungskontinuität: Relevanz logopädischer Intervention

Die Relevanz logopädischer Leistungen wird einerseits auf individueller Ebene tragend, wenn patient*innenspezifische Veränderungen des Gesundheitszustandes und die verbesserte Teilhabe am kommunikativen Alltag betrachtet werden. Andererseits steht die Logopädie als gesetzlich geregelter Gesundheitsberuf und eigenständige Wissenschaftsdisziplin vermehrt in der Verantwortung, das therapeutische Handeln auch ökonomisch zu legitimieren und somit die Relevanz für die Gesellschaft und Volkswirtschaft aufzuzeigen (Pfaller-Frank 2020, 16). Im Folgenden soll die Rolle der logopädischen Intervention für diese beiden Ebenen erörtert werden.

Für jene Kinder, die Rückstände nicht bis zum dritten Geburtstag aufholen können, besteht ein erhöhtes Risiko, einerseits für die bereits erläuterten persistierenden sprachlichen Defizite, aber andererseits auch für soziale und emotionale Probleme (Buschmann und Neubauer 2012, 135). Kommunikative Fähigkeiten und die sozial-emotionale Entwicklung von Kindern scheinen sich schon ab frühester Kindheit gegenseitig zu beeinflussen. So wird beispielsweise das Emotionsverständnis von der sprachlichen Fähigkeit, Gefühle mitteilen zu können, geprägt und auch die Regulation eigener Emotionen steht in engem Zusammenhang mit dem rezeptiven und expressiven Sprachentwicklungsstand (Avermarie 2016, 114ff). Dass Kinder mit verzögerter Sprachentwicklung auch ein erhöhtes Risiko für sozial-emotionale Probleme haben, konnte beispielsweise Sachse (2007, 179) in einer Längsschnittstudie feststellen. Late Talkers zeigten häufig Temperamentsbesonderheiten in Form von zurückgezogenem, wenig anpassungsfähigem und wenig ausdauerndem Verhalten. Besonders bei zweijährigen Kindern mit zusätzlichen rezeptiven Defiziten berichteten Forschungsgruppen, wie beispielsweise Conway et al. (2017, 848f), sowohl von vermehrten internalisierenden Verhaltensauffälligkeiten also z. B. Ängstlichkeit, Rückzugsverhalten und wenig Spielinteresse, als auch von externalisierendem Verhalten in Form von Hyperaktivität, Aufmerksamkeitsstörungen oder Aggression. Spätestens der Eintritt in den Kindergarten und die Zunahme an sozialen Kontakten erfordert jedoch ein Spektrum an sozialen und emotionalen Kompetenzen. Kinder begeben sich aus dem geschützten Rahmen des Elternhauses und müssen lernen, mit fremden Gleichaltrigen und Erwachsenen in Kontakt zu treten. Damit sich auch Late Talkers als kompetente Sprech- und Spielpartner erleben können, gilt es zur Vermeidung einer Art „Negativspirale“, die sprachliche Entwicklung möglichst frühzeitig durch eine regelmäßig stattfindende logopädische Intervention positiv zu beeinflussen.

Vor allem bei Kindern ab dem dritten Geburtstag zeigt sich, dass die Wahrscheinlichkeit für eine Spontanremission auf einen minimalen Anteil sinkt, sie können sprachliche Rückstände also ohne systematische logopädische Intervention nicht aufholen. Siegmüller und Beier (2015, 7) berichten, dass Kinder mit manifesten spezifischen Sprachentwicklungsstörungen in den meisten Fällen über mehrere Jahre kontinuierliche logopädische Therapie benötigen, da die Schere zwischen den Leistungen betroffener Kinder und der chronologischen Altersgruppe beständig größer wird, was in weiterer Folge zu Konflikten zwischen Behandelnden und verordnenden Instanzen führen kann.

Im Sinne der optimalen und effizienten Nutzung von Ressourcen ist somit auch aus gesundheitsökonomischer Sicht die Frage relevant, ob die Effekte einer gezielten und kontinuierlich stattfindenden logopädischen Intervention vor dem dritten Geburtstag spätere langfristige Therapien vermeiden könnten.

In einer Metaanalyse von Cable und Domsch (2011) wurden elf englischsprachige Studien, die zwischen 1985 und 2008 publiziert wurden und insgesamt 275 Late Talkers einschlossen, hinsichtlich der Effekte sprachtherapeutischer Interventionen analysiert. Es handelte sich nicht um eine spezifische Behandlungsform, sondern um verschiedene Interventionen, die entweder durch Therapeut*innen, Studierende im Aufbaustudium, Eltern oder eine Kombination durchgeführt wurde. Untersucht wurden allgemeine expressive und rezeptive Sprachleistungen, die durchschnittliche Äußerungslänge und der Erwerb gewisser Zielwörter. Evidenzen für Verbesserungen mit mittleren bis hohen Effektstärken durch die Sprachfrühintervention zeigten sich in allen untersuchten Bereichen und allen Behandlungskonstellationen, wobei sich nur zwei der drei verwendeten Methoden als wirksam erwiesen. Es wurde dezidiert auf die Notwendigkeit weiterführender Untersuchungen mit größeren Stichproben unter Einbezug variierender sozio-ökonomischer Hintergründe und ethnischer Zugehörigkeit hingewiesen.

Effektivitätsnachweise von Interventionen vor dem dritten Geburtstag lassen, gemeinsam mit Untersuchungen, die sich mit der notwendigen Behandlungsdauer in Abhängigkeit des Alters bei Therapiestart beschäftigen, darauf schließen, dass die Frühintervention im dritten Lebensjahr auch ökonomisch zu rechtfertigen ist. So konnten Ringmann und Siegmüller in ihrer Studie (2011, 9f) feststellen, dass die Kohorte der Late Talkers, die im Durchschnitt acht Monate jünger war, mithilfe einer regelmäßigen inputorientierten Lexikontherapie signifikant weniger Therapiesitzungen benötigte als Kinder, die bei Therapiestart schon zwischen 2;10 und 3;7 Jahre alt waren. Zudem konnte die Wahrscheinlichkeit der Manifestation einer späteren Sprachentwicklungsstörung bei der jüngeren Kohorte durch

das frühere Erreichen des Therapieziels verringert werden. Auch Ritterfeld und Niebuhr (2002, 324) geben zu bedenken, dass durch regelmäßige und gezielte Maßnahmen das Risiko für kognitive oder sozio-emotionale Folgeprobleme erheblich reduziert wird und die Behandlungsdauer kürzer ist, wenn frühzeitig begonnen wird.

Auf individueller Ebene ist es somit Ziel der Frühintervention, spezifische Entwicklungsprozesse der Sprache zu aktivieren und Stagnationen oder Kompensationsmechanismen zu verhindern. Junge Kinder scheinen durch eine erhöhte Sensibilität für das Sprachlernen in den sogenannten „sensiblen Zeitfenstern“ (Locke 1997, 266f) effektiver von einer rechtzeitigen und regelmäßig stattfindenden Frühintervention profitieren zu können, wobei längerfristige Nachhaltigkeitsdaten zu dieser theoretisch erklärbaren Aktivierung der Sprache noch Gegenstand der Forschung sind (Siegmüller und Beier 2015, 7).

Um die Relevanz logopädischer Leistungen auf gesellschaftlicher und volkswirtschaftlicher Ebene zu legitimieren, hat Pfaller-Frank (2015) für insgesamt 41 Indikationsbereiche der Logopädie Therapiebedarf, Wirkungen, Aufwendungen sowie den langfristigen monetären Nutzen erhoben und daraus eine Kosten-Nutzen-Analyse erstellt. Ergebnisse zeigen, dass der Nutzen logopädischer Behandlungserfolge die Kosten im Durchschnitt um das 25-Fache übersteigt. Die gesunde Sprachentwicklung ist, wie bereits erläutert, ein zentraler Prädiktor für spätere gehobene Lese- und Schreibkompetenzen. Diese wiederum wurden, durch ein im Rahmen des OECD entwickeltes Programm (PIACC), als eine von drei Schlüsselkompetenzen definiert, die für die Stellung am Arbeitsmarkt und in der Ausbildung von Erwachsenen sowie für die Teilnahme am täglichen gesellschaftlichen Leben wesentlich sind. In der vertiefenden Analyse von Statistik Austria (2014, 34f) wurde deutlich, dass schlechte schriftsprachliche Kompetenzen mit einer niedrigeren beruflichen Positionierung und damit mit einem geringeren Einkommen einhergehen. Das Bildungsniveau und das Bestehen im Berufsleben scheint somit in hohem Ausmaß von der Fähigkeit abzuhängen, das Symbolsystem Sprache in allen Modalitäten kompetent anzuwenden. Ein Kind, das erfolgreich logopädisch behandelt wurde, ermöglicht demnach später mit höheren Netto-Einkünften aus volkswirtschaftlicher Sicht also ein „Return on Investment“. Vor allem bei logopädischen Interventionen, die frühzeitig eingeleitet werden und somit längere und teurere Therapieintervalle vermeiden, kann der generierte Nutzen die Kosten teilweise um über das 100-Fache überschreiten (Pfaller-Frank 2020, 20ff).

Die Analyse der monetären Auswirkungen macht somit einerseits das ökonomische Potential logopädischer Intervention bei Late Talkers deutlich. Andererseits hängen Aspekte der sozialen Teilhabe, der Partizipation und Lebensqualität in beträchtlichem Ausmaß mit der Fähigkeit zusammen, den Alltag sprachlich bewältigen zu können. Sowohl auf individueller als auch auf gesellschaftlicher und volkswirtschaftlicher Ebene darf demnach festgehalten werden, dass die gezielte, frühzeitige und regelmäßige Intervention im Sinne einer Behandlungskontinuität relevant ist, vor allem in Zeiten einer Pandemie, in der limitierte Ressourcen die Behandlungsmöglichkeiten im Gesundheitswesen prägen.

3.4.2. Behandlungsform: Möglichkeiten der logopädischen Intervention

Wenn es nun um die verschiedenen Möglichkeiten in der *logopädischen Frühintervention* geht, muss dieser Begriff zunächst von jenem der *Sprachförderung* abgegrenzt werden. Logopädische Behandlungen erfolgen in Österreich auf ärztliche oder zahnärztliche Anweisung und basieren auf einem mit den Sozialversicherungsträgern vereinbarten Indikationskatalog. Logopädische Therapie findet demnach auf Grundlage einer ausführlichen Diagnostik statt und orientiert sich an modellgeleiteten Therapiekonzepten. Der Sprachförderung liegt hingegen keine Indikation im Sinne eines Störungsbildes zugrunde, sondern diese zielt auf die Stärkung und Weiterentwicklung bereits vorhandener Fähigkeiten ab. Dabei ist die Sprachförderung in die Lebenswelt des Kindes eingebettet und findet auf familiärer Ebene durch sprachförderliches Verhalten der Eltern oder Bezugspersonen statt, auf institutioneller Ebene existieren Sprachförderprogramme beispielsweise in Kindergärten, Schulen oder Stiftungen, z. B. für förderbedürftige Kinder oder Kinder mit mehrsprachigem Hintergrund (Schlesiger 2009, 93; Poncioni et al. 28.11.2015).

Die langsame Wortschatzentwicklung als Frühindikator für eine Sprachentwicklungsstörung ab dem dritten Geburtstag macht die logopädische Frühintervention bei Late Talkers somit zu einer Maßnahme der Sekundärprävention. Sie verfolgt das Ziel, Risikofaktoren zu identifizieren und mittels individuell angepasster Maßnahmen einer möglichen Sprachentwicklungsstörung entgegenzuwirken oder diese im Schweregrad zu mindern, um den betroffenen Kindern Chancengleichheit und Teilhabe am Alltag zu ermöglichen. Logopädische Frühintervention ist laut Schlesiger (2009, 93) somit als Oberbegriff zu verstehen für Diagnostik, Therapie, Elterninformation, -beratung und -anleitung.

Für Kinder mit Late-Talker-Profil gibt es diverse Möglichkeiten der logopädischen Intervention, wobei sich Behandlungsformen zum einen durch die Interventionsfrequenz unterscheiden und zum anderen dadurch, in welchem Ausmaß die Eltern oder Erziehungsberechtigten bzw. die Kinder selbst in die Behandlung einbezogen werden. Ziel sollte die Auswahl einer patient*innengerechten und ökonomisch sinnvollen Interventionsform sein. Im Folgenden werden gängige Formen der logopädischen Frühintervention erläutert, wobei sich die einzelnen Möglichkeiten nicht gegenseitig ausschließen und individuell kombinierbar sind.

„Wait-and-See“

Der Wait-and-See-Ansatz impliziert, dass Late Talkers ihre sprachlichen Rückstände in jedem Fall von selbst und ohne Nachteile für das Kind aufholen und dass Auffälligkeiten im Rahmen der Entwicklungsvariabilität zu sehen sind. Dieser Ansatz beschreibt somit keine Intervention im eigentlichen Sinne, sondern meint das Abwarten ohne jegliche Beratung oder Behandlung, gegebenenfalls mit Kontrollen ab dem dritten Geburtstag. Ein Ansatz, der aufgrund der Datenlage zu den Outcomes von Late Talkers und Late Bloomers als veraltet gilt (Hecking und Schlesiger 2009, 10).

„Watchful-Waiting“

Der Ansatz des Watchful-Waiting, der auf Paul (1996) zurück geht, bezeichnet eine präventive Sprachentwicklungsbeobachtung und impliziert eine detaillierte Beobachtung des Sprachentwicklungsverlaufs von Late Talkers. Im Watchful-Waiting-Ansatz werden in Abständen von drei bis sechs Monaten Kontrolldiagnostiken durchgeführt, die gekoppelt sind an punktuelle therapeutische Betreuung der Eltern in Form von Beratungen. Bei Häufung der Hinweise auf eine sich entwickelnde Sprachentwicklungsstörung wird die Frühintervention intensiviert (Schlesiger 2009, 96f).

Direkte, kindzentrierte Intervention

Bei dieser Behandlungsform, die häufig auch als therapeut*innenbasierte Intervention bezeichnet wird, steht die Interaktion zwischen Therapeut*in und Kind im Vordergrund und verfolgt das Ziel, die Kommunikationsfähigkeit und Entwicklung des Kindes durch die direkte und unmittelbare therapeutische Intervention positiv zu beeinflussen. Sie findet in regelmäßigen Abständen, im Schnitt wöchentlich, als logopädische Therapie statt und unterscheidet sich in der Umsetzung durch die Anwendung unterschiedlicher Therapiekonzepte. Diese wiederum unterscheiden sich je nach Ansatz darin, ob die therapeutische Interaktion primär vom Kind oder von dem*der Therapeut*in gelenkt wird

(gesteuerter oder naturalistischer Ansatz) und je nach Methode darin, wie hoch der sprachsystematische Grad in der Therapie ist, also ob eher sprachunspezifisch (interaktions- und/oder symbolfunktionsorientiert) oder sprachsystematisch (rezeptions- und/oder produktionsorientiert) gearbeitet wird (Schlesiger 2009, 95ff).

Bekannte deutschsprachige Therapiekonzepte sind unter anderem der naturalistische und symbolfunktionsorientierte Ansatz nach Zollinger (1997), ebenfalls naturalistische und entwicklungsorientierte Ansätze von Schlesiger (2009) oder Kruse (2007), sowie rezeptionsorientierte Konzepte von Ringmann und Siegmüller (2011).

Indirekte, elternzentrierte Intervention

Die indirekte, also elternzentrierte Intervention stellt die Arbeit zwischen Therapeut*in und Eltern in den Fokus. Ziel ist es, die engsten Bezugspersonen von Late Talkers in ihrem kommunikativen und sprachförderlichen Verhalten zu bestärken und zu trainieren, damit diese ihre Kinder im Alltag bewusst im Spracherwerb unterstützen können. Eine reine elternzentrierte Intervention reduziert die Kontaktpunkte zwischen Therapeut*in und Kind auf ein Minimum, beispielsweise zur Erst- und Abschlussdiagnostik (Buschmann 2017, 12f; Schlesiger 2009, 96). Im Kontext der Elternpartizipation kann sich der hohe Einbezug der Eltern durch die Aufgabenbereiche Elterninformation, Elternanleitung als Interaktions-training oder geführte Beobachtung sowie Elternberatung realisieren, wobei die Arbeit mit den Eltern regelmäßig, im Schnitt zweiwöchentlich, stattfindet (Hecking und Schlesiger 2009, 11f).

Bekannte Programme aus dem deutschsprachigen Raum sind das „Heidelberger Elterntraining“ von Buschmann (2017), „Schritte in den Dialog“ von Möller und Spreen-Rauscher (2009) sowie international die Elterntraining-Programme des „Hanen Centre“ (o.J.).

Da Logopäd*innen laut MTD-Gesetz die Diagnostik und Therapie eigenverantwortlich wählen dürfen, liegt auch die Auswahl der Behandlungsform bei Late Talkers im eigenen Ermessen. Faktoren, die die logopädische Entscheidungsfindung beeinflussen, wurden in Kapitel 2.3 beschrieben, sollten aber auch unter den erschwerten Rahmenbedingungen einer Pandemie evidenzgeleiteten Kriterien entsprechen.

Dass logopädische Frühintervention per se wirksam ist, wurde bereits in Kapitel 3.4.1 erläutert. Die Evidenzlage zur relativen Effektivität direkter, also kindzentrierter Interventionen für Late Talkers bis 36 Monate ist jedoch vor allem im deutschsprachigen Raum durch die wenigen Interventionsstudien dünn.

Ringmann und Siegmüller (2011) konnten positive Effekte hinsichtlich der Risikoreduktion für eine Sprachentwicklungsstörung beobachten und Schlesiger (2009) erzielte mittels ihres Therapiekonzepts positive Effekte auf die Sprachentwicklung von Late Talkers, wobei eine spezifische Sprachentwicklungsstörung zwar nicht verhindert, aber im Schweregrad signifikant vermindert werden konnte. Größer angelegte deutschsprachige Metaanalysen fehlen zum Zeitpunkt.

DeVeney et al. (2017) verglichen in acht Studien, in denen insgesamt 175 Late Talkers behandelt wurden, Effekte aus direkten und indirekten Interventionsformen. Sie konnten für beide Formen verbesserte sprachliche Outcomes feststellen und lieferten zudem Hinweise, dass die indirekte Intervention in Form von Elternarbeit potentiell effektiver ist. In den 90er-Jahren wurde das Elterntraining-Programm „It Takes Two to Talk“ des Hanen Centres von Girolametto et al. (1997, zitiert nach Schlesiger 2009, 109) untersucht, das den Eltern interaktionsorientierte Strategien und sprachspezifische Methoden, wie die fokussierte Benennung vermittelt. Kurzfristige positive Effekte konnten sowohl auf die sprachliche Entwicklung der Late Talkers als auch auf das elterliche Interaktionsverhalten nachgewiesen werden. Das Heidelberger Elterntraining, das die Eltern ebenso in ihrem sprachförderlichen Verhalten mit dem Kind im Alltag bestärkt, wurde mittels einer randomisierten, kontrollierten Studie mit hoher interner Validität zwischen 2004 und 2008 evaluiert. Die Ergebnisse belegen die Wirksamkeit in Bezug auf die Sprachentwicklung der Late Talkers. So konnten Kinder der Interventionsgruppe zu 75 % die sprachlichen Rückstände bis zum dritten Geburtstag aufholen, während dies nur 44 % der Kontrollgruppe taten. Bei der Follow-Up-Untersuchung mit vier Jahren zeigten sich besonders in den Bereichen des phonologischen Arbeitsgedächtnisses und bei sprachrezeptiven Aufgaben Unterschiede zugunsten der Interventionsgruppe (Buschmann 2017; 2015). Ein weiteres Follow-Up im Jugendalter innerhalb dieser Längsschnittstudie wird derzeit durchgeführt.

Evidenzen sprechen also sowohl für direkte als auch für indirekte Interventionsformen. Im Sinne des Clinical Reasoning werden aber auch Faktoren, die durch Rahmenbedingungen, durch Therapeut*innen und durch Patient*innen begründet sind tragend (siehe Kapitel 2.3.2). Um Logopäd*innen hierbei Handlungssicherheit zu geben, haben sich Modelle wie das „Dortmunder Konzept“ (Abb. 5) entwickelt. Es beruht auf einer genauen Analyse von individuellen Voraussetzungen der Familie, der Eltern-Kind-Interaktion sowie Schutz- und Risikofaktoren und schlägt ein Vorgehen vor, mit dem Ziel, Kinder mit drohenden Sprachentwicklungsstörungen frühzeitig zu erkennen und zu behandeln und gleichzeitig eine „Übertherapie“ von Late Bloomers zu vermeiden (Hecking und Schlesiger 2009, 13).

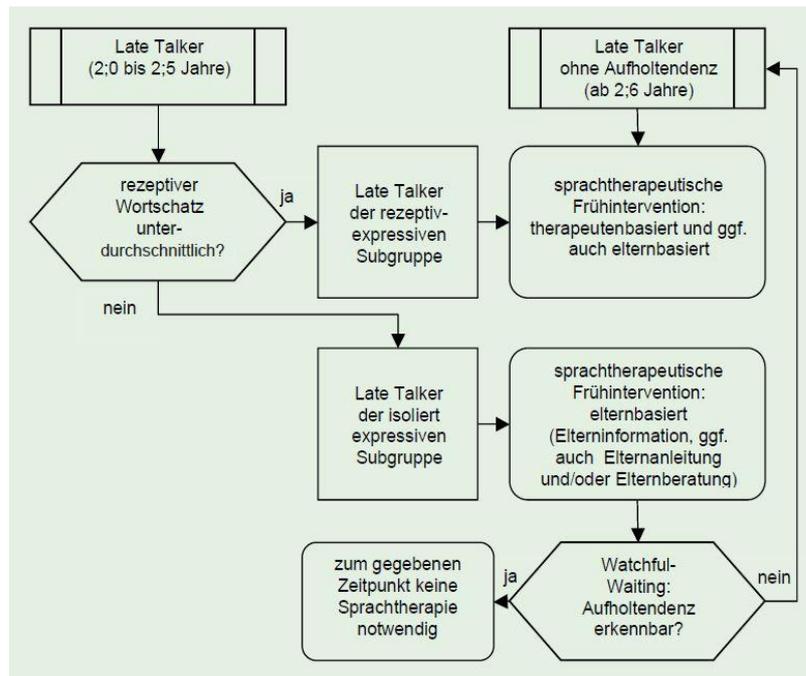


Abb.5: Dortmunder Konzept zur Diagnostik und Beratung für Familien mit Late Talkers (Hecking und Schlesiger 2009, S. 13)

Auch internationale Verbände, beispielsweise die „American Speech-Language-Hearing Association“ empfehlen zum Thema „Late Language Emergence“ ein Vorgehen basierend auf den individuellen Schutz- und Risikofaktoren, das dem Dortmunder Konzept ähnlich ist (Agin et al. o.J.). Mit Blick auf ökonomische Aspekte schlagen Siegmüller und Beier eine Verordnungspraxis bis zum 48. Lebensmonat vor, die jedoch weniger auf individuelle Voraussetzungen der Familie, als auf die generelle Verteilung der Therapieintervalle abzielt (2015, 7).

Neben diesen in den Patient*innen begründeten Faktoren beeinflussen auch Fähigkeiten und Fertigkeiten der Logopäd*innen, also beispielsweise besuchte Fort- und Weiterbildungen oder Erfahrungen in der jeweiligen Interventionsform die Entscheidungsfindung. Ausstattung der Therapieräume, Ausrüstung, Zeitmanagement etc., also jene Faktoren, die die Rahmenbedingungen betreffen, haben vermutlich vor der Pandemie die Therapieentscheidung hinsichtlich Interventionsform nur marginal beeinflusst. Die erheblichen pandemiebedingten Veränderungen des Arbeitssettings vieler Logopäd*innen, von denen beispielsweise Litke et al. (2021, 4ff) berichten, könnten jedoch auch Einfluss auf die Entscheidungspraxis bei Late Talkers haben. Dieser Frage soll im empirischen Teil unter anderem auf den Grund gegangen werden.

3.4.3. Behandlungssetting: Digitalisierung in der Logopädie

Wäre diese Arbeit vor dem Jahr 2020 verfasst worden, wäre das Behandlungssetting in der logopädischen Frühintervention mit Late Talkers sehr wahrscheinlich nicht in die drei relevantesten Aspekte der Versorgung für eine empirische Untersuchung eingeflossen. Seit Ausbruch der COVID-19-Pandemie im März 2020 haben sich alltägliche Praxisabläufe jedoch bedeutend verändert. So konnten Litke et al. (2021, 5f) in ihrer Querschnittstudie, welche die Auswirkungen der Pandemie auf die Versorgung von Patient*innen und die Arbeitssituation der Therapeut*innen in der ambulanten Logopädie in Deutschland untersucht, nicht nur Hinweise für den Einbruch der Versorgungskontinuität durch (vorübergehende) Praxisschließungen oder einen reduzierten Patient*innendurchlauf pro Tag feststellen, sondern auch Veränderungen bezogen auf das Behandlungssetting. Die Teletherapie hielt Einzug in den logopädischen Therapiealltag – knapp 63 % der von Litke et al. (2021, 6) befragten Logopäd*innen führten digitale Interventionen durch.

Bestrebungen zur Digitalisierung der Gesundheitsdienstleistungen sind per se nicht neu. Besonders in sogenannten „remote areas“, also abgelegenen Gebieten, wird schon seit Anfang der 2000er Jahre Videotelefonie in der Logopädie eingesetzt, um Patient*innen auch über große Distanz hinweg regelmäßig versorgen zu können. Über 50 % der vor 2015 publizierten Studien zum Gebrauch von „telehealth“ in der Logopädie wurden im systematischen Review von Molini-Avejonas et al. (2015) aus den USA oder Australien verzeichnet. In der deutschsprachigen Logopädie scheinen Digitalisierungsmöglichkeiten vor Ausbruch der Pandemie nur in vereinzelt Forschungsprojekten (Bilda 2017) bekannt gewesen zu sein, was vermutlich auch mit der geringen Praxistauglichkeit zusammenhängt, da logopädische Teletherapien erst seit März 2020 von den Sozialversicherungen honoriert werden. Die Honorierung telemedizinischer Leistungen wurde nun im Beschluss des Verwaltungsrates seitens der Österreichischen Gesundheitskasse bis Ende 2022 verlängert (Verwaltungsrat der ÖGK 2020).

Zukunftsweisend erkannte Bilda schon vor Ausbruch der Pandemie in Bezug auf die Digitalisierung der Logopädie: „Was wir heute für eine Utopie halten, kann morgen schon unser Alltag sein“ (2017, 6). In dieser Zukunft scheint nun auch die deutschsprachige Logopädie-Forschung angekommen zu sein, wenn die zahlreichen Studien betrachtet werden, die zum Thema Teletherapie seit 2020 publiziert wurden.

Bevor auf die Evidenzlage und Möglichkeiten der Teletherapie für die Behandlung von Late Talkers eingegangen wird, sollte zunächst der Begriff eingegrenzt werden. Während sich der*die Logopäd*in bei konventionellen Face-to-Face-Interventionen physisch im selben Raum befindet wie die Patient*innen und Angehörigen, so meint die Teletherapie bzw. Teleintervention die Behandlung über die Nutzung digitaler Medien. Es handelt sich dabei um eine Vielzahl an Möglichkeiten, wobei für vorliegende Arbeit vor allem die synchrone Teletherapie bzw. Teleintervention relevant ist. Synchrone Angebote definieren sich durch im Einzel- oder Gruppensetting durchgeführte Therapien, Beratungsangebote oder Befunderhebungen in Echtzeit via Videotelefonie, während Patient*innen bei asynchronen Angeboten selbstständig mittels PC-Programmen, Apps oder übermittelten Dokumenten üben (Lauer 2020, 12).

Die Effektivität logopädischer Teletherapie wurde international für mehrere Störungsbilder evaluiert. Beispielsweise kamen teletherapeutische Maßnahmen beim neurologischen Störungsbild der Aphasie und auch für die Therapie von Stimmstörungen zu vergleichbaren Ergebnissen wie mit der konventionellen Face-to-Face-Therapie (Hall et al. 2013; Rangarathnam et al. 2016). Weidner und Lowman (2020) sowie Molini-Avejonas (2015) analysierten systematisch Studien zur Machbarkeit, Effizienz, sowie diagnostischen Genauigkeit und therapeutischen Wirksamkeit für verschiedene logopädische Störungsbilder. Sie zeigten die Relevanz für abgelegene und logopädisch unterversorgte Gebiete auf und verwiesen auf die Vorteile hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit sowie der Zufriedenheit auf Therapeut*innen-, wie auch auf Patient*innenseite. Sie konstatierten jedoch auch die methodisch wenig validen Studiendesigns zur Erhebung der Effektivität und gaben zu bedenken, dass das Gros der Forschungen zum Thema Teletherapie ausschließlich Interventionen mit Erwachsenen analysiert.

In Studien mit Kindern zwischen vier und zwölf Jahren stellten sich, unter den Limitationen geringer Datenlage und variierender Qualität der Untersuchungen, teletherapeutische Maßnahmen als ebenso wirksam wie Face-to-Face-Interventionen heraus (Wales et al. 2017, 63). Übereinstimmend wird dennoch von Therapeut*innen berichtet, dass teletherapeutische Maßnahmen direkt mit dem betroffenen Kind erst ab ca. vier Jahren sinnvoll sind, da jüngere Kinder nicht ausreichend kooperativ für diese zweidimensionale Therapieform sind (Lauer 2020, 15; Molini-Avejonas et al. 2015, 6).

Für die Zielgruppe der vorliegenden Arbeit, also für Late Talkers, scheint die Teletherapie als direkte Interventionsform mit dem Kind aus Sicht der Logopäd*innen demnach nicht realisierbar zu sein. Aus Regionen, in denen Logopäd*innen aufgrund der geografischen Lage schon länger mit dem Thema der Versorgung via Videotelefonie konfrontiert sind, werden jedoch schon seit einigen Jahren sogenannte „Virtual Home Visits“ für Kinder bis drei Jahre mit Entwicklungsverzögerungen oder Behinderungen und deren Eltern durchgeführt und evaluiert. Bei diesen von Olsen et al. (2012, 277) beschriebenen Teleinterventionen nimmt die direkte Interaktion zwischen Behandler*in und Kind einen geringeren Stellenwert ein, im Mittelpunkt steht vor allem die gezielte Elternberatung durch die Vermittlung sprachförderlicher Strategien, welche die Eltern direkt während der Einheit mit ihren Kindern erproben können. Vorteile ergeben sich laut dieser Untersuchung hinsichtlich der Versorgungskontinuität, der Wirtschaftlichkeit der Maßnahme und der Machbarkeit für Behandler*innen und Familie. Behl et al. (2017) untersuchten die Effektivität früher Intervention via Videotelefonie für Kinder unter drei Jahren mit Hörstörungen. Hier zeigte sich, dass Kinder aus der „Telepractice“-Kohorte sogar bessere rezeptive und expressive Sprachoutcomes erzielten als die Gruppe, die konventionelle Hausbesuche erhielt. Sie führen die Erfolge der Teleintervention unter anderem auf den vermehrten Einbezug der Eltern in die Therapie und die Stärkung der Eltern-Kind-Interaktion zurück. Dieser Coaching-Ansatz wird auch in einer Metaanalyse von Camden et al. (2019, 9) als effektivster Faktor in der Teleintervention bei Kindern mit Behinderung gesehen.

Krisenbedingt änderte sich das gewohnte logopädische Setting also einerseits hin zur digitalisierten Therapie, aber auch Face-to-Face-Therapien konnten bzw. können nicht unter den üblichen Umständen stattfinden. Besonders das Tragen von Schutzmasken, das einen großen Teil des Gesichts und den gesamten Mundbereich bedeckt, verändert den therapeutischen Kontakt. Die Mimik ist nur noch rudimentär, Artikulationsbewegungen beim Sprechen gar nicht mehr erkennbar und das Gesprochene wird gedämpft wahrgenommen. Allesamt Aspekte, die besonders in der Therapie mit jungen Kindern jedoch wesentlich zum Therapiefortschritt beitragen (Wanetschka et al. 2020, 8f). Um das Infektionsrisiko zu minimieren erfordert die Pandemie „social distancing“, also Sicherheitsabstände zu anderen Personen einzuhalten. Zugleich ist die soziale Nähe ein Kernelement logopädischer Therapie und unter anderem auch Grundlage für die in Kapitel 3.4.2 beschriebenen Therapiekonzepte, die auf dem gemeinsamen Spiel in der Interaktion basieren.

„Kontakt ist das Herzblut der Therapie“ (Wanetschka et al. 2020, 10). Der Wirkfaktor der therapeutischen Beziehung, der im Kontakt aufgebaut wird, sollte besonders in Krisenzeiten nicht außer Acht gelassen werden. Die Relevanz der „therapeutischen Allianz“, also der Bindung und des Vertrauens zwischen Therapeut*in und Patient*in ist zumindest für die Psychotherapie belegt und hat einen bis zu 30-prozentigen Einfluss auf den Therapieerfolg (Asay und Lambert 2001, zitiert nach Wanetschka et al. 2020, 7). Auch für die Logopädie wird angenommen, dass die therapeutisch-kommunikative Beziehung mit dem Therapieerfolg korrespondiert (Weigand 2017, 13; Weber 2017, 8). Die krisenbedingte Transformation des logopädischen Settings, sei es durch Schutzmaßnahmen im Face-to-Face-Setting oder durch Verlagerung hin zur Teletherapie bzw. Teleintervention, kann also auch die Therapiebeziehung und somit den Therapieerfolg beeinflussen.

Für die Entscheidungsfindung hinsichtlich des Therapiesettings bei Late Talkers gibt es derzeit noch keine konkreten Handlungsempfehlungen. Ob die Therapie nun im Face-to-Face-Setting unter Einhaltung aller Hygiene- und Sicherheitsmaßnahmen durchführbar und angemessen ist, eine Intervention via Videotelefonie oder vielleicht eine Kombination der genannten Settings sinnvoll ist, muss also individuell, auch unter Einbezug der familiären Voraussetzungen entschieden werden. Evidenzen aus internationalen Studien und Einsichten von Behandler*innen mit bereits jahrelangen Erfahrungen in diesem Bereich können jedoch die Entscheidungsfindung erleichtern und Mut machen, ein bisher unbekanntes Behandlungssetting mit Late Talkers und deren Eltern zu erproben.

4. Methodik

Grundlage für die thematische Eingrenzung des Themas, die Entwicklung der Forschungsfrage und des Fragebogens, sowie die Verfassung des Literaturteils stellte eine Literaturrecherche in verschiedenen Literaturdatenbanken dar. So wurde im Zeitraum zwischen November 2020 und Februar 2021 zum einen über die EBSCO-Datenbank sowie über die OPAC-Literatursuche der FHG Tirol (<https://www.fhg-tirol.ac.at>) und die Datenbank der Universitäts- und Landesbibliothek Tirol (<https://www.uibk.ac.at/ulb/>) recherchiert. Weiters erfolgte die Suche über elektronische Archive einschlägiger deutschsprachiger und internationaler Fachzeitschriften, wie beispielsweise „Stimme Sprache Gehör“ oder dem „Journal of Speech, Language and Hearing Research“ sowie Suchmaschinen von Google Scholar (<https://scholar.google.com/>) und Google Books (<https://books.google.at/>). Zudem dienten das digitale Rechtsinformationssystem des Bundes (<https://www.ris.bka.gv.at/>) und die Website des Berufsverbandes logopädieaustria (<https://logopaediaustria.at/>) der Recherche.

Gesucht wurde unter den Schlagwörtern *Late Talker*, *Logopädie*, *Sprachtherapie*, *COVID*, *Pandemie*, *Versorgungsauftrag*, *Teletherapie* und *evidenzbasierte Praxis* nach deutsch- und englischsprachigen Arbeiten. Aus den zahlreichen gefundenen Quellen zu diesem Thema konnte weitere einschlägige Literatur mittels Schneeballverfahren eruiert werden. Aufgrund des vermehrten Forschungsgeschehens seit Ausbruch der Pandemie rund um das Thema Digitalisierung in der Logopädie war die Aktualität der gefundenen Studien hoch. Arbeiten, die sich mit Teletherapien oder Teleinterventionen beschäftigten, wurden eingeschlossen, wenn sie in den letzten zehn Jahren verfasst wurden, bei Studien zur Effektivität bestimmter Behandlungsformen wurden Arbeiten aus den letzten 15 Jahren akzeptiert.

4.1. Forschungsdesign

Vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit logopädischen Versorgungsaspekten unter neuartigen Rahmenbedingungen, nämlich jenen einer weltweiten Pandemie. Es handelt sich somit um eine explorative, also gegenstandserkundende und theoriebildende Arbeit mit dem Ziel, relevante Gesichtspunkte in der Arbeit mit Late Talkers in Österreich während der COVID-19-Pandemie über einen empirischen Zugang zu erheben und zu evaluieren und dadurch die Forschungsfrage hinreichend beantworten zu können.

Um die Versorgungssituation sowie Faktoren in der logopädischen Entscheidungsfindung während der Pandemie im österreichischen Querschnitt möglichst deckend beschreiben zu können wurde die Befragungsmethode mittels elektronischem Fragebogen gewählt. Diese eignet sich laut Döring und Bortz (2016, 398), um in effizienter Art und Weise Aspekte des subjektiven Erlebens und des Verhaltens auch retrospektiv zu erfassen.

4.2. Ethik und Datenschutz

Um nach österreichischer Datenschutz-Grundverordnung konform zu handeln wurde für die Erhebung mittels Fragebogenmethode das Online-Befragungs-Tool „SoSci Survey“ (<https://www.soscisurvey.de/>) gewählt, welches Maßnahmen zum Datenschutz ergreift und auf seiner Website beschreibt. Das Unternehmen gibt an, deutschen Datenschutzanforderungen durch geeignete Einstellungen und Funktionen gerecht zu werden sowie die Online-Befragungen über eine datenschutzkonforme Infrastruktur des Befragungsservers durch Verschlüsselung der Daten durchzuführen (SoSci Survey o.J.). Es werden zudem keine IP-Adressen aufgezeichnet und eine Löschung aller Daten nach Abschluss des Projekts ist möglich.

In der Fragebogeninstruktion wird darauf hingewiesen, dass die Befragungspersonen mit Absenden des Fragebogens in die Teilnahme einwilligen und dass alle Daten anonym und zu rein wissenschaftlichen Zwecken erhoben werden. Es handelt sich bei den erhobenen Daten nicht um personenbezogene Daten, womit ein Rückschluss auf einzelne Personen unmöglich ist. Sollten erhobene soziodemografische Merkmale auf weniger als fünf Personen zutreffen, werden diese im Verlauf entsprechend gruppiert, um die Anonymität weiterhin zu gewährleisten. Bei den Befragungspersonen handelt es sich zudem nicht um vulnerable oder besonders schutzwürdige Personengruppen, weshalb auf die Vorlage beim Research Committee for Scientific Ethical Questions (RCSEQ) oder einem anderen Board für ethisch-wissenschaftliche Fragestellungen verzichtet wurde. Die für diese Studie ausgefüllte RCSEQ-Checkliste zur Entscheidungsfindung findet sich im Anhang 9.1.

4.3. Entwicklung des Fragebogens

Da kein standardisierter Fragebogen zu vorliegendem Thema existiert, wurde die Fragebogenkonzeption und -konstruktion zur Gänze eigenständig vorgenommen und das Befragungsinstrument im Anschluss mittels qualitativer Pretests optimiert.

Die Entwicklung des Fragebogens orientierte sich inhaltlich an den in Kapitel 3.4 genannten logopädischen Versorgungsaspekten bei Late Talkers und erfolgte zunächst als Paper-Pencil-Variante, wobei die endgültige Erstellung und Durchführung der Umfrage elektronisch abgewickelt wurde. In der Grob- und Feinkonzeption des quantitativ ausgerichteten, strukturierten Fragebogens sowie der Operationalisierung der einzelnen Items wurde nach Döring und Bortz (2016, 232ff, 405ff) vorgegangen. Aufgrund der Komplexität und Vielzahl der zu erhebenden Aspekte wurden Hinweise von Porst (2014, 99ff) zur Formulierung der Fragen berücksichtigt.

4.3.1. Fragebogen-Pretests

Mit dem Ziel, mögliche Probleme der Befragungspersonen beim Beantworten der Fragen zu identifizieren und Auskunft über die Verständlichkeit der Fragen sowie über die ungefähre Bearbeitungsdauer zu erhalten, folgte auf die Konstruktion des Fragebogens eine Pretest-Phase. Es wurde die kognitive Pretest-Methode des lauten Denkens („think-aloud“-Technik) gewählt, in der die Teilnehmer*innen aufgefordert werden, während des Beantwortens der Fragen sämtliche Gedankengänge, die zur Antwort führen, zu verbalisieren (Porst 2014, 191ff). Auch wenn sich diese Methode gut für retrospektive Fragen eignet, da Rückerinnerungsprozesse einfacher formuliert werden können, fällt vielen Befragten die konsequente Versprachlichung aller Denkprozesse schwer (Prüfer und Rexroth 2005, 14). Aus diesem Grund erfolgte vor dem Interview eine detaillierte Anleitung anhand eines Übungsbeispiels und die wiederholte Aufforderung zum lauten Denken während der Befragung.

Im Zeitraum zwischen 26.01.2021 und 04.02.2021 wurden fünf kognitive Interviews mit Befragungspersonen aus der Zielpopulation durchgeführt, die später nicht an der Hauptuntersuchung teilnahmen (Döring und Bortz 2016, 411). Die Rekrutierung der Interviewpartner*innen erfolgte über diverse logopädische Qualitätszirkel und Arbeitsgruppen, wobei jene Logopäd*innen in Frage kamen, die wissentlich in Österreich tätig sind und mit Late Talkers arbeiten. In der Auswahl wurde der Fokus auf eine möglichst repräsentative Stichprobe der späteren Zielpopulation gelegt, weshalb vor allem auf eine breite Streuung bezüglich der Berufserfahrung und des Arbeitsverhältnisses geachtet wurde. Die logopädische Berufserfahrung variierte zwischen vier und 26 Jahren und es wurden Berufskolleg*innen aus verschiedenen Angestellten- und freiberuflichen Settings befragt. Drei Interviews konnten via Videotelefonie mittels Screen-Sharing und die restlichen zwei im persönlichen Kontakt mittels Paper-Pencil-Variante durchgeführt werden.

Die Interviews wurden nach Einverständniserklärung der Befragungspersonen aufgezeichnet. Anhand dieser Aufzeichnungen, die sich auf einem geschützten USB-Stick bei der Studienleiterin befinden, wurden Äußerungen der Interviewpartner*innen paraphrasiert. Zudem flossen Anmerkungen zweier Fachkolleg*innen mit Expertise hinsichtlich der Fragebogenmethode in die Optimierung des Befragungsinstruments ein.

In der Zusammenschau von paraphrasierten Äußerungen der Teilnehmer*innen und der Expert*innenanmerkungen wurde pro Frage über den Adaptierungsbedarf hinsichtlich Formulierung der Fragestellung, Reihenfolge und Vollständigkeit der Antwortmöglichkeiten und Art und Darstellung der Items entschieden. Besonders bei Fragen zur Behandlungskontinuität wurde offensichtlich, dass die Herleitung der Antworten aufgrund der weit in die Vergangenheit reichenden Fragen schwerfällt und eine einfachere Frageformulierung sowie die Ergänzung um grafische Orientierungshilfen notwendig macht. Zudem wurden Formulierungen bei Fragen zu Behandlungsform und -setting bei aufgetretenen Missverständnissen genauer beschrieben und wiederkehrende Fachbegriffe in Infoboxen, die in der elektronischen Variante durch Mouse-Over-Effekt eingeblendet werden, erläutert. Es zeigte sich, dass die Einschätzung zur Zufriedenheit mit der Behandlungskontinuität nicht in jedem Fall einer Begründung bedarf, weshalb diese Frage zu einem fakultativen Item abgeändert wurde. Anhand der Anmerkungen wurden bei diversen Fragen zu Behandlungskontinuität und -setting Antwortmöglichkeiten ergänzt, die zuvor nicht bedacht aber von mehreren Befragungspersonen genannt wurden. Da sich in den Pretests herausstellte, dass das Thema der logopädischen Versorgung von Late Talkers während der Pandemie durchaus emotional konnotiert ist und auch nach der Beantwortung der Fragen noch Mitteilungsbedarf bestand, wurde der Fragebogen um zwei fakultative, offene Fragen als Abschluss ergänzt.

4.3.2. Beschreibung des Fragebogens

Unter Berücksichtigung der in Kapitel 3.4 genannten Versorgungsaspekte soll die Forschungsfrage hinreichend beantwortet werden können. Aus diesem Grund gliedert sich die finale Version des Befragungsinstruments, die im Anhang 9.2 zu finden ist, in folgende fünf Teile:

- a) Mit dem Ziel der Stichprobenbeschreibung wurden im ersten Teil des Fragebogens soziodemografische Merkmale sowie relevante Informationen bezogen auf die Arbeit mit Late Talkers erhoben. Erfragt wurden Alter und Geschlecht der Teilnehmer*innen, Berufserfahrung, Arbeitsverhältnis seit dem Jahr 2020, Anteil an Late Talkers im

durchschnittlichen Arbeitsalltag und Informationen zu besuchten Fort- und Weiterbildungen. Zudem beinhaltete der erste Teil ein Kontrollitem, welches den Fragebogen für jene Logopäd*innen beendete, die angaben, nicht mit Late Talkers zu arbeiten.

- b) Im zweiten Teil wurden Daten zur Behandlungskontinuität erhoben, es wurde also der Frage nachgegangen, ob eine rechtzeitige und regelmäßige logopädische Intervention bei Late Talkers eingeleitet bzw. sichergestellt werden konnte. Von Interesse war einerseits die Wartezeit auf den ersten Termin zur Intervention sowie Veränderungen der Anzahl an Therapieanmeldungen und andererseits auch eine Einschätzung, bei wie viel Prozent der Late Talkers eine regelmäßige Intervention sichergestellt werden konnte, welche Gründe mögliche Kontinuitätseinbrüche hatten und wie zufrieden Logopäd*innen mit der Interventionsregelmäßigkeit waren. Um einen Vergleich anstellen zu können, wurden diese Fragen auf die verschiedenen Phasen der Pandemie sowie auf die Zeit vor Ausbruch der Pandemie bezogen.
- c) Ebenfalls in chronologischer Abfolge wurden Fragen zur Behandlungsform gestellt. Es wurde erhoben, welche Behandlungsform in der Arbeit mit Late Talkers am häufigsten gewählt wurde, wie sich das Vorgehen im Vergleich zu Nicht-Pandemie-Zeiten verändert hat und welche Denk- und Handlungsprozesse der Entscheidungsfindung zugrunde lagen.
- d) Fragen zum Behandlungssetting bezogen sich ebenfalls auf einen Vergleich der Situation vor der Pandemie zur Situation während der Pandemie und unterschied die zwei Settings Face-to-Face und synchrone Teletherapie bzw. Teleintervention. Es wurde zunächst erfragt, ob Teletherapien oder Teleinterventionen durchgeführt wurden, wie Entscheidungen zur Auswahl des Settings begründet wurden und wie hoch die Zufriedenheit mit der Durchführung möglicher Tele-Angebote ist bzw. war.
- e) In den abschließenden Fragen wurde um Einschätzungen und persönliche Meinungen zu obengenannten Versorgungsaspekten gebeten. So wurde beispielsweise erfragt, wie hoch die Wichtigkeit einer frühzeitigen und regelmäßigen logopädischen Intervention bei Late Talkers in Zeiten einer Pandemie eingeschätzt wird und wie erfahren die Befragungspersonen sich mit verschiedenen Interventionsformen und -settings fühlen. Außerdem wurde erhoben, für wie machbar sie die unterschiedlichen Therapiesettings unter den Rahmenbedingungen einer Pandemie sowohl in der direkten Arbeit mit Late Talkers als auch in der indirekten Intervention mit den Eltern halten.

Der gesamte Fragebogen umfasste 49 Fragen, wenngleich aufgrund der Filterführung nie alle Items zu beantworten waren. Der Bogen beinhaltete hauptsächlich Fragen mit geschlossenem Antwortformat, wobei bei Multiple-Choice-Fragen die vorgegebenen Antwortkategorien meist durch eine offene Kategorie um individuelle oder möglicherweise nicht beachtete Antwortalternativen ergänzt werden konnten. Um die Fragenfilterung zu ermöglichen, wurden teilweise dichotome Antwortformate gewählt und Zahlen- und Prozentangaben über ein Dropdown-Menü abgefragt. Angaben zur Zufriedenheit wurden über eine sechsstufige, äquidistante, endpunktbenannte Ratingskala mit der Möglichkeit, die Einschätzung in einem offenen Textfeld zu begründen, erhoben. Auf der letzten Fragebogenseite wurde der Grad der Zustimmung zu bestimmten Aussagen ebenfalls über eine sechsstufige, äquidistante, endpunktbenannte Skala ermittelt. Wie auch bei der Abfrage der Zufriedenheit wurde hier bewusst eine gerade Anzahl an Abstufungen gewählt, um den Einfluss der Mittelkategorie zu reduzieren (Porst 2014, 83f). Zwei fakultative qualitative Fragen zu den größten Hürden und Chancen in der Arbeit mit Late Talkers während der Pandemie stellten den Abschluss des Fragebogens dar.

4.4. Rekrutierung und Datenerhebung

Zur Grundgesamtheit für diese empirische Arbeit zählen alle in Österreich tätigen Logopäd*innen, die mindestens ein Jahr Berufserfahrung haben und mit Late Talkers arbeiten. Seit Juli 2018 ist die Eintragung in das österreichische Gesundheitsberuferegister für Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe und gehobenen medizinisch-technischen Dienste Voraussetzung für die Berufsausübung und würde somit eine Grundlage für die Rekrutierung bieten. Mit Stand 13.03.2021 sind 2154 Logopäd*innen im österreichischen Gesundheitsberuferegister eingetragen (Gesundheitsberuferegister Österreich 2021). Die Registrierungspflicht ist allerdings für die Dauer der Pandemie ausgesetzt und zudem können im öffentlichen Register nur die Namen von 100 Berufsangehörigen einer Berufsgruppe abgerufen werden, weshalb die Rekrutierung nicht über das Gesundheitsberuferegister durchgeführt werden konnte.

Der derzeit bestmögliche Zugang, eine große Anzahl von aktiv tätigen Logopäd*innen elektronisch zu erreichen, besteht demnach über den Berufsverband logopädieaustria. In einem ersten Schritt wurde der Link zum Online-Fragebogen im Rahmen des Newsletters am 15.02.2021 an 896 Logopäd*innen, die freiberuflich und/oder angestellt tätig sind, ohne Filterung des Tätigkeitsschwerpunktes oder -ausmaßes versendet.

Um gezielt jene Logopäd*innen anzusprechen, die mit Kindern unter drei Jahren arbeiten, wurde der Link in einem zweiten Schritt mit einer Woche Zeitverzögerung personalisiert per E-Mail an jene Berufskolleg*innen versendet, die in der Logopäd*innensuche von logopädieaustria angeben, mit Kindern zwischen null und drei Jahren mit Sprachentwicklungsverzögerung zu arbeiten (Berufsverband logopädieaustria o.J.). Diese Suche, die ausschließlich freiberuflich tätige Logopäd*innen anzeigt, lieferte am Tag der Aussendungen (23.02.2021) 437 Ergebnisse, wobei 57 Logopäd*innen entweder doppelt oder ohne E-Mail-Adresse eingetragen waren. Mit dem Ziel, auch Berufsangehörige zu erreichen, die nicht Mitglied im Berufsverband sind, wurde der Link zugleich in zwei einschlägigen österreichischen Logopädie-Facebook-Foren gepostet, wobei auch hier keine weitere Filterung des Tätigkeitsschwerpunktes oder -ausmaßes möglich war.

Diese breite Form der Distribution, in der sowohl aktiv als auch passiv rekrutiert wurde, stellt eine Näherung an die tatsächliche Grundgesamtheit dar, ermöglicht jedoch keine Berechnung der Rücklaufquote und kann Überlappungen, also Mehrfachansprache von Berufskolleg*innen, nicht ausschließen. Um eine Mehrfachabstimmung zu vermeiden, wurde in der Fragebogeninstruktion explizit auf eine einmalige Teilnahme an der Umfrage hingewiesen. Auf eine erneute Aussendung oder Erinnerung über die genannten Kanäle wurde verzichtet. Insgesamt war der Fragebogen vier Wochen lang, zwischen 14.02.2021 und 14.03.2021 über den Link <https://www.soscisurvey.de/latetalker/> abrufbar.

4.5. Fragebogenrücklauf

Im Zeitraum der Fragebogenerhebung wurden insgesamt 136 begonnene Interviews aufgezeichnet. Der höchste Rücklauf wurde an jenem Tag verzeichnet, als Logopäd*innen aktiv per E-Mail rekrutiert und der Link in zwei Facebook-Foren veröffentlicht wurde. Die Rücklaufkurve zeigte danach ein Abebben innerhalb weniger Tage und in den letzten zehn Tagen vor Schließung wurden lediglich zwei Interviews verzeichnet, weshalb der Zeitraum zur Teilnahme nicht über die geplante Dauer hinweg verlängert wurde.

Drei Befragungspersonen gaben an, nicht mit Late Talkers zu arbeiten und erfüllten somit nicht die Einschlusskriterien. 17 Personen brachen den Fragebogen bereits auf den ersten Seiten, nämlich im Frageblock „Informationen zur Person“, ab. Die meisten Ausstiege gab es im Block zur Behandlungskontinuität – 26 Befragungen wurden in diesem Teil abgebrochen. In den restlichen drei Frageblöcken wurden weitere acht abgebrochene Fragebögen aufgezeichnet.

Um zur nächsten Seite zu gelangen wurde für diese Erhebung bewusst die obligatorische Beantwortung aller geschlossenen Fragen eingefordert, wodurch keine Items übersprungen werden konnten. Das damit verbundene Risiko einer höheren Ausstiegsquote wurde jedoch im Sinne der Qualität und Plausibilität vollständig ausgefüllter Datensätze in Kauf genommen. Die Sichtung der Ergebnisse nach Fragebogenschließung zeigte, dass 82 Datensätze vollständig und plausibel ausgefüllt wurden, womit sie die Kriterien für die weitere Datenanalyse erfüllten. Die restlichen Datensätze wurden nicht in die Datenauswertung einbezogen.

4.6. Datenaufbereitung und -analyse

Die Datenaufbereitung und -auswertung erfolgte mit Hilfe der Statistik- und Analysesoftware SPSS (Version 26) sowie der Tabellenkalkulationssoftware Excel (Version 2019).

Vor der eigentlichen Datenauswertung wurden alle Datensätze auf Plausibilität geprüft und gegebenenfalls Variablen zur weiteren Berechnung unter Dokumentation der einzelnen Schritte transformiert. So wurden beispielsweise Alters- oder Prozentangaben in Spannen eingegliedert, um die grafische Darstellung zu erleichtern. Außerdem wurden optional getätigte Erläuterungen bei Multiple-Choice-Fragen wenn möglich einer Kategorie zugeordnet oder weiter als „Sonstiges“ verwertet.

Zur Auswertung der Datensätze wurden hauptsächlich deskriptivstatistische Verfahren eingesetzt. Je nach Skalenniveau und Sinnhaftigkeit der Aggregationstiefe wurden Daten gegebenenfalls gruppiert und nach absoluter und prozentueller Häufigkeit in Form von Tabellen, Balken- oder Kreisdiagrammen dargestellt. Für die statistische Analyse wurden metrische Variablen mittels Kolmogorov-Smirnov-Test mit einem Signifikanzniveau von 5 % ($p \leq .05$) auf Normalverteilung geprüft. Bei bestätigter Normalverteilung wurden der Mittelwert und die Standardabweichung berechnet, in allen anderen Fällen wurden Lage und Streuung der Daten durch Modus, Median und gegebenenfalls den Interquartilsabstand beschrieben. Für weitere interferenzstatistische Verfahren wurde ebenfalls ein Signifikanzniveau von 5 % ($p \leq .05$) festgelegt, sie dienen in vorliegender Arbeit jedoch nicht der Hypothesenprüfung und wurden daher spärlich eingesetzt. Zur Analyse der Differenz zentraler Tendenzen wurde für verbundene Stichproben und ordinalskalierte Variablen der Wilcoxon-Test verwendet, Zusammenhänge wurden mittels Rangkorrelationsanalysen nach Spearman untersucht. Effektstärken wurden mittels Korrelationskoeffizient (r) angegeben und nach Cohen (1988, 82) interpretiert.

Qualitative Daten in Form von Texten und Ergänzungen, wie beispielsweise bei den beiden offenen Abschlussfragen, wurden mittels qualitativer Datenanalyse verarbeitet, wobei nach den von Döring und Bortz (2016, 603ff) vorgeschlagenen kategorienbildenden Arbeitsschritten vorgegangen wurde. Bei dieser induktiven Analyse wurden Texte zunächst in Analyseeinheiten segmentiert und diesen Einheiten Codes zugeordnet, um sie im Anschluss in übergeordneten Kategorien zusammenfassen zu können.

5. Ergebnisse

In den folgenden Kapiteln werden die Ergebnisse der elektronischen Fragebogenerhebung dargestellt.

5.1. Beschreibung der Stichprobe

Die Beschreibung der Stichprobe sowie die Darstellung aller weiteren Ergebnisse erfolgt anhand der 82 vollständigen Datensätze, die im Rahmen der in Kapitel 4.4 genannten Befragungsphase erhoben wurden.

5.1.1. Alter und Geschlecht

Das Alter der befragten Logopäd*innen streute normalverteilt um den Mittelwert 41,8 (SD = 10,6). Mit 32,9 % der Befragten (27 Pers.) war die Gruppe der 40- bis 49-Jährigen am stärksten vertreten (Abb. 6).

Unausgewogen zeigte sich die Geschlechterverteilung. 79 Befragte (96,3 %) gaben an weiblich zu sein, zwei männlich (2,4 %) und eine Person wählte divers (1,2 %).

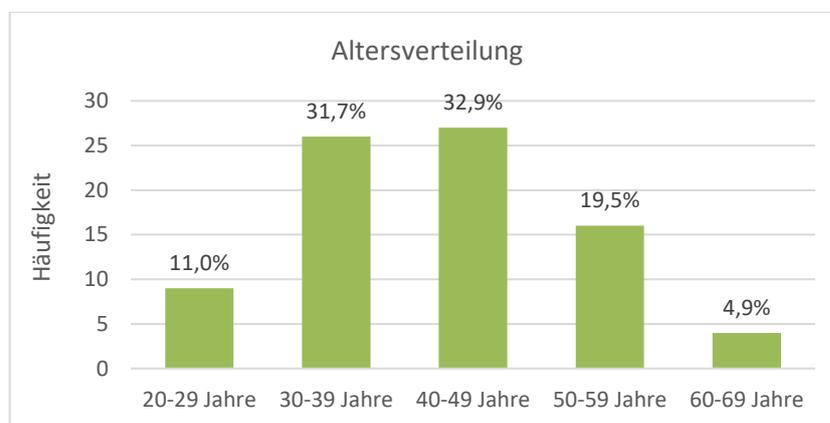


Abb.6: Altersverteilung

5.1.2. Berufserfahrung und Arbeitsverhältnis

Die Anzahl an Berufsjahren streute zwischen ein und 46 Jahren. Die meisten Logopäd*innen (31,7 %, 26 Pers.) gaben ein bis neun Jahre Berufserfahrung an, drei Befragte (3,7 %) konnten über 40 Jahre logopädische Tätigkeit vorweisen (Abb. 7). Im Median liegt die logopädische Berufserfahrung der Befragten bei 16,5 Jahren (IQR = 18).

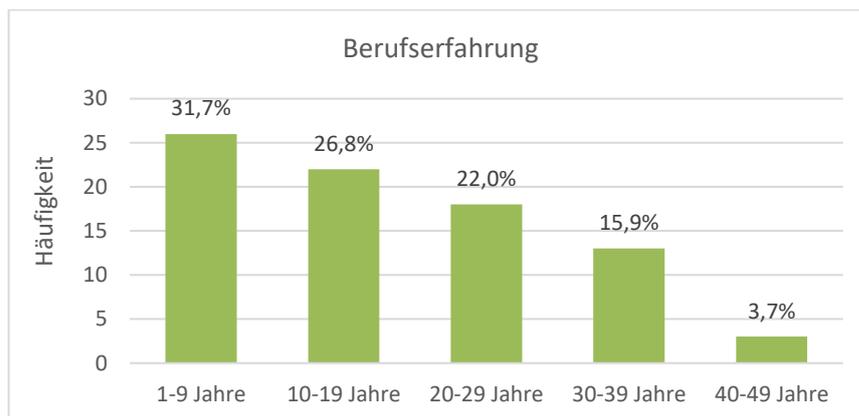


Abb.7: Berufserfahrung

Bei der Frage zum Arbeitsverhältnis konnten mehrere Antwortmöglichkeiten gewählt werden. 65 Logopäd*innen (79,3 %) gaben an, seit 2020 ausschließlich an einer Arbeitsstelle tätig zu sein, 17 (20,7 %) wählten zwei logopädische Arbeitssettings. Bei den Ergebnissen zeigt sich insgesamt ein deutlicher Überhang zur freiberuflichen Tätigkeit. Wie in Abb. 8 zu sehen, gaben lediglich sieben Logopäd*innen (8,5 %) an, ausschließlich in einem angestellten Arbeitsverhältnis tätig zu sein, 17 Befragte (20,7 %) arbeiteten zusätzlich zum Angestelltenverhältnis als Freiberufler*in. 40 Personen waren ausschließlich als Wahllogopäd*in (48,8 %), 18 als Vertragslogopäd*in (22,0 %) tätig. Logopäd*innen, die ein Anstellungsverhältnis nannten, arbeiteten zumeist in Ambulatorien, aber auch in Krankenhäusern, Hilfsorganisationen, angestellt bei freiberuflichen Logopäd*innen oder zusätzlich als wissenschaftliche Mitarbeiter*innen.

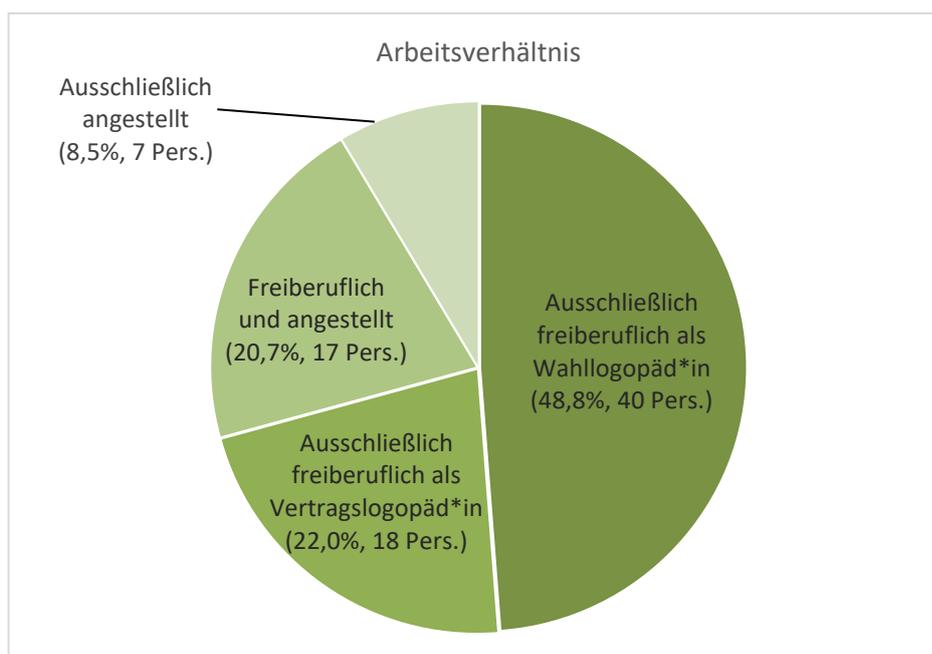


Abb. 8: Arbeitsverhältnis

5.1.3. Anteil an Late Talkers und absolvierte Fort- und Zusatzausbildungen

Bei der Frage, wie viel Prozent der Patient*innen in einer durchschnittlichen Arbeitswoche Late Talkers sind, streuten die Ergebnisse zwischen 1 % und 80 %. Zwei Datensätze mussten aufgrund unplausibler Eingaben von dieser Auswertung ausgeschlossen werden. Im Median gaben freiberuflich tätige Logopäd*innen an, dass 20 % (IQR = 20) ihrer Patient*innen Late Talkers sind, im angestellten Setting 10 % (IQR = 15).

78 Befragte (95,1 %) besuchten in der Vergangenheit mindestens eine Fort- oder Zusatzausbildung zum Thema frühe Sprachentwicklung oder Late Talkers, vier Befragte (4,9 %) bis dato keine. Die meisten Logopäd*innen (39,0 %, 32 Pers.) absolvierten drei bis fünf Fortbildungen, acht Kolleg*innen (9,8 %) bildeten sich öfter als zehn Mal fort (Abb. 9).

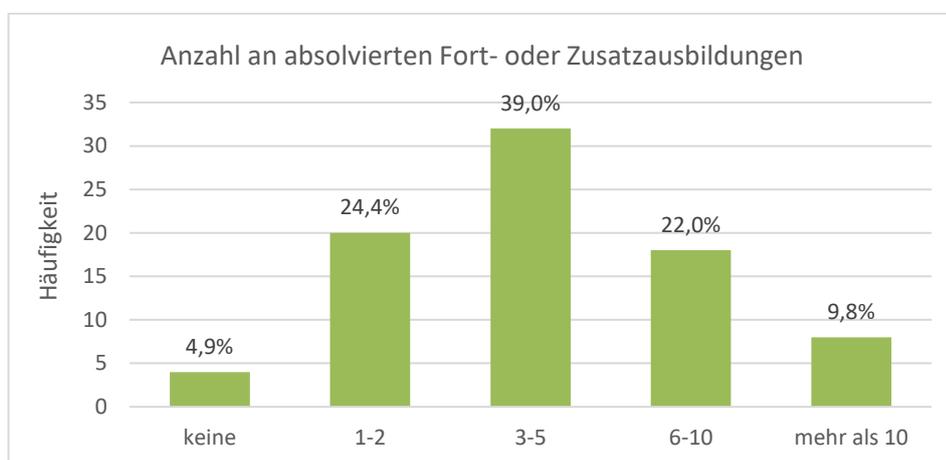


Abb. 9: Anzahl an absolvierten Fort- oder Zusatzausbildungen

Zusätzlich wurde erfragt, ob es sich bei einer der absolvierten Fortbildungen um einen indirekten, also elternzentrierten Ansatz handelte. Von den 78 Logopäd*innen mit Fortbildungskennnissen im Bereich der frühen Sprachentwicklung besuchten ca. die Hälfte (51,3 %, 40 Pers.) mindestens eine Weiterbildung, die ausschließlich die indirekte Intervention thematisierte, oder zu einem großen Teil die Elternarbeit fokussierte. 38 Logopäd*innen (48,7 %) bildeten sich ausschließlich in der direkten, also kindzentrierten Interventionsform fort.

Zudem zeigte sich eine hohe Aktualität im Fortbildungsgeschehen. 40 Kolleg*innen (51,3 %) gaben an, die letzte Fortbildung im Jahr 2019 oder später, also innerhalb der vergangenen zweieinhalb Jahre, absolviert zu haben. 33 Logopäd*innen (42,3 %) besuchten die letzte Weiterbildung zwischen 2013 und 2018 und lediglich fünf Befragte (6,4 %) bildeten sich letztmalig im Jahr 2012 oder früher zum Thema weiter.

5.2. Fragen zur Behandlungskontinuität

Seite 5 bis 10 des Fragebogens widmeten sich der Erhebung verschiedener Aspekte der Behandlungskontinuität. Ergebnisse aus diesem Block werden im Folgenden dargestellt.

5.2.1. Wartezeit auf den ersten Interventionstermin

Die Erhebung der Wartezeit auf den ersten Termin zur Intervention zeigte, dass Logopäd*innen in der Zeit vor der Pandemie im Durchschnitt sehr rasch mit der Intervention bei Late Talkers beginnen konnten (Abb. 10). 34 Befragte (41,5 %) gaben durchschnittliche Wartezeiten von unter einem Monat an, was zugleich auch die am häufigsten gewählte Antwortmöglichkeit darstellt.

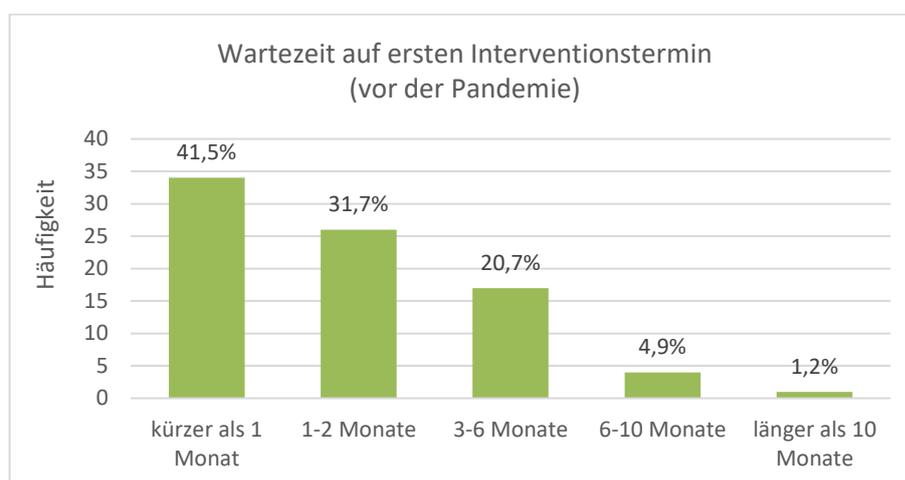


Abb. 10: Wartezeit auf ersten Interventionstermin (vor der Pandemie)

Zusätzlich wurde auf einer Skala von „deutlich kürzere Wartezeiten“ bis „deutlich längere Wartezeiten“ erhoben, ob und inwiefern sich die Wartezeit in den Phasen „1. Lockdown (Frühling 2020)“, „Sommer 2020“ und „2. und 3. Lockdown (November 2020 bis Februar 2021)“ jeweils im Vergleich zur Zeit vor der Pandemie verändert hat.

Im gesamten Verlauf des pandemischen Geschehens bis Februar 2021 wurde die Antwortmöglichkeit „unverändert (wie vor der Pandemie)“ am häufigsten, nämlich in Summe 123-mal gewählt. Für den Sommer 2020 konnten über die Hälfte der Logopäd*innen (62,2 %, 51 Pers.) keinen Unterschied zur Zeit vor der Pandemie feststellen. Mit insgesamt 59 Nennungen stellte die Antwortmöglichkeit „längere Wartezeit als vor der Pandemie“ über die drei genannten Phasen hinweg die zweihäufigste Angabe dar. Die Ausweichoption „keine Angabe möglich“ wurde ausschließlich im ersten Lockdown und im Sommer 2020 gewählt (Abb. 11).

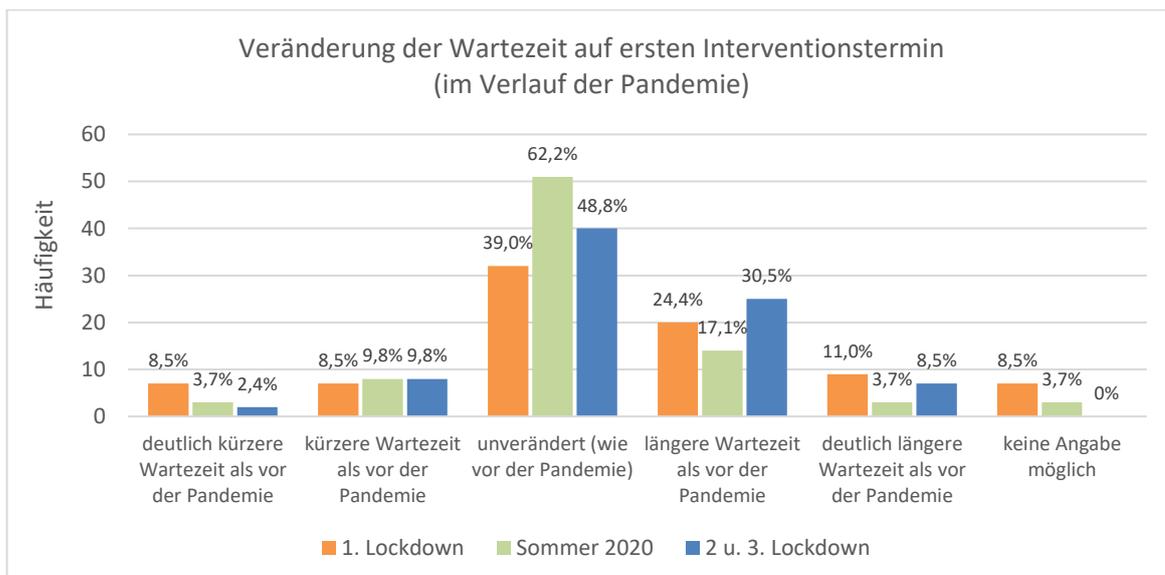


Abb. 11: Veränderung der Wartezeit auf ersten Interventionstermin (im Verlauf der Pandemie)

5.2.2. Anmeldungen von Late Talkers

Bei dieser Frage wurde auf einer Skala von „deutlich weniger Anmeldungen als vor der Pandemie“ bis „deutlich mehr Anmeldungen als vor der Pandemie“ erhoben, ob und inwiefern sich die Anzahl an Anmeldungen zur Abklärung und Intervention von Late Talkers verändert hat (Abb. 12). Auch hier wurden Logopäd*innen jeweils retrospektiv zu den obengenannten drei Phasen der Pandemie befragt.

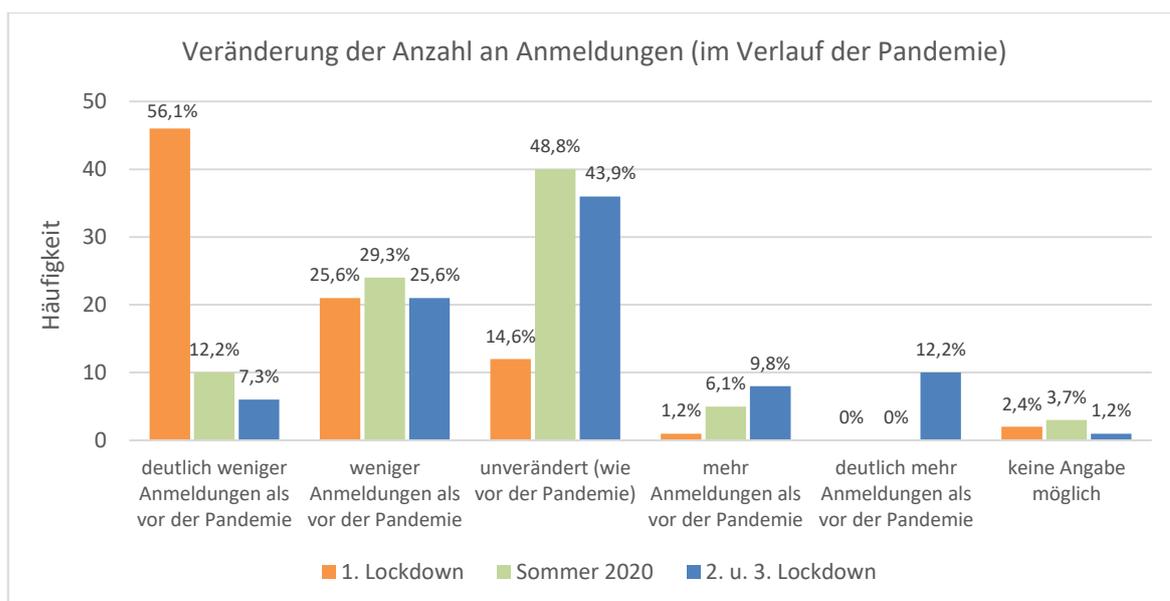


Abb. 12: Veränderung der Anzahl an Anmeldungen (im Verlauf der Pandemie)

Für den ersten Lockdown gaben insgesamt 67 Befragte (81,7 %) an, dass sie deutlich weniger oder weniger Anmeldungen von Late Talkers als vor der Pandemie zu bearbeiten hatten. 12 Logopäd*innen (14,6 %) konnten keinen Unterschied zur Zeit vor der Pandemie feststellen und lediglich ein*e Kolleg*in (1,2 %) erhielt mehr Anmeldungen als zuvor.

Bezogen auf die weiteren zwei Phasen der Pandemie wählten jeweils die meisten Logopäd*innen (48,8 %, 40 Pers. und 43,9 %, 36 Pers.) die Option „unverändert (wie vor der Pandemie)“. Für den Sommer 2020 entfielen insgesamt 34 Stimmen (41,5 %) auf deutlich weniger oder weniger Anmeldungen, für die Zeit zwischen November 2020 und Februar 2021 waren es 27 (32,9 %). Einen Zuwachs an Anmeldungen verzeichneten fünf Logopäd*innen (6,1 %) in den Sommermonaten, im zweiten und dritten Lockdown gaben in Summe 18 Befragte (22,0 %) mehr oder deutlich mehr Anmeldungen an. Die Ausweichoption „keine Angabe möglich“ wurde insgesamt sechsmal gewählt.

5.2.3. Regelmäßigkeit der Intervention

Als wichtiges Qualitätskriterium der Behandlungskontinuität wurde erhoben, bei wie viel Prozent der in Behandlung befindlichen Late Talkers nach Auskunft der Logopäd*innen eine regelmäßige Intervention sichergestellt werden konnte. Angaben wurden aufgrund der Filterführung in 5 %-Spannen erhoben und für die Darstellung weiter gruppiert.

Die Frage nach der Regelmäßigkeit wurde insgesamt viermal gestellt, einmal bezogen auf die Zeit vor Ausbruch der Pandemie sowie drei weitere Male in Bezug auf die oben genannten Phasen im Verlauf der Pandemie. Für die Zeit vor März 2020 (Abb. 13) gaben 46 Logopäd*innen (56,1 %) an, dass 95-100 % der Late Talkers eine regelmäßige Behandlung erhielten, was zugleich den Medianwert darstellt. Es entfielen lediglich fünf Nennungen (6,1 %) auf Angaben unter 50 %.

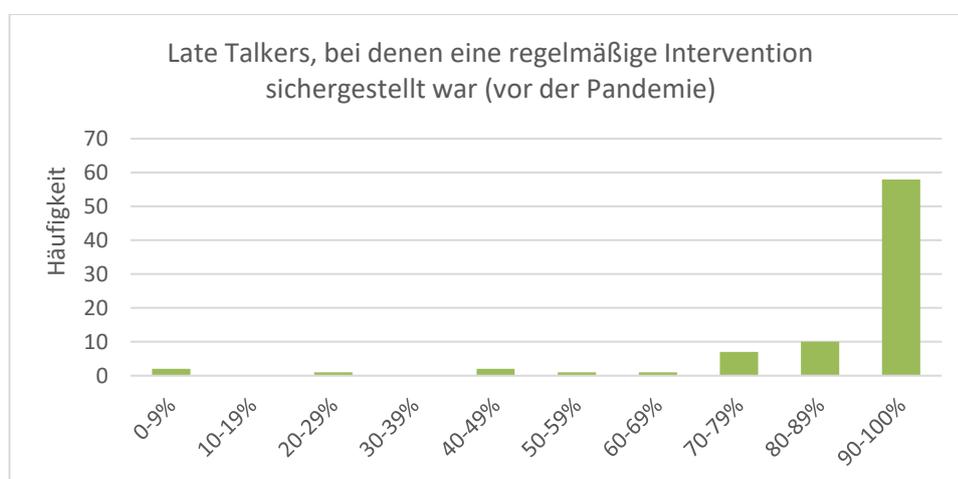


Abb. 13: Late Talkers, bei denen eine regelmäßige Intervention sichergestellt war (vor der Pandemie)

Abb. 14 stellt die absolute Häufigkeit der Nennungen seit Ausbruch der Pandemie dar. Für die Zeit des ersten Lockdowns gaben insgesamt 62 Logopäd*innen (75,6 %) Prozentwerte unter 50 % an, 46 Kolleg*innen (56,1 %) nannten sogar Prozentwerte unter 10 %. Der Medianwert entspricht für den ersten Lockdown 0-4 %. Neun Befragte (11,0 %) gaben an, dass bei allen, oder annähernd allen (90-100 %) in Behandlung befindlichen Late Talkers im Frühling 2020 eine regelmäßige Intervention sichergestellt war. Die Ausweichoption „keine Notwendigkeit zur Intervention in diesem Zeitraum“ wurde einmal gewählt.

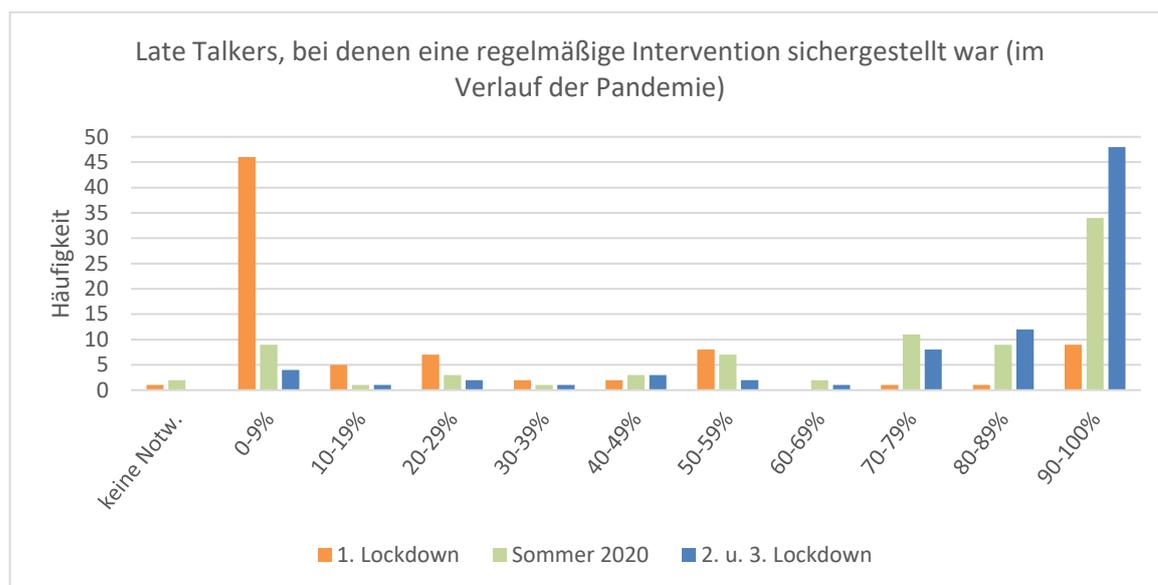


Abb. 14: Late Talkers, bei denen eine regelmäßige Intervention sichergestellt war (im Verlauf der Pandemie)

Nach Angaben der befragten Personen konnten im Sommer 2020 sowie im zweiten und dritten Lockdown wieder deutlich mehr Late Talkers regelmäßig versorgt werden. Im Sommer lag der Median bei 80-84 %, in den Herbst- und Wintermonaten wieder wie ursprünglich bei 95-100 %. Bezogen auf die Sommermonate wurde 17-mal (20,7 %) verzeichnet, dass weniger als die Hälfte der Late Talkers regelmäßig behandelt werden konnten, im zweiten und dritten Lockdown elfmal (13,4 %).

Im Vergleich zur Zeit vor Ausbruch der Pandemie konnten somit drastische Kontinuitätseinbrüche in der Behandlung von Late Talkers beobachtet werden, die sich im Verlauf des Jahres 2020 langsam zu erholen schienen. Tabelle 1 stellt negative und positive Rangveränderungen sowie Bindungen pro Logopäd*in jeweils im Vergleich zu Nicht-Pandemie-Zeiten dar. Auch wenn sich die Werte im Median wieder auf das ursprüngliche Niveau zurückbewegten, so ergaben sich im Wilcoxon-Test dennoch jeweils signifikante Unterschiede starken (1. Lockdown), mittleren (Sommer 2020) bzw. schwachen (2. und 3. Lockdown) Effekts im Vergleich zu Kontinuitätswerten vor März 2020.

Tabelle 1: Rangveränderungen und Wilcoxon-Test: Kontinuitätswerte im Vergleich zur Zeit vor der Pandemie

	1. Lockdown (n=81)		Sommer 2020 (n=80)		2. und 3. Lockdown (n=82)	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Negative Ränge	69	85,2 %	43	53,8 %	25	30,5 %
Positive Ränge	2	2,5 %	9	11,3 %	11	13,4 %
Bindungen	10	12,3 %	28	35,0 %	46	56,1 %
z-Wert	-7,377		-5,012		-3,113	
Asymp. Sign. (2-seitig)	<.001		<.001		.002	
Effektstärke (r)	.577		.393		.243	

Zufriedenheit mit der Regelmäßigkeit der Intervention

Zusätzlich wurde im Frageblock der Behandlungskontinuität auf einer Rangskala von (1) „gar nicht zufrieden“ bis (6) „sehr zufrieden“ die Zufriedenheit der Logopäd*innen mit der Regelmäßigkeit der Intervention bei Late Talkers erhoben. Während die meisten Logopäd*innen (52,4 %, 43 Pers.) angaben, sehr zufrieden mit der Kontinuität vor der Pandemie gewesen zu sein, sank die Zufriedenheit vor allem im ersten Lockdown, in dem die meisten Stimmen (59,8 %, 49 Pers.) auf „gar nicht zufrieden“ entfielen.

Die Zufriedenheitswerte stiegen, wie in Abb. 15 zu sehen, im Verlauf der Pandemie langsam wieder an, streuten jedoch während der Sommer-, Herbst- und Wintermonate deutlicher als noch vor der Pandemie.

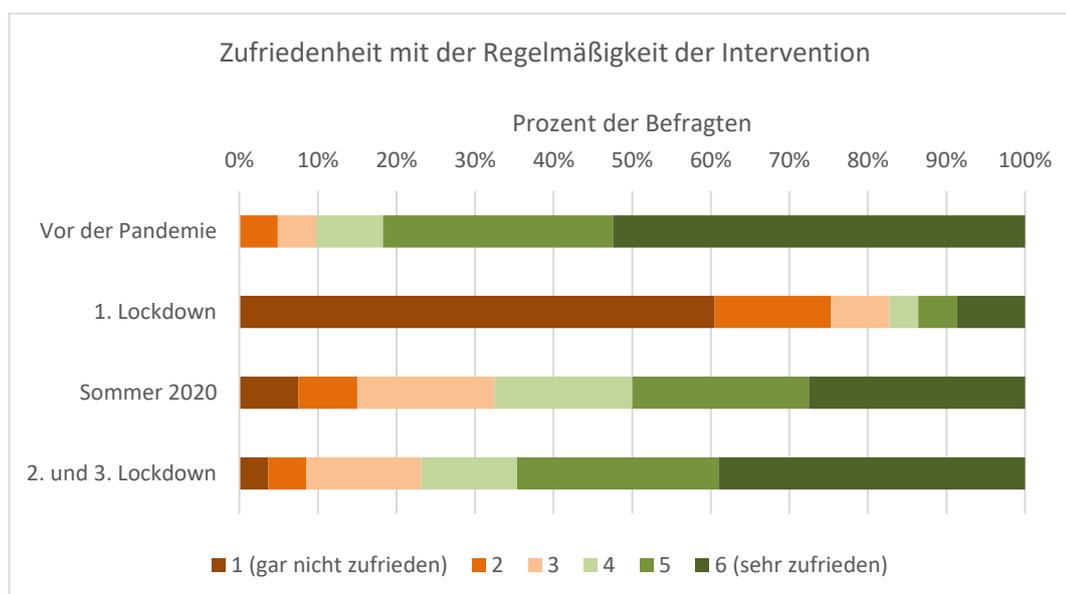


Abb. 15: Zufriedenheit mit der Regelmäßigkeit der Intervention

Angaben darüber, wie viel Prozent der Late Talkers regelmäßig versorgt werden konnten, korrelieren in allen vier Phasen mit der erlebten Zufriedenheit der Logopäd*innen.

Es zeigt sich sowohl vor der Pandemie ($p < .001$, $r = .544$), als auch im ersten Lockdown ($p < .001$, $r = .751$), im Sommer 2020 ($p < .001$, $r = .759$) und im zweiten und dritten Lockdown ($p < .001$, $r = .693$) ein signifikanter positiver Zusammenhang der erhobenen Werte.

Durchschnittlich 16 % der Teilnehmer*innen nutzten die Option der Erläuterung von Zufriedenheitsangaben, vorwiegend zur Erklärung von Aspekten der Unzufriedenheit. Für den Zeitraum vor der Pandemie wurden am häufigsten die zu geringen Therapiekapazitäten beschrieben, Unzufriedenheit seit Ausbruch der Pandemie wurde hauptsächlich durch Praxisschließungen oder die Unsicherheit und Skepsis der Eltern begründet. Zugleich beschrieben einige Logopäd*innen aber auch positive Aspekte in der Kooperation mit den Eltern, die sich durch höhere Motivation der Familien ergaben.

Gründe für Kontinuitätseinbrüche

Wenn Logopäd*innen bei einer oder mehreren Fragen zur Regelmäßigkeit der Intervention Prozentwerte unter 100 angaben, wurden zusätzlich die Gründe für etwaige Kontinuitätsschwankungen, mit Möglichkeit der Mehrfachantwort, erhoben.

Zum Zeitraum vor Ausbruch der Pandemie wurden somit 52 Logopäd*innen zu den Gründen befragt. Die Antwortoption „keine (regelmäßige) Intervention seitens der Eltern erwünscht/möglich“ wurde am häufigsten, nämlich von 67,3 % der dazu Befragten (35 Pers.) gewählt, gefolgt von „zu wenig Therapiekapazitäten meinerseits“ (44,2 % der Befragten, 23 Pers.) und „zu junges oder unkooperatives Kind“ (13,5 % der Befragten, 7 Pers.). In den insgesamt fünf Ergänzungen der Kategorie „Sonstiges“ wurden Krankheitsstände und längere Urlaube genannt.

Mit Ausbruch der Pandemie rückten andere Argumente in den Vordergrund. Abb. 16 stellt Gründe für Kontinuitätseinbrüche im Verlauf der Pandemie prozentuell sowie in der absoluten Anzahl an Nennungen dar.

Für den ersten Lockdown gaben knapp 78,7 % der 75 Befragten an, dass die Einrichtung oder Praxis ohne Alternativangebot für Late Talkers geschlossen war. Am zweithäufigsten wurden von 41,3 % der Logopäd*innen die Eltern als Hindernisfaktor genannt, gefolgt von Gründen bezogen auf die pandemischen Rahmenbedingungen, wie beispielsweise, dass die Einhaltung von Sicherheitsmaßnahmen nicht möglich war, Kurzarbeit oder behördlich angeordnete Quarantäne. „Zu junges oder unkooperatives Kind“ und geringe Therapiekapazitäten wurden von jeweils unter 10 % der Personen genannt.

Acht Textergänzungen bezogen sich auf die Nichtvereinbarkeit der Teletherapie mit Late Talkers und deren Eltern und auf die Priorisierung von dringenden und nicht aufschiebbaren Therapien.

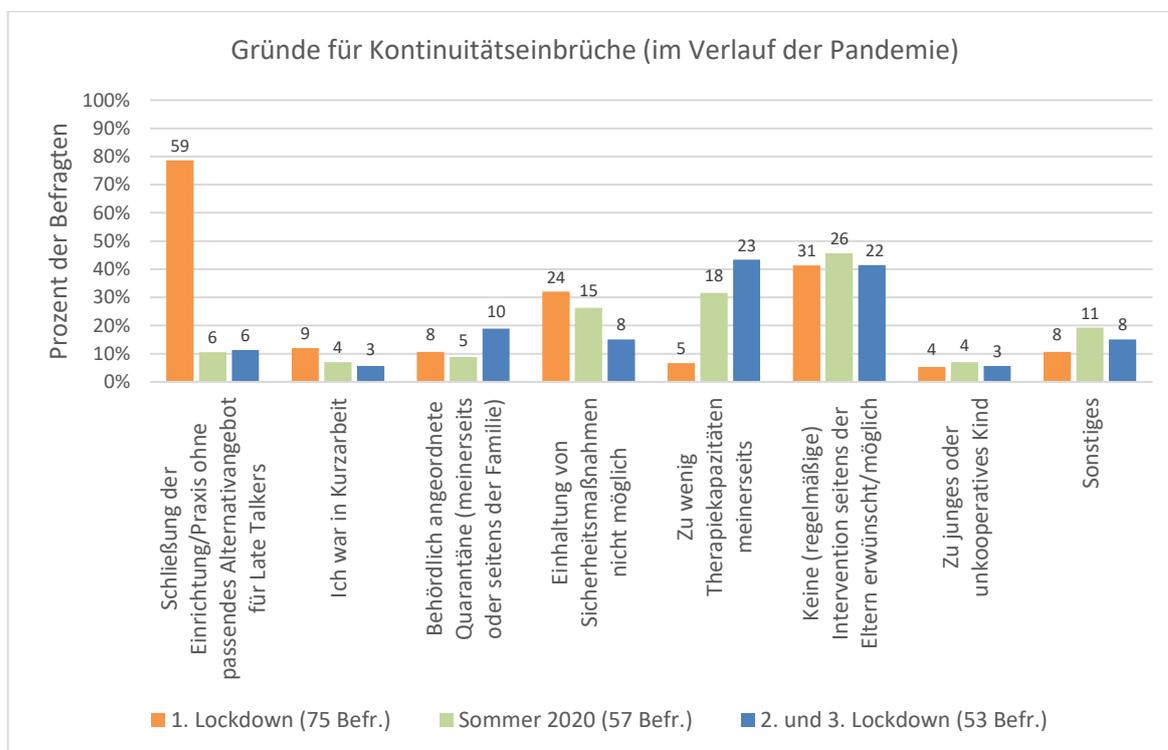


Abb. 16: Gründe für Kontinuitätseinbrüche (im Verlauf der Pandemie)

Sowohl für die Sommer-, als auch für die Herbst- und Wintermonate wurden deutlich weniger Nennungen (10,5 % und 11,3 % der Befragten) bezogen auf die Schließung der Einrichtung oder Praxis verzeichnet als im ersten Lockdown. Jedoch gaben auch hier jeweils über 40 % der Befragten an, dass keine regelmäßige Intervention stattfinden konnte, weil es seitens der Eltern nicht erwünscht oder möglich war. Besonders im zweiten und dritten Lockdown rückten die eingeschränkten Therapiekapazitäten wieder in den Vordergrund (Nennungen von 43,4 % der Befragten). Ergänzungen unter „Sonstiges“ betrafen für den Sommer 2020 vor allem urlaubsbedingte Ausfälle sowie Verschiebungen aufgrund besorgter Eltern. Im zweiten und dritten Lockdown wurden sehr individuelle, nicht näher zuordenbare Gründe genannt.

Über alle vier erhobenen Zeiträume hinweg wurde die Option „keine (regelmäßige) Intervention seitens der Eltern erwünscht/möglich“ mit insgesamt 114 Nennungen am häufigsten gewählt, gefolgt von Schließungen der Praxis oder Einrichtung (insgesamt 71 Nennungen) und nicht ausreichenden Therapiekapazitäten der Behandelnden (insgesamt 69 Nennungen).

5.3. Fragen zur Behandlungsform

Fragen zur Behandlungsform orientieren sich an den in Kapitel 3.4.2 beschriebenen Formen der Intervention mit Late Talkers.

5.3.1. Entscheidungsfindung in der Auswahl der Behandlungsform

Zu Beginn dieses Frageblocks wurde erhoben, ob befragte Logopäd*innen bei der Auswahl der Behandlungsform prinzipiell nach einem allgemein bekannten Konzept zur Entscheidungsfindung, wie beispielsweise dem Dortmunder Konzept (Hecking und Schlesiger 2009), vorgehen. 40 Befragte (48,8 %) gaben an, Entscheidungen ohne Unterstützung eines evidenzgeleiteten Konzeptes zu treffen, die restlichen 42 Personen (51,2 %) wählten „ja“. Eine Stratifizierung nach Anzahl der absolvierten Fort- und Zusatzausbildungen zeigte, dass der prozentuelle Anteil jener Logopäd*innen, die angaben, konzeptgeleitet vorzugehen, in der Gruppe mit mehr als zehn Fortbildungen am höchsten (87,5 %), in der Gruppe ohne Fortbildungen am niedrigsten (0 %) ist (Abb. 17).

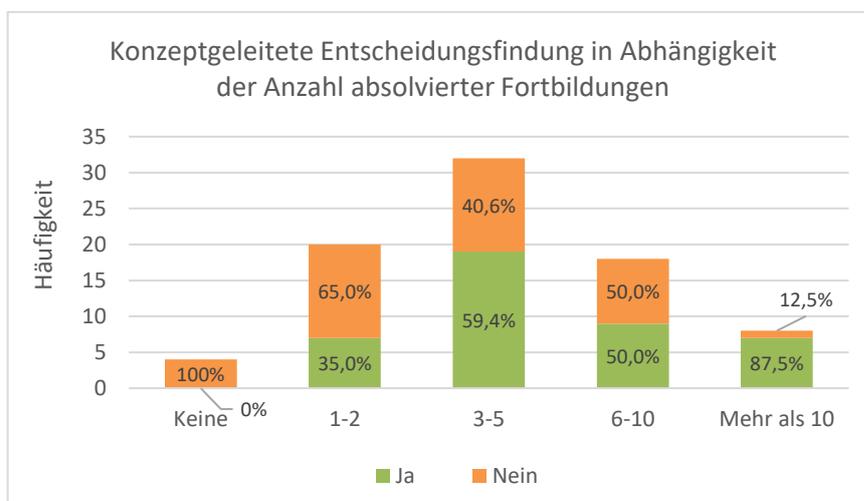


Abb. 17: Konzeptgeleitete Entscheidungsfindung in Abhängigkeit der Anzahl absolvierter Fortbildungen

Logopäd*innen, die „ja“ wählten, wurden aufgefordert, das Konzept, nach dem sie vorgehen, in einem offenen Textfeld zu nennen. Obwohl diese Frageformulierung im Zuge der Pretest-Phase umformuliert wurde, um den Fokus auf das zugrundeliegende Entscheidungskonzept und nicht auf das tatsächlich durchgeführte Therapiekonzept zu lenken, wurden auch in der Befragung ausschließlich Therapiekonzepte genannt. So wurde von 73,8 % der Befragten am häufigsten, nämlich 31-mal, das direkte Therapiekonzept nach Zollinger (1997) erwähnt, siebenmal (von 16,7 % der Befragten) das Heidelberger

Elternteraining (Buschmann 2017) sowie weitere Therapiekonzepte nach Fuisz-Szammer (o.J.) (fünf Nennungen, 11,9 % der Befragten) und Kruse (2007) (vier Nennungen, 9,5 % der Befragten). Insgesamt acht Nennungen konnten nicht näher zugeordnet werden.

Gründe gegen die direkte Behandlungsform

Um weitere Rückschlüsse auf die therapeutische Entscheidungsfindung im Kontext unterschiedlicher Rahmenbedingungen zu ziehen, wurde erfragt, aus welchen Gründen sich Logopäd*innen im Falle bei einem Kind gegen eine direkte Intervention und stattdessen für eine nicht-kindzentrierte Behandlungsform entschieden. Diese Frage wurde zweimal gestellt, einmal bezogen auf den Zeitraum vor März 2020 und einmal bezogen auf die Zeit während der Pandemie. 23 Logopäd*innen (28,0 %) wählten für den Zeitraum vor der Pandemie die Ausweichoption „keine Angabe möglich, da ich mich immer für eine direkte Intervention entschied“, 20 (24,4 %) für die Phase während der Pandemie. Die restlichen Befragten wählten pro Frage zwischen ein und fünf Antwortmöglichkeiten, die prozentuell und in absoluter Häufigkeit der Nennungen in Abb. 18 dargestellt sind.

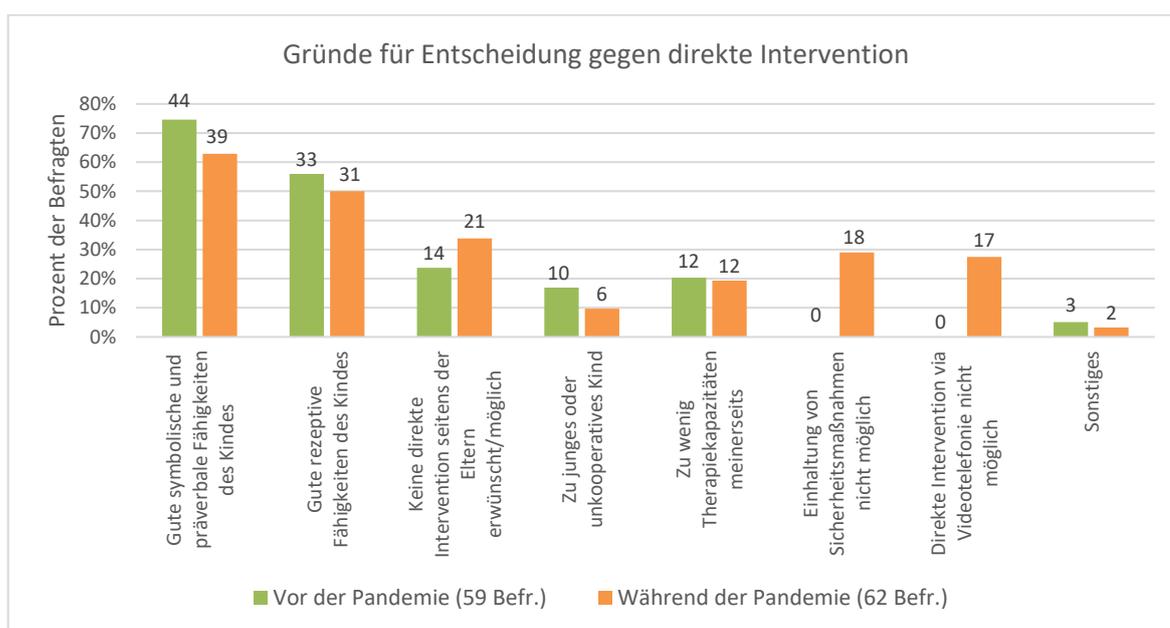


Abb. 18: Gründe für Entscheidung gegen direkte Intervention

Bei dieser Verteilung zeigen sich die größten Unterschiede in jenen Begründungen, die durch die pandemischen Rahmenbedingungen zustande kommen, wie die Nichtvereinbarkeit der direkten Intervention mit der Einhaltung von Sicherheitsmaßnahmen (0 % vs. 29,0 % der Befragten) oder der Durchführung via Videotelefonie (0 % vs. 27,4 % der Befragten).

Patient*innenfaktoren, wie die individuellen rezeptiven, symbolischen und präverbalen Ressourcen der Late Talkers, die auch Basis für die erwähnten evidenzgeleiteten Entscheidungskonzepte darstellen, scheinen sowohl vor als auch während der Pandemie die wichtigste Entscheidungsgrundlage zu sein, die mit kleineren Unterschieden für beide Phasen von mindestens der Hälfte der befragten Logopäd*innen genannt wurden.

Die Ablehnung der direkten Intervention durch die Eltern nannten während der Pandemie 33,9 % und vor der Pandemie 23,7 % der Befragten. „Zu junges oder unkooperatives Kind“ wurde von jeweils unter 20 % der befragten Logopäd*innen als Grund angeführt, während der Pandemie seltener (9,7 % der Befragten) als zuvor (16,9 % der Befragten). Zu wenige Therapiekapazitäten der Behandelnden wurde mit je 12 Nennungen (20,3 % und 19,4 % der Befragten) gleich oft genannt. Insgesamt fünf Erläuterungen unter „Sonstiges“ konnten nicht weiter zugeordnet werden.

5.3.2. Häufigste Behandlungsformen

Mit dem Ziel, eine Aussage über die Veränderungen bezogen auf die Behandlungsform treffen zu können, wurde zunächst erhoben, welche Behandlungsform Logopäd*innen bei Late Talkers vor der Pandemie im Schnitt am häufigsten anwendeten. Wie in Abb. 19 ersichtlich, gaben knapp über die Hälfte der Befragten (51,2 %, 42 Pers.) an, dass sie ausschließlich eine Behandlungsform am häufigsten verwenden. Mit 40,2 % führten 33 Logopäd*innen an, am häufigsten direkt, also kindzentriert zu intervenieren, 6,1 % (5 Pers.) wählten die indirekte, also elternzentrierte Intervention und 4,9 % (4 Pers.) das Watchful-Waiting. Keine Nennung entfiel auf den Wait-and-See-Ansatz.

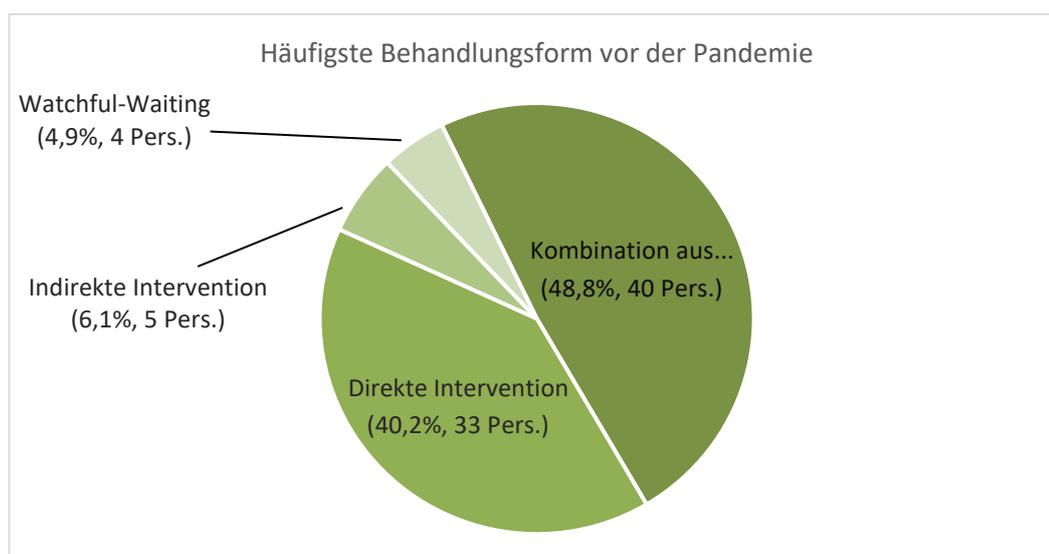


Abb. 19: Häufigste Behandlungsform vor der Pandemie

40 Berufskolleg*innen (48,8 %) wählten die Antwortoption „Kombination aus...“ und erläuterten dies in einem Textfeld, von denen zwei Beschreibungen nicht zugeordnet werden konnten. Am häufigsten (15-mal) wurde eine Mischung aus direkter und indirekter Intervention genannt, gefolgt von der Kombination aus den drei Formen Watchful-Waiting, direkter und indirekter Intervention (9 Nennungen) sowie einer Mischung aller bekannten Behandlungsformen (6 Nennungen). Bei den restlichen Erläuterungen wurde lediglich dreimal eine Kombination ohne Einbezug der direkten Intervention genannt.

Zusammenfassend wählten also 68 Logopäd*innen vor der Pandemie am häufigsten die direkte Intervention, entweder als einzige Behandlungsform oder in Kombination mit anderen Ansätzen. Mit 85 % der 80 verwertbaren Nennungen kann somit eine Präferenz für die kindzentrierte Arbeit konstatiert werden.

Stratifiziert nach dem Kriterium, ob in der Vergangenheit eine Fortbildung zum Thema der indirekten Intervention besucht wurde, zeigte sich, dass jene Logopäd*innen ohne elternzentrierte Fortbildungskennntnisse am häufigsten (55,3 %, 21 Pers.) direkt intervenieren, während die meisten Kolleg*innen (62,5 %, 25 Pers.) mit elternzentrierten Fortbildungskennntnissen eine Kombination der Behandlungsformen wählen.

69 Logopäd*innen (84,1 %) gaben an, dass sich ihr Vorgehen bei der Auswahl der Behandlungsform mit Ausbruch der COVID-19-Pandemie nicht veränderte, während 13 Befragte (15,9 %) einen Wandel vermerkten. Der Vergleich dieser beiden Gruppen zeigt kaum Unterschiede in der prozentuellen Verteilung der häufigsten Behandlungsform vor Ausbruch der Pandemie.

Jene 13 Logopäd*innen, die ihr Vorgehen veränderten, wurden im Anschluss gefragt, wie sich diese Veränderung bemerkbar machte, wobei die Option zur Mehrfachantwort gegeben war. Von 76,9 % der Befragten wurde am häufigsten (zehnmal) die Zunahme an indirekten Interventionen genannt, gefolgt von der Zunahme an Watchful-Waiting bzw. Therapiepausen (vier Nennungen, 30,8 % der Befragten). Zwei weitere Angaben bezogen sich nicht auf die Therapieform, sondern auf das Therapiesetting. Die Veränderung im Vorgehen bei der Entscheidungsfindung war laut Angaben in 92,3 % der Fälle (12 Pers.) in pandemiebedingten Beschränkungen oder Sicherheitsmaßnahmen begründet, nur ein*e Kolleg*in veränderte sein*ihr Vorgehen aufgrund neuen Inputs aus Fortbildungen, der Literaturrecherche oder Ähnlichem.

5.4. Fragen zum Behandlungssetting

In diesem Block wurde in einer Reihe von Filterfragen das Behandlungssetting der synchronen Teletherapie direkt mit Late Talkers bzw. der Teleintervention in Form von Beratungsgesprächen oder Trainings mit Eltern von Late Talkers fokussiert, da dieses Setting der Intervention seit Ausbruch der Pandemie eine neuartige Option darstellt. Zur Vergleichbarkeit wurden Fragen zur Durchführung von Teletherapien und Teleinterventionen sowohl auf den Zeitraum vor als auch während der Pandemie bezogen.

5.4.1. Teletherapien direkt mit Late Talkers

Auf die Frage, ob Logopäd*innen synchrone Teletherapien via Videotelefonie direkt mit Late Talkers durchführten, antwortete jeweils der überwiegende Teil mit „nein“. Für die Zeit vor der Pandemie gaben 97,6 % (80 Pers.) an, keine Teletherapien mit Late Talkers durchgeführt zu haben, zwei Berufskolleg*innen (2,4 %) antworteten mit „ja“. Mit Ausbruch der Pandemie stieg die Anzahl an Logopäd*innen, die eine Teletherapie zumindest mit Einbezug der Late Talkers versuchten, auf elf (13,4 %), aber auch hier entschied sich der Großteil der Befragten (86,6 %, 71 Pers.) gegen dieses Setting (Abb. 20).

Da die Durchführung jeglicher Intervention, die nicht im Face-to-Face-Setting stattfand, vor März 2020 noch nicht von Sozialversicherungsträgern honoriert wurde, ist davon auszugehen, dass es sich in diesen Fällen um Privatleistungen handelte.

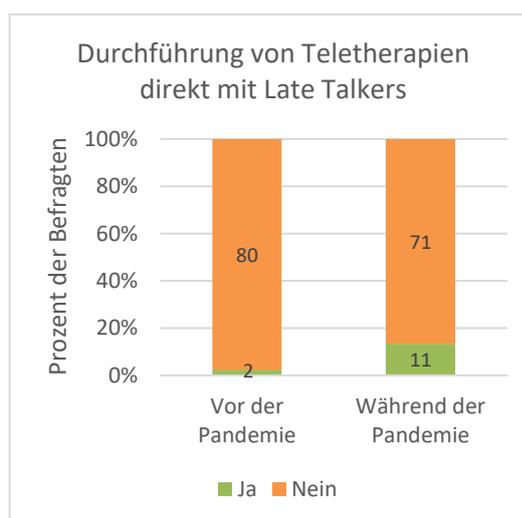


Abb.20: Durchführung von Teletherapien direkt mit Late Talkers

Mit Hilfe der Filterführung wurden jeweils jene Logopäd*innen, die angaben, Teletherapien durchgeführt zu haben, nach ihren Motivatoren und der Zufriedenheit mit der Durchführung gefragt, bei den restlichen Therapeut*innen wurde erhoben, aus welchen Gründen sie sich gegen eine Teletherapie entschieden.

Gründe für Teletherapien mit Late Talkers

Motiv für die Durchführung von teletherapeutischen Maßnahmen mit Zweijährigen war vor der Pandemie ausschließlich der explizite Wunsch der Eltern, während der Pandemie nannten die insgesamt elf Logopäd*innen mit Option der Mehrfachantwort vielfältigere Gründe. Am häufigsten, nämlich von 72,7 % der Befragten (8 Pers.), wurde die Aufrechterhaltung der Behandlungskontinuität genannt, sieben Personen (63,6 % der Befragten) gaben an, dass Teletherapie aufgrund von Homeoffice-Regelungen o. Ä. die einzige Möglichkeit der Intervention war. Auch während der Pandemie wurden die Eltern als treibende Kraft empfunden, entweder durch ihren expliziten Wunsch (4 Nennungen, 36,4 % der Befragten), oder aufgrund deren Sorge vor Ansteckung mit dem Virus (6 Nennungen, 54,5 % der Befragten). Organisatorische Vorteile wurden zweimal, gute Erfahrungen mit Teletherapien einmal als Grund genannt.

Zufriedenheit mit der Durchführung

Die Zufriedenheit mit der Durchführung wurde auf der gleichen Skala wie in Kapitel 5.2.3 erhoben. Die geringe Stichprobe von jeweils zwei und elf Logopäd*innen lässt keine allgemeine Interpretation zu, jedoch wurden ausschließlich Zufriedenheitswerte von drei oder weniger gewählt. Die Befragten begründeten die Unzufriedenheit in dem eigenen hohen organisatorischen und zeitlichen Aufwand für die Vorbereitung, der fehlenden oder veränderten kommunikativen Interaktion mit dem Kind, der geringen Handlungsflexibilität und Reaktionsfähigkeit während der Therapie, in technischen Problemen, sowie in der reduzierten Aufmerksamkeitsspanne und Kooperationsfähigkeit von Zweijährigen.

Gründe gegen Teletherapien mit Late Talkers

Die 80 bzw. 71 Logopäd*innen, die sich gegen die teletherapeutische Intervention mit Late Talkers entschieden wurden ebenso gebeten, diese Entscheidung mit Möglichkeit der Mehrfachantwort zu begründen (Abb. 21).

Für beide interessierenden Phasen wurde die Ablehnung der Teletherapie am häufigsten durch die erlebt höhere Effektivität der Face-to-Face-Therapie begründet, in Pandemiezeiten sogar von 95,8 % der befragten Therapeut*innen.

Der jeweils höhere Anteil an Nennungen für die Zeit während der Pandemie bezogen auf die Effektivität, die Kooperation der Late Talkers und/oder deren Eltern, könnte darauf zurückzuführen sein, dass die Option der Teletherapie erst mit Ausbruch der Pandemie in den Fokus von Gesprächen gerückt ist.

Die augenscheinlichsten Unterschiede im Vergleich der Zeiträume ergaben sich bei den Begründungen „Teletherapie ist mir nicht bekannt“ (24 vs. 0 Nennungen) und „bisher keine Notwendigkeit“ (48 vs. 9 Nennungen). So scheint der Grad an Bekanntheit und Notwendigkeit teletherapeutischer Interventionen seit Ausbruch der Pandemie gestiegen zu sein. Erläuterungen der Kategorie „Sonstiges“ bezogen sich vor der Pandemie auf fehlende Honorierung seitens der Sozialversicherung, während der Pandemie wurden weitere Aspekte der geringen Effektivität und Qualität teletherapeutischer Maßnahmen genannt.

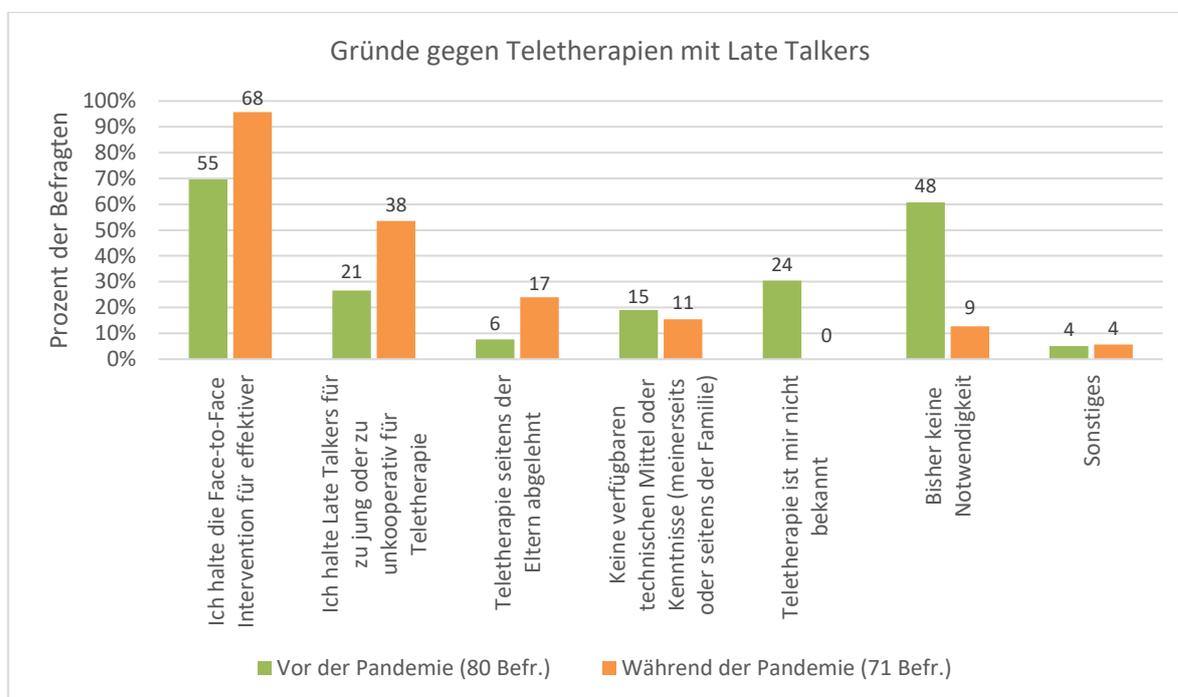


Abb.21: Gründe gegen Teletherapien mit Late Talkers

5.4.2. Teleinterventionen mit Eltern von Late Talkers

Die 82 Teilnehmer*innen wurden gefragt, ob sie vor bzw. während der Pandemie Beratungsgespräche oder Trainings mit Eltern von Late Talkers via Videotelefonie, also in Form einer Teleintervention, durchführten.

Für die Zeit vor der Pandemie zeigte sich eine ähnliche Verteilung wie bei der Teletherapie mit Late Talkers. Lediglich drei Logopäd*innen (3,7 %) gaben an, Teleinterventionen mit Eltern durchgeführt zu haben, im Gegensatz dazu sammelten 79 von ihnen (96,3 %) vor der Pandemie keine Erfahrungen damit.

Für den Zeitraum seit Ausbruch der Pandemie wagten hingegen knapp die Hälfte der Befragten (48,8 %, 40 Pers.) den Schritt in dieses neuartige Behandlungssetting mit Eltern, 42 Logopäd*innen (51,2 %) wählten „nein“ (Abb. 22).

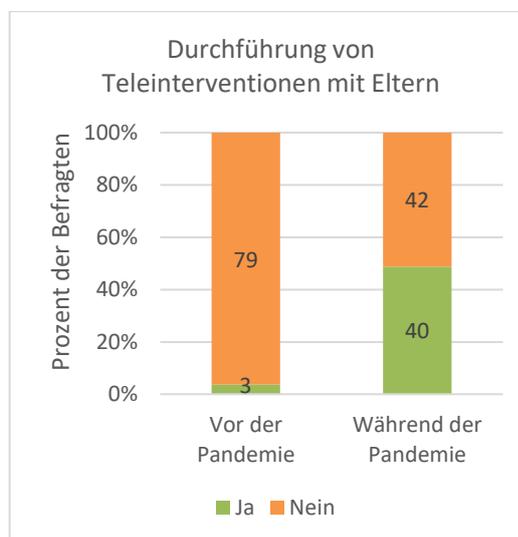


Abb.22: Durchführung von Teleinterventionen mit Eltern

Gründe für die Durchführung von Teleinterventionen mit Eltern von Late Talkers

Motiv für die Durchführung von Beratungsgesprächen oder Elterntrainings via Videotelefonie vor der Pandemie war der explizite Wunsch der Eltern und organisatorische Vorteile für die Familie. Von den 40 Logopäd*innen, die für den Zeitraum während der Pandemie zu ihren Motiven befragt wurden, nannten die meisten (72,5 % der Befragten, 29 Nennungen) die Aufrechterhaltung der Behandlungskontinuität. Für 57,5 % der Befragten (23 Nennungen) schien dieses Setting die einzige Möglichkeit der Intervention zu sein. Entscheidungsfaktoren, die in den Eltern bzw. der Familie begründet lagen, wie die Sorge vor Ansteckung, organisatorische Vorteile für die Familie oder der explizite Wunsch zur Teleintervention wurden von jeweils über 30 % der befragten Logopäd*innen genannt. Eigene organisatorische Vorteile und gute Erfahrungen mit Teleinterventionen gaben je 15 % oder weniger der Befragten an.

Zufriedenheit mit der Durchführung

Zufriedenheitswerte für den Zeitraum vor der Pandemie können aufgrund der geringen Stichprobe (3 Pers.) nicht verallgemeinert werden, bei den 40 Logopäd*innen die jedoch während der Pandemie Teleinterventionen mit Eltern durchgeführt haben, liegt die Zufriedenheit im Median bei 5,0 (IQR = 1), der Großteil (82,5 %, 33 Pers.) schätzte sich mit Werten von 4-6 also als zufrieden bis sehr zufrieden mit der Durchführung ein.

Begründet wurden hohe Zufriedenheitswerte (4-6) vor allem damit, dass Eltern gut angeleitet und trotz der ungewissen pandemischen Situation beruhigt und unterstützt werden konnten. Zudem wurden zeitliche Flexibilität sowie der Vorteil, dass Eltern ohne Beisein der Kinder in Ruhe an dem Gespräch teilnehmen konnten, genannt. Als Voraussetzung für den Erfolg beschrieben jedoch einige Logopäd*innen die hohe Compliance der Eltern, weshalb schlechtere Zufriedenheitswerte (1-3) damit erklärt wurden, dass Face-to-Face-Gespräche als effektiver empfunden werden oder technische Probleme die Intervention behinderten.

Gründe gegen Teleinterventionen mit Eltern von Late Talkers

Die 79 bzw. 42 Logopäd*innen, die sich gegen Teleinterventionen entschieden, gaben ebenfalls Auskunft über Gründe der Ablehnung. In Abb. 23 sind diese Begründungen prozentuell nach Anteil der befragten Personen sowie in absoluten Nennungen dargestellt.

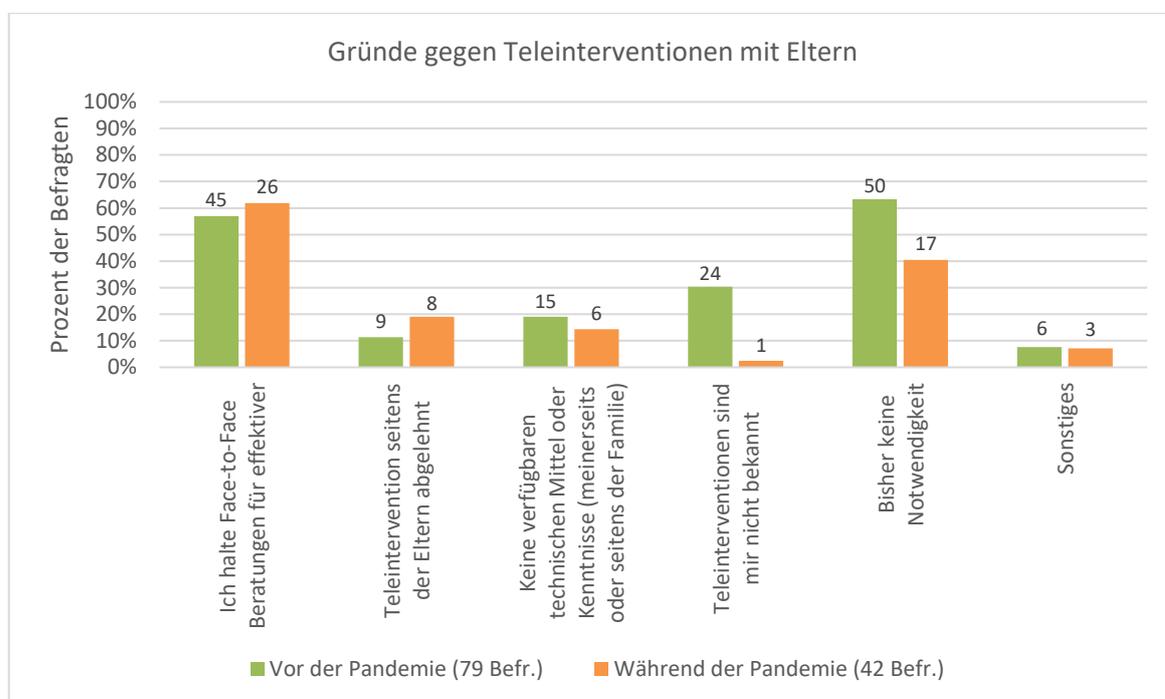


Abb. 23: Gründe gegen Teleinterventionen mit Eltern

Ähnlich wie bei Teletherapien mit Late Talkers halten jeweils über die Hälfte der Befragten, nämlich 57,0 % und 61,9 %, Face-to-Face-Interventionen für effektiver. Ebenso scheint die Bekanntheit von Möglichkeiten der Teleintervention mit Ausbruch der Pandemie gestiegen zu sein (24 vs. eine Nennung). Die Antwortoption „bisher keine Notwendigkeit“ wurde 50- bzw. 17-mal gewählt, die Ablehnung der Eltern sowie die nicht vorhandenen technischen Mittel wurden jeweils von unter 20 % der Befragten genannt. Erläuterungen unter „Sonstiges“ bezogen sich vor der Pandemie wiederum auf die Refundierung, während der Pandemie wurden individuelle, nicht zuordenbare Gründe genannt.

5.5. Abschließende Fragen

Auf der letzten Fragebogenseite wurde der Grad der Zustimmung zu Aussagen erhoben, die sich auf Erfahrungswerte und persönliche Meinungen bezogen und abschließend um eine Beschreibung der größten Hürden und Chancen in der Arbeit mit Late Talkers während der Pandemie in einem offenen Textfeld gebeten.

5.5.1. Einschätzungen

Auf der äquidistanten, sechsstufigen Skala, die an den Endpunkten durch (1) „stimme gar nicht zu“ und (6) „stimme völlig zu“ benannt war, wurden Logopäd*innen gebeten, den Grad ihrer Zustimmung zu den in Tabelle 2 angeführten Aussagen auszudrücken.

Wie in Tabelle 2 und Abb. 24 ersichtlich, schätzten befragte Logopäd*innen die Wichtigkeit einer frühzeitigen und regelmäßigen Intervention in Pandemiezeiten bei Late Talkers mit minimaler Streubreite als durchwegs sehr hoch ein. Dies trifft sowohl auf die Behandlung von Late Talkers ohne als auch mit weiteren Defiziten zu.

Tabelle 2: Items der abschließenden Fragen, Lage- und Streuungsparameter

Nr.	Aspekt Abk.	Formulierung des Items:	Modus	Median (IQR)
1	BK ohne Def.	„Ich halte eine frühzeitige und regelmäßige Intervention bei Late Talkers, die keine zusätzlichen Defizite haben auch in Zeiten einer Pandemie für wichtig.“	6	6,0 (0,25)
2	BK mit Def.	„Ich halte eine frühzeitige und regelmäßige Intervention bei Late Talkers, die zusätzliche (z. B. rezepptive) Defizite haben, auch in Zeiten einer Pandemie für wichtig.“	6	6,0 (0,0)
3	Erf. direkt	„In der direkten Intervention mit Late Talkers bin ich sehr erfahren.“	6	5,0 (1,0)
4	Erf. indirekt	„In der indirekten Intervention mit Eltern von Late Talkers bin ich sehr erfahren.“	6	5,0 (3,0)
5	direkt F2F	„Ich halte es unter Einhaltung aller Sicherheitsmaßnahmen eines Lockdowns (Abstände, Masken etc.) für qualitativ gut machbar, Late Talkers direkt und Face-to-Face zu behandeln.“	6	4,0 (4,0)
6	indirekt F2F	„Ich halte es unter Einhaltung aller Sicherheitsmaßnahmen eines Lockdowns (Abstände, Masken etc.) für qualitativ gut machbar, Beratungsgespräche oder Elterntrainings im Face-to-Face-Setting durchzuführen.“	6	6,0 (1,0)
7	Erf. Tele	„Im Bereich Teletherapien/Teleinterventionen bin ich allgemein sehr erfahren.“	1	2,0 (3,0)
8	direkt Tele	„Ich halte es für qualitativ gut machbar, Late Talkers direkt via Teletherapie zu behandeln.“	1	1,0 (1,0)
9	indirekt Tele	„Ich halte es für qualitativ gut machbar, Beratungsgespräche oder Elterntrainings mit Eltern von Late Talkers als Teleintervention durchzuführen.“	5	5,0 (3,0)

Die Erfahrungswerte für beide befragten Interventionsformen lagen jeweils im Median bei 5,0, wobei Werte für die indirekte Behandlungsform deutlicher streuten. Während für die direkte Intervention lediglich zwei Kolleg*innen (2,4 %) Werte von 1-3 angaben, so stimmten 23 Logopäd*innen (28,0 %) nicht oder gar nicht der Aussage zu, erfahren in der indirekten Interventionsform mit Eltern von Late Talkers zu sein.

Die Erfahrung mit dem Thema Teletherapien und Teleinterventionen scheint in der befragten Gruppe noch gering zu sein. Im Median gaben Logopäd*innen hier einen Zustimmungswert von 2,0 an, der Großteil (74,4 %, 61 Pers.) stimmte dem siebten Item nicht oder gar nicht zu (1-3).

Der Vergleich der Items 5 und 6 zeigt, dass die befragten Berufskolleg*innen, unter Einhaltung aller Sicherheitsmaßnahmen eines Lockdowns, die indirekte Face-to-Face-Intervention in Form von Beratungsgesprächen oder Elterntrainings für qualitativ besser machbar halten als die direkte Arbeit mit dem Kind. Für die indirekte Intervention im Face-to-Face-Setting gaben 78 Logopäd*innen (95,1 %) positive Zustimmungswerte (4-6) bezüglich der Machbarkeit an, während dies für die direkte Behandlungsform im Face-to-Face-Setting 56 Personen (68,3 %) taten.

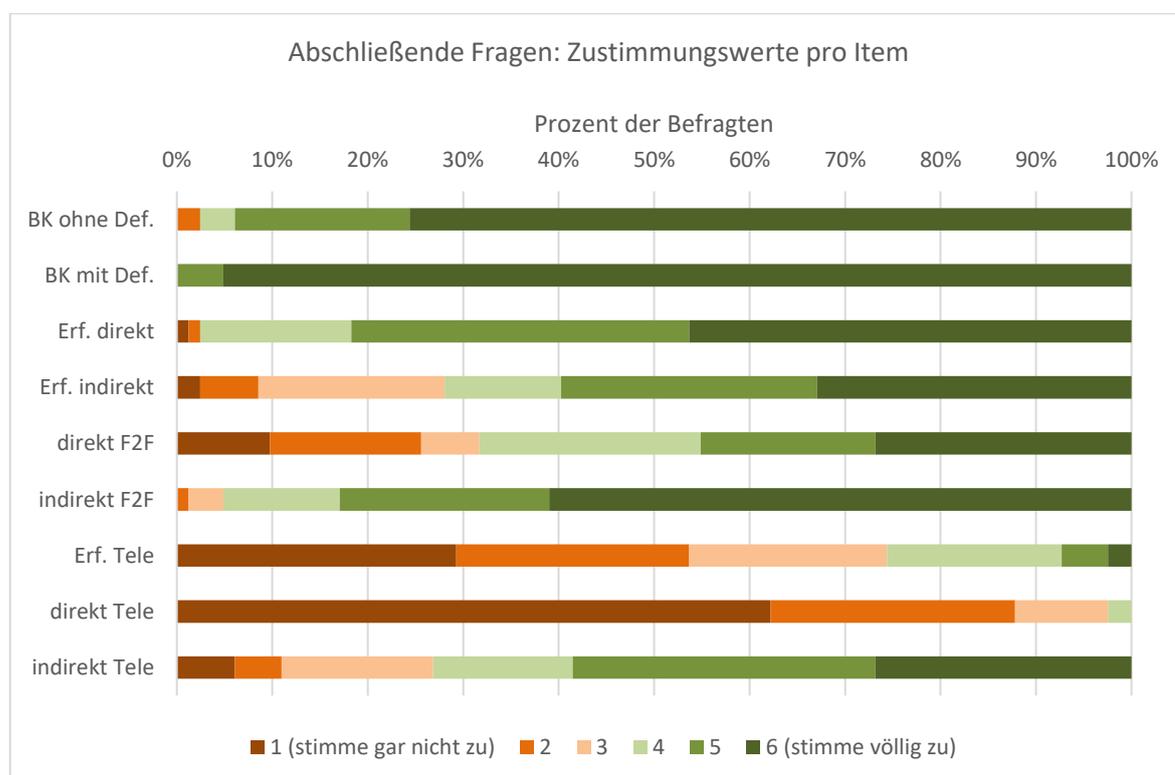


Abb. 24: Abschließende Fragen: Zustimmungswerte pro Item

Noch deutlicher ist der Unterschied, wenn die Machbarkeit von synchronen videobasierten Interventionen (Item 8 und 9) eingeschätzt werden soll. Der Aussage, dass die direkte Teletherapie mit Late Talkers qualitativ gut durchführbar ist, stimmten lediglich zwei Logopäd*innen (2,4 %) mäßig zu, während 97,6 % (80 Pers.) geringe Zustimmungswerte von 1-3 angaben und somit die direkte Teletherapie mit Late Talkers für wenig oder gar nicht machbar befinden. Die eingeschätzte Machbarkeit von Beratungsgesprächen oder Elterntrainings via Videotelefonie fiel höher aus. 60 Logopäd*innen (73,2 %) stimmten diesem Item mäßig bis völlig zu (4-6), 22 Personen (26,8 %) gaben Werte von 1-3 an und halten somit eine qualitativ hochwertige indirekte Intervention via Videotelefonie für wenig bis gar nicht machbar.

Stratifiziert nach dem Kriterium, ob sich Logopäd*innen als erfahren (Zustimmungswerte 4-6, n = 21) oder unerfahren (Zustimmungswerte 1-3, n = 61) mit teletherapeutischen Interventionen einschätzen, zeigt sich, dass auch erfahrene Logopäd*innen die direkte Teletherapie mit Late Talkers für nicht qualitativ hochwertig machbar halten. In beiden Gruppen liegt der Median bei 1,0 (IQR = 1,0). Teletherapeutisch erfahrene Kolleg*innen schätzen jedoch die Machbarkeit indirekter Interventionen mit Eltern im Schnitt etwas besser ein (Mdn = 6,0, IQR = 2,0) als Kolleg*innen mit weniger Erfahrung (Mdn = 5,0, IQR = 2,0).

5.5.2. Hürden und Chancen

Abschließend wurden Logopäd*innen in zwei fakultativen, offenen Textfeldern nach den größten Hürden und Chancen in der Arbeit mit Late Talkers während der Pandemie befragt, wobei sich eine durchaus hohe Antwortbereitschaft zeigte. Von 82 befragten Logopäd*innen äußerten sich 97,6 % (80 Pers.) schriftlich zu den Hürden und 93,9 % (77 Pers.) zu den Chancen.

Hürden

Bei der Frage zu den größten Hürden nannten zwei Kolleg*innen „keine Hürden“, für die restlichen Äußerungen ergaben sich insgesamt 126 zu analysierende Einheiten, die im Zuge der induktiven Kategorienbildung vier übergeordneten thematischen Kategorien zugeordnet wurden.

Unter „Einschränkungen in der Qualität direkter logopädischer Interventionen“ wurden Erläuterungen zusammengefasst, die sich auf die negativen Auswirkungen der notwendigen Schutzmaßnahmen bezogen. Dieser Kategorie konnten insgesamt 93 Nennungen zugeordnet werden.

Als häufigste Nennung wurde von 42 Logopäd*innen (51,2 %) der Mund-Nasen-Schutz als Hindernisfaktor in der Therapie mit Late Talkers beschrieben. Darunter bezogen sich 15 Äußerungen explizit auf die Nachteile, die für die Kinder in der Behandlung entstehen, wie das nicht sichtbare Mundbild, die eingeschränkte Mimik oder das gedämpfte Sprechen der Behandelnden. Qualitative Einschränkungen, die aufgrund der Abstandsregelungen entstanden, wurden insgesamt 27-mal genannt. Die restlichen Nennungen in dieser Kategorie verteilten sich auf Einschränkungen bezüglich der Auswahl der Therapiekonzepte und -materialien, der Nichtvereinbarkeit teletherapeutischer Interventionen mit der Behandlung von Late Talkers sowie der Barriere im sozialen Kontakt und der therapeutischen Beziehung aufgrund pandemiebedingter Sicherheitsmaßnahmen.

Die zweite Kategorie „Organisatorische Hürden im Arbeitsalltag“ beinhaltete mit 18 zugeordneten Analyseeinheiten nicht ausschließlich Faktoren, die in der Arbeit mit Late Talkers wirksam werden, sondern auch allgemeine Hürden, die sich auf Rahmenbedingungen der Pandemie zurückführen lassen, wie z. B. den hohen Reinigungsaufwand, das dadurch herausfordernde Zeitmanagement, reduzierte Therapiekapazitäten sowie vorübergehende Praxisschließungen.

Der Kategorie „Emotionale Faktoren“ konnten insgesamt elf Nennungen zugeordnet werden, die sich auf Ängste, Unsicherheiten und Skepsis bezogen und sowohl auf Seite der Therapeut*innen, als auch auf Seite der zu betreuenden Familien mit Late Talkers im Verlauf der Pandemie auftraten.

Vier Hürden wurden der Kategorie „Informationsfluss und rechtliche Rahmenbedingungen“ zugeordnet, die Unklarheiten bezüglich einzuhaltender Maßnahmen sowie fehlende Schutzausrüstung thematisierten.

Chancen

Von den 77 Logopäd*innen, die sich zur Frage bezogen auf die größten Chancen während der Pandemie äußerten, antworteten 14 Logopäd*innen, mit „nichts“ oder „keine“. Die restlichen Textfelder wurden in 78 Analyseeinheiten transformiert, kodiert und einer von vier Kategorien zugeordnet.

Insgesamt 40 Nennungen ließen sich der Kategorie „Eltern als Co-Therapeut*innen“ zuordnen. Darunter wurden Chancen zusammengefasst, die Logopäd*innen in der vermehrten Kooperation mit Eltern erlebten sowie positive Effekte auf den Therapieerfolg, die durch die gestiegene Compliance und Motivation der Eltern entstanden (22 Nennungen). Zwölfmal wurde positiv erwähnt, dass Eltern mehr Zeit sprachförderlich mit ihren Kindern verbringen konnten und sechsmal wurde explizit auf Chancen der Teleintervention mit Eltern hingewiesen.

Die Kategorie „Stellenwert der regelmäßigen logopädischen Intervention“ fasst 15 Einheiten zusammen. Befragte gaben an, dass die Wichtigkeit der regelmäßigen logopädischen Therapie sowie persönlicher sozialer Kontakte im Face-to-Face-Setting sowohl von den Behandelnden als auch von Eltern und Kindern seit Ausbruch der Pandemie höher wertgeschätzt und mehr Zeit dafür eingeräumt wird.

14 Äußerungen konnten der Kategorie „Flexibilität, Kreativität, neue Therapiemethoden“ zugeordnet werden. Logopäd*innen sahen Chancen darin, durch die Pandemie sowohl neue Behandlungsformen als auch -settings auszuprobieren und sich weiter fortzubilden.

„Organisatorische Vorteile“ wurden in neun Nennungen erkannt, die sich auf kürzere Wartezeiten, phasenweise erhöhte Therapiekapazitäten oder die bewusste und effektive Nutzung der vorhandenen Zeit bezogen.

6. Diskussion

In den folgenden Kapiteln sollen zunächst die erhobenen Ergebnisse diskutiert und interpretiert werden, um im Anschluss Limitationen offenzulegen und mit Fazit und Ausblick schlussfolgernd abzuschließen.

6.1. Interpretation der Ergebnisse

Sowohl die Rücklaufstatistik als auch alle weiteren Ergebnisse der Fragebogenerhebung sollen im Folgenden kritisch betrachtet und gegenübergestellt werden.

6.1.1. Fragebogenrücklauf und Drop-Outs

Eine Beteiligung von 82 Logopäd*innen an dieser Umfrage würde unter Annahme der Anzahl insgesamt registrierter Logopäd*innen im Gesundheitsberuferegister einer Rücklaufquote von lediglich 3,8 % entsprechen. Da die Behandlung von Late Talkers in der Vielfalt logopädischer Interventionsbereiche jedoch ein vergleichsweise kleines und neues Fachgebiet darstellt, der Interventionszeitraum bis zum dritten Geburtstag kurz ist und weitere Einschlusskriterien, wie die Berufsausübung im letzten Jahr, definiert wurden, darf ein Rücklauf von 82 vollständig und plausibel ausgefüllten Fragebögen für vorliegende Studie als Erfolg gewertet werden. Die insgesamt 51 Drop-Outs sprechen allerdings auch für gewisse Schwierigkeiten in der Bearbeitung des Fragebogens sowie für mögliche Verbesserungspotentiale.

Mit acht Abbrüchen wurde eine hohe Anzahl an Drop-Outs auf jener Seite verzeichnet, in der weiterführende Informationen zu absolvierten Fort- und Zusatzausbildungen erfragt wurden. Hier kann vermutet werden, dass es Kolleg*innen schwerfiel, das genaue Jahr der zuletzt absolvierten Fortbildung abzurufen und sie deshalb abbrachen. Dies hätte möglicherweise durch die Abfrage in Zeitspannen vermieden werden können.

Die mit insgesamt 26 Abbrüchen hohe Drop-Out-Anzahl bei Fragen zur Behandlungskontinuität kann auf die länger und komplexer werdenden Fragestellungen zurückzuführen sein, sehr wahrscheinlich aber auch darauf, dass sich die Fragen rückblickend auf einen Zeitraum von über einem Jahr beziehen. Schon in den Pretest-Interviews wurde deutlich, dass die dafür notwendige detaillierte Erinnerungsleistung viele kognitive Ressourcen beansprucht, womit ein unkonzentriertes Ausfüllen des Fragebogens nicht möglich ist.

Acht Kolleg*innen brachen den Fragebogen bei den Fragen zur Zufriedenheit mit der Behandlungskontinuität ab, wobei vermutet werden könnte, dass die Textfelder zur optionalen Erläuterung entweder abschreckend oder redundant auf die Teilnehmer*innen wirkten. Ob der geringen Beteiligung bei der Beantwortung dieser zusätzlichen Texteingaben hätten sie deutlich spärlicher eingesetzt werden können.

In den letzten drei Frageblöcken blieb die Beteiligung mit insgesamt acht Abbrüchen hoch, was vermuten lässt, dass befragte Logopäd*innen nicht aufgrund der Bearbeitungsdauer aus der Befragung ausstiegen, sondern vor allem aufgrund der Komplexität der interessierenden Sachverhalte in den ersten beiden Frageblöcken.

6.1.2. Stichprobe

Da aufgrund mangelnder Datenlage keine genaue Beschreibung der Grundgesamtheit möglich ist, können ausschließlich Vermutungen über die Repräsentativität der gezogenen Stichprobe angestellt werden. Für vorliegende explorative Arbeit standen interferenzstatistische Methoden nicht im Fokus, unter Annahme des zentralen Grenzwerttheorems (Döring und Bortz 2016, 640ff) spricht die Normalverteilung des Alters der Teilnehmer*innen jedoch für eine zufriedenstellende Anzahl an teilnehmenden Personen und die sehr unausgewogene Geschlechterverteilung der Befragungspersonen spiegelt das Ungleichgewicht im Berufsfeld der Logopädie fast exakt wider (Gesundheit Österreich GmbH 2019, 21).

Bezüglich des Arbeitssettings entspricht der Überhang zur freiberuflichen Tätigkeit in dieser Erhebung nicht der Verteilung des ersten Jahresberichts des Gesundheitsberuferegisters (2019, 24), laut dem 31 % der Logopäd*innen ausschließlich freiberuflich und 40 % ausschließlich angestellt tätig sind. Die Verteilung in vorliegender Umfrage, bei der im Gegensatz dazu 70,8 % der Befragten rein freiberuflich arbeiten, spricht einerseits für ein hohes Interesse bei freiberuflich tätigen Kolleg*innen an diesem Thema und könnte ein Hinweis sein, dass Late Talkers vor allem im freiberuflichen Setting behandelt werden. Andererseits sollte sie jedoch unbedingt im Kontext der Rekrutierungsform betrachtet werden, die zu einem großen Teil über den Berufsverband abgewickelt wurde. Für die vorliegende Diskussion ist jedenfalls zu beachten, dass die Gruppe der angestellten Logopäd*innen unterrepräsentiert ist.

Außerdem deutet der mit bis zu einem Fünftel vergleichsweise hohe Anteil an Late Talkers im Patient*innengut der befragten Logopäd*innen sowie die hohe Anzahl und Aktualität an absolvierten Fort- und Zusatzausbildungen zu diesem spezifischen Thema darauf hin, dass vorwiegend jene Berufskolleg*innen an dieser Befragung teilnahmen, die generell ein hohes Interesse an der Behandlung von jungen sprachentwicklungsverzögerten Kindern zeigen.

6.1.3. Behandlungskontinuität

Bezogen auf die Behandlungskontinuität kann zunächst positiv festgehalten werden, dass sich die durchwegs sehr hoch eingeschätzte Wichtigkeit einer frühzeitigen und regelmäßigen Intervention bei Late Talkers in den Ergebnissen aus den verhaltensbezogenen Fragen zur Kontinuität widerspiegelt. So konnte beispielsweise der überwiegende Teil der Befragten (73,2 %) vor der Pandemie schon innerhalb der ersten zwei Monate nach Anmeldung einen Behandlungsplatz anbieten. Die Ermöglichung eines raschen Behandlungsbeginns zur bestmöglichen Nutzung des sensiblen Zeitfensters der Sprachentwicklung ist vor allem bei Late Talkers bedeutend und mit einem Wettlauf gegen die Zeit zu vergleichen, da aufgrund des Zeitpunktes der Mutter-Kind-Pass-Untersuchung zwischen dem 22. und 26. Lebensmonat, dessen Durchführung zudem nicht an die Höhe des Kinderbetreuungsgeldes gekoppelt ist, nur in seltenen Fällen davon ausgegangen werden kann, dass bei einer isolierten Verzögerung der Sprache schon zum zweiten Geburtstag eine logopädische Abklärung in Anspruch genommen wird (Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs 2021b; 2021a).

In Anbetracht der Erkenntnis, dass auch vor der Pandemie als zweithäufigster Grund für Kontinuitätseinbrüche „zu wenig Therapiekapazitäten“ der Behandelnden genannt wurde, ist die durchschnittlich geringe Wartezeit auf einen Therapieplatz auch sehr wahrscheinlich nicht auf die niedrige Auslastung der Logopäd*innen zurückzuführen. Im Gegenteil scheinen diese Bemühungen mit organisatorischen Herausforderungen einherzugehen, die auch in den Erläuterungen zur Zufriedenheit zum Teil explizit benannt wurden:

„Late Talker müssen immer eingeschoben werden, das ist organisatorisch eine Herausforderung, die immer stressig ist, vor allem, wenn mehrere gleichzeitig zu betreuen sind“ (Datensatz Nr. 15, Frage 14).

Die Rahmenbedingungen einer weltweiten Pandemie scheinen diese organisatorischen Herausforderungen nicht einfacher zu machen, jedoch ist auch bei Angaben zur Wartezeit während der Pandemie das hohe Engagement der befragten Logopäd*innen zu erkennen. So konnte der Großteil von ihnen bereits in den Sommermonaten wieder unveränderte Wartezeiten anbieten. Die deutlich reduzierten Kapazitäten und die geringe Anzahl an Anmeldungen während des ersten bundesweiten Lockdowns stiegen vor allem in den Herbst- und Wintermonaten wieder an, wodurch auch die tendenziell längeren Wartezeiten auf den ersten Interventionstermin in diesem Zeitraum erklärt werden könnten. Dieser hohe Andrang seit Ende des Jahres 2020 wird sichtbar in der gestiegenen Anzahl an durch „zu wenig Therapiekapazitäten meinerseits“ begründeten Kontinuitätsschwankungen und deckt sich auch mit aktuellen Medienberichten, in denen von langen Wartezeiten für die logopädische Behandlung von Kindergarten- und Schulkindern aufgrund des Einbruches im Frühjahr 2020 berichtet wird (Rohrhofer 2021).

Für diese Umfrage ist zu konstatieren, dass befragte Logopäd*innen bezogen auf die Regelmäßigkeit der Intervention nach einem nahezu „Stillstand“ der logopädischen Therapie im ersten Lockdown schon wenige Wochen später dem gesetzlichen Versorgungsauftrag erneut nachkommen konnten und dass in dem darauffolgenden zweiten und dritten Lockdown, trotz objektiv höherem Infektionsgeschehen, die kontinuierliche logopädische Begleitung von Late Talkers mit deutlich geringeren Einbußen als im Frühjahr 2020 sichergestellt werden konnte.

Die erhobenen Zufriedenheitswerte mit der Kontinuität der Intervention seitens der Behandelnden sprechen ebenfalls dafür, dass im Verlauf der Pandemie ein gewisses Maß an Stabilität und Normalität wiedergekehrt ist, auch wenn Logopäd*innen zusätzlich mit weiteren organisatorischen Aufgaben durch die Rahmenbedingungen der Pandemie konfrontiert sind. Diese nicht-wertschöpfenden aber notwendigen Tätigkeiten zur Verminderung des Infektionsrisikos, wie Reinigung, Umsetzung von neuen Hygienestandards, Organisation von Schutzausrüstung etc., stellen besonders für freiberufliche Kolleg*innen einen Zusatzaufwand dar, der sich möglicherweise auch weiterhin noch auf die Therapiekapazitäten auswirkt und die höhere Streuung bei Kontinuitäts- und Zufriedenheitswerten seit dem Sommer 2020 erklären könnte.

Diese eingeschränkten Therapiekapazitäten wurden auch bei den Gründen für Kontinuitätseinbrüche häufig genannt. Auffallend bei den weiteren Begründungen war jedoch nicht der hervorstechend hohe Anteil an Schließungen während des ersten

Lockdowns, da dies beispielsweise von Litke et al. (2021, 4) bereits ähnlich berichtet wurde, sondern die Tatsache, dass in Summe am häufigsten die Eltern als Hindernisfaktor genannt wurden. Sogar die isolierte Betrachtung der Zeiträume seit März 2020 ergibt die höchste Anzahl an Nennungen (79) für „keine (regelmäßige) Intervention seitens der Eltern erwünscht/möglich“. Auch wenn damit nicht abschließend geklärt werden kann, ob es an mangelnder Möglichkeit oder an mangelnder Bereitschaft der Bezugspersonen lag, nicht an einer regelmäßigen Intervention teilzunehmen, wird dennoch deutlich, welche zentrale Schlüsselposition die Eltern bei der Behandlung von Late Talkers spielen – sowohl in Zeiten einer Pandemie als auch unter „normalen“ Gegebenheiten.

6.1.4. Behandlungsform

Ebenso wie in der in Kapitel 3.4.2 beschriebenen Literatur haben Ergebnisse aus diesem Frageblock aufgezeigt, dass die Entscheidungsfindung hinsichtlich der Frühintervention bei Late Talkers für die befragten Logopäd*innen nicht selten eine Herausforderung im Spannungsfeld limitierter Therapiekapazitäten, eigener Kenntnisse und Fähigkeiten sowie der Kooperationsbereitschaft der Eltern und Kinder darstellt. Zudem wirken seit März 2020 übergeordnete und teilweise verunsichernde Rahmenbedingungen auf das logopädische Setting, die wiederum Entscheidungen beeinflussen können.

Über die Hälfte der Logopäd*innen dieser Umfrage (51,2 %) und besonders jene Kolleg*innen mit mehr Fortbildungskennnissen gaben an, einem bekannten, evidenzgeleiteten Konzept für die Entscheidungsfindung bezüglich der Behandlungsform zu folgen, die Beschreibung dieser Konzepte zeigte jedoch auf, dass ausschließlich Therapiekonzepte für die unmittelbare Durchführung der Intervention genannt wurden. Die Schlussfolgerung, dass befragte Logopäd*innen Entscheidungen nicht evidenzgeleitet treffen, ist dennoch nicht uneingeschränkt zulässig, denn auch wenn es sich bei diesen Therapiekonzepten nicht um die ursprünglich intendierten Konzepte zur Entscheidungsfindung handelt, liegen den genannten Therapievorgehensweisen bei konsequenter Durchführung ebenso klare Kriterien zur Auswahl und Gestaltung des Therapieprozesses zugrunde. So ist beispielsweise nach dem Konzept von Zollinger (1997, 97ff) eine isolierte Elternberatung dann nicht mehr ausreichend, wenn die symbolischen, sozial-kommunikativen oder rezeptiven Fähigkeiten des Kindes nicht altersentsprechend sind. In diesem Fall wird zur Einleitung einer direkten Therapie mit dem Kind geraten. Auch dem genannten Heidelberger Elterntraining liegt eine klare Definition der Zielgruppe zugrunde (Buschmann 2017, 25).

Sollte die Fragestellung zu einer missverständlichen Beantwortung beigetragen haben, so haben dennoch 48,8 % der Kolleg*innen angegeben, Entscheidungen bezüglich der Behandlungsform bei Late Talkers nicht konzeptgeleitet zu treffen. Somit lässt die Zusammenschau aller Ergebnisse die Aussage zu, dass, im Sinne der evidenzbasierten Praxis (siehe Kapitel 2.3.1), das explizite Wissen um Handlungs- und Entscheidungsempfehlungen aus externer Evidenz in der befragten Population gering oder für diese Umfrage nicht abrufbar zu sein scheint. Wie allerdings bei den erwähnten Therapiekonzepten und den erhobenen Gründen gegen eine direkte Intervention ersichtlich wurde, zogen die befragten Personen implizit dennoch gängige, in den Patient*innen begründete Entscheidungsfaktoren heran, was dafür spricht, dass der internen und sozialen Evidenz hohe Wichtigkeit zugeschrieben wird.

Deutlich aus den erhobenen Daten erkennbar ist, dass jene Interventionsform, bei der Logopäd*innen im Schnitt einmal wöchentlich für ca. eine Stunde direkt mit dem Kind arbeiten, der am häufigsten verwendete Ansatz mit Late Talkers ist. Um Beushausens Gedanken zum Clinical Reasoning (2018, 120f) wieder aufzugreifen, kann angenommen werden, dass die Fokussierung auf diesen Ansatz mehrere Gründe haben kann. Einerseits ist es möglich, dass überwiegend jene Late Talkers bei den befragten Kolleg*innen vorstellig wurden, die zusätzliche oder schwerwiegende Defizite aufweisen oder bereits kurz vor dem dritten Geburtstag stehen, sodass diese in den Patient*innen begründeten Faktoren eine rein indirekte Interventionsform ausschließen würden (Hecking und Schlesiger 2009). Die veraltete, jedoch teilweise noch verbreitete Annahme, dass sich eine Sprachverzögerung in jedem Fall auswächst, sowie der Zeitpunkt der sprachentwicklungsrelevanten Mutter-Kind-Pass-Untersuchung, könnten zu dieser Annahme beitragen. Andererseits scheinen auch in den Therapeut*innen begründete Faktoren, wie Schwerpunkte der absolvierten Fortbildungen, eine Rolle zu spielen, wenn man beachtet, dass jene Logopäd*innen mit elternzentrierten Fortbildungskennnissen der direkten Intervention eher eine Kombination aus mehreren Behandlungsformen vorziehen. Zudem deckt sich der hohe Anteil an kindzentrierten Interventionen mit der selbst eingeschätzten hohen Erfahrung mit dieser Behandlungsform.

Nicht zuletzt sind die in der Umwelt liegenden Faktoren relevant, besonders in Zeiten einer Pandemie. So entfielen bei der Entscheidung gegen eine direkte Intervention zwar insgesamt 35 Nennungen auf speziell pandemiebedingte Gründe, wie beispielsweise die nicht einhaltbaren Sicherheitsmaßnahmen, jedoch wurden auch während der Pandemie Faktoren, die in den Voraussetzungen der Late Talkers oder deren Eltern begründet waren, wie zum Beispiel gute rezepptive Fähigkeiten des Kindes oder die Ablehnung der

Intervention seitens der Eltern, jeweils häufiger genannt. Außerdem gaben lediglich 14,6 % der Logopäd*innen eine pandemiebedingte Veränderung des prinzipiellen Vorgehens bei der Planung der Interventionsform an, wobei am häufigsten eine Zunahme an elternzentrierten Interventionen genannt wurde. Dieser geringe Anteil überrascht insofern, als dass Elternberatungen und -trainings sowohl im Face-to-Face-Setting unter Sicherheitsbestimmungen eines Lockdowns als auch via Videotelefonie prinzipiell eine hohe Machbarkeit zugeschrieben wurde.

Auch wenn lediglich ein geringer Anteil der befragten Logopäd*innen ihr prinzipielles Vorgehen während der Pandemie veränderte, so wurde die Orientierung hin zu vermehrter Elternarbeit besonders bei der Frage zu den größten Chancen in verschiedensten Facetten genannt und positiv bewertet. Bei jeglichen logopädischen Patient*innen nehmen die Angehörigen nach dem bio-psycho-sozialen Modell der ICF (siehe Kapitel 2.3.3) für die Teilhabe am alltäglichen Leben eine wichtige Rolle ein. In der Intervention mit Late Talkers, die aufgrund ihres Alters naturgemäß eingeschränkt partizipationsfähig sind, rückt die Relevanz der Eltern bzw. Bezugspersonen noch deutlicher in den Vordergrund.

Eine völlige Umorientierung von der, in der Logopädie gängigen, direkten Arbeit zwischen Patient*in und Therapeut*in hin zu einer rein elternzentrierten Arbeit wird auch trotz besserer Machbarkeit unter pandemischen Rahmenbedingungen nicht für jede*n Logopäd*in und bei jedem Late Talker der zielführendste Ansatz sein. Dennoch scheint der partizipative Prozess, indem nicht nur das Expert*innenwissen der Behandelnden das Vorgehen in der Therapie beeinflusst, sondern der auch von der Zusammenarbeit mit den Patient*innen bzw. Angehörigen profitiert, durch die „notgedrungen“ mit der indirekten Interventionsform gesammelten Erfahrungen deutlicher in das Bewusstsein der Logopäd*innen gerückt zu sein.

6.1.5. Behandlungssetting

Auch bezogen auf das Behandlungssetting führte die COVID-19-Pandemie zu Veränderungen, die durch Maßnahmen zur Reduktion des Infektionsrisikos geprägt sind. Dass die teletherapeutische Intervention für die meisten Logopäd*innen ein noch unvertrautes Medium darstellt, zeigt die selbsteingeschätzte Erfahrung mit Teletherapien, die auch nach knapp einem Jahr unter pandemischen Gegebenheiten von knapp drei Viertel der Befragten als schlecht oder sehr schlecht bewertet wurde.

Wenn man beachtet, dass dennoch knapp die Hälfte der Befragten seit Ausbruch der Pandemie das „Wagnis“ der Teleinterventionen mit Eltern von Late Talkers eingingen, da dies in vielen Fällen die einzige Möglichkeit zur Aufrechterhaltung der Behandlungskontinuität war, wird auch bei diesem Fragenblock das hohe Engagement der befragten Therapeut*innen deutlich. Zudem schätzte sich der Großteil der Befragten (82,5 %) als zufrieden oder sehr zufrieden mit der Durchführung von Beratungsgesprächen oder Elterntrainings via Videotelefonie ein. Diese Ergebnisse decken sich somit mit Arbeiten beispielsweise von Lauer (2020, 16), die eine hohe Machbarkeit für synchrone, videobasierte Beratungen jeglicher Art konstatieren.

Auch wenn die Not redensartlich erfinderisch macht, so scheint die direkte Teletherapie mit Late Talkers auch während der Pandemie für befragte Logopäd*innen noch keine machbare Option zu sein. Der vergleichsweise geringere Anteil jener Logopäd*innen, die überhaupt eine Teletherapie mit Late Talkers während der Pandemie durchführten, zeigten sich durchwegs unzufrieden mit der Durchführung. Dies spiegelt sich auch in der von den befragten Logopäd*innen eingeschätzten Machbarkeit direkter Teletherapien mit Late Talkers wider. Das Maß an Bereitschaft zweijähriger Kinder, während einer Therapieeinheit vor einem Bildschirm zu sitzen, gemeinsam mit den therapeutischen Prinzipien direkter Interventionsformen, die auf der natürlichen Interaktion und Kommunikation basieren, scheinen Teletherapien, die alleinig mit Late Talkers stattfinden, unter Einhaltung der in der Logopädie gängigen Qualitätsanforderungen praktisch auszuschließen. Auch das Setting von Olsen et al. (2012), wie es in Kapitel 3.4.3 beschrieben wurde, scheint für befragte Therapeut*innen noch herausfordernd zu sein:

„Das Handling und schnelle Eingreifen, vor allem bei Spielangeboten musste durch Co-Therapie durch Eltern erfolgen – das war häufig eine große Herausforderung.“
(Datensatz Nr. 46, Frage 42)

Gründe für die Durchführung von Teletherapien sowie Teleinterventionen zeigten, dass die in den Therapeut*innen begründeten Faktoren, wie beispielsweise eigene organisatorische Vorteile, im Hintergrund standen und stattdessen vor allem die Aufrechterhaltung der Behandlungskontinuität sowie Wünsche der Eltern priorisiert wurden. Diese Priorisierung beinhaltet sehr wahrscheinlich nicht ausschließlich altruistische, sondern auch finanzielle Aspekte, da besonders freiberufliche Kolleg*innen wirtschaftlich auf die Durchführung wertschöpfender Therapieeinheiten angewiesen sind und während der Pandemie mit finanziellen Einbußen und psychischen Belastungen bis hin zu Existenzängsten aufgrund der geringeren Auslastung konfrontiert waren (Litke et al. 2021, 5).

Bei Begründungen gegen Interventionen via Videotelefonie wurden im Gegensatz zu Rettinger et al. (2021, 4) kaum bis nie unsichere Abrechnungsmöglichkeiten oder gesetzliche Hürden genannt, hervorstechend war jedoch, dass von den Logopäd*innen sowohl für kindzentrierte, als auch elternzentrierte Formen sowie für beide befragten Zeiträume hervorgehoben wurde, dass sie Face-to-Face-Kontakte für effektiver halten. Diese niedriger eingeschätzte Wirksamkeit videobasierter Interventionen wird zumindest für andere Störungsbilder im Kindesalter sowie für Beratungen in der Literatur nicht bestätigt (Wales et al. 2017; Hall et al. 2013), könnte jedoch auch mit den bisher geringen Erfahrungswerten befragter Therapeut*innen zusammenhängen oder in den von Lauer (2020, 13) berichteten technischen Nachteilen begründet sein, wie z. B. Störungen der Kommunikation durch Übertragungsverzögerungen, reduzierte Übertragungsqualität oder die eingeschränkte akustische Verständlichkeit während der Einheit.

Die therapeutische Beziehung als Wirkfaktor bleibt ebenso nicht unbeeinträchtigt von der Digitalisierung des Therapiesettings, wobei befragte Personen bei den abschließenden offenen Fragen sowohl negative Entwicklungen, im Sinne einer Barriere im sozialen Kontakt, als auch positive Effekte durch das zumindest virtuelle Kennenlernen des familiären Umfeldes zuhause beschrieben.

Auch in Bezug auf den im Zielsteuerungsgesetz (2017, Art. 2 Abs. 2) und in den Gesundheitszielen Österreich (2017, 15f) geforderten niederschweligen Zugang zur Gesundheitsversorgung ergibt sich für Teletherapien oder Teleinterventionen ein zwiespaltiges Bild. Einerseits kann die Aufrechterhaltung der Versorgung auch bei größerer geografischer Entfernung oder hohem Infektionsgeschehen in effizienter Weise sichergestellt werden, gleichzeitig muss beachtet werden, dass auch für die Zeit seit Ausbruch der Pandemie jeweils ca. 15 % der befragten Logopäd*innen angaben, dass entweder ihnen oder den Eltern keine technischen Mittel oder Kenntnisse für die Durchführung digitaler Therapien zur Verfügung standen. Der barrierefreie Zugang für alle Bevölkerungsgruppen kann derzeit somit noch nicht gewährleistet werden.

Besonders bei jungen Kindern ist zudem zu beachten, dass der digitale Medienkonsum, auch „Bildschirmzeit“ genannt, häufig mit einem Risiko für die Sprach- oder kognitive Entwicklung in Verbindung gebracht wird und somit auch die Weltgesundheitsorganisation für zweijährige Kinder so wenig wie möglich, aber maximal eine Stunde Bildschirmzeit täglich empfiehlt (Weltgesundheitsorganisation 2019, 8).

Wie auch Rettinger et al. (2021, 4) berichten, scheint die Pandemie durch den notwendigen und verstärkten Einsatz teletherapeutischer Maßnahmen also die Handlungsmöglichkeiten von Logopäd*innen erweitert zu haben, wobei derzeit noch nicht sichergestellt ist, ob patient*innenbezogene Daten geschützt und Qualitätsanforderungen an eine logopädische Intervention besonders mit Late Talkers via Videotelefonie eingehalten werden können. Wenn die von den Logopäd*innen erläuterten Hürden betrachtet werden, scheint jedoch auch die Qualität der Behandlung im Face-to-Face-Setting unter der Einhaltung von Sicherheitsmaßnahmen und vor allem unter dem Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes in der direkten Interventionsform zu leiden.

Übereinstimmend halten die hier befragten Logopäd*innen sowie erste Umfragen im deutschsprachigen Raum (Lauer 2020; Rettinger et al. 2021; Bilda et al. 2020) teletherapeutische Maßnahmen jedoch für nicht geeignet, um physische Therapiekontakte in der interaktionsgeprägten logopädischen Intervention mit Late Talkers gänzlich zu ersetzen.

6.2. Limitationen

Erkenntnisse aus dieser explorativen Arbeit müssen vor dem Hintergrund gewisser methodischer Einschränkungen betrachtet werden. So entspricht die befragte Population zwar in Bezug auf Geschlecht und Alter der Verteilung der Grundgesamtheit, jedoch ist das Arbeitsverhältnis durch den erhöhten Anteil freiberuflicher Logopäd*innen nicht uneingeschränkt repräsentativ. Limitierend ist zudem, dass die Anzahl an Logopäd*innen der Grundgesamtheit aufgrund mangelnder Datenlage derzeit nicht quantifizierbar ist und die Rücklaufquote somit nicht abschließend interpretiert werden kann. Bestrebungen des österreichischen Gesundheitsberuferegisters, Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe systematisiert zu erfassen, sind äußerst positiv zu werten, zur Nutzung für Forschungsvorhaben müsste jedoch die Aktualität und Vollständigkeit der Daten gewährt sein.

Begrenzungen ergeben sich außerdem bezogen auf die inhomogene Studienlage. Während besonders jene Forschungen zur Machbarkeit und Effektivität von Teletherapie seit Ausbruch der Pandemie im deutschsprachigen Raum einen Aufschwung erleben, ist die Evidenzlage zu Behandlungsform und -setting von Late Talkers nach wie vor dünn.

Bezogen auf das Befragungsinstrument stellte sich heraus, dass die quantitativ ausgerichtete Fragebogenmethode für die Beantwortung der Forschungsfrage geeignet war. Einige komplexere Aspekte, vor allem in Bezug auf zukünftige Handlungsempfehlungen, hätten jedoch über einen qualitativen Zugang, wie beispielsweise mittels Expert*inneninterviews, detailliertere und aussagekräftigere Erkenntnisse geliefert.

In diesem Zusammenhang wäre es lohnenswert, in weiteren qualitativen Studien die erkannten Tendenzen, die auf einen vermehrten Einsatz elternzentrierter Ansätze und videobasierter Maßnahmen hindeuten, eingehender zu untersuchen.

6.3. Fazit und Ausblick

Bezogen auf die in Kapitel 1.2 formulierte Forschungsfrage lässt sich somit abschließend zusammenfassen:

1. Dem Versorgungsauftrag in Bezug auf die Behandlung von Late Talkers konnte nach einem fast völligen Einbruch über wenige Wochen des Frühlings 2020 hinweg erneut rasch, jedoch noch bis in den Beginn des Jahres 2021 hinein mit deutlichen Schwankungen der Kontinuität, nachgekommen werden.
2. Die Auswahl der Behandlungsform schien sich nicht grundlegend zu ändern. Deutlicher in den Fokus gerückt und als Chance betrachtet wird jedoch die vermehrte Kooperation mit Eltern oder Bezugspersonen im Sinne der indirekten Interventionsform. Im Hinblick auf das Behandlungssetting zeigte sich, dass die direkte Teletherapie mit Late Talkers für befragte Logopäd*innen keine realistische Option darstellt, wohingegen Elternberatungen oder -trainings via Videotelefonie vermehrt durchgeführt und durchwegs positiv und als qualitativ gut machbar bewertet wurden.
3. Entscheidungsfaktoren für Veränderungen der Behandlungsform oder des Behandlungssettings lagen in pandemiebedingten Einschränkungen begründet, jedoch spielte auch die interne Evidenz, also die Expertise und Erfahrung der Therapeut*innen eine entscheidende Rolle. Auffallend, vor allem bei Begründungen für Kontinuitätsschwankungen aber auch bei Veränderungen von Behandlungsform und -setting war, dass Eltern eine Schlüsselposition zuzukommen scheint.
4. Chancen im Sinne vorsichtiger Empfehlungen für potentielle weitere Krisen und/oder Pandemien, die sich durch Synthese aus erhobenen Ergebnissen und der Literatur ergeben, sollen im Folgenden abschließend dargestellt werden.

Vor allem in Anbetracht der zusätzlichen Belastungen und Risiken, die während einer Krise auf die kindliche Entwicklung wirken, wie die durch die COVID-19-Pandemie induzierten und teils drastischen Auswirkungen auf die psychische Gesundheit von Kindern (Schlack et al. 2020; Niesner 2021), sowie Verzögerungen oder Rückschritte in der Sprachentwicklung durch Schließungen der Kindergärten und Reduzierung der Sozialkontakte (Schäfer 2021), sollte dem rechtzeitigen Start einer logopädischen Frühintervention bei Late Talkers und der Aufrechterhaltung der Behandlungsregelmäßigkeit auch in Krisenzeiten unter Wahrung aller sicherheitsrelevanter Aspekte weiterhin hoher Stellenwert eingeräumt werden.

Für die Entscheidungsfindung bezüglich der Behandlungsform und des Behandlungssettings darf der Therapeut*innenexpertise auch in Krisen- und Pandemiezeiten hohe Relevanz zugesprochen werden, um jedoch im Modell der evidenzbasierten Praxis (siehe Abb. 1) auch der Überlappung aus interner und externer Evidenz gerecht zu werden, können Leitlinien und systematisch entwickelte Entscheidungshilfen eine Brücke zwischen wissenschaftlichen Erkenntnissen und therapeutischer Praxis darstellen (Kraus 2018, 131). Bezogen auf die deutschsprachige Leitlinie für den Bereich der Sprachentwicklung von Langen-Müller et al. (2011), die sich noch bis Ende des Jahres 2021 in Überarbeitung befindet, wäre es somit erfreulich, wenn Entscheidungshilfen spezifisch für Late Talkers Einzug in den diagnostischen Algorithmus finden würden, um die Bekanntheit bei den behandelnden Logopäd*innen zu steigern.

Für potentielle weitere Krisen oder Pandemien deutet die Zusammenführung der Ergebnisse mit der Literatur zudem darauf hin, dass der indirekten Interventionsform mit den Eltern großer Stellenwert eingeräumt werden darf. Nicht in jedem Fall kann eine elternezentrierte Arbeit die direkte logopädische Intervention mit dem Kind ersetzen, sollten jedoch strikte krisenbedingte Beschränkungen die kindzentrierte Arbeit unmöglich machen, so ist die indirekte Interventionsform in jedem Fall einer Therapiepause vorzuziehen, da die Evidenzlage einerseits für die Wirksamkeit dieses Ansatzes spricht und sich Beratungsgespräche oder Elterntrainings sowohl im Face-to-Face-Setting als auch via Videotelefonie gut realisieren lassen. Zudem kann diese Form der Intervention in der evidenzbasierten Praxis auch als Überlappung aus externer und sozialer Evidenz betrachtet werden, die laut Kraus (2018, 130ff) einer Patient*innen- bzw. Angehörigenbildung gleichkommt und die Compliance und somit den Therapieerfolg erhöhen kann.

Das sprachförderliche Angebot, das den Kindern durch die Bestärkung der Elternkompetenz im gemeinsamen Alltag ermöglicht wird, übersteigt die Zeit einer reinen kindzentrierten Intervention in der Regel um ein Vielfaches und könnte in weiterer Folge sogar nachhaltig und primärpräventiv wirksam sein, wenn der responsive Interaktionsstil beispielsweise auch bei jüngeren Geschwistern angewendet wird.

Die Wichtigkeit der Compliance der Eltern für den Erfolg und die Qualität jeglicher Interventionsform wird auch in anderen Arbeiten bestätigt (Buschmann und Ritter 2013; Weber 2017) und scheint vor allem in Zeiten sozialer und gesellschaftlicher Verunsicherung noch mehr auf dem Vertrauen zur Logopäd*in zu beruhen. In dieser „Allianz“, die aus Kind, Eltern und Therapeut*in entstehen sollte, stellen einerseits die Fachkompetenz und andererseits die Beziehung zwei entscheidende Säulen dar (Weber 2017, 8).

Um Eltern von Late Talkers also fachlich kompetent unterstützen zu können, gilt es Fortbildungsangebote und Ausbildungsschwerpunkte zukünftig derart auszurichten, dass elternzentrierte Interventionsformen und, besonders in Hinblick auf die rapide zunehmende Digitalisierung der Logopädie, auch teletherapeutische Interventionen abgebildet sind. Klare organisatorische und rechtliche Rahmenbedingungen im Kontext Datenschutz, Honorierung seitens der Sozialversicherungen etc., wie beispielsweise von Jaecks et al. (2020, 187) und Barthel et al. (2021, 11) gefordert, sind neben weiteren Forschungsarbeiten zur Wirksamkeit und Machbarkeit unbedingte Voraussetzung für die längerfristige Implementierung neuartiger Behandlungssettings.

Das Qualitätskriterium der Beziehung, welches als dritte Überlappung in Abb. 1 die Schnittstelle zwischen sozialer und interner Evidenz darstellt, wurde in vielen Fällen sicherlich von pandemischen Rahmenbedingungen und Umstrukturierungen im Behandlungssetting gebeutelt, dennoch erkannten sowohl die hier befragten Logopäd*innen als auch Teilnehmer*innen anderer aktueller Studien (Barthel et al. 2021, 2f) Chancen, die sich durch das Kennenlernen des häuslichen Umfeldes via Videotelefonie oder den stärkeren Einbezug eines anderen Elternteils bzw. der Geschwister ergaben. Allesamt Chancen, die mit einem hohen Maß an sozial-kommunikativen Fähigkeiten der Logopäd*innen auch für die Zukunft genutzt werden können.

Die COVID-19-Pandemie forderte bis dato knapp drei Millionen Todesopfer (Weltgesundheitsorganisation 11.04.2021) und zeigt auf grausame Art und Weise, welche verheerenden Auswirkungen dieses Virus auf Gesundheitssysteme und das gesellschaftliche Zusammenleben weltweit hat. Unter diesem Blickwinkel fällt es moralisch schwer, wie häufig zitiert, die „Krise als Chance“ zu sehen. Auch für die logopädische Arbeit und die Behandlung von Late Talkers wirkten und wirken sich Maßnahmen zur Reduzierung des Infektionsrisikos nach wie vor auf die Qualität der Intervention aus. Richtet man dennoch den Blick auf die positiven Aspekte, zeigt sich, dass Logopäd*innen mit viel Engagement und Resilienz auch in Krisenzeiten einen wichtigen Beitrag zur gesunden Sprachentwicklung von Kindern leisten und entdeckte Potentiale sowohl für zukünftige Krisen als auch für die Arbeit unter „normalen“ Bedingungen vielversprechend nutzen können.

7. Literaturverzeichnis

Agin, Marilyn; Anderson, Raquel; Gonzales, Maria Diana; Paul, Rhea; Rescorla, Leslie; Restrepo, Maria Adelaida et al. (o.J.): Late Language Emergence. Practice Portal. ASHA - American Speech-Language-Hearing-Association. Rockville. Online verfügbar unter https://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/late-language-emergence/#collapse_9, zuletzt geprüft am 27.02.2021.

Avemarie, Laura Kathrin (2016): Die sozial-emotionale Entwicklung sprachbehinderter Kinder unter Berücksichtigung des elterlichen Belastungserlebens und der pragmatisch-kommunikativen Kompetenz. Dissertation. Pädagogische Hochschule Heidelberg, Heidelberg. Psychologie, zuletzt geprüft am 26.02.2021.

Barthel, Maria; Schwinn, Silke; Borgetto, Bernhard; Leinweber, Juliane (2021): Digitalisierungschance nutzen! Kernaussagen und Empfehlungen für die Nutzung von Videotherapie in der ambulanten logopädischen/sprachtherapeutischen Versorgung (Langfassung). In: *Forum Logopädie* 35 (2), S. 1–17, zuletzt geprüft am 04.04.2021.

Behl, Diane D.; Blaiser, Kristina; Cook, Gina; Barrett, Tyson; Callow-Heusser, Catherine; Brooks, Betsy Moog et al. (2017): A Multisite Study Evaluating the Benefits of Early Intervention via Telepractice. In: *Infants & Young Children* 30 (2), S. 147–161.

Beier, Judith (2018): Zur Evidenzbasierung in der Logopädie. Überlegungen zum Verhältnis von formalen und inhaltlichen Aspekten logopädischer Forschung in Deutschland. In: *logoTHEMA* 15 (2), S. 12–18, zuletzt geprüft am 27.02.2021.

Berufsverband logopädieaustria (o.J.): Logopäd_innensuche. Sprachentwicklungsverzögerung 0 bis 3 Jahre. Online verfügbar unter https://logopaediaustria.at/logopaedin-suche?fulltext=&field_fachbereich=563&field_state=All&field_bezirk=All&field_last_name=&field_sprachen=All, zuletzt geprüft am 13.03.2021.

Beushausen, Ulla (2018): Clinical Reasoning in der Sprachtherapie. In: *Sprache · Stimme · Gehör* 42 (3), S. 119–122.

Bilda, Kerstin (2017): Digitalisierung im Gesundheitswesen: Trends und neue Entwicklungen. Einführung in das Schwerpunktthema "Neue Technologien in der Logopädie". In: *Forum Logopädie* 31 (3), S. 6–9.

Bilda, Kerstin; Dörr, Fiona; Urban, Kjara; Tschuschke, Benjamin (2020): Digitale logopädische Therapie. Ergebnisse einer Befragung zum aktuellen Ist-Stand aus der Sicht von LogopädInnen. In: *Logos* 28 (3), S. 176–183, zuletzt geprüft am 13.10.2020.

Bundesgesetzblatt (StF: BGBl. Nr. 460/1992): Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste. MTD-Gesetz, idgF. Fundstelle: Rechtsinformationssystem des Bundes. Online verfügbar unter <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010701>, zuletzt geprüft am 19.02.2021.

Bundesgesetzblatt (StF: BGBl. Nr. 340/1993): Bundesgesetz über Fachhochschulen. FH-Gesetz, idgF. Fundstelle: Rechtsinformationssystem des Bundes. Online verfügbar unter <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10009895>, zuletzt geprüft am 19.02.2021.

Bundesgesetzblatt (StF: BGBl. I Nr. 179/2004): Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen. GQ-Gesetz, idgF. Fundstelle: Rechtsinformationssystem des Bundes. Online verfügbar unter <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20003883>, zuletzt geprüft am 19.02.2021.

Bundesgesetzblatt (StF: BGBl. II Nr. 2/2006): Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen über Fachhochschul-Bakkalaureatsstudiengänge für die Ausbildung in den gehobenen medizinisch-technischen Diensten. FH-MTD-AV, idgF. Fundstelle: Rechtsinformationssystem des Bundes. Online verfügbar unter <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20004516>, zuletzt geprüft am 19.02.2021.

Bundesgesetzblatt (StF: BGBl. II Nr. 598/2020): Änderung der 3. COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung und 2. COVID-19-Notmaßnahmenverordnung, vom 22.12.2020. Fundstelle: Rechtsinformationssystem des Bundes. Online verfügbar unter https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2020_II_598/BGBLA_2020_II_598.pdfsig, zuletzt geprüft am 01.04.2021.

Bundesgesetzblatt (StF: BGBl. II Nr. 479/2020): COVID-19-Notmaßnahmenverordnung, vom 15.11.2020. Fundstelle: Rechtsinformationssystem des Bundes. Online verfügbar unter https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2020_II_479/BGBLA_2020_II_479.pdfsig, zuletzt geprüft am 01.04.2021.

Bundesgesetzblatt (StF: BGBl. II Nr. 96/2020): Vorläufige Maßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung von COVID-19, vom 15.03.2020. Fundstelle: Rechtsinformationssystem des Bundes. Online verfügbar unter https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2020_II_96/BGBLA_2020_II_96.html, zuletzt geprüft am 01.04.2021.

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2017): Gesundheitsziele Österreich. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich. Langfassung. Wien. Online verfügbar unter www.gesundheitsziele-oesterreich.at, zuletzt geprüft am 28.02.2021.

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2017a): Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017. ÖSG 2017. Fundstelle: verfasst von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG). In: *Gesundheitsreform Zielsteuerung-Gesundheit*.

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2017b): Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene. In: *Gesundheitsreform Zielsteuerung-Gesundheit*. Online verfügbar unter [https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-\(Zielsteuerung-Gesundheit\)/Zielsteuerungsvertrag-2017-bis-2021.html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-(Zielsteuerung-Gesundheit)/Zielsteuerungsvertrag-2017-bis-2021.html), zuletzt geprüft am 05.05.2021.

Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2020): Gesundheitsberufe in Österreich. Wien. Online verfügbar unter <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=489>, zuletzt geprüft am 06.03.2021.

Buschmann, Anke (2017): Heidelberger Elterntraining frühe Sprachförderung. HET Late Talkers. 3. Aufl. München: Urban & Fischer in Elsevier.

Buschmann, Anke; Multhauf, Bettina; Hasselhorn, Marcus; Pietz, Joachim (2015): Long-Term Effects of a Parent-Based Language Intervention on Language Outcomes and Working Memory for Late-Talking Toddlers. In: *Journal of Early Intervention* 37 (3), S. 175–189.

Buschmann, Anke; Neubauer, Meike (2012): Prädiktoren für den Entwicklungsverlauf spät sprechender Kinder. In: *Sprache · Stimme · Gehör* 36 (3), S. 135–141.

Buschmann, Anke; Ritter, Eva (2013): „Heidelberger Elterntraining zur frühen Sprachförderung“ in der Praxis. Wie zufrieden sind die Eltern? In: *Sprache · Stimme · Gehör* 37 (1), S. 24–29.

Buschmann, Anke; Ziegler, Christina (2020): Prognose der sprachlichen Entwicklung von Late Talkers bis zum Alter von 3 Jahren. In: *Sprache · Stimme · Gehör* 44 (2), e1-e7.

BVAEB und logopädieaustria (01.01.2020): Rahmenvereinbarung. abgeschlossen zwischen dem Berufsverband der LogopädInnen und der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau. Wien. Online verfügbar unter <https://www.bvaeb.at/cdscontent/load?contentid=10008.732528&version=1582267519>, zuletzt geprüft am 05.05.2021.

- Cable, Amory Law; Domsch, Celeste (2011): Systematic review of the literature on the treatment of children with late language emergence. In: *International journal of language & communication disorders* 46 (2), S. 138–154.
- Camden, Chantal; Pratte, Gabrielle; Fallon, Florence; Couture, Mélanie; Berbari, Jade; Tousignant, Michel (2019): Diversity of practices in telerehabilitation for children with disabilities and effective intervention characteristics: results from a systematic review. In: *Disability and Rehabilitation* 42 (24), S. 3424–3436.
- Catts, Hugh W.; Fey, Marc E.; Tomblin, J. Bruce; Zhang, Xuyang (2002): A Longitudinal Investigation of Reading Outcomes in Children With Language Impairments. In: *Journal of speech, language, and hearing research : JSLHR* (45), S. 1142–1157.
- Cohen, Jacob (1988): *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2. Aufl. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Conway, Laura J.; Levickis, Penny A.; Mensah, Fiona; McKean, Cristina; Smith, Kylie; Reilly, Sheena (2017): Associations between expressive and receptive language and internalizing and externalizing behaviours in a community-based prospective study of slow-to-talk toddlers. In: *International journal of language & communication disorders* 52 (6), S. 839–853.
- DeVeney, Shari L.; Hagaman, Jessica L.; Bjornsen, Abby L. (2017): Parent-Implemented Versus Clinician-Directed Interventions for Late-Talking Toddlers: A Systematic Review of the Literature. In: *Communication Disorders Quarterly* 39 (1), S. 293–302.
- Donabedian, Avedis (1965): Evaluating the Quality of Medical Care. In: *The Milbank Memorial Fund Quarterly* 44 (3), S. 166–206.
- Döring, Nicola; Bortz, Jürgen (2016): *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Fisher, Evelyn L. (2017): A Systematic Review and Meta-Analysis of Predictors of Expressive-Language Outcomes Among Late Talkers. In: *Journal of speech, language, and hearing research : JSLHR* 60 (10), S. 2935–2948.
- Fufen, Jin; Schjølberg, Synnve; Wang, Mari Vaage; Eadie, Patricia; Nes, Ragnhild Bang; Røysamb, Espen; Tambs, Kristian (2020): Predicting Literacy Skills at 8 Years From Preschool Language Trajectories: A Population-Based Cohort Study. In: *Journal of speech, language, and hearing research : JSLHR* 63 (8), S. 2752–2762.

Fuisz-Szammer Nina (o.J.): Referentenlehrgänge. Verein für Gesundheitsvorsorge / FBZ Klagenfurt. Online verfügbar unter <https://www.fbz-klagenfurt.at/veranstalter/nina-fuisz-szammer/>, zuletzt geprüft am 05.05.2021.

Gesundheit Österreich GmbH (2019): Jahresbericht Gesundheitsberuferegister 2019. Ergebnisbericht. Wien, zuletzt geprüft am 12.04.2021.

Gesundheitsberuferegister Österreich (2021): Öffentliches Register. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Gesundheit Österreich GmbH. Online verfügbar unter <https://www.gesundheit.gv.at/professional/gbr/gesundheitsberuferegister>, zuletzt geprüft am 13.03.2021.

Grimm, Hannelore (2016): SETK-2. Sprachentwicklungstest für zweijährige Kinder (2;0 - 2;11 Jahre). 2. überarbeitete und neu normierte Auflage. Göttingen: Hogrefe.

Grimm, Hannelore; Doil, Hildegard; Aktas, Maren; Frevert, Sabine (2019): ELFRA. Elternfragebögen für die Früherkennung von Risikokindern. 3. überarbeitete Auflage. Göttingen: Hogrefe.

Grossheinrich, Nicola; Schulte-Körne, Gerd; Marschik, Peter B.; Kademann, Stefanie; Suchodoletz, Waldemar von; Sachse, Steffi (2019): School-age outcomes of late-talking toddlers: Long-term effects of an early lexical deficit. In: *Developmental science* 22 (6), 1-13.

Grötzbach, Holger (2018): Evidenzbasierte Praxis als Grundlage sprachtherapeutischer Entscheidungen. In: *Sprache · Stimme · Gehör* 42 (3), S. 133–139.

Hall, Nerissa; Boisvert, Michelle; Steele, Richard (2013): Telepractice in the Assessment and Treatment with Aphasia: A Systematic Review. In: *International journal of telerehabilitation* 5 (1), S. 27–38, zuletzt geprüft am 28.02.2021.

Hecking, Mascha; Schlesiger, Claudia (2009): Late Bloomer oder Sprachentwicklungsstörung? Diagnostik und Beratung für Familien mit Late Talkern nach dem Dortmunder Konzept. In: *Forum Logopädie* 24 (1), S. 6–15, zuletzt geprüft am 21.11.2020.

Hensen, Peter (Hg.) (2016): Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

Jacobs, Klaus; Kuhlmeier, Adelheid; Greß, Stefan; Klauber, Jürgen; Schwinger, Antje (Hg.) (2018): Qualität in der Pflege. Springer-Verlag GmbH. Berlin: Springer Open (Pflege-Report, 4.2018).

Jaecks, Petra; Johannsen, Katrin; Lehmden, Friederike von; Jonas, Kristina (2020): Fünf Forderungen für die digitale Sprachtherapie. In: *Logos* 28 (3), S. 184–188, zuletzt geprüft am 13.10.2020.

Kraus, Elke (2018): Internationale Perspektiven auf die Voraussetzungen einer effizienten Diagnostik und Therapie unter dem Anspruch von Teilhabe und Partizipation. In: Robin Haring und Julia Siegmüller (Hg.): *Evidenzbasierte Praxis in den Gesundheitsberufen*. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 127–146.

Kruse, Silke (2007): *Kindlicher Grammatikerwerb und Dysgrammatismus. Verstehen - erkennen - behandeln*. 2., erw. und aktualisierte Aufl. Bern: Haupt.

Kühn, P.; Sachse, S.; Suchodoletz, W. von (2015): Sprachentwicklungsverzögerung: Was wird aus Late Bloomern? In: *Klinische Padiatrie* 227 (4), S. 213–218.

Kühn, Philipp; Sachse, Steffi; Suchodoletz, Waldemar von (2016): Sprachentwicklung bei Late Talkern. In: *Logos* 24 (4), S. 256–264, zuletzt geprüft am 29.11.2020.

Langen-Müller, Ulrike de; Kauschke, Christina; Kiese-Himmel, Christiane; Neumann, Katrin; Noterdaeme, Michele (2011): Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen (SES), unter Berücksichtigung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen (USES). Interdisziplinäre S2k-Leitlinie. In: *AWMF Leitlinie* (049/006). Online verfügbar unter <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/049-006.html>, zuletzt geprüft am 29.11.2020.

Lauer, Norina (2020): Teletherapie - hat die Logopädie eine digitale Zukunft? Ergebnisse eines qualitativen Forschungsprojekts des Studiengangs Logopädie der OTH Regensburg. In: *Forum Logopädie* 34 (5), S. 12–17.

Litke, Nicola; Schmidt, Elisabeth; Cordes, Lara; Henning, Doreen; Wallacher, Sibylle; Daniel, Tiziana; Wensing, Michael (2021): Von Existenzängsten und Unterversorgung: Die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf ambulante logopädische Therapieeinrichtungen. In: *Forum Logopädie* 35 (1), 40, Zusatzmaterial S. 1-8.

Locke, John L. (1997): A Theory of Neurolinguistic Development. In: *Brain and Language* (58), S. 256–336.

Molini-Avejonas, Daniela Regina; Rondon-Melo, Silmara; Albuquerque de La Higuera Amato, Cibelle; Samelli, Alessandra Gianella (2015): A systematic review of the use of telehealth in speech, language and hearing sciences. In: *Journal of telemedicine and telecare* 21 (7), S. 1–21.

Möller, Delia; Spreen-Rauscher, Maria (2009): *Frühe Sprachintervention mit Eltern. Schritte in den Dialog*. Stuttgart: Thieme (Forum Logopädie).

Niesner, Lisi (2021): Experten "alarmiert": Kinder psychisch stark belastet. In: *Die Presse* 2021, 23.03.2021. Online verfügbar unter <https://www.diepresse.com/5955923/experten-alarmiert-kinder-psychisch-stark-belastet>, zuletzt geprüft am 13.04.2021.

Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs (Hg.) (2021a): Kinderbetreuungsgeld. Erforderliche Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Online verfügbar unter <https://www.gesundheit.gv.at/leben/eltern/mutter-kind-pass/kinderbetreuungsgeld>, zuletzt geprüft am 08.04.2021.

Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs (Hg.) (2021b): Mutter-Kind-Pass. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Online verfügbar unter <https://www.gesundheit.gv.at/leben/eltern/mutter-kind-pass/inhalt>, zuletzt geprüft am 06.04.2021.

Olsen, Sue; Fiechtl, Barbara; Rule, Sarah (2012): An Evaluation of Virtual Home Visits in Early Intervention: Feasibility of "Virtual Intervention". In: *The Volta Review* 112 (3), S. 267–282.

Parma, Anna; Schrey-Dern, Dietlinde (2017): Früherkennung von Sprachentwicklungsstörungen zum Zeitpunkt der U7. Konzeption und Evaluation eines Lehrvideos. In: *Forum Logopädie* 31 (1), S. 26–31.

Paul, Rhea (1996): Clinical Implications of the Natural History of Slow Expressive Language Development. In: *American Journal of Speech-Language Pathology* 5 (2), S. 5–21.

Pfaller-Frank, Karin (2015): Soziales und ökonomisches Potenzial der Logopädie in Österreich. Dissertation. Sankt-Elisabeth-Universität, Bratislava. Gesundheitswissenschaften.

Pfaller-Frank, Karin (2020): Die ökonomische Bedeutung logopädischer Leistungen. Eine Studie zur Kosten-Nutzen-Analyse logopädischer Leistungen. In: *Forum Logopädie* 34 (6), S. 16–23.

Poncioni, Claudia; Pfaller-Frank, Karin; Schrey-Dern, Dietlinde; Caminada, Angela (28.11.2015): Positionspapier: Sprachförderung - Sprachtherapie. Welche Kinder brauchen was? Eine Klarstellung der deutschsprachigen Berufsverbände für Logopädie. Schaan. Online verfügbar unter <https://www.logopaedie.ch/sites/default/files/u802/Posi-Papiere/Posi-Papier%20F%20c3%b6rd%20-Therapie%20def%20.pdf>, zuletzt geprüft am 05.05.2021.

Porst, Rolf (2014): Fragebogen. Ein Arbeitsbuch. 4., erw. Aufl. Wiesbaden: Springer VS (Studienskripten zur Soziologie).

Prüfer, Peter; Rexroth, Margrit (2005): Kognitive Interviews. In: *ZUMA How-to-Reihe* (15), S. 1–21.

Rangarathnam, Balaji; Gilroy, Haley; McCullough, Gary H. (2016): Do patients treated for voice therapy with telepractice show similar changes in voice outcome measures as patients treated face-to face? In: *EBP Briefs* 11 (5), S. 1–6, zuletzt geprüft am 28.02.2021.

Rathey-Pötzke, Beatrice (2011): Entscheidungen im Therapieprozess - wie machen wir das eigentlich? Ein Blick auf Clinical Reasoning. In: *Forum Logopädie* 25 (5), S. 20–26.

Rescorla, Leslie (2005): Age 13 Language and Reading Outcomes in Late-Talking Toddlers. In: *Journal of speech, language, and hearing research : JSLHR* 48 (2), S. 459–472.

Rescorla, Leslie; Turner, Hannah L. (2015): Morphology and syntax in late talkers at age 5. In: *Journal of speech, language, and hearing research : JSLHR* 58 (2), S. 434–444.

Rettinger, Lena; Klupper, Carissa; Werner, Franz; Putz, Peter (2021): Changing attitudes towards teletherapy in Austrian therapists during the COVID-19 pandemic. In: *Journal of telemedicine and telecare*, 1-9.

Ringmann, Svenja; Siegmüller, Julia (2011): Frühe inputorientierte Lexikontherapie bei Kindern im Late-Talker-Stadium. Ein Nachweis spezifischer Effekte. In: *Forum Logopädie* 25 (5), S. 6–12.

Ritterfeld, Ute; Niebuhr, Sandra (2002): Neue Wege in der Sprachentwicklungsdiagnostik. In: *Kinder- und Jugendarzt* 33 (4), S. 321–329.

Rohrhofer, Barbara (2021): Corona bewirkt Rückschritte bei der Sprachentwicklung unserer Kinder. In: *Oberösterreichische Nachrichten*, 23.03.2021 (ÖÖN plus Familie). Online verfügbar unter <https://www.nachrichten.at/meine-welt/familie/corona-bewirkt-rueckschritte-bei-der-sprachentwicklung-unserer-kinder;art209547,3371722>, zuletzt geprüft am 06.04.2021.

Sachse, Steffi (2007): Neuropsychologische und neurophysiologische Untersuchungen bei Late Talkers im Quer- und Längsschnitt. Dissertation. Ludwig-Maximilians-Universität München, München. Medizinische Fakultät.

Schäfer, Karin (2021): Sprachbildung in Corona-Zeiten. Auswirkungen von pandemiebedingten Kita-Schließungen auf Sprachentwicklung von Kindern und Sprachförderung in Kitas. Unter Mitarbeit von Tim Rohrmann. Niedersächsisches Institut

für frühkindliche Bildung und Entwicklung. Osnabrück. Online verfügbar unter <https://www.nifbe.de/fachbeitraege/beitraege-von-a-z?view=item&id=966:sprachbildung-in-corona-zeiten&catid=336>, zuletzt geprüft am 13.04.2021.

Schlack, Robert; Neuperdt, Laura; Hölling, Heike; Bock, Freia de; Ravens-Sieberer, Ulrike; Mauz, Elvira et al. (2020): Auswirkungen des COVID-19-Pandemiegeschehens und behördlicher Infektionsschutzmaßnahmen auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. In: *Journal of Health Monitoring* 5 (4), S. 23–34.

Schlesiger, Claudia (2009): Sprachtherapeutische Frühintervention für Late Talkers. Eine randomisierte und kontrollierte Studie zur Effektivität eines direkten und kindzentrierten Konzeptes. 1. Aufl. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag GmbH (Beiträge zur Gesundheits- und Therapiewissenschaft, 4).

Schröder, Martin; Göttgens, Christina (2014): Die Chancen und Grenzen der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) zur interdisziplinären und integrativen Zusammenarbeit. In: *E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung* 2 (2), S. 178–191.

Schwinn; Silke; Barthel, Maria; Leinweber, Juliane; Borgetto, Bernhard (2020): Digitalisierungschancen in der Krise. Erste Ergebnisse zur Umsetzung der Videotherapie in der ambulanten Logopädie (ViTaL). In: *Forum Logopädie* 34 (5), S. 18–21.

Siegmüller, Julia; Beier, Judith (2015): Kindersprachstörungen und ihre Therapie. Was wir wissen und was wir noch nicht wissen. In: *Forum Logopädie* 29 (1), S. 6–11.

Snowling, Margaret J.; Moll, Kristina; Hulme, Charles (2021): Language difficulties are a shared risk factor for both reading disorder and mathematics disorder. In: *Journal of experimental child psychology* 202, S. 1–12.

SoSci Survey (o.J.): Datenschutz in der Onlinebefragung. Online verfügbar unter <https://www.soscsurvey.de/help/doku.php/de:general:privacy>, zuletzt aktualisiert am 07.02.2020, zuletzt geprüft am 13.03.2021.

Statistik Austria (2014): Schlüsselkompetenzen von Erwachsenen. Vertiefende Analysen der PIAAC-Erhebung 2011/12. Wien.

The Hanen Centre (o.J.): Programs for Parents. Toronto, Ontario. Online verfügbar unter <http://www.hanen.org/Programs/For-Parents.aspx>, zuletzt geprüft am 27.02.2021.

Verwaltungsrat der ÖGK (2020): Beschluss des Verwaltungsrates der ÖGK. Sitzung vom 15.12.2020. Wien. Online verfügbar unter <https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.857235&portal=oegkportal>, zuletzt geprüft am 28.02.2021.

- Wales, Danielle; Skinner, Leisa; Hayman, Melanie (2017): The Efficacy of Telehealth-Delivered Speech and Language Intervention for Primary School-Age Children: A Systematic Review. In: *International journal of telerehabilitation* 9 (1), S. 55–70.
- Wanetschka, Vera; Toepffer-Huttel, Christiane; Nerz, Verena; Göldner, Julia (2020): Die therapeutische Beziehung in der Krise? Gedanken in Zeiten von Corona. In: *Forum Logopädie* 34 (5), S. 6–11.
- Weber, Bertram (2017): Mit Struktur und Flexibilität zum Therapieerfolg. Therapieverständnis und Elternbedürfnisse in der logopädischen Therapie von kindlichen Sprach- und Sprechstörungen. In: *Forum Logopädie* 31 (6), S. 6–10.
- Weidner, Kristen; Lowman, Joneen (2020): Telepractice for Adult Speech-Language Pathology Services: A Systematic Review. In: *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups* 5 (1), S. 326–338.
- Weigand, Nadja (2017): Interaktionsqualität in der Logopädie. "Logopädischer Erfolg wird durch die Interaktionsqualität und die Beziehungsebene zum Patienten bestimmt". In: *Forum Logopädie* 31 (6), S. 12–16.
- Weltgesundheitsorganisation (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. ICF. Genf: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI).
- Weltgesundheitsorganisation (2019): Guidelines on physical activity, sedentary behaviour, and sleep for children under 5 years of age. Geneva: World Health Organization.
- Weltgesundheitsorganisation (11.03.2020): Coronavirus disease 2019 (COVID-19). Situation Report - 51. Genf. Online verfügbar unter https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200311-sitrep-51-covid-19.pdf?sfvrsn=1ba62e57_10, zuletzt geprüft am 12.04.2021.
- Weltgesundheitsorganisation (14.03.2021): COVID-19 Weekly Epidemiological Update. Genf. Online verfügbar unter <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update---16-march-2021>, zuletzt geprüft am 12.04.2021.
- Weltgesundheitsorganisation (11.04.2021): COVID-19 Weekly Epidemiological Update. Genf. Online verfügbar unter <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---13-april-2021>, zuletzt geprüft am 15.04.2021.
- Wirts, Claudia (2014): Late Talker - und dann? Analyse von Prädikatoren für den weiteren Sprachentwicklungsverlauf ehemaliger Late Talkers. Dissertation. Köln: ProLog (Beiträge zur Pädagogik bei Beeinträchtigungen von Sprache und Kommunikation).

Wirts, Claudia; Glück, Christian W. (2015): Eltern-Kind-Interaktionen. Welchen Einfluss haben sie auf die Sprachentwicklung von Late Talkers und sprachlich unauffälligen Kindern? In: *Forschung Sprache* (1), S. 19–30.

Zollinger, Barbara (1997): Die Entdeckung der Sprache. 3. Aufl. Bern: Haupt (Beiträge zur Heil- und Sonderpädagogik, 16).

8. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abb. 1: Evidenzbasierte Praxis nach Dollaghan (2007, zitiert nach Beier 2018, 13)	17
Abb. 2: Praxisbasierte Evidenz als Schnittstelle zwischen Praxis und Forschung (Kraus 2018, 133).....	18
Abb. 3: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF (Weltgesundheitsorganisation 2005, 23)	20
Abb. 4: Entwicklungsverläufe von Late Talkers, in Anlehnung an Parma und Schrey-Dern (2017, 27)	24
Abb. 5: Dortmunder Konzept zur Diagnostik und Beratung für Familien mit Late Talkers (Hecking und Schlesiger 2009, S. 13)	34
Abb. 6: Altersverteilung	48
Abb. 7: Berufserfahrung	49
Abb. 8: Arbeitsverhältnis	49
Abb. 9: Anzahl an absolvierten Fort- oder Zusatzausbildungen	50
Abb. 10: Wartezeit auf ersten Interventionstermin (vor der Pandemie)	51
Abb. 11: Veränderung der Wartezeit auf ersten Interventionstermin (im Verlauf der Pandemie)	52
Abb. 12: Veränderung der Anzahl an Anmeldungen (im Verlauf der Pandemie).....	52
Abb. 13: Late Talkers, bei denen eine regelmäßige Intervention sichergestellt war (vor der Pandemie)	53
Abb. 14: Late Talkers, bei denen eine regelmäßige Intervention sichergestellt war (im Verlauf der Pandemie)	54
Abb. 15: Zufriedenheit mit der Regelmäßigkeit der Intervention	55
Abb. 16: Gründe für Kontinuitätseinbrüche (im Verlauf der Pandemie).....	57
Abb. 17: Konzeptgeleitete Entscheidungsfindung in Abhängigkeit der Anzahl absolvierter Fortbildungen.....	58
Abb. 18: Gründe für Entscheidung gegen direkte Intervention.....	59
Abb. 19: Häufigste Behandlungsform vor der Pandemie	60
Abb. 20: Durchführung von Teletherapien direkt mit Late Talkers	62
Abb. 21: Gründe gegen Teletherapien mit Late Talkers	64
Abb. 22: Durchführung von Teleinterventionen mit Eltern.....	65
Abb. 23: Gründe gegen Teleinterventionen mit Eltern	66
Abb. 24: Abschließende Fragen: Zustimmungswerte pro Item	68

Tabelle 1: Rangveränderungen und Wilcoxon-Test: Kontinuitätswerte im Vergleich zur
Zeit vor der Pandemie..... 55

Tabelle 2: Items der abschließenden Fragen, Lage- und Streuungsparameter..... 67

9. Anhang

9.1. Checkliste RCSEQ



Für das Forschungsvorhaben im Rahmen der
Masterarbeit "Logopädische Versorgung von Late
Talkers in Zeiten einer Pandemie"
von Johanna Reheis, BSc



Checkliste für Forschungsvorhaben

(Gemäß Senatsbeschluss vom 11.02.2020 ist diese Checkliste verpflichtend im Zuge der Anmeldung einer Abschlussarbeit im Rahmen aller UMIT TIROL-Studien zu bearbeiten. Davon ausgenommen sind joint degree programmes, wobei auch in diesen Studien deren Verwendung empfohlen wird.

Für die fhg wurde die Checkliste durch das FH-Kollegium mit 11.03.2020 angenommen.)

Hinweis: Ziel dieser Checkliste ist es, Forschenden eine Hilfestellung zu geben, um

- Forschungsvorhaben zu identifizieren, welche einer gesetzlich legitimierten Ethikkommission (EK) vorgelegt werden müssen, und
- andernfalls zu entscheiden, ob ein Forschungsvorhaben dem RCSEQ oder einem anderen Ethik-Board vorgelegt werden soll. (Bei Abschlussarbeiten entscheidet die zuständige Studien- und Prüfungskommission der UMIT TIROL oder die Studien-/Lehrgangsleitung der fhg bzw. bei sonstigen Forschungsvorhaben die Projektleitung in Anlehnung an die studienrechtlichen Vorschriften.)

A) Ist das Forschungsvorhaben bereits freigegeben oder offensichtlich frei von möglichen Vorlagepflichten?

Anmerkung: Dies ist der Fall, wenn eine der folgenden Fragen mit „Ja“ beantwortet wird.

Die Blöcke B) und C) entfallen dann.

Bei Abschlussarbeiten muss die Checkliste jedoch unterschrieben werden (vgl. Seite 2).

- Das Forschungsvorhaben ist eine reine Literaturarbeit:

Ja Nein

- Das Forschungsvorhaben wurde bereits bei einer gesetzlich legitimierten Ethikkommission (z.B.: Ethikkommission der Medizinischen Universität Innsbruck), beim RCSEQ oder bei einem anderen Ethik-Board (z.B.: Ethik-Board der LFUI) eingereicht: (Wenn Votum vorhanden, bitte beilegen)

Ja Nein

B) Ist das Forschungsvorhaben einer gesetzlich legitimierten EK vorzulegen?

Anmerkung: Dies ist (voraussichtlich) der Fall, wenn eine der folgenden Fragen mit „Ja“ beantwortet wird.

Anmerkung: Für in Tirol durchgeführte Forschungsvorhaben ist die EK der Medizinischen Universität Innsbruck: <https://www.i-med.ac.at/ethikkommission/> zuständig.

- Werden in dem Forschungsvorhaben Arzneimittel nach Arzneimittelgesetz (AMG) beforscht?

Ja Nein

- Werden in dem Forschungsvorhaben Substanzen oder Mittel mit dem Ziel eingesetzt, deren Einfluss auf einen menschlichen Gesundheitszustand zu eruieren (Präsentationsarzneimittel)?

Hinweis: Das können z.B. Tee, Kaffee, ätherische Öle etc. sein;
vgl. <https://www.basq.gv.at/arzneimittel/> (6.3.2019).

Ja Nein

- Werden in dem Forschungsvorhaben Medizinprodukte gemäß Medizinproduktegesetz (MPG) unter Einbezug von Menschen beforscht?

Hinweis: Das sind z.B. Verbandsmaterialien, diagnostische Geräte oder Implantate. Auch Software einschließlich Apps können dazu zählen; vgl. <https://www.basq.gv.at/medizinprodukte/> (6.3.2019).

Ja Nein

- Werden in dem Forschungsvorhaben Instrumente, Apparate, Vorrichtungen, Software, Stoffe oder andere Gegenstände an Menschen mit dem Ziel verwendet, einen Gesundheitszustand zu erfassen oder einen Einfluss auf diesen zu nehmen?

<input type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Nein
5. Werden in dem Forschungsvorhaben Zellbestandteile oder sonstiges biologisches Material menschlichen Ursprungs verwendet?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Nein
6. Werden in das Forschungsvorhaben nicht entscheidungsfähige Personen einbezogen und ist mit diesem Forschungsvorhaben eine Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit oder der Persönlichkeit dieser Personen verbunden?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Nein
7. Werden in das Forschungsvorhaben Patientinnen und Patienten einer österreichischen Krankenanstalt (lt. Krankenanstaltenrecht) einbezogen?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Nein
8. Werden im Rahmen des Forschungsvorhabens medizinische Untersuchungen / Interventionen vorgenommen, die ärztliche Mitwirkung erfordern?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Nein
9. Werden in dem Forschungsvorhaben Daten von Patientinnen und Patienten einer österreichischen Krankenanstalt verarbeitet, die direkt oder indirekt identifizierbar sind (pseudonymisierte oder direkt personenbezogene Daten)?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Nein

C) Ist eine Vorlage an das RCSEQ oder ein anderes Board für ethisch-wissenschaftliche Fragestellungen zu erwägen? Bei Abschlussarbeiten entscheidet die zuständige Studien- und Prüfungskommission der UMIT TIROL oder die Studien-/Lehrgangsleitung der fhg bzw. bei sonstigen Forschungsprojekten die Projektleitung in Anlehnung an die studienrechtlichen Vorschriften. Folgende Kriterien können für diese Entscheidung von Bedeutung sein:

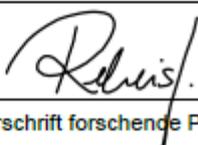
- Werden in das Forschungsvorhaben besondere Kategorien personenbezogener Daten (direkt personenbezogen oder pseudonymisiert) verarbeitet?
Hinweis: Besondere Kategorien personenbezogener Daten sind Daten über rassische und ethnische Herkunft, politische Meinungen, religiöse oder weltanschauliche Überzeugungen, Gewerkschaftszugehörigkeit, genetische/biometrische Informationen, Gesundheit, Sexualleben oder zur sexuellen Orientierung (vgl. Art. 9 DSGVO).

<input type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Nein
-----------------------------	--

- Werden in das Forschungsvorhaben besonders schutzwürdige Personengruppen einbezogen?
Hinweis: Dazu zählen z.B. Kinder, Minderjährige, Bewohnerinnen/Bewohner von Pflegeheimen, suchtkranke Personen, Schwangere

<input type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Nein
-----------------------------	--

08.12.2020



Datum, Unterschrift forschende Person / Studierende/r

Tanja Penz, MSc, MEd

Betreuungsperson

9.2. Fragebogen

Seite 01
Einleitung

Befragung zur logopädischen Versorgung von Late Talkers während der COVID-19-Pandemie in Österreich

Liebe Kollegin, lieber Kollege,

mein Name ist Johanna Reheis, ich bin Logopädin und im Rahmen meiner Masterarbeit im Studiengang Qualitäts- und Prozessmanagement im Gesundheitswesen an der FHG Tirol führe ich derzeit eine Befragung zur logopädischen Versorgung von „Late Talkers“ (Kinder bis 36 Monate mit spätem Sprechbeginn, ohne bekannte Primärbeeinträchtigung) während der COVID-19-Pandemie in Österreich durch.

Konkret soll erhoben werden ob bzw. wie sich

- Behandlungskontinuität (Regelmäßigkeit der Intervention)
- Behandlungsform (direkte/kindzentrierte oder indirekte/elternzentrierte Ansätze, Watchful-Waiting...)
- und Behandlungssetting (Face-to-Face oder digitale Teletherapie/Teleintervention)

durch die Pandemie verändert haben.

Wenn Sie seit mindestens Anfang des Jahres 2020 als Logopäd*in in Österreich tätig sind und mit Late Talkers arbeiten, bitte ich Sie herzlich um Ihre Mithilfe, um die Versorgungsqualität in Zeiten einer Pandemie erfassen und evaluieren zu können!

Das Ausfüllen des Fragebogens nimmt ca. 10 Minuten in Anspruch. Kreuzen Sie im Zweifelsfall bitte jenes Kästchen an, das am ehesten zutrifft oder ergänzen Sie eine Antwort unter „Sonstiges“.

Alle Daten werden anonym erhoben und dienen rein wissenschaftlichen Zwecken. Eine Rückverfolgung der Daten auf einzelne Personen ist nicht möglich. Mit dem Absenden des Fragebogens stimmen Sie der Teilnahme an dieser Erhebung zu.

Ich bedanke mich herzlich für Ihre Bereitschaft, an dieser Studie teilzunehmen und ich freue mich, wenn Sie bei Fragen oder Anregungen Kontakt zu mir aufnehmen möchten!



Johanna Reheis, BSc

+43 660 4840166
johanna.reheis@fhg-tirol.ac.at
Masterstudiengang für Qualitäts- und Prozessmanagement im Gesundheitswesen
FH Gesundheit Tirol

Falls Sie bereits an dieser Befragung teilgenommen haben, bitte ich Sie den Fragebogen nicht erneut auszufüllen.

Informationen zu Ihrer Person

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

1. Wie alt sind Sie in Jahren?

[Bitte auswählen] ▼

2. Welches Geschlecht haben Sie?

[Bitte auswählen] ▼

3. Wie viele Jahre Berufserfahrung haben Sie als Logopäd*in?

[Bitte auswählen] ▼

4. In welchem Arbeitsverhältnis sind Sie seit Anfang des Jahres 2020 in Österreich tätig?

Mehrfachantwort möglich

- Im Angestelltenverhältnis in einem Krankenhaus
- Im Angestelltenverhältnis in einer Rehabilitations- oder Pflegeeinrichtung
- Im Angestelltenverhältnis in einem Ambulatorium
- Im Angestelltenverhältnis in einer Hilfsorganisation
- Freiberuflich als Vertragslogopäd*in
- Freiberuflich als Wahllogopäd*in
- Sonstiges, und zwar:

5. Arbeiten Sie als Logopäd*in in der Therapie mit Late Talkers[†]?

- Ja
- Nein

Informationen zu Ihrer Person

6. In einer durchschnittlichen Arbeitswoche: Circa wie viel Prozent Ihrer Patient*innen sind Late Talkers?

- Im angestellten Setting: %
- Im freiberuflichen Setting: %

7. Haben Sie Fortbildungen oder Zusatzausbildungen zum Thema *frühe Sprachentwicklung* oder *Late Talkers* absolviert?

- Ja
- Nein

8. Wie viele Fortbildungen oder Zusatzausbildungen haben Sie zum Thema *frühe Sprachentwicklung* oder *Late Talkers* absolviert?

- 1-2
- 3-5
- 6-10
- mehr als 10

9. Circa in welchem Jahr besuchten Sie zum letzten Mal eine Fortbildung oder Zusatzausbildung zum Thema *frühe Sprachentwicklung* oder *Late Talkers*?

10. Handelte es sich bei mindestens einer dieser Fortbildungen um einen rein indirekten/elternzentrierten Ansatz  ?

- Ja
- Nein
- Nein, aber große Teile der Fortbildung bezogen sich auf die Elternarbeit

Fragen zur Behandlungskontinuität

= Regelmäßigkeit der logopädischen Intervention über die verschiedenen Phasen der Pandemie hinweg.

Hinweis:

Wenn Sie in verschiedenen Arbeitsverhältnissen tätig sind, beziehen Sie sich bitte bei den Fragen zur Behandlungskontinuität auf jene Arbeitsstelle, in der Sie mehr Late Talkers behandeln.



Vor der Pandemie

11. Vor der Pandemie:

Wie lange warteten Late Talkers nach Anmeldung im Durchschnitt auf den ersten Termin zur Intervention bei Ihnen?

- kürzer als 1 Monat
- 1-2 Monate
- 3-6 Monate
- 6-10 Monate
- länger als 10 Monate

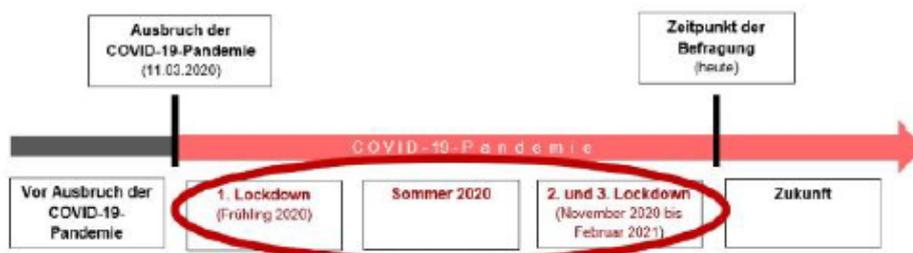
12. Vor der Pandemie:

Bei wie viel Prozent der Late Talkers, die bei Ihnen in Behandlung waren, konnte eine regelmäßige Intervention sichergestellt werden?

(ausgenommen sind kürzere Urlaube, kürzere Krankenstände...)

[Bitte auswählen] ▼

Fragen zur Behandlungskontinuität

**Während der Pandemie**

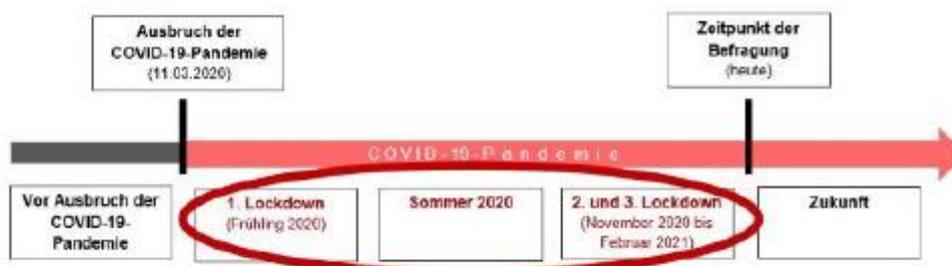
15. Wie veränderte sich die Anzahl an Anmeldungen zur Abklärung/Therapie von Late Talkers?
(im Vergleich zur Zeit vor der Pandemie)

	deutlich weniger Anmeldungen als vor der Pandemie	weniger Anmeldungen als vor der Pandemie	unverändert (wie vor der Pandemie)	mehr Anmeldungen als vor der Pandemie	deutlich mehr Anmeldungen als vor der Pandemie	keine Angabe möglich
Im 1. Lockdown (Frühling 2020)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Im Sommer 2020	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Im 2. und 3. Lockdown (November 2020 bis Februar 2021)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. Wie veränderte sich die Wartezeit von Late Talkers auf den ersten Termin zur Intervention bei Ihnen?
(im Vergleich zur Zeit vor der Pandemie)

	deutlich kürzere Wartezeit als vor der Pandemie	kürzere Wartezeit als vor der Pandemie	unverändert (wie vor der Pandemie)	längere Wartezeit als vor der Pandemie	deutlich längere Wartezeit als vor der Pandemie	keine Angabe möglich
Im 1. Lockdown (Frühling 2020)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Im Sommer 2020	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Im 2. und 3. Lockdown (November 2020 bis Februar 2021)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fragen zur Behandlungskontinuität

**17. Während der Pandemie:**

Bei wie viel Prozent der Late Talkers, die bei Ihnen in Behandlung waren, konnte eine regelmäßige Intervention sichergestellt werden?

(ausgenommen sind kürzere Urlaube, kürzere Krankenstände...)

Im 1. Lockdown
(Frühling 2020)

[Bitte auswählen] ▼

Im Sommer 2020

[Bitte auswählen] ▼

Im 2. und 3. Lockdown
(November 2020 bis Februar 2021)

[Bitte auswählen] ▼

Fragen zur Behandlungskontinuität

Diese Fragen beziehen sich auf jene Phasen, in denen Sie <100% angegeben haben.

Wenn bei Late Talkers keine regelmäßige Intervention sichergestellt werden konnte:

18. Welche Gründe hatte dies im 1. Lockdown (Frühling 2020)?

Mehrfachantwort möglich

- Vorübergehende Schließung der Einrichtung/Praxis ohne passendes Alternativangebot für Late Talkers
- Ich war in Kurzarbeit
- Behördlich angeordnete Quarantäne (meinerseits oder seitens der Familie)
- Einhaltung von Sicherheitsmaßnahmen nicht möglich
- Zu wenig Therapiekapazitäten meinerseits
- Keine (regelmäßige) Intervention seitens der Eltern erwünscht/möglich
- Zu junges oder unkooperatives Kind
- Sonstiges, und zwar:

19. Welche Gründe hatte dies im Sommer 2020?

Mehrfachantwort möglich

- Vorübergehende Schließung der Einrichtung/Praxis ohne passendes Alternativangebot für Late Talkers
- Ich war in Kurzarbeit
- Behördlich angeordnete Quarantäne (meinerseits oder seitens der Familie)
- Einhaltung von Sicherheitsmaßnahmen nicht möglich
- Zu wenig Therapiekapazitäten meinerseits
- Keine (regelmäßige) Intervention seitens der Eltern erwünscht/möglich
- Zu junges oder unkooperatives Kind
- Sonstiges, und zwar:

20. Welche Gründe hatte dies im 2. und 3. Lockdown (November 2020 bis Februar 2021)?

Mehrfachantwort möglich

- Vorübergehende Schließung der Einrichtung/Praxis ohne passendes Alternativangebot für Late Talkers
- Ich war in Kurzarbeit
- Behördlich angeordnete Quarantäne (meinerseits oder seitens der Familie)
- Einhaltung von Sicherheitsmaßnahmen nicht möglich
- Zu wenig Therapiekapazitäten meinerseits
- Keine (regelmäßige) Intervention seitens der Eltern erwünscht/möglich
- Zu junges oder unkooperatives Kind
- Sonstiges, und zwar:

Fragen zur Behandlungskontinuität



21. Wie zufrieden waren Sie mit der Regelmäßigkeit der Intervention bei Late Talkers **im 1. Lockdown (Frühling 2020)**?

gar nicht zufrieden sehr zufrieden

Wenn Sie möchten, können Sie diese Einschätzung zur Zufriedenheit/Unzufriedenheit begründen:

22. Wie zufrieden waren Sie mit der Regelmäßigkeit der Intervention bei Late Talkers **im Sommer 2020**?

gar nicht zufrieden sehr zufrieden

Wenn Sie möchten, können Sie diese Einschätzung zur Zufriedenheit/Unzufriedenheit begründen:

23. Wie zufrieden waren Sie mit der Regelmäßigkeit der Intervention bei Late Talkers **im 2. und 3. Lockdown (November 2020 bis Februar 2021)**?

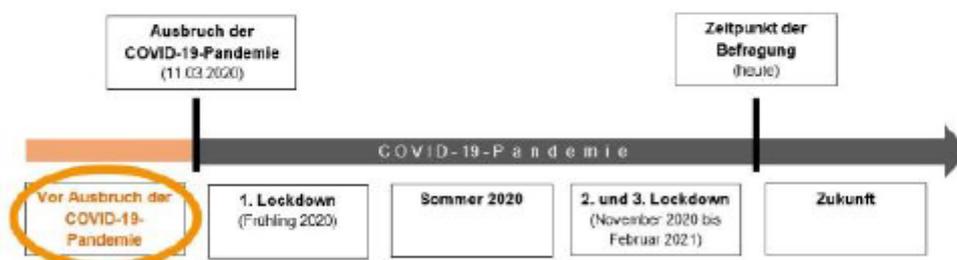
gar nicht zufrieden sehr zufrieden

Wenn Sie möchten, können Sie diese Einschätzung zur Zufriedenheit/Unzufriedenheit begründen:

Fragen zur Behandlungsform

In diesem Fragebogen werden bezüglich der Behandlungsform folgende Begriffe verwendet:

- **Direkte Intervention**
= kindzentrierte Arbeit.
Therapeut*in arbeitet regelmäßig - im Schnitt wöchentlich - direkt mit dem Kind.
- **Indirekte Intervention**
= eltemzentrierte Arbeit.
Therapeut*in arbeitet regelmäßig - je nach Programm ca. zweiwöchentlich - mit den Eltern/Bezugspersonen in Form von Beratungsgesprächen oder Elterntrainings.
- **Watchful-Waiting**
= keine regelmäßige Intervention, aber engmaschige Kontrollen - im Schnitt zweimonatlich - vor dem 3. Geburtstag.
- **Wait-and-See**
= keine regelmäßige Intervention, Kontrolle ab dem 3. Geburtstag.



Vor der Pandemie

24. Vor der Pandemie:

Bezüglich der Auswahl der Behandlungsform (ob direkt, indirekt,...): Gingen Sie bei Late Talkers nach einem allgemein bekannten Modell oder Konzept vor?

- Ja, nämlich:
- Nein

25. Vor der Pandemie:

Welche Behandlungsform (oder welche Kombination) wählen Sie bei Late Talkers am häufigsten?

- Direkte Intervention
 Indirekte Intervention
 Watchful-Waiting
 Wait-and-See

Kombination aus:

Sonstiges, und zwar:

26. Vor der Pandemie:

Wenn Sie sich bei einem Kind gegen eine direkte Intervention entschieden: Welche Gründe hatte dies?

Mehrfachantwort möglich

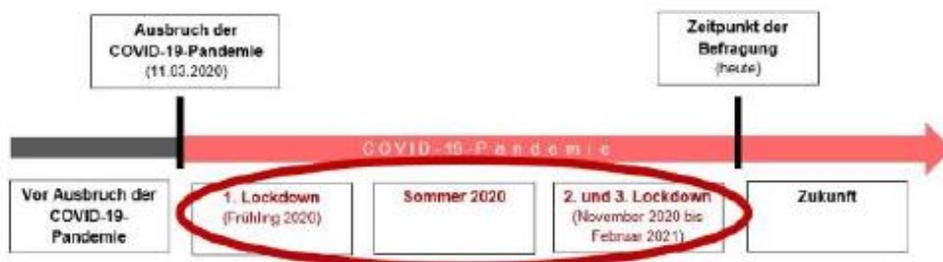
- Gute rezeptive Fähigkeiten des Kindes
 Gute symbolische und präverbale Fähigkeiten des Kindes
 Keine direkte Intervention seitens der Eltern erwünscht/möglich
 Zu junges oder unkooperatives Kind
 Zu wenig Therapiekapazitäten meinerseits

Sonstiges, und zwar:

Keine Angabe möglich, da ich mich immer für eine direkte Intervention entschied

Seite 12
BF2

Fragen zur Behandlungsform

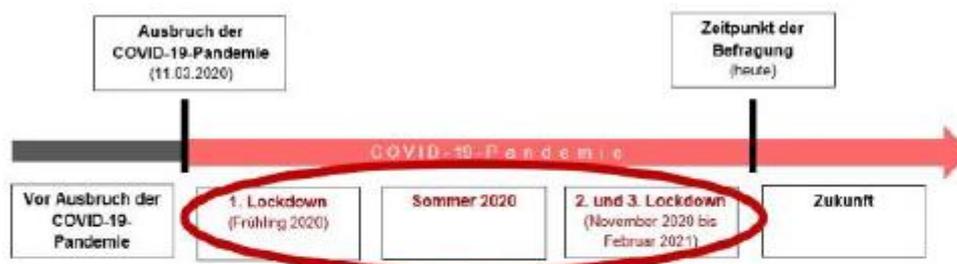
**Während der Pandemie**

27. Hat sich Ihr Vorgehen in der Auswahl der Behandlungsform bei Late Talkers verändert?

(im Vergleich zur Zeit vor der Pandemie)

- Ja
 Nein

Fragen zur Behandlungsform

28. Wie machte sich diese Veränderung **während der Pandemie** bemerkbar?

Mehrfachantwort möglich

- Zunahme an direkten Interventionen [?]
- Zunahme an indirekten Interventionen [?]
- Zunahme an Watchful-Waiting [?]
- Zunahme an Wait-and-See [?]
- Zunahme an:

29. Weshalb ergaben sich diese Veränderungen **während der Pandemie**?

Mehrfachantwort möglich

- Aufgrund von pandemiebedingten Beschränkungen/Sicherheitsmaßnahmen
- Weil ich durch neuen Input (Fortbildungen, Literatur...) diesen Ansatz nun für effektiver halte
- Sonstiges, und zwar:

30. **Während der Pandemie:**Wenn Sie sich bei einem Kind **gegen eine direkte Intervention** [?] entschieden: Welche Gründe hatte dies?

Mehrfachantwort möglich

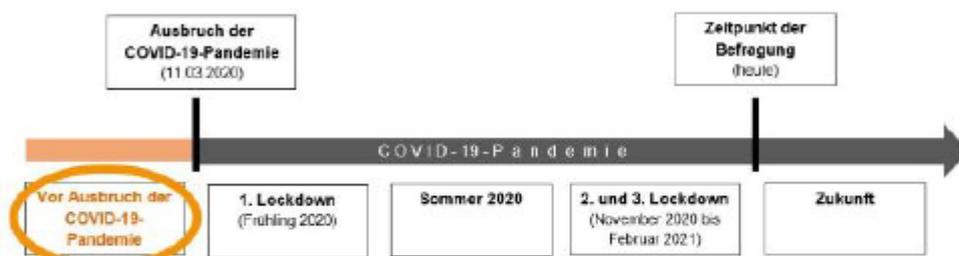
- Gute rezeptive Fähigkeiten des Kindes
- Gute symbolische und präverbale Fähigkeiten des Kindes
- Keine direkte Intervention seitens der Eltern erwünscht/möglich
- Zu junges oder unkooperatives Kind
- Zu wenig Therapiekapazitäten meinerseits
- Einhaltung von Sicherheitsmaßnahmen nicht möglich
- Direkte Intervention via Videotelefonie nicht möglich
- Sonstiges, und zwar:

- Keine Angabe möglich, da ich mich während der Pandemie immer für eine direkte Intervention entschied

Fragen zum Behandlungssetting

Bezüglich des Behandlungssettings wird unterschieden:

- **Face-to-Face**
= Intervention im persönlichen, physischen Kontakt (im selben Raum)
- **Teletherapie bzw. Teleintervention**
= Intervention synchron via Videotelefonie



Vor der Pandemie

31. Führten Sie **vor der Pandemie** Teletherapien direkt mit Late Talkers durch?

- Ja
 Nein

32. Führten Sie **vor der Pandemie** Beratungsgespräche oder Elterntrainings mit Eltern von Late Talkers als Teleintervention (via Videotelefonie) durch?

- Ja
 Nein

36. Aus welcher Motivation heraus führten Sie vor der Pandemie Beratungsgespräche oder Elterntrainings als Teleintervention durch?

Mehrfachantwort möglich

- Aufgrund organisatorischer Vorteile für die Familie (weit entfernter Wohnort o.ä.)
- Aufgrund eigener organisatorischer Vorteile (wegfallende Reinigung der Therapieräume o.ä.)
- Aufgrund guter Erfahrungen mit Teleinterventionen
- Auf expliziten Wunsch der Eltern

Sonstiges, und zwar:

37. Wie zufrieden waren Sie im Durchschnitt mit der Durchführung der Teleintervention mit den Eltern von Late Talkers?

- gar nicht zufrieden ○ ○ ○ ○ ○ ○ sehr zufrieden

Bitte begründen Sie diese Einschätzung zur Zufriedenheit/Unzufriedenheit:

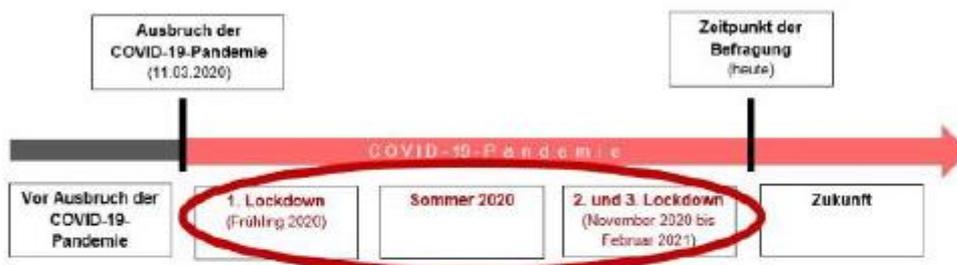
38. Aus welchen Gründen führten Sie vor der Pandemie KEINE Beratungsgespräche oder Elterntrainings als Teleintervention durch?

Mehrfachantwort möglich

- Ich hielt Face-to-Face Beratungen für effektiver
- Beratungen via Videotelefonie wurden seitens der Eltern abgelehnt
- Keine verfügbaren technischen Mittel oder Kenntnisse (meinerseits oder seitens der Familie)
- Teleinterventionen waren mir vor Ausbruch der Pandemie nicht bekannt
- Bisher keine Notwendigkeit

Sonstiges, und zwar:

Fragen zum Behandlungssetting



Während der Pandemie

39. Führen bzw. führten Sie **während der Pandemie** Teletherapien direkt mit Late Talkers durch?

- Ja
 Nein

40. Führen bzw. führten Sie **während der Pandemie** Beratungsgespräche oder Elterntrainings mit Eltern von Late Talkers als Teleintervention (via Videotelefonie) durch?

- Ja
 Nein

Abschließende Fragen

47. Wie sehr stimmen Sie folgenden Aussagen zu?

	stimme gar nicht zu					stimme völlig zu
Ich halte eine frühzeitige und regelmäßige Intervention bei Late Talkers, die keine zusätzlichen Defizite haben, auch in Zeiten einer Pandemie für wichtig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich halte eine frühzeitige und regelmäßige Intervention bei Late Talkers, die zusätzliche (z.B. rezeptive) Defizite haben, auch in Zeiten einer Pandemie für wichtig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In der <u>direkten</u> Intervention mit Late Talkers bin ich sehr erfahren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In der <u>indirekten</u> Intervention mit Eltern von Late Talkers bin ich sehr erfahren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich halte es <u>unter Einhaltung aller Sicherheitsmaßnahmen eines Lockdowns</u> (Abstände, Masken etc.) für qualitativ gut machbar, Late Talkers direkt und Face-to-Face zu behandeln.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich halte es <u>unter Einhaltung aller Sicherheitsmaßnahmen eines Lockdowns</u> (Abstände, Masken etc.) für qualitativ gut machbar, Beratungsgespräche oder Elterntrainings im Face-to-Face Setting durchzuführen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Im Bereich <u>Teletherapien/Teleinterventionen</u> bin ich allgemein sehr erfahren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich halte es für qualitativ gut machbar, Late Talkers <u>direkt via Teletherapie</u> zu behandeln.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich halte es für qualitativ gut machbar, <u>Beratungsgespräche oder Elterntrainings</u> mit Eltern von Late Talkers als <u>Teleintervention</u> durchzuführen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

48. Was waren für Sie während der Pandemie die größten Hürden in der Arbeit mit Late Talkers?

49. Was sehen Sie in Zeiten einer Pandemie als größte Chance in der Arbeit mit Late Talkers?

Letzte Seite

Ich bedanke mich herzlich für Ihre Teilnahme an dieser Befragung und wünsche Ihnen weiterhin alles Gute und viel Gesundheit!

Bei Fragen oder Anregungen können Sie mich jederzeit gerne kontaktieren:

Johanna Reheis, BSc
+43 660 4840166
johanna.reheis@fhg-tirol.ac.at
Masterstudiengang für Qualitäts- und Prozessmanagement im Gesundheitswesen
FH Gesundheit Tirol

Ihre Antworten wurden gespeichert, Sie können das Browser-Fenster nun schließen.

9.3. Lebenslauf

Persönliche Daten

Name	Johanna Reheis
Geburtsdatum	08.04.1994
Wohnort	6020, Innsbruck
E-Mail	johanna.reheis@gmail.com

Relevante Berufserfahrung

Seit 01/2019	Nebenberufliche Lehrtätigkeit im Studiengang Logopädie an der fhg – Zentrum für Gesundheitsberufe Tirol
04/2017 - 12/2017	Nebenberufliche Forschungstätigkeit für ein logopädisches Projekt im Rahmen der Tiroler Wissenschaftsförderung
Seit 01/2017	Logopädin und Praktikumsanleiterin im Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe der Tirol Kliniken und der fhg – Zentrum für Gesundheitsberufe Tirol
09/2016 - 12/2016	Logopädin im Therapie- und Förderzentrum „Die Eule“ in Innsbruck

Relevante Aus- und Weiterbildung

Seit 09/2019	Masterstudium Qualitäts- und Prozessmanagement im Gesundheitswesen an der fhg – Zentrum für Gesundheitsberufe Tirol; Abschluss voraussichtlich im Sommer/Herbst 2021
Seit 03/2015	Regelmäßige Teilnahme an logopädischen und hochschuldidaktischen Fortbildungen
2013 - 2016	Bachelorstudium Logopädie an der fhg – Zentrum für Gesundheitsberufe Tirol; Abschluss im Juli 2016
2012 - 2013	Bachelorstudium Sprachwissenschaften (2 Semester) an der Leopold-Franzens-Universität Innsbruck
2004 - 2012	Bundesrealgymnasium Sillgasse in Innsbruck und Auslandsjahr in Québec an der École internationale du Phare; Schulabschluss mit Matura im Juni 2012

Innsbruck, am 01.05.2021



Johanna Reheis, BSc

9.4. Eidesstattliche Erklärung

fh gesundheit
wir bilden die zukunft



Eidesstattliche Erklärung: Masterarbeit

Daten Studierende/r

Nachname Vorname Titel	REHEIS Johanna, BSc
Personenkennzeichen	1910580018
Studiengang/Lehrgang	FH-Master-Studiengang Qualitäts- und Prozessmanagement im Gesundheitswesen
Jahrgang, Klasse	2019-2021

Ich erkläre hiermit, dass ich die Masterarbeit zum Thema

„Logopädische Versorgung von Late Talkers in Zeiten einer Pandemie“

selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt, sowie alle wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Texten entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Dies gilt für gedruckte Texte ebenso wie für aus dem Internet entnommene Texte, audiovisuelle Medien, Hörbücher und Bildnachweise.

Innsbruck, 01.05.2021

Ort, Datum

Unterschrift der/des Studierenden