



Sarah Tan | Sarah Düring | Alina Wilde |
Lara Hamburger | Tom Fritzsche (Hrsg.)

Spektrum Patholinguistik | 16

Schwerpunktthema

Schnittstelle Alltag:

Transfer und Teilhabe in der Sprachtherapie

Band 16 (2023)

Spektrum Patholinguistik

Schwerpunktthema

Schnittstelle Alltag: Transfer und Teilhabe
in der Sprachtherapie

Universitätsverlag Potsdam

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.dnb.de/> abrufbar.

Universitätsverlag Potsdam 2023

<http://verlag.ub.uni-potsdam.de/>

Am Neuen Palais 10, 14469 Potsdam

Tel.: +49 (0)331 977 2032 / Fax: -2292

E-Mail: verlag@uni-potsdam.de

Die Zeitschrift **Spektrum Patholinguistik** wird herausgegeben vom dbs Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie e. V.

ISSN (print) 1866-9085

ISSN (online) 1866-9433

Soweit nicht anders gekennzeichnet, ist dieses Werk unter einem Creative-Commons-Lizenzvertrag Namensnennung 4.0 lizenziert. Dies gilt nicht für Zitate und Werke, die aufgrund einer anderen Erlaubnis genutzt werden. Um die Bedingungen der Lizenz einzusehen, folgen Sie bitte dem Hyperlink:

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Umschlagfotos: rickz, infactoweb, roxania (www.flickr.com)

Satz: text plus form, Dresden

Druck: docupoint GmbH Magdeburg

ISBN 978-3-86956-559-0

Zugleich online veröffentlicht

auf dem Publikationsserver der Universität Potsdam

<https://doi.org/10.25932/publishup-59043>

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:kobv:517-opus4-590433>

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der Herausgeber:innen	V
Elternpartizipation: Hand in Hand – wie die Kommunikation zwischen Therapeut:innen und Eltern gelingt <i>Ulrike Felsing</i>	1
Die Bedeutung von Peers für die soziale Teilhabe von Menschen mit Aphasie <i>Norina Lauer & Sabine Corsten</i>	15
Last und Lust der Partizipation: Verschiedene Therapieformate bei globaler und Restaphasie <i>Frank Ostermann</i>	39
Transfer und soziale Teilhabe in der Unterstützten Kommunikation für Kinder ohne ausreichende Lautsprache: kooperativ und kompetenzorientiert <i>Kerstin Nonn</i>	53
Transferarbeit in der Sprachtherapie gemeinsam gestalten – Zusammenspiel von Therapie und häuslicher Eigenarbeit: Fünf Impulse <i>Verena Nerz</i>	71
Der FOCUS®-34-G als Fragebogen zur Einschätzung der kommunikativen Partizipation bei Kindern mit sprachlich-kommunikativem Unterstützungsbedarf unter sechs Jahren <i>Sandra Neumann & Svenja Zauke</i>	83

Vertragsarbeit in der Stottertherapie – am Beispiel der Therapie-Entscheidung und dem Therapie-Beginn für junge Kinder <i>Patricia Sandrieser</i>	95
Sag mir, wo die Wörter sind ... <i>Romy Simone Steinberg</i>	103
ISi-Speech: Digitales Sprechtraining bei Morbus Parkinson. KI-basierte Technologien in der logopädischen Versorgung <i>Anika Thurmann, Fiona Dörr & Kerstin Bilda</i>	107
Die kommunikative Partizipation von Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen im Vorschulalter: erste Daten mit dem FOCUS®-34-G <i>Svenja Zauke & Sandra Neumann</i>	117
Auswirkungen eines nonverbalen Rhythmustrainings auf die Sprechmotorik und Sprechflüssigkeit bei stotternden Kindern <i>Alicia Kluth, Marilynne Lemire-Tremblay, Kevin Jamey, Simone Dalla Bella & Simone Falk</i>	135
Zur Quantität und Qualität der Zusammenarbeit zwischen logopädischen Praxen und Grundschulen: Pilotierung eines Erhebungsinstruments zur Erfassung der aktuellen Praxis <i>Constanze Kleingünther & Katrin Gabler</i>	151

Leseleistungen und Unterschiede in den emotionalen Schulerfahrungen von Viertklässler:innen vor und während der COVID-19-Pandemie <i>Chiara Ellgisen, Katharina Weiland, Lea Wiehe & Michael Wahl</i>	161
Du und Ich: Grenzenlose Kommunikation – Entwicklung eines Informationsflyers zur Bimodalen Bilingualität anhand semistrukturierter Expert*innen-Interviews <i>Sarah Binczyk, Cornelia Staebel, Patricia Sandrieser & Stefanie Jung</i>	175
Wie ausgetauscht! Digital und interdisziplinär vernetzt am Vi(rtuellen) Ru(nden) Ti(sch) <i>Maren Eikerling, Clara Czok & Stephan Sallat</i>	185
Berufsübergreifende Kooperation in der ambulanten sprachtherapeutischen Praxis: Ergebnisse einer Online-Befragung zu Modellen und Bewertungen der Zusammenarbeit <i>Valerie Collasius</i>	201
Die Basalganglien bei der Lautstärkeverarbeitung <i>Tena Grahovac</i>	219

Vorwort der Herausgeber:innen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
liebe Leserin und lieber Leser,

vor Ihnen liegt der Tagungsband des 16. Herbsttreffens Patholinguistik vom 19.11.2022 mit allen Vortrags- und Posterbeiträgen. Der Schwerpunkt der Veranstaltung lautete dieses Mal „Schnittstelle Alltag: Transfer und Teilhabe in der Sprachtherapie“.

Unabhängig davon, mit welcher Zielgruppe oder an welchem Störungsbild man arbeitet, im Grunde sollte es doch das Ziel einer jeden Therapie sein, das alltägliche Leben der Patient:innen zu verbessern. Erst der Transfer von Fähigkeiten in den Alltag und eine verbesserte Teilhabe machen den wirklichen Erfolg einer Therapie aus. In der Therapie sollen also Fertigkeiten entwickelt werden, die außerhalb des Therapieraums zu einer verstärkten Teilhabe führen.

Doch wie kann das gelingen? Mit welchen Problemen sehen wir uns im Bereich der Teilhabe konfrontiert und welche konkreten Formate und Methoden eignen sich besonders für die Arbeit an Transfer und Teilhabe? Wie können eine gelungene Elternarbeit und die Aufklärung der Angehörigen die Therapie begünstigen? Welche Bedeutung haben Peers für den Therapieerfolg? Wie kann Selbsthilfe gelingen?

Es wurden neun Referent:innen eingeladen, die sich inhaltlich und praxisorientiert mit diesen Fragen befassten. Den Einstieg in das Thema gab Frank Ostermann. Er widmete sich der Last und Lust der Partizipation und stellte verschiedene Therapieformate bezogen auf die zwischenmenschliche Kommunikation bei globaler und Restaphasie vor. Daran anschließend stellten Prof. Dr. Norina Lauer und Prof. Dr. Sabine Corsten zwei Forschungsprojekte (*shalk* und *PeerPAL*) vor, welche die Bedeutung von Peers für die soziale Teilhabe von Menschen mit Aphasie aufzeigen. Im dritten Hauptvortrag machte Dr. Kerstin Nonn anhand eines Fallbeispiels deutlich, dass Unterstützte Kommunikation auf natürliche Weise in echten Kommunikationssituationen geübt werden sollte, um so die soziale Teilhabe eines

Kindes ohne Lautsprache zu verbessern. Die Reihe der Hauptvorträge schloss Ulrike Felsing ab. Sie stellte die Bedeutung einer engen Einbindung von Eltern und Bezugspersonen in den therapeutischen Prozess hervor und zeigte ganz praktisch, wie die Kooperation zwischen Therapeut:innen und Eltern gelingen kann.

In der sich anschließenden Rubrik der Kurzvorträge wurde sich spezifisch mit praxisnahen, diagnostischen und therapeutischen Methoden befasst. Prof. Dr. Sandra Neumann stellte in diesem Rahmen ein kommunikatives Partizipationsassessment in seiner deutschen Version „Fokus auf den Erfolg der Kommunikation für Kinder unter 6 Jahren (FOCUS©-34-G)“ vor. Im zweiten Kurzvortrag ging Patricia Sandrieser auf das Thema der Vertragsarbeit in der Stottertherapie ein und stellte Voraussetzungen der Vertragsarbeit, aber auch mögliche Herausforderungen dar. Den Abschluss bildete Verena Nerz mit der Frage, ob „sprachtherapeutische Hausaufgaben“ eine hilfreiche Methode sind. Sie stellte fünf Impulse vor, wie das Zusammenspiel von Therapie und häuslicher Eigenarbeit gelingen kann.

Ein Beispiel, wie Transfer und Teilhabe im Alltag aussehen können, lieferte Romy Steinberg auf besonders eindrucksvolle Weise. Sie gab einen Einblick in ein wundervolles Projekt, welches sie gemeinsam mit ihrem Mann, Jochen Redecker, ins Leben gerufen hat: ein Chor für Menschen mit Aphasie und ihre Angehörigen, die „AphaSingers“.

Die Posterpräsentation bot auch dieses Mal wieder eine große Themenvielfalt, von KI-basierten Technologien in der logopädischen Versorgung über die Vorstellung erster Daten mit dem FOCUS©-34-G und die Rolle der Basalganglien bei der Lautstärkeverarbeitung bis hin zu den Leseleistungen und emotionalen Schulerfahrungen von Viertklässler:innen vor und während der Covid-19-Pandemie, der Entwicklung eines Informationsflyers zur bimodalen Bilingualität und einem nonverbalen Rhythmustraining bei stotternden Kindern. Drei weitere Poster befassten sich innerhalb des Themenkomplexes der interdisziplinären Zusammenarbeit mit dem Konzept der „Virtuellen Runden Tische“ (ViRuTi), der Umsetzung berufsübergreifender Kooperationen in der ambulanten sprachtherapeutischen Praxis sowie

mit der Erfassung der Zusammenarbeit zwischen logopädischen Praxen und den Grundschulen in Berlin. An dieser Stelle möchten wir noch einmal den Autor:innen des Posters „Auswirkungen eines non-verbalen Rhythmustrainings auf die Sprechmotorik und Sprechflüssigkeit bei stotternden Kindern“, Alicia Kluth, Marilyne Lemire-Tremblay, Kevin Jamey, Simone Dalla Bella und Simone Falk, zum 1. Platz des Posterpreises gratulieren!

Alle Beiträge können Sie in diesem Tagungsband noch einmal im Detail nachlesen. Ergänzend dazu finden Sie in den jeweiligen Literaturverzeichnissen Anregungen zur vertiefenden Auseinandersetzung mit den unterschiedlichen Themen.

Wir möchten hier ebenfalls die fünf Kurzworkshops erwähnen, die im Tagungsband zwar nicht vertreten sind, da ihr Format auf einen direkten Austausch mit den Teilnehmer:innen ausgerichtet ist, die aber das Programm wunderbar ergänzt und den Gästen des Herbsttreffens Einblicke und praktisches Wissen auf ganz unterschiedlichen Gebieten vermittelt haben: „Erste Schritte in der Arbeit mit selektiv mutistischen Kindern“ (Carolin Schröter), „Stottern – von der Übung zum Transfer – kompakt“ (Sascha Inderwisch), „Transferarbeit in der Sprachtherapie gemeinsam gestalten“ (Verena Nerz), „Der cross-linguistische Transfer in der mehrsprachigen Aphasietherapie“ (Julia Petzer) und „CIAT – Eine intensive Form der Aphasietherapie“ (Dr. Almut Sickert).

Es ist uns als Herausgeber:innen ein Anliegen, uns bei all denjenigen zu bedanken, die zum erfolgreichen Gelingen des 16. Herbsttreffens und zur Veröffentlichung des Tagungsbandes beigetragen haben. Wir danken zunächst den Sponsor:innen des Herbsttreffens. Dazu zählen die Firmen *Rehavista*, *neolexon*, *Lingo Lab*, der *NAT-Verlag*, die *DUDEN Institute für Lerntherapie*, *KinderUK.de* sowie der *Fortbildungsfinder* und die Plattform *memole*. Weiterhin möchten wir ganz herzlich der Posterjury, bestehend aus Antje Kösterke-Buchardt, Dorothea Pregla und Ass.-Prof. Dr. Susanne Seifert, danken! Wir wissen die Zeit sehr zu schätzen, die sie sich im Vorfeld des Herbsttreffens für die Begutachtung der Poster genommen hat. Ein

Dank geht auch an den Universitätsverlag, insbesondere an Herrn Winkler und Herrn Will, für die Zusammenarbeit bei der Herausgabe dieses Tagungsbandes. Zu guter Letzt möchten wir ausdrücklich allen Referent:innen der Vorträge, Poster und Workshops beim 16. Herbsttreffens danken, ohne deren Beiträge eine Veranstaltung mit solch inhaltlicher Vielfalt und Aktualität nicht möglich gewesen wäre. Ebenso gilt unser Dank allen Teilnehmer:innen, die das Herbsttreffen durch ihr aktives Mitwirken zu einer erfolgreichen Tagung gemacht haben.

Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre und würden uns freuen, Sie zum 17. Herbsttreffen – voraussichtlich am 18. November 2023 – wieder begrüßen zu dürfen!

Sarah Tan 

Sarah Düring 

Alina Wilde

Lara Hamburger

Tom Fritzsche 

Potsdam, im April 2023

Elternpartizipation: Hand in Hand – wie die Kommunikation zwischen Therapeut:innen und Eltern gelingt

Ulrike Felsing 

Praxis für Logopädie & Kommunikation Berlin

ABSTRACT: Für eine gelingende Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen Therapeut:innen und Eltern sind meines Erachtens zwei Aspekte wesentlich: die therapeutische Haltung/innere Einstellung zur Beziehungsgestaltung auf Seiten der Therapeut:innen sowie ihr Wissen und die Fähigkeiten, Eltern ganz pragmatisch in den therapeutischen Prozess einzubinden.

KEYWORDS: Elternpartizipation, Beziehungsgestaltung, Kommunikation, Sprachtherapie, Kindertherapie

1 Einleitung

In meiner Praxis für Logopädie erlebe ich es immer wieder, dass Eltern ihre Kinder vorstellen und davon ausgehen, dass allein wir innerhalb der Praxis das Problem des Kindes lösen bzw. die vorliegende Störung behandeln und heilen. Meine Erfahrung zeigt mir, dass wir Therapeut:innen mit einer Behandlungszeit von 30/45/60 Minuten einmal in der Woche zwar Entwicklungsprozesse initiieren können, allerdings einen vergleichsweise geringen Einfluss auf die Sprach-, Sprech- und Kommunikationsentwicklung der uns vorgestellten Kinder haben, wenn man die Zeit und Einflussfaktoren von Eltern und Umfeld (Kindergarten, Schule u. a.) bedenkt. Die Anwendung der in der Therapie erarbeiteten Fähigkeiten hängt häufig von den Möglichkeiten zum Übertrag im Alltag ab und dieser gelingt deutlich besser in Kooperation mit den Eltern. Es erscheint daher notwendig, das Lernfeld der Kinder auf das soziale und häusliche Umfeld auszuweiten.

Partizipation: lateinisch participatio, „Teilhafigmachung, Mitteilung“, oder auch als Beteiligung, Teilnahme, Mitwirkung, Mitbestimmung und Einbeziehung beschrieben (Wikipedia).

Elternpartizipation bedeutet also all das: Eltern am therapeutischen Sprachentwicklungsprozess zu beteiligen, ihre Teilnahme und Mitwirkung zu gewährleisten, sie mitbestimmen zu lassen und aktiv einzubeziehen.

Transfer: lateinisch transferre „hinüberbringen“, gemeint ist die Übertragung und Anwendung gelernter Fähigkeiten im Alltag und im Umfeld (Wikipedia).

Der Fokus der Zusammenarbeit ist die Sprach-, Sprech- und Kommunikationsentwicklung mit den kindindividuellen therapeutischen Zielen. Dabei sind die Eltern die Expert:innen für ihr Kind und den Familienalltag; Therapeut:innen die Expert:innen für die Sprach-/Sprechtherapie und die Kommunikationsentwicklung des Kindes. Im besten Fall verstehen sie sich gemeinsam verantwortlich für den (Sprach-)Entwicklungsprozess.

2 Therapeutische Grundhaltung zur Beziehungsgestaltung

Wir Menschen sind alle Individuen mit sehr unterschiedlichen Biografien und Lebensentwürfen. Aus unseren bisherigen Erfahrungen ergeben sich individuelle Einschätzungen, Meinungen und Herangehensweisen.

Ich halte es für sehr wichtig, dass Menschen, die in therapeutischen Kontexten arbeiten, eine innere Haltung entwickeln, die unsere menschliche Unterschiedlichkeit als gegeben annimmt. In einer annehmenden, akzeptierenden, nicht kritischen Haltung gegenüber den Eltern können wir es ihnen leicht machen, sich in einem therapeutischen Kontext wohlfühlen (Marmet, 2020).

Es ist hilfreich sich bewusst zu machen, dass jede:r eine eigene Perspektive und Sicht auf die Dinge hat. Hier ein Beispiel dazu: Es ist nicht für jede:n selbstverständlich, Therapie und Hilfe in Anspruch zu nehmen. Für manche erscheint dies aus unterschiedlichen Gründen schambehaftet. Oder Eltern sind mit einem sehr vollen Alltag konfrontiert und denken: „Das jetzt auch noch, das Kind muss zur Logopädie. Noch ein zusätzlicher Termin...“ Die Therapeut:innenperspektive könnte wiederum beeinflusst sein durch den Druck, den eine wachsende Warteliste bei bereits übervollem Wochenpensum an Therapieterminen erzeugt.“ Schnell kommen dann Gedanken wie: „Sollen sie doch froh sein, überhaupt einen Termin bekommen zu haben.“ So kann aus verschiedenen Perspektiven ein Spannungsfeld entstehen.

Wenn es uns gelingt, neben unserer eigenen auch die Perspektiven der Eltern zu sehen und sie und die Kinder so anzunehmen, wie sie sind, machen wir es ihnen viel leichter, sich wohlzufühlen und ermöglichen so eine gute Zusammenarbeit.

Diese annehmende Grundhaltung spiegelt Prinzipien aus der humanistischen Psychologie wider. Das Prinzip der Neutralität, wie es in der Lösungsorientierten Therapie nach Steve de Shazer beschrieben wird, meint vor allem ein Nicht(be)werten (de Shazer et al., 1986).

Damit ist hier die Neutralität der Therapeut:innen im Hinblick auf Lebensentwürfe, Weltbilder, Erklärungen und Bewertungen der Eltern/des Umfeldes gemeint und auch eine Neutralität in Hinblick auf die individuellen Entwicklungsprozesse und Veränderungen eines jeden Kindes.

Weitere hilfreiche Haltungen für die Beziehungsgestaltung werden in der klientenzentrierten Gesprächsführung durch Carl Rogers beschrieben: Empathie, Wertschätzung und Kongruenz (Rogers, 1983).

Mit *Empathie* beschreibt Rogers ein einführendes Verstehen, das Eingehen auf Personen und die Anteilnahme, d. h. die Fähigkeit, ein echtes Verstehen zu entwickeln und sich in die andere Person hineinversetzen zu können.

Wertschätzung im therapeutischen Kontext bedeutet, die andere Person zu akzeptieren, anzunehmen und positive Zuwendung zu zeigen, ohne daran Bedingungen zu knüpfen. Es ist die Fokussierung auf die Ressourcen und Fähigkeiten, die einen Unterschied macht. Nehme ich nach zehn Terminen als Therapeut:in die zweimalige Verspätung zur Kenntnis und reagiere darauf oder sehe ich, dass die Familie trotz zeitlichen Herausforderungen achtmal pünktlich war?

Kongruenz beschreibt die therapeutische Fähigkeit, echt, unverfälscht und transparent anderen Menschen begegnen zu können sowie in der Lage zu sein, die eigenen Wahrnehmungen, Gedanken, Gefühle und Grenzen zu formulieren. Letztlich bedeutet dies also, in der eigenen therapeutischen Person authentisch zu sein.

Eine gute Therapeut:in-Eltern-Beziehung muss kein Zufallsprodukt sein, das allein aus vorhandener – oder eben nicht vorhandener – Sympathie erwächst.

Es ist vielmehr eine von den oben genannten Prinzipien getragene Basis, die eine positive Beziehungsgestaltung, einen von Offenheit und Transparenz geprägten Austausch zwischen Therapeut:innen und Eltern ermöglicht (Langmaack, 2004).

3 Pragmatische Möglichkeiten für die Elternkooperation

Um den Eltern die Möglichkeit zu geben, in ihrer Verantwortung zu bleiben und in die (sprachliche und kommunikative) Entwicklung ihrer Kinder eingebunden zu sein, sind verschiedene Herangehensweisen möglich. Die Mitwirkung der Eltern kann bereits im Therapieraum beginnen. Zudem können wir in Elterngesprächen klären, wie und wo die Fähigkeiten des Kindes im Umfeld und Alltag anwendbar sein und wie Eltern darauf positiv Einfluss nehmen könnten.

3.1 Organisation

Neben dem Aspekt des sich angenommen Fühlens ist es zusätzlich wichtig, schon zu Beginn der Behandlung den organisatorischen Rahmen der Praxis zu besprechen. Wie sind unsere praxisinternen Abläufe? Was sind unsere Wünsche an die Eltern bzw. die Elternbeteiligung? Wann werden Elterngespräche stattfinden und mit welchen Gesprächsinhalten? Was wünschen sich die Eltern und wie können individuelle Therapiefortschritte und Therapieerfolge aussehen? Das Klären dieser Fragen zu Beginn sorgt für Transparenz, gibt den Eltern Sicherheit und schafft einen verlässlichen Rahmen des Miteinanders (Prior, 2012).

Beispiele für ein *Miteinander von Anfang an* können sein:

- Termingestaltung besprechen bzw. klären, wie die Eltern ohne Eile den Termin für das Kind einrichten können
- Organisation und Abläufe besprechen (Ersttermin, Diagnostik, Therapieziele, Therapieinhalte, Elterngespräche)
- Anamnese: sich die Zeit nehmen, die Entwicklungsgeschichte des zu behandelnden Kindes sowie die aktuelle Familiensituation zu sehen und zu verstehen (besonders bei intensiven therapeutischen Prozessen)
- von vornherein Klarheit schaffen (z. B. über den Umgang mit Absagen, Ausfallgebühren etc.)
- den therapeutischen Rahmen der Praxis klar kommunizieren (Elternexpertise, gewünschte Elternbeteiligung, Eltern in der Therapie, Elterngespräche und Austausch im Verlauf)

3.2 Elterngespräche

In regelmäßigen Abständen stattfindende Elterngespräche können das *Miteinander im Verlauf* sicherstellen. Diese Gespräche ermöglichen den Austausch über Entwicklungen in der Therapie (Rückmeldungen der Therapeut:in) und im Alltag (Rückmeldungen der El-

tern). So kann die Perspektive auf die Fortschritte des Kindes gelegt werden (Bamberger, 2001). Gleichzeitig finden auch Sorgen der Eltern Raum, ohne dass das betroffene Kind mithört. Die Gespräche im Verlauf eröffnen die Möglichkeit, die Umsetzung von Übungen im häuslichen Umfeld zu klären und wenn nötig Anpassungen/Ver-einfachungen zu besprechen oder auch Beobachtungsaufgaben der Eltern auszuwerten. In diesen Gesprächen bietet es sich auch an, Video-/Audioaufnahmen aus dem Alltag des Kindes gemeinsam mit den Eltern auszuwerten.

Je nach therapeutischem Bedarf und Ziel kann es sinnvoll und wichtig sein, die Eltern mit in die therapeutische Arbeit im Therapie-raum zu integrieren. Dies gilt zum Beispiel, wenn eine behutsame Bindungslösung – Schritt für Schritt – indiziert ist, aber auch immer dann, wenn Eltern mit und von uns im therapeutischen Miteinan-der Wege lernen können, im Alltag sprachfördernd auf ihr Kind ein-zugehen. Hierzu zählt etwa der Einsatz des korrektiven Feedbacks, die Anwendung von handlungsbegleitendem Sprechen oder das An-bieten von Sprachstrukturen beim Ansehen von Büchern und im ge-meinsamen Spiel.

Regelmäßigkeit und Kontinuität im Austausch zeigen sich als wichtiger Faktor. So ist es auch bei Kindern in der Einzeltherapie ohne Elternbeteiligung hilfreich, fünf Minuten am Ende der Thera-pieeinheit einzuplanen, um kurze Rückmeldungen zu den Therapie-stundeninhalten und Ergebnissen zu geben. Auch hier ist es sinnvoll, die Perspektive auf die Entwicklung und Fortschritte zu lenken und damit einen positiven Blick auf die Kinder mit den Eltern zu teilen (Bamberger, 2001).

3.3 Übertrag in den Alltag im SMART-Modell

Um gemeinsam mit den Eltern einen Übertrag in den Alltag zu ge-stalten, bieten sich verschiedene Aufgaben an:

- Anwendungs- und Handlungsaufgaben

- Beobachtungsaufgaben
- Übungsaufgaben

Die Umsetzung der Aufgaben sollte vorab nach dem Modell der SMART-Ziele besprochen werden. Dies basiert auf der Erfahrung, dass die Umsetzung/Eigenarbeit viel wahrscheinlicher gelingt, wenn die Aufgaben im SMART-Modus konkret und alltagspezifisch besprochen wurden.

Was bedeutet SMART (nach Peter Drucker)? (Haas Edersheim, 2007)

- *Spezifisch*: Was genau soll gemacht, beobachtet, geübt werden?
- *Messbar*: Woran kann man das Ergebnis erkennen?
- *Attraktiv*: Wer ist wodurch motiviert? Was ist der Zugewinn für die Eltern? Welche positiven Folgen entstehen für das Kind?
- *Realistisch*: Ist das Vorgenommene schaffbar? Wann im Alltag ist es konkret umsetzbar?
- *Terminiert*: Bis wann soll das Ergebnis erzielt werden?

An der Stelle treffen sich therapeutische Haltung und die Möglichkeit zur pragmatischen Umsetzung. Die Frage ist: „Wie können Eltern es schaffen mitzumachen? Was brauchen die Eltern, um die Therapie gut zu unterstützen?“

Die Anwendung von SMART möchte ich nachfolgend an drei Fallbeispielen erläutern.

3.3.1 Lotte, 4 Jahre: Artikulationsstörung /k/ zu /t/

Im Gespräch mit Lottes Eltern wird klar, dass für sie im Alltag am besten eine Handlungs- und Anwendungsaufgabe umsetzbar ist. Lotte konnte in der Therapie /k/ als Einzellaut und als Wortanlaut bereits erarbeiten. Wie können jetzt Lottes Eltern den Therapiefort-

schritt unterstützen? Hier ein Beispiel für ein mögliches Vorgehen unter Berücksichtigung von SMART:

- *Spezifisch:* die Therapeutin bespricht mit den Eltern, das Buch „Katzentanzentanz“ von Helme Heine anzugucken und vorzulesen. Als sprachförderndes Verhalten soll dabei das Wort „Katze“ mit Mundbild und in deutlicher Artikulation angeboten werden.
- *Messbar:* Es wird besprochen dieses Vorgehen (Buch angucken und dabei das Mundbild zu zeigen) zwei bis dreimal bis zur nächsten Therapieeinheit zu schaffen.
- *Attraktiv:* Hier erscheint es wichtig, darauf zu achten, ein Buch zu wählen, welches Lotte mag. Und auch darauf zu achten, ob Lottes Eltern gern vorlesen.
- *Realistisch:* Die Therapeutin fragt konkret nach, ob die vereinbarte Intervention schaffbar ist und wann genau es gut in den Tagesablauf der Familie passt.
- *Terminiert:* Bis wann kann die Aufgabe erledigt sein? (meist nächste Therapiestunde)

3.3.2 Peter, 8 Jahre: Redeflussstörung

Peter hat die Sprachtherapie erst vor Kurzem begonnen. Peters Eltern sind sehr besorgt und haben das Gefühl, dass Peter sich beim Sprechen sehr anstrengen muss und „viel anhakt“. Nach einem ersten Beratungsgespräch zur Diagnostik, zu Therapieinhalten und Informationen zur Redeflussentwicklung erhalten Peters Eltern folgende Beobachtungsaufgabe:

- *Spezifisch:* Wir besprechen gemeinsam, dass die Eltern beobachten, in welchen Situationen sich Peters Sprechen lockerer und flüssiger zeigt.
- *Messbar:* Die Eltern bekommen eine Übersicht, auf der sie die Redeflüssigkeit skalieren können (von 1 bis 10, wobei 10

höchste Redeflüssigkeit anzeigt) und dazu notieren, in welcher Situation sie diese jeweils beobachten konnten.

- *Attraktiv:* Ich erkläre die biopsychosozialen Zusammenhänge und erläutere, warum ein Perspektivwechsel hin zur Redeflüssigkeit sinnvoll ist. So können die Eltern erkennen, welche Einflüsse für Peter hilfreich sind und seine Sprechflüssigkeit erhöhen.
- *Realistisch:* In welchen Kontexten können diese konkreten Beobachtungen gemacht werden (beim Spielen mit Freund:innen, beim gemeinsamen Spiel zu Hause, beim Abendbrot, wenn Peter auf dem Nachhauseweg erzählt) und wann können die Eltern realistischerweise ihre Beobachtungen notieren und was muss dafür gegeben sein (z. B. abends, Übersicht sollte in greifbarer Nähe liegen)?
- *Terminiert:* Bis wann kann die Aufgabe erledigt sein? Meist verabrede ich bei Beobachtungsaufgaben, wie oft in der Woche konkrete Beobachtungen hilfreich wären und wir vereinbaren einen verbindlichen nächsten Elterntermin. Ob es ihnen gelingt, konkret zu beobachten oder ob sich ggf. Unsicherheiten ergeben, kann am Ende einer Therapiestunde von Peter kurz abgeklärt werden.

3.3.3 Maria, 13 Jahre: Myofunktionelle Störung

Maria zeigt überwiegend eine Mundatmung mit hypotoner Zungenfunktion. Für sie ist es wichtig, Muskelkraft aufzubauen, die Zunge und Lippen zu trainieren und zu üben, die physiologische Zungenruhelage (ZRL) einzuhalten. Im Gespräch klären wir folgende für sie passende Übungsaufgabe und wie ihre Eltern sie bei der Umsetzung unterstützen können:

- *Spezifisch:* Gemeinsam legen wir fest, in welchen Alltagssituationen Maria an die ZRL denken und sie so mehrmals täglich bewusst einnehmen kann.

- *Messbar:* Auf einem Protokollbogen soll Maria einzeichnen, wie oft am Tag sie an die ZRL gedacht hat und diese bewusst eingenommen hat.
- *Attraktiv:* Maria weiß aus Gesprächen, wie wichtig die Umgewöhnung hin zur physiologischen Nasenatmung ist und wie die Übungen in der Therapie ihre kieferorthopädische Behandlung unterstützen.
- *Realistisch:* Damit Maria häufig daran denkt, kleben wir Erinnerungspunkte an ihre Federmappe und an andere Plätze zu Hause, auf die sie häufiger guckt.
- *Terminiert:* Wir vereinbaren, dass sie den Protokollbogen in der nächsten Therapiestunde mitbringt und wir dann gemeinsam besprechen, wann es gut funktioniert hat, an das Einnehmen der ZRL zu denken, und was wir ggf. anpassen können.

Weiterhin besprechen wir, dass die Eltern Maria eine Erinnerungshilfe in Form eines kurzen Schnalzens geben, wann immer Sie sie mit offenem Mund sehen. Maria ist damit einverstanden.

3.4 Trouble Shooting: Was tun, wenn es nicht funktioniert?

Wenn man sich die Zeit nimmt, in Ruhe Möglichkeiten des Alltagstransfers zu besprechen und Lösungen für die Umsetzung zu finden, dann gelingen diese meistens auch. Dabei geht es nicht darum, als Therapeut:in für alles eine Lösung zu wissen, sondern im Gespräch mit den Eltern die Perspektiven und Möglichkeitsräume auszuloten und zu erweitern.

Was zunächst als kaum zu bewältigende Herausforderung erschien, kann, indem der Fokus auf konkrete und realistisch umsetzbare Schritte gelenkt wird, doch zu einer lösbaren Aufgabe werden. Oft ist es hilfreich, bei zeitlichen Herausforderungen und Schwie-

rigkeiten einfache, pragmatische Lösungen zu finden (Bamberger, 2001):

Sich abends noch Zeit zum Vorlesen zu nehmen, hat nicht funktioniert? Wann würde es denn besser passen? Könnte man das Buch vielleicht tagsüber in der Tasche dabei haben und beispielsweise auf dem Spielplatz lesen?

Die Eltern haben gar nicht mehr an das Stottern gedacht und deshalb auch nicht darauf geachtet, wann Peter flüssiger gesprochen hat? Im aktuellen Gespräch suchen wir gemeinsam nach flüssigeren Sprechsituation in jüngster Vergangenheit und versuchen, den positiven Einflüssen auf die Spur zu kommen.

Maria hat zwar an den ersten zwei Tagen mehrmals an ZRL und Mundschluss gedacht, dann aber nicht mehr? Schön, dass es zu Beginn schon geklappt hat. Was denkt sie selbst, wie sie noch häufiger dran denken und was ihr dabei helfen könnte?

Manchmal ist es hilfreich, für die nötige Unterstützung zusätzlich das Netzwerk und Umfeld der Familie zu aktivieren. Wenn Eltern nicht in ausreichendem Maße unterstützen können, wer kann es dann (Babysitter, Nachbarn, Freund:innen, ältere Kinder, Kita, Hort, Seniorennetzwerk)? Manchmal ist es für Eltern erhellend, mögliche Hilfsangebote aufgezeigt zu bekommen.

4 Grundlage in der ambulanten Versorgung

Seit der Neufassung unseres Versorgungsvertrages ist die Umfeldarbeit festgeschrieben und als unverzichtbarer Bestandteil eines therapeutischen Prozesses mitzudenken.

In Anlage 1: Leistungsbeschreibung zum Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V über die Versorgung mit Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie (Entscheidung der Schiedsstelle vom 15.03.2021) heißt es:

„4. Therapie ... [... dient dazu, bestimmte Fähigkeiten] bei entsprechenden Störungen wiederherzustellen, zu verbessern, eine Verschlimmerung zu vermeiden oder entsprechende Kompensationsstrategien zu erlernen und die Anwendung des in der Therapie Erlernten im Alltag der oder des Versicherten zu ermöglichen. Das soziale Umfeld wird in das Therapiekonzept einbezogen. [...]

6. Beratung: Die prozessimmanente Beratung der oder des Versicherten und ihrer oder seiner Bezugs-/Betreuungspersonen innerhalb der Therapie ist unverzichtbarer Bestandteil der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie.

5 Fazit

Für mich liegt es in unserer Verantwortung als Therapeut:innen, eine gelingende Beziehungsgestaltung zu ermöglichen. Wir können eine innere Haltung geprägt von Offenheit, Annahme, Akzeptanz einnehmen, für Transparenz und Echtheit sorgen. Statt uns über mangelnde Mitarbeit zu ärgern, können wir das Miteinander mit Eltern und anderen Bezugspersonen gestalten und sollten diese Verantwortung auch annehmen. Das Zitat des persischen Philosophen Rumi beschreibt die Haltung gut: „Jenseits von Richtig oder Falsch liegt ein Ort, dort treffen wir uns.“

In kooperativer Beziehung lassen sich Veränderungen und Entwicklungen bestmöglich begleiten (Langmaack, 2004).

Abschließend möchte ich an dieser Stelle eine Aussage von Margret Rasfeld (2022) zitieren: „Beziehungen sind die Antwort auf die Krisen unserer Zeit.“ Ich halte mich an den Gedanken, dass es durchaus möglich ist, andere zu verstehen, auch wenn man mit deren Denken und Handeln nicht einverstanden ist. Umso wichtiger ist es in solchen Fällen, nicht in eine kämpferische Gegenposition zu gehen, sondern stattdessen eine eigene wertschätzende Position und Haltung einzunehmen und offen in den Austausch miteinander

zu kommen. Nur so können wir Konflikte und Spannungsfelder lösen und ein vorwärtsgerichtetes Miteinander erreichen.

6 Literatur

- Bamberger, G.G. (2001). *Lösungsorientierte Beratung* (2., völlig neu bearb. Aufl.). Beltz.
- de Shazer, S., Berg, I.K., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W. & Weiner-Davis, M. (1986). Brief therapy: Focused solution development. *Family Process*, 25 (2), 207–221. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1986.00207.x>
- Klein, R. & Kannicht, A. (2011). *Einführung in die Praxis der systemischen Therapie und Beratung* (3. Aufl.). Carl-Auer.
- Langmaack, B. (2004). *Soziale Kompetenz. Verhalten steuert den Erfolg*. Beltz.
- Marmet, O. (2020). *Ich und du und so weiter. Kleine Einführung in die Sozialpsychologie* (16., aktualisierte Aufl.). Beltz.
- Prior, M. (2012). *Beratung und Therapie optimal vorbereiten* (5. Aufl.). Carl-Auer.
- Rasfeld, M. (2022). Unlearn Bildung. In L. Jaspers, N. Ryland & S. Horch (Hrsg.), *Unlearn Patriarchy* (178–198). Ullstein.
- Rogers, C. (1983). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. Fischer.
- Haas Edersheim, E. (2007). Peter F. Drucker – Alles über Management. Redline Verlag.

7 Weiterführende Literatur

- Auhagen, A.E. (Hrsg.) (2004). *Positive Psychologie. Anleitung zum „besseren“ Leben*. Beltz.

Radatz, S. (2018). *Beratung ohne Ratschlag. Systemisches Coaching für Führungskräfte und BeraterInnen* (10. Aufl.). Literatur-VSM.

Klein, C. & Furman, B. (Hrsg.) (2022). *Die Kraft des Miteinander. Innovative Methoden der Netzwerk- und Gemeinschaftsarbeit in Familien, Therapie, Schule und Beratung*. Carl-Auer.

Kontakt

Ulrike Felsing

praxis@logopaedie-felsing.de

Die Bedeutung von Peers für die soziale Teilhabe von Menschen mit Aphasie

Norina Lauer¹  & Sabine Corsten² 

¹ Ostbayerische Technische Hochschule Regensburg

² Katholische Hochschule Mainz

ABSTRACT: Menschen mit Aphasie erleben erhebliche Einbußen in sozialer Teilhabe und Lebensqualität. Peer-to-Peer-Unterstützung durch Selbsthilfeangebote oder Peer-Befriending-Maßnahmen kann sich positiv auf Partizipation und psychisches Wohlbefinden auswirken. Mit dem Projekt *shalk* konnte gezeigt werden, dass von Betroffenen geleitete Selbsthilfegruppen maßgeblich zu Selbstwerterleben und verbesserter Lebensqualität der Leitungspersonen und der Gruppenteilnehmenden beitragen können. Um einen Austausch zwischen Betroffenen auch jenseits des Gruppensettings zu ermöglichen, können digitale Medien genutzt werden. Im Projekt *PeerPAL* wird ein für Menschen mit Aphasie angepasstes digitales soziales Netzwerk (Smartphone-App) zur virtuellen Vernetzung und persönlichen Begegnung entwickelt und evaluiert. Erste Daten weisen darauf hin, dass die Betroffenen die App nutzen können und mit Design und Funktionen zufrieden sind. Auswirkungen auf die Lebensqualität werden aktuell untersucht. Sprachtherapeut:innen nehmen in der Peer-to-Peer-Unterstützung insofern eine zentrale Rolle ein, als dass sie Betroffene in entsprechende Angebote einführen und sie mittels abgestufter Begleitung an die eigenständige Nutzung heranführen.

KEYWORDS: Aphasie, Lebensqualität, Selbsthilfe, Peer-Befriending, digitales soziales Netzwerk

1 Aphasie und soziale Teilhabe

Jedes Jahr erleiden in Deutschland ca. 270 000 Menschen einen Schlaganfall, wovon etwa 30–40 % fortdauernd von einer Aphasie betroffen sind (Engelter et al., 2006). Verbunden mit Funktionsein-

bußen im Produzieren, Verstehen, Lesen und Schreiben von Sprache sind erhebliche psychosoziale Folgen. So können bis zu 80% der Menschen mit Aphasie ihren Beruf nicht mehr ausüben (Doucet et al., 2012). In der Familie kommt es zu veränderten Rollenverteilungen und damit einer neuen Beziehungsdynamik zwischen (Ehe-) Partner:innen, aber auch zwischen von Aphasie betroffenen Eltern und ihren Kindern (Musser et al., 2015; Taubner et al., 2020). Noch stärker zeigen sich die Veränderungen auf interpersoneller Ebene im weiteren sozialen Umfeld, etwa im Freundeskreis. Hier kommt es zu Rückzugstendenzen bis hin zu sozialer Isolation (Northcott & Hilari, 2011; Winkler et al., 2014).

Die sozialen Veränderungen gehen wiederum mit psychischen, aber auch physischen Folgen einher. Dazu zählen ein verändertes Identitätserleben mit einem defizitorientierten Selbstbild (Shadden & Hagstrom, 2007; Taubner et al., 2020) und eine schlechtere körperliche Erholung (Boden-Albala et al., 2005) mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für das Erleiden eines zweiten Schlaganfalls (Lincoln et al., 2012). Besonders häufig ist das Auftreten von *Depressionen* zu beobachten. Während bis zu 33% aller Schlaganfallbetroffenen zwölf Monate nach dem Ereignis an einer Depression leiden (Hackett & Pickles, 2014), entwickeln im gleichen Zeitraum sogar 62% der Betroffenen, die eine Aphasie haben, eine Depression (Kauhanen et al., 2000). Insgesamt zeigen Menschen mit Aphasie eine signifikant geringere *Lebensqualität* als Personen mit Hirnläsionen ohne Aphasie (Moss et al., 2021) oder Personen mit anderen chronischen Erkrankungen (Lam & Wodchis, 2010). Die von Aphasie Betroffenen berichten insbesondere von Einbußen in Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und Teilhabe (Le Dorze et al., 2014).

Um ein gelingendes Leben mit Aphasie führen zu können, sind daher umfangreiche Anpassungsprozesse notwendig. Eine erfolgreiche Anpassung ist einerseits abhängig von den persönlichen Ressourcen der Betroffenen und andererseits von externen Hilfs- und Unterstützungsangeboten (Moss et al., 2021).

Nach dem Neunten Sozialgesetzbuch (SGB IX) haben Menschen mit Behinderungen ein Anrecht auf Leistungen zur Förderung der *sozialen Teilhabe*. In § 76 SGB IX heißt es hierzu, dass diese Leistungen zu einer „gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“ führen bzw. diese zumindest erleichtern sollen. Gemäß der *Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit* (ICF; WHO, 2001) sind bei einem Gesundheitsproblem nicht nur Körperstrukturen und -funktionen in der Rehabilitation zu berücksichtigen, sondern auch Aktivitäten und Teilhabe sowie personbezogene und umweltbedingte Einflussfaktoren. In die logopädische Therapie sind daher Funktionen, Aktivitäten und Teilhabe gleichermaßen einzubeziehen. Dabei sollte die Zielsetzung der Therapie *partizipativ* und *top-down* erfolgen, also von der Teilhabe ausgehend, um eine höhere Therapietreue, bessere Therapieergebnisse und eine höhere Zufriedenheit bei Behandelten und Behandelnden zu erreichen (Loh et al., 2007; Frommelt & Grötzbach, 2007; Grötzbach, 2010). Um die Chancen auf Teilhabe zu erhöhen, bedarf es passgenauer Angebote, die auch den psychischen Folgen einer Erkrankung begegnen und damit einerseits Partizipationsmöglichkeiten bieten und andererseits gerade mittels Teilhabe psychische Gesundheit fördern.

Der Zugang zu individuell angepassten und barrierefreien Angeboten kann durch *Gestufte Psychologische Versorgungsmodelle* erleichtert werden, wie sie bereits in Australien und Großbritannien etabliert sind (Kneebone, 2016). Abhängig von Behandlungsintensität und -art werden die Interventionsangebote vier Ebenen zugordnet. Bezogen auf Menschen mit Aphasie kann auf der ersten Ebene allen Betroffenen ein Angebot gemacht werden, das Teilhabe fördert und psychischen Folgen entgegenwirkt. Auf der zweiten Ebene werden Angebote wie Verhaltensaktivierung oder Entspannungsübungen subsumiert, die sich an Menschen mit leichten bis maximal mittelgradigen Depressionen richten. Nach dem gestuften Modell sind auf den beiden ersten Ebenen insbesondere Sprachtherapeut:innen verantwortlich für die Interventionen, ggf. in Zusammenarbeit mit

Psycholog:innen oder Psychotherapeut:innen. Die Angebote, die den Ebenen drei und vier zugeordnet werden und für Menschen mit mittelgradigen bis schweren Depressionen und Verhaltensauffälligkeiten konzipiert sind, wie z. B. die kognitive Verhaltenstherapie, sind der Psychotherapie vorbehalten. Laut einem Review (Baker et al., 2017) zu präventiven und rehabilitativen Maßnahmen für psychische Gesundheit bei Aphasie gehören neben anderen Ansätzen Selbsthilfeangebote, Peer-Befriending-Maßnahmen und Biografiearbeit zu den erfolgversprechendsten Präventionsansätzen.

Im Folgenden werden daher sowohl ein spezifischer Ansatz zur Selbsthilfe bei Aphasie als auch ein digital vermitteltes Angebot zur Vernetzung von Betroffenen vorgestellt.

2 Selbsthilfegruppen

2.1 Wirkung selbstgeleiteter Selbsthilfegruppen

Selbsthilfegruppen stellen einen geschützten Raum dar, der die Anregung von Verarbeitungsprozessen und die Stärkung des Selbstbewusstseins ermöglicht (Legg et al., 2007). Die Teilnehmenden machen *Selbstwirksamkeitserfahrungen*, nehmen sich also als handlungsfähig wahr, was sich positiv auf ihre Lebensqualität auswirkt (Corsten et al., 2013, 2015; Kempf et al., 2014; Shadden & Hagstrom, 2007). Darüber hinaus zeigt sich, dass Teilnehmende von *Aphasie-Selbsthilfegruppen (ASHG)* auch außerhalb dieser eine signifikant bessere Teilhabe aufweisen als Betroffene, die keine Gruppe besuchen (Brown et al., 2010, 2011; Legg et al., 2007; van der Gaag et al., 2005; Vickers, 2010). Werden Selbsthilfegruppen von Betroffenen selbst geleitet, ist dieser Effekt sogar stärker als bei Gruppen mit professioneller Leitung (Pound, 2011). Als Ursachen hierfür werden die geteilte Erfahrung, die authentische Gesprächssituation und die Empathie der betroffenen Leitungspersonen angenommen (Tregea & Brown, 2013). Allerdings werden in Deutschland bisher nur 45% der offiziellen ASHG von Betroffenen geleitet (Weber, 2017), womit das

Selbsthilfepotential nicht umfassend ausgeschöpft wird. Hier schließt das Projekt „Selbsthilfegruppenarbeit bei Aphasie zur Steigerung der Lebensqualität und Kompetenz (*shalk*)“ an.

2.2 Forschungsprojekt *shalk*

In dem vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Forschungsprojekt *shalk* wurde untersucht, wie es gelingen kann, Menschen mit Aphasie darin zu unterstützen, die Leitung einer ASHG zu übernehmen und damit ihre Lebensqualität sowie die der Gruppenteilnehmenden zu verbessern. Das Projekt fand als Verbundprojekt der Katholischen Hochschule Mainz (Prof. Dr. Sabine Corsten) und der Hochschule Fresenius Idstein in Kooperation mit der Ostbayerischen Technischen Hochschule Regensburg (Prof. Dr. Norina Lauer) statt.

2.2.1 Vorgehen nach *shalk*

Neben der Übernahme der Leitungsfunktion durch Betroffene beinhaltet die Gruppenarbeit nach *shalk* zwei weitere Kernelemente. Auf der Ebene des Gruppensettings wurde entgegen der gängigen Praxis ein gesondertes Angebot für Angehörige konzipiert, um so neben Betroffenen auch Angehörigen einen bedarfsgerechten Austausch zu ermöglichen. Untersuchungen zeigen überdies, dass die Beteiligung der Betroffenen in Gruppendiskussionen durch spezifische Maßnahmen erhöht werden kann (Goldfarb & Santo Pietro, 2004). Der inhaltliche Fokus liegt auf einer biografisch-narrativen Vorgehensweise. Verschiedene Arbeitsgruppen konnten bereits zeigen, dass lebensgeschichtliches Erzählen bei Aphasie Verarbeitungsprozesse anregen und damit Lebensqualität verbessern kann (Bronken et al., 2012; Corsten et al., 2015; Strong et al., 2018). Teilnehmende entdecken einerseits eigene Stärken wieder und können andererseits aus den Erzählungen der anderen Perspektiven für die weitere Lebensgestal-

tung ableiten. Die *Kernelemente der Intervention* sind in Tabelle 1 zusammengefasst (für weitere Ausführungen zu den Kernelementen siehe Corsten et al., 2018; Lanyon et al., 2018).

Tabelle 1

Kernelemente von shalk

Element	Umsetzung	Begründung
Gruppenorganisation	Leitung durch Personen mit Aphasie auf der Basis einer spezifischen Schulung	geteilte Erfahrung, Empathie (Tregea & Brown, 2013; Pound, 2011)
Gruppen-setting	getrennte Gruppenphasen für Betroffene und Angehörige	höhere Partizipation der Betroffenen in Diskussionen (Goldfarb & Santo Pietro, 2004)
Inhaltlicher Fokus	Biografisch-narrativer Ansatz	Steigerung der Lebensqualität in Gruppen von Personen mit Aphasie (Corsten et al. 2013, 2015)

Zur Umsetzung des *shalk*-Ansatzes wurde für die Betroffenen, die in den Gruppen eine Leitung oder Co-Leitung übernehmen wollten, eine passgenaue *dreitägige Schulung* entwickelt, orientiert am handlungsorientierten Ansatz nach Gudjons (2008). Diese beinhaltet Informationen zu Biografiearbeit und Selbsthilfegruppenarbeit sowie umfangreiche Übungen zu Moderation und Gesprächsführung. Dabei wurde thematisiert, wie Menschen mit schweren Aphasien in die Gruppe integriert werden können, beispielsweise durch die Arbeit mit Bildern. Als Hilfsmittel wurden zu möglichen Gruppenthemen, z. B. Freundschaften, Moderationskarten, Arbeitsblätter und passende Piktogramme ausgegeben (eine genaue Beschreibung des Vorgehens findet sich in Corsten et al., 2018).

2.2.2 Evaluation

Die Evaluation fand in einem *Vortest-Nachtest-Kontrollgruppen-design mit Follow-Up nach sechs Monaten* statt. Die neun Interventions- und fünf Kontrollgruppen trafen sich einmal pro Monat und wurden vor Beginn der Studie (t0), nach sechs (t1), zwölf (t2) und 18 Monaten (t3, Follow-Up) getestet. Als primäre Outcome-Messung diente das *Aachener Lebensqualitätsinventar* (ALQI; Engell et al., 2003), das 117 Items in vier Kategorien umfasst. Neben einem dichotomen Beschwerdemaß wird auf einer dreistufigen Skala ein Belastungsmaß ermittelt. Beide Maße können als Gesamtscore und in den jeweiligen Kategorien abgebildet werden.

Die Interventionsgruppen wurden gemäß des *Cognitive Apprenticeship* (Collins et al., 1989) in den ersten sechs Monaten intensiv vom Projektteam begleitet, während in den nachfolgenden sechs Monaten nur eine lose Begleitung erfolgte. Die Interventionsphase schloss nach zwölf Monaten ab. Danach führten die Gruppen die Maßnahme eigenständig fort. Nach 18 Monaten wurde die Follow-Up-Untersuchung durchgeführt. Die Kontrollgruppen trafen sich parallel dazu und über den gesamten Studienverlauf hinweg unverändert in ihren regulären Gruppensitzungen unter professioneller Leitung. Es wurde erwartet, dass sich der Gesamtscore des ALQI, insbesondere aber der psychosoziale Score für Beschwerden und Belastungen bei den Teilnehmenden der Interventionsgruppen verbessern würde.

Die Interventionsgruppen umfassten insgesamt 40 Personen inklusive Leitungen und Co-Leitungen, davon 29 Männer und elf Frauen, mit einem Durchschnittsalter von ca. 62 Jahren. Die Kontrollgruppen bestanden zusammengerechnet aus 20 Personen, davon neun Männer und elf Frauen. Ihr Durchschnittsalter lag bei 59,7 Jahren. Alle Teilnehmenden befanden sich in der chronischen Phase der Aphasie. Da im natürlichen Setting gearbeitet wurde, waren in den Gruppen Menschen mit heterogenen Aphasie-Schweregraden und -syndromen vertreten. Die 13 als Leitungen und Co-Leitungen agierenden Betroffenen hatten leichte bis mittelschwere Aphasien. Alle Studienteilneh-

menden nahmen an mindestens 50 % der ASHG-Treffen teil. Die Teilnehmenden der Interventions- und Kontrollgruppen waren vor der Intervention in ihrer Lebensqualität vergleichbar. Die Ergebnisse der ALQI-Werte zeigen für die Teilnehmenden der Interventionsgruppen signifikante Verbesserungen über die verschiedenen Testzeitpunkte hinweg. Neben Verbesserungen im ALQI-Gesamtscore und dem psychosozialen Score im Beschwerde- und Belastungsmaß finden sich auch signifikante Verbesserungen von Beschwerden und Belastungen im Bereich von Kognition und Sprache. Keine Verbesserungen waren im physischen Score zu beobachten. Demgegenüber konnten keinerlei signifikante Verbesserungen in den Kontrollgruppen nachgewiesen werden. Eine genauere Darstellung der Ergebnisse findet sich in Corsten und Lauer (2021).

2.2.3 Schlussfolgerungen

Das Projekt *shalk* hat gezeigt, dass *selbstgeleitete Selbsthilfegruppen* gelingen und zu einer höheren Lebensqualität der Teilnehmenden, sowohl im Vortest-Nachtest-Vergleich als auch im Vergleich zur Teilnahme an einer professionell angeleiteten Selbsthilfegruppe führen können. Die Umsetzung erfordert jedoch eine phasenweise Unterstützung durch Logopäd:innen bzw. Sprachtherapeut:innen. So sind eine Schulung und Begleitung gerade zu Beginn sinnvoll, eine begleitende Unterstützung kann aber auch punktuell bei auftretenden Schwierigkeiten, etwa bei der Integration von Menschen mit schwerer Aphasie, notwendig werden.

Darüber hinaus stellt sich die Frage, wie der Austausch zwischen Betroffenen auch jenseits des Gruppensettings erreicht werden kann. So sind ASHG gerade in ländlichen Regionen häufig entweder gar nicht vorhanden oder nur schwer erreichbar. Auch bevorzugen manche Personen Treffen in einem kleineren Rahmen gegenüber einer größeren Gruppe. Um einen individuellen Austausch, das sog. *Peer-Befriending*, zu gewährleisten, muss ermöglicht werden, dass

Betroffene einander anhand bestimmter Kriterien wie Alter, Ort und Interessen finden und miteinander kommunizieren können, etwa um gemeinsame Treffen und Aktivitäten zu planen. Digitale Medien bieten hierfür Lösungen, wie das nachfolgend dargestellte Projekt zeigt.

3 Peer-Befriending

3.1 Wirkung von Peer-Befriending-Maßnahmen

Peer-Befriending-Maßnahmen beinhalten die Förderung von Kontakten zwischen Personen, die sich in einer ähnlichen Situation befinden (Azios et al., 2022). Hilari et al. (2021) konnten zeigen, dass der Austausch mit bereits länger von Aphasie betroffenen Personen das *psychische Wohlbefinden* von neu erkrankten Menschen steigern und Depressionen vorbeugen kann. Gerade Freundschaften und das soziale Eingebundensein sind entscheidende Komponenten für ein erfolgreiches Leben mit Aphasie (Brown et al., 2013). Die gesteuerte Kontaktanbahnung zwischen Peers erfordert jedoch eine genügend große Anzahl an Personen und das Erfassen verschiedener Parameter, um zu ermitteln, welche Personen zueinander passen könnten.

Mit digitalen Angeboten können derartige Vermittlungsprozesse unterstützt werden. Des Weiteren kann durch sie die Vernetzung autonom erfolgen. Für Menschen mit Aphasie ist es dabei erforderlich, leicht zugängliche Angebote zu schaffen (Dalemans et al., 2010).

3.2 Aphasie und digitale Medien

Laut dem Statistischen Bundesamt nutzen 95% der Deutschen das Internet und 48% *soziale Netzwerke* (Destatis, 2023). Der Anteil der *Smartphone-Nutzenden* hat sich in Deutschland von 2012 mit 36% bis 2021 mit 88,8% deutlich mehr als verdoppelt (VuMA, 2022a). 81% der Deutschen nutzen das Internet über Handy oder Smartphone (Destatis, 2016). Im Jahr 2021 nutzten in Deutschland über

90 % der Personen im Alter von 14 bis 59 Jahren ein Smartphone (VuMA, 2022b). Bei Personen zwischen 60 und 69 Jahren waren es ca. 85 %, im Alter von 70 Jahren und darüber immerhin noch 68 %. Damit wird deutlich, dass *digitale Medien* mit Internetanbindung einen wichtigen Stellenwert im Alltag haben, und ein hoher Anteil der Kommunikation sowie ein zunehmender Anteil auch bei älteren Menschen über diese Medien stattfindet. Somit erscheint es selbstverständlich, dass auch Menschen mit Aphasie digitale Medien nutzen wollen.

Neben Übungs-Apps, die etwa für das Heimtraining verwendet werden, ist für Menschen mit Aphasie auch die Nutzung von Apps zur Kommunikation, die auf jedem Smartphone verfügbar sind, ein zentrales Anliegen (Fullin & Rastberger, 2021). Durch technische Hilfsmittel können der Zugang zu und die Qualität der Kommunikation verbessert werden (Dalemans et al., 2010). Die Nutzung von Messengern, E-Mail oder Apps zur Unterstützung der Kommunikation wie die Kamera- oder Foto-App ist aber für Menschen mit Aphasie noch wenig erforscht (Szabo & Dittelman, 2014). Soziale Netzwerke wie Facebook sind zudem für viele Betroffenen zu komplex (Buhr et al., 2017). Angepasste Angebote konzentrieren sich bisher nur auf einzelne Apps, wie z. B. den E-Mail-Austausch, und sind ebenfalls wenig untersucht (z. B. Mahmud & Martens, 2013, 2016).

In einer qualitativen Studie interviewten Fullin und Rastberger (2021) fünf Menschen mit Aphasie im Alter von 51 bis 70 Jahren zu ihrer Smartphone-Nutzung. E-Mail und Messenger wurden als besonders hilfreich beschrieben, während Apps zum Diktieren oder zur Sprachaufnahme wenig genutzt wurden. Bei der Verwendung von Messengern wurden Emojis und Sprachnachrichten besonders geschätzt. Schriftsprach- und Wortfindungsprobleme wurden als besondere Hindernisse bei der Verwendung des Smartphones beschrieben.

Buhr et al. (2017) konnten zeigen, dass Kontakte zwischen Menschen mit Aphasie mittels eines angepassten Social-Media-Tools mit entsprechender Oberfläche angebahnt werden können. Allerdings

gab es keine digitale Möglichkeit der Vermittlung von Kontakten zwischen Betroffenen im Sinne eines Peer-Befriending-Systems und auch keine integrierte Plattform für Verabredungen oder Aktivitäten.

Im folgenden Kapitel wird ein digitaler Lösungsansatz vorgestellt, der die beschriebenen Erkenntnisse berücksichtigt und derzeit im Rahmen eines Forschungsprojekts untersucht wird.

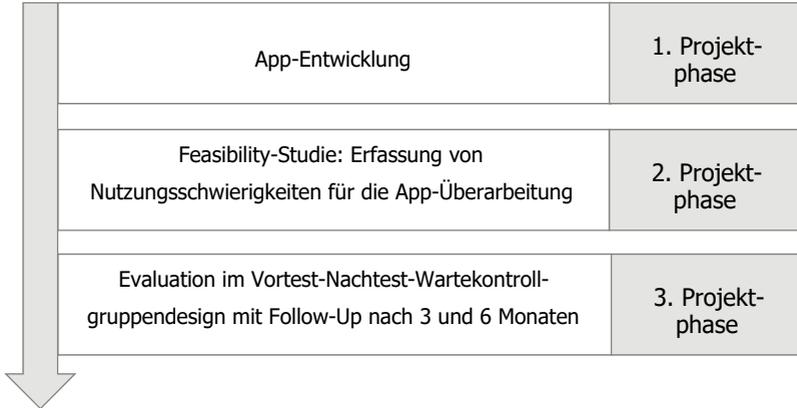
3.3 Forschungsprojekt PeerPAL

Das Projekt „*Peer-to-Peer-Unterstützung: Digitale Vernetzung bei Aphasie zur Steigerung der Lebensqualität (PeerPAL)*“ ist ein vom BMBF finanziertes Verbundprojekt der Ostbayerischen Technischen Hochschule Regensburg (Prof. Dr. Norina Lauer) und der Katholischen Hochschule Mainz (Prof. Dr. Sabine Corsten). In dem Projekt wird ein *barrierefreies digitales soziales Netzwerk (Smartphone-App)* zur Vernetzung und persönlichen Begegnung von Menschen mit Aphasie entwickelt und evaluiert. Ziele des Projekts sind die Steigerung von Lebensqualität und psychosozialem Wohlbefinden, die Verbesserung der sozialen Inklusion und der Erkenntnisgewinn zu digitalem Lernen unter der Bedingung sprachlicher Einschränkungen. Mit einer möglichst barrierefreien App soll die autonome Vernetzung von Menschen mit Aphasie im Sinne des Peer-Befriending ermöglicht werden. So sollen mittels App digitale und persönliche Treffen angeregt werden.

3.3.1 Studiendurchführung und Inhalte der App

Die Studie ist in drei Projektphasen untergliedert, die in Abb. 1 dargestellt sind. In der ersten Phase erfolgte die schrittweise App-Entwicklung gemeinsam mit vier Menschen mit Aphasie im Rahmen von über Videochat angebotenen Fokusgruppentreffen. Der genaue Ablauf dieses *nutzerzentrierten agilen Entwicklungsprozesses* und die Ergebnisse finden sich in Kurfeß et al. (2022).

Abbildung 1

Ablauf des Projekts PeerPAL

In der zweiten Projektphase wurde eine *Feasibility-Studie* durchgeführt, die in Kapitel 3.3.2 beschrieben wird. Aufbauend auf den Ergebnissen der Feasibility-Studie wurde die App für die in der dritten Projektphase sich anschließenden Hauptstudie optimiert. In der Hauptstudie wird die App in einem Vortest-Nachtest-Wartekontrollgruppendedesign evaluiert werden (das Design wird genauer beschrieben in Kurfess et al., 2023). Als primärer Outcome soll die Lebensqualität mit der *Stroke and Aphasia Quality of Life Scale* (SAQOL-39; Hilari et al., 2003) gemessen werden.

Im Sinne einer Aphasie-freundlichen Gestaltung zeichnet sich die App durch ein klares Design mit reduzierten Informationen je Screen und dem Einsatz hochfrequenter Wörter aus (siehe auch Brandenburg et al., 2013). Über die Chat- und Telefonfunktion hinaus ermöglicht die App nach entsprechender Profilerstellung das Matching von Teilnehmenden nach Alter, Hobbys und Orten. Es können Freundschaftsanfragen gestellt werden, und die Nutzer:innen können Aktivitäten wie gemeinsame Spaziergänge planen und andere Teilnehmende dazu einladen. Aktivitäten können auch auf einer Art virtueller Pinnwand veröffentlicht werden, so dass alle Nutzenden der App die Information erhalten. Zur Unterstützung und besseren Handhabbar-

keit werden innerhalb des Chats und bei der Profilerstellung fertige Textkomponenten, v. a. zum Start von Gesprächen, angeboten; die Emoji-Auswahl wurde begrenzt (vgl. Overlach et al., 2020). Neben einer Erinnerungsfunktion für die Aktivitäten stehen zudem Erklärvideos in leichter Sprache für die relevanten Funktionen zur Verfügung, welche die Nutzenden jederzeit abrufen können.

3.3.2 *Erkenntnisse zur Feasibility*

Die Handhabbarkeit und Akzeptanz der App wurde mit vier Menschen mit Aphasie untersucht, welche die App über zwei Monate hinweg nutzten. Im Sinne des *Cognitive Apprenticeship* (Collins et al., 1989) erhielten sie im ersten Monat eine intensive Unterstützung durch das Projektteam, die dann im zweiten Monat auf einen fakultativen technischen Support reduziert wurde. Mittels Fragebogen und Interviews wurden die Erfahrungen der Teilnehmenden erhoben.

Die vier männlichen Teilnehmenden der Feasibility-Studie waren zwischen 52 und 57 Jahre alt und hatten unterschiedliche Aphasie-Schweregrade (leicht, mittel, mittel-schwer, schwer). Neben der Unterstützung durch das Studienpersonal hatten alle eine Bezugsperson, die sie unterstützte (Ehefrau, Vater, Freund, Logopädin). Alle Personen besitzen ein Smartphone oder einen PC und haben technische Geräte vor der Erkrankung häufig oder sehr häufig genutzt. Die App wurde während der Erprobung unterschiedlich häufig verwendet. Zwei Personen gaben an, sie täglich genutzt zu haben, eine Person nutzte sie mehrmals pro Woche und eine Person einmal pro Woche. Die Probanden sollten zweimal wöchentlich Nachrichten posten und zwei Aktivitäten pro Woche planen. Die Anzahl an Nachrichten wurde umgesetzt, bei den Aktivitäten gelang dies zwei Teilnehmenden weniger häufig als vorgesehen. Drei Personen nutzten die meisten App-Funktionen sehr gut oder gut. Zwei Personen hatten leichte Schwierigkeiten bei der Verwendung des Menüs und eine Person nutzte keine Emojis in den Nachrichten, konnte aber sehr gut

Textnachrichten verfassen. Vor allem die Verwendung von Textkomponenten beim Erstellen von Nachrichten wurde von den Probanden positiv hervorgehoben. Lediglich eine Person mit einer mittelgradigen Aphasie zeigte sich mit vielen App-Funktionen eher unzufrieden. Der Betroffene konnte sich im Menü zwar gut zurechtfinden, gab aber an, die Funktionen der App nicht gut nutzen zu können. Insbesondere das Schreiben von Nachrichten oder das Beitreten zu Aktivitäten fielen ihm sehr schwer, obwohl seine Testergebnisse im Bereich der Schriftsprache besser waren als die von ihm vorgenommene Selbsteinschätzung. Dieser Proband zeigte sich daher mit der App insgesamt weniger zufrieden. Die anderen drei Teilnehmenden waren mit der App zufrieden bis sehr zufrieden und würden deren Nutzung weiterempfehlen.

3.3.3 Schlussfolgerungen

Die ersten Daten zeigen, dass Menschen mit Aphasie ein an ihre Fähigkeiten angepasstes digitales soziales Netzwerk nutzen können. Dabei sind in die App integrierte Hilfen wie Textkomponenten, aber auch externe Unterstützung, beispielsweise durch Therapeut:innen und das Umfeld, beim Einarbeiten in die App und zur Motivation für die kontinuierliche Nutzung erforderlich. Es gilt zu untersuchen, inwiefern die App langfristig zu einer verbesserten Teilhabe und Lebensqualität beitragen kann.

4 Die Rolle der Logopädie bei der Unterstützung sozialer Teilhabe

In diesem Beitrag wurden zwei Wege der *Peer-to-Peer-Unterstützung* von Menschen mit Aphasie unter Beteiligung von Logopäd:innen aufgezeigt. Der Einbezug von Peers in die Aphasierehabilitation kann die soziale Teilhabe und damit die Lebensqualität der Betroffenen steigern (Hilari et al., 2021). Hierbei können sowohl Ansätze für

einzelne Personen als auch für Gruppen angeboten werden. Inwieweit ein digitales soziales Netzwerk geeignet ist, Peer-Befriending zu unterstützen, wird derzeit noch untersucht.

Fest steht, dass Peer-to-Peer-Ansätze therapeutisch unterstützt werden müssen (z. B. Corsten et al., 2018). So benötigen sowohl von Betroffenen geleitete Selbsthilfegruppen als auch das Peer-Befriending eine professionelle, abgestufte Begleitung, um die Umsetzung der Maßnahmen sicherzustellen. Logopäd:innen bzw. Sprachtherapeut:innen können damit einen wichtigen Beitrag dazu leisten, die soziale Teilhabe von Menschen mit Aphasie im Sinne der ICF (WHO, 2001) zu verbessern und die Betroffenen schrittweise an eine eigenständige Weiterführung solcher Maßnahmen heranzuführen.

5 Literatur

- Azios, J.H., Strong, K.A., Archer, B., Douglas, N.F., Simmons-Mackie, N. & Worrall, L. (2022). Friendship matters: a research agenda for aphasia. *Aphasiology*, *36*(3), 317–336. <https://doi.org/10.1080/02687038.2021.1873908>
- Baker, C., Worrall, L., Rose, M., Hudson, K., Ryan, B. & O’Byrne, L. (2017). A systematic review of rehabilitation interventions to prevent and treat depression in post-stroke aphasia. *Disability and Rehabilitation*, *40*(16), 1870–1892. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1315181>
- Boden-Albala, B., Litwak, E., Elkind, M.S., Rundek, T. & Sacco, R.L. (2005). Social isolation and outcomes post stroke. *Neurology*, *64*(11), 1888–1892. <https://doi.org/10.1212/01.WNL.0000163510.79351.AF>
- Brandenburg, C., Worrall, L., Rodriguez, A.D. & Copland, D. (2013). Mobile computing technology and aphasia: an integrated review of accessibility and potential uses. *Aphasiology*, *27*(4), 444–461. <https://doi.org/10.1080/02687038.2013.772293>

- Bronken, B.A., Kirkevold, M., Martinsen, R., Wyller, T.B. & Kvigne, K. (2012). Psychosocial well-being in persons with aphasia participating in a nursing intervention after stroke. *Nursing Research and Practice* 2012, 568242. <https://doi.org/10.1155/2012/568242>
- Brown, K., Davidson, B., Worrall, L. & Howe, T. (2013). „Making a good time“: the role of friendship in living successfully with aphasia. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 15 (2), 165–175. <https://doi.org/10.3109/17549507.2012.692814>
- Brown, K., Worrall, L., Davidson, B. & Howe, T. (2010). Snapshots of success: an insider perspective on living successfully with aphasia. *Aphasiology*, 24 (10), 1267–1295. <https://doi.org/10.1080/02687031003755429>
- Brown, K., Worrall, L., Davidson, B. & Howe, T. (2011). Exploring speech-language pathologists' perspectives about living successfully with aphasia. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 46 (3), 300–311. <https://doi.org/10.3109/13682822.2010.496762>
- Buhr, H.R., Hoepner, J.K., Miller, H. & Johnson, C. (2017). AphasiaWeb: development and evaluation of an aphasia-friendly social networking application. *Aphasiology*, 31 (9), 999–1020. <https://doi.org/10.1080/02687038.2016.1232361>
- Collins, A., Brown, J.S. & Newman, S.E. (1989). Cognitive apprenticeship: teaching the crafts of reading, writing, and mathematics. In L.B. Resnick (Hrsg.), *Knowing, learning, and instruction: Essays in honor of Robert Glaser* (453–494). Lawrence Erlbaum Associates.
- Corsten, S., Berger-Tunkel, M., Lutz-Kopp, M., Ziehr, S. & Lauer, N. (2018) Selbsthilfegruppenarbeit bei Aphasie – Anleitung zur Selbstorganisation. *Sprachtherapie aktuell: Forschung – Wissen – Transfer*, 5 (1), e2018-04. <https://doi.org/10.14620/stadbs181204>

- Corsten, S., Konradi, J., Schimpf, E., Hardering, F. & Keilmann, A. (2013). Improving quality of life in aphasia – evidence for the effectiveness of the biographic-narrative approach. *Aphasiology*, 28 (4), 440–452. <https://doi.org/10.1080/02687038.2013.843154>
- Corsten, S. & Lauer, N. (2021). Selbstorganisierte Selbsthilfegruppenarbeit bei Aphasie – ein erster Wirksamkeitsnachweis. *Aphasie und verwandte Gebiete*, 50 (2), 6–18. Abgerufen am 21.07.2023 unter https://aphasie.org/wp-content/uploads/2021/10/APHA_Fachzeitschrift_2-2021-1.pdf
- Corsten, S., Schimpf, E.J., Konradi, J., Keilmann, A. & Hardering, F. (2015). The participants' perspective: how biographic-narrative intervention influences identity negotiation and quality of life in aphasia. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 50 (6), 788–800. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12173>
- Dalemans, R. J. P., de Witte, L., Wade, D. & van den Heuvel, W. (2010). Social participation through the eyes of people with aphasia. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 45(5), 537–550. <https://doi.org/10.3109/13682820903223633>
- Destatis (2022). *Einkommen, Konsum und Lebensbedingungen. IT-Nutzung*. Abgerufen am 21.07.2023 unter https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Einkommen-Konsum-Lebensbedingungen/IT-Nutzung/_inhalt.html
- Destatis (2016). *81 % der Internetnutzer gehen per Handy oder Smartphone ins Internet*. Pressemitteilung Nr. 430 vom 05.12.2016. Abgerufen am 21.07.2023 unter https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2016/12/PD16_430_63931.html

- Doucet, T., Muller, F., Verdun-Esquer, C., Debelleix, X. & Brochard, P. (2012). Returning to work after a stroke: a retrospective study at the Physical and Rehabilitation Medicine Center La Tour de Gassies. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, *55*(2), 112–127. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2012.01.007>
- Engell, B., Hütter, B.-O., Willmes, K. & Huber, W. (2003). Quality of life in aphasia: Validation of a pictorial self-rating procedure. *Aphasiology*, *17* (4), 383–396. <https://doi.org/10.1080/02687030244000734>
- Engelter, S.T., Gostynski, M., Papa, S., Frei, M., Born, C., Ajdacic-Gross, V., Gutzwiller, F. & Lyrer, P.A. (2006). Epidemiology of aphasia attributable to first ischemic stroke: incidence, severity, fluency, etiology, and thrombolysis. *Stroke*, *37* (6), 1379–1384. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000221815.64093.8c>
- Frommelt, P. & Grötzbach, H. (2007). Zielsetzung in der Schlaganfallrehabilitation. In C. Dettmers, P. Bülow & C. Weiller (Hrsg.), *Schlaganfall Rehabilitation* (121–133). Hippocampus Verlag.
- Fullin, L. & Rastberger, J. (2021). *Bedeutung des Smartphones für Aphasie-Betroffene hinsichtlich Kommunikation, Selbständigkeit und Teilhabe. Innensicht mittels Befragung und Schlussfolgerungen für die Praxis der Aphasietherapie*. Bachelorarbeit. Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik Zürich. <https://doi.org/10.5281/zenodo.4892383>
- Goldfarb, R. & Santo Pietro, M.J. (2004). Support systems: older adults with neurogenic communication disorders. *Journal of Ambulatory Care Management*, *27* (4), 356–365. <https://doi.org/10.1097/00004479-200410000-00008>
- Grötzbach, H. (2010). Therapieziele definieren: paternalistisch oder partizipativ? *L.O.G.O.S. Interdisziplinär*, *18* (2), 119–126.
- Gudjons, H. (2008). *Handlungsorientiert lehren und lernen. Schüleraktivierung, Selbsttätigkeit, Projektarbeit*. 7., überarbeitete Auflage. Julius Klinkhard.

- Hackett, M.L. & Pickles, K. (2014). Part I: Frequency of depression after stroke: an updated systematic review and meta-analysis of observational studies. *International Journal of Stroke*, *9*(8), 1017–1025. <https://doi.org/10.1111/ijvs.12357>
- Hilari, K., Behn, N., James, K., Northcott, S., Marshall, J., Thomas, S., Simpson, A., Moss, B., Flood, C., McVicker, S. & Goldsmith, K. (2021). Supporting wellbeing through peer-befriending (SUPERB) for people with aphasia: a feasibility randomised controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, *35* (8), 1151–1163. <https://doi.org/10.1177/0269215521995671>
- Hilari, K., Byng, S., Lamping, D.L. & Smith, S.C. (2003). Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 (SAQOL-39): evaluation of acceptability, reliability, and validity. *Stroke*, *34* (8), 1944–1950. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000081987.46660.ED>
- Kauhanen, M.L., Korpelainen, J.T., Hiltunen, P., Määttä, R., Mononen, H., Brusin, E., Sotaniemi, K.A. & Myllylä, V.V. (2000). Aphasia, depression, and non-verbal cognitive impairment in ischaemic stroke. *Cerebrovascular Diseases*, *10* (6), 455–461. <https://doi.org/10.1159/000016107>
- Kempf, S., Lauer, N., Corsten, S. & Voigt-Radloff, S. (2014). Potenzialanalyse zu logopädischem Kommunikationstraining bei Aphasie nach Schlaganfall. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, *108* (Supplement 1), S45–S52. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2014.08.002>
- Kneebone, I. (2016). Stepped psychological care after stroke. *Disability and Rehabilitation*, *38* (18), 1836–1843. <https://doi.org/10.3109/09638288.2015.1107764>
- Kurfeß, C., Lauer, N., Knieriemen, M., Kreiter, D. & Corsten, S. (2022). Gut vernetzt ist halb befreundet!? Partizipative Entwicklung eines Smartphone-basierten sozialen Netzwerks für Menschen mit Aphasie. *Forum Logopädie*, *36* (3), 6–11. <https://doi.org/10.2443/skv-s-2022-53020220301>

- Kurfess, C., Corsten, S., Nickel, M. T., Knieriemen, M., Kreiter, D. & Lauer, N. (2023). Peer-to-peer support: Digital networking in aphasia to improve quality of life (PeerPAL). *Frontiers in Communication, 8*, 118723. <https://doi.org/10.3389/fcomm.2023.1187233>
- Lam, J.M. & Wodchis, W.P. (2010). The relationship of 60 disease diagnoses and 15 conditions to preference-based health-related quality of life in Ontario hospital-based long-term care residents. *Medical Care, 48*(4), 380–387. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3181ca2647>
- Lanyon, L., Worrall, L. & Rose, M. (2018). Exploring participant perspectives of community aphasia group participation: from „I know where I belong now“ to „Some people didn’t really fit in“. *Aphasiology, 32* (2), 139–163. <https://doi.org/10.1080/02687038.2017.1396574>
- Le Dorze, G., Salois-Bellerose, É., Alepins, M., Croteau, C. & Hallé, C. (2014). A description of the personal and environmental determinants of participation several years post-stroke according to the views of people who have aphasia. *Aphasiology, 28* (4), 421–439. <https://doi.org/10.1080/02687038.2013.869305>
- Legg, L., Stott, D., Ellis, G. & Sellars, C. (2007). Volunteer Stroke Service (VSS) groups for patients with communication difficulties after stroke: a qualitative analysis of the value of groups to their users. *Clinical Rehabilitation, 21* (9), 794–804. <https://doi.org/10.1177/0269215507077301>
- Lincoln, N.B., Worthington, E., Mannix, K. & Lincoln, N. (2012). A survey of the management of mood problems after stroke by clinical psychologists. *Clinical Psychology Forum, (231)*, 28–33. <https://doi.org/10.53841/bpscpl.2012.1.231.28>

- Loh, A., Simon, D., Kriston, L. & Härter, M. (2007). Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen. Effekte der partizipativen Entscheidungsfindung aus systematischen Reviews. *Deutsches Ärzteblatt*, 104 (21), A-1483–8. Abgerufen am 21.07.2023 unter <https://www.aerzteblatt.de/archiv/55786/Patientenbeteiligung-bei-medizinischen-Entscheidungen>
- Mahmud, A.A. & Martens, J.-B. (2013). Amail: Design and Evaluation of an Accessible Email Tool for Persons with Aphasia. *Interacting with Computers*, 25 (5), 351–375. <https://doi.org/10.1093/iwc/iws025>
- Mahmud, A.A. & Martens, J.B. (2016). Social networking through email: studying email usage patterns of persons with aphasia. *Aphasiology*, 30 (2/3), 186–210.
- Moss, B., Northcott, S., Behn, N., Monnelly, K., Marshall, J., Thomas, S., Simpson, A., Goldsmith, K., McVicker, S., Flood, C. & Hilari, K. (2021). ‚Emotion is of the essence. ... Number one priority‘: a nested qualitative study exploring psychosocial adjustment to stroke and aphasia. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 56 (3), 594–608. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12616>
- Musser, B., Wilkinson, J., Gilbert, T. & Bokhour, B.G. (2015). Changes in identity after aphasic stroke: implications for primary care. *International Journal of Family Medicine*, 2015, 970345. <https://doi.org/10.1155/2015/970345>
- Northcott, S. & Hilari, K. (2011). Why do people lose their friends after a stroke? *International Journal of Language & Communication Disorders*, 46 (5), 524–534. <https://doi.org/10.1111/j.1460-6984.2011.00079.x>
- Overlach, F., Lürmann, N. & Bauer, A. (2020). WhatsApp in der Aphasiotherapie. *L.O.G.O.S. Interdisziplinär*, 28 (4), 253–264.

- Pound, C. (2011). Reciprocity, resources, and relationships: new discourses in healthcare, personal, and social relationships. *International Journal of Speech and Language Pathology*, *13* (3), 197–206. <https://doi.org/10.3109/17549507.2011.530692>
- Shadden, B.B. & Hagstrom, F. (2007). The role of narrative in the life participation approach to aphasia. *Topics in Language Disorders*, *27* (4), 324–338. <https://doi.org/10.1097/01.TLD.0000299887.24241.39>
- Strong, K.A., Lagerwey, M.D. & Shadden, B.B. (2018). More than a story: My life came back to life. *American Journal of Speech-Language Pathology*, *27* (1S), 464–476. https://doi.org/10.1044/2017_AJSLP-16-0167
- Szabo, G. & Dittelman, J. (2014). Using mobile technology with individuals with aphasia: native iPad features and everyday apps. *Seminars in Speech and Language*, *35* (1), 5–16. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1362993>
- Taubner, H., Hallén, M. & Wengelin, Å. (2020). Still the same? Self-identity dilemmas when living with post-stroke aphasia in a digitalised society. *Aphasiology*, *34* (3), 300–318. <https://doi.org/10.1080/02687038.2019.1594151>
- Tregea, S. & Brown, K. (2013). What makes a successful peer-led aphasia support group? *Aphasiology*, *27*(5), 581–598. <https://doi.org/10.1080/02687038.2013.796506>
- van der Gaag, A., Smith, L., Davis, S., Moss, B., Cornelius, V., Laing, S. & Mowles C. (2005). Therapy and support services for people with long-term stroke and aphasia and their relatives: a six-month follow-up study. *Clinical Rehabilitation*, *19* (4), 372–380. <https://doi.org/10.1191/0269215505cr785oa>
- Vickers, C.P. (2010) Social networks after the onset of aphasia: The impact of aphasia group attendance. *Aphasiology*, *24* (6/8), 902–913. <https://doi.org/10.1080/02687030903438532>

- VuMA (Arbeitsgemeinschaft Verbrauchs- und Medienanalyse) (2022a). *Anteil der Smartphone-Nutzer* in Deutschland in den Jahren 2012 bis 2021*. Statista. Abgerufen am 16. 12. 2022 unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/585883/umfrage/anteil-der-smartphone-nutzer-in-deutschland>
- VuMA (Arbeitsgemeinschaft Verbrauchs- und Medienanalyse) (2022b). *Anteil der Smartphone-Nutzer in Deutschland nach Altersgruppe im Jahr 2021*. Statista. Abgerufen am 16. 12. 2022 unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/459963/umfrage/anteil-der-smartphone-nutzer-in-deutschland-nach-altersgruppe/>
- Weber, L. (2017). *Die aktuelle Situation von Aphasie-Selbsthilfegruppen in Deutschland hinsichtlich der Leitung, Organisation, Gruppenzusammensetzung und Aktivitäten*. Bachelorarbeit. Hochschule Fresenius Idstein.
- World Health Organization. (2001). *International classification of functioning, disability and health: ICF*. World Health Organization. Abgerufen am 16. 12. 2022 unter <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42407>
- Winkler, M., Bedford, V., Northcott, S. & Hilari, K. (2014). Aphasia blog talk: How does stroke and aphasia affect the carer and their relationship with the person with aphasia? *Aphasiology*, 28(11), 1301–1319. <https://doi.org/10.1080/02687038.2014.928665>

Kontakt

Prof. Dr. Norina Lauer
norina.lauer@oth-regensburg.de

Prof. Dr. Sabine Corsten
corsten@kh-mz.de

Last und Lust der Partizipation: Verschiedene Therapieformate bei globaler und Restaphasie

Frank Ostermann

Dresden

ABSTRACT: Partizipation meint in diesem Kontext die erfolgreiche mündliche Verständigung im sozialen Miteinander. Unter der Bedingung einer Aphasie verändert sich die Partizipation im Alltag bis hin zur sozialen Isolation. Die Sprachtherapie bietet verschiedene Therapieformate, um dagegen verbale Freiräume zu eröffnen. Bei einer globalen Aphasie werden Interaktionshilfen zur Kompensation von sprachlichen Defiziten systematisch und gezielt eingesetzt. Mein Vorgehen beschreibe ich ausführlich. Bei Restaphasie, bei Patient*innen im erwerbsfähigen Alter ohne Arbeitschancen handelt es sich eher um individuelle Projekte zur Selbständigkeit oder Beschäftigung. Hilfreich ist ein Netzwerk an kollegialen Kontakten. Meine Überlegungen und Daten stammen alle aus meinen Erfahrungen in der eigenen Praxis für Sprachtherapie in Dresden.

KEYWORDS: Partizipation, Therapieformate, globale Aphasie, Restaphasie, therapeutisches Milieu

1 Einleitung

Das Thema entstammt meiner Tätigkeit als Sprachtherapeut in einer eigenen Praxis in Dresden. Die Therapien werden durch eine sorgfältige Dokumentation begleitet und können anschließend unter verschiedenen Gesichtspunkten analysiert werden. Solche Daten aus dem Praxisgeschehen werden nur selten öffentlich zugänglich gemacht. Ich möchte auch diejenigen animieren, sich an ähnliche Dokumentationen und Analysen heranzutrauen.

Außerdem stammt mein Thema aus dem Wunsch, den ICF-Gedanken der Partizipation in den sprachtherapeutischen Alltag zu übertragen. Betrachte ich die Sprachtherapie als Sonderform der Interaktion, bildet die verbale Interaktion die Grundlage für unser therapeutisches Miteinander. Das Gespräch wäre die Mikroorganisation unserer Gesellschaft. Weitere Formen der Interaktion können dann als Kontinuum einer immer mehr reglementierenden und formalisierten sozialen Struktur von Familie über Schule, Ausbildung, Beruf, Börde oder Gericht aufgefasst werden.

Gespräche sind i. d. R. weder vorhersagbar noch planbar. Sie gestalten sich aus dem aktiven Zusammenspiel der Beteiligten. Sie sind mündlich und multimodal, also auf Körperhaltung, Gestik, Situation u. a. ausgelegt (Auer & Bauer 2009). Außerdem sind sie auf das Gelingen der gemeinsamen Verständigung ausgerichtet.

Bei einer Aphasie ist die Partizipation verringert bis maximal gestört (Dalemans et al. 2010). Menschen mit Aphasie scheitern in der verbalen Interaktion in der Familie, im Freundeskreis und in ihrer Umgebung ebenso wie in der Sprachtherapie. Was für therapeutische Formate werden benötigt, um die gemeinsame Interaktion zu einem Erfolg werden zu lassen? Ich möchte meine Überlegungen an zwei Gruppen von Menschen mit Aphasie aus meiner Praxis erläutern: bei der ersten Gruppe handelt es sich um Patienten mit globaler Aphasie und bei der zweiten um Patienten mit Restaphasie.

2 Partizipation bei globaler Aphasie

2.1 Gespräche führen

Meine Praxis betreute zwischenzeitlich wöchentlich vier bis acht Patient*innen mit globaler Aphasie. Insgesamt kam ich auf 30 Patient*innen von 2004 bis 2021. Mehrheitlich (87%) waren die Patienten über 60 Jahre alt, 40% weiblich und 60% männlich. Verheiratete lebten vorwiegend in eigener Wohnung/Haus, Geschiedene

bzw. getrennt Lebende wohnten eher im Heim. 75 % saßen im Rollstuhl und unsere Kontakte fanden bevorzugt im Hausbesuch statt. Das Sprachbild bzw. die sprachlichen Fähigkeiten bestanden in zwölf Fällen aus „Floskeln“, in zehn Fällen waren die Patienten verstummt (= mutistisch) und bei acht Patienten bestanden „Automatismen“ im chronischen Krankheitsverlauf (Ostermann 2016; 2017).

Tabelle 1

Ärztliche Verschreibung und Therapie

Frequenz nach Rezept	Patient*innen (n = 30)	Durchschnitt	Streuung	Therapiedauer
1–2× wöchentl.	14 (46%)	59×	10–150×	1–4 Jahre
2× wöchentl.	11 (36%)	221×	70–490×	1–11 Jahre
2–3× wöchentl.	5 (16%)	650×	320–1000×	4–17 Jahre

Tabelle 1 zeigt die Frequenz pro Rezept sowie die Anzahl der Therapiesitzungen und die gesamte Dauer der Therapie. I. d. R. sind es 45 Therapieminuten, bei hoher Frequenz oft 60 Minuten. Die therapeutischen Kontakte gestalteten sich sehr unterschiedlich. Die Hälfte der Patient*innen hatte wenige Therapien in kürzerer Zeit; manche verstarben, zogen um, bekamen kein Rezept mehr oder brachen die Therapie ab. Die andere Hälfte wurde wesentlich umfangreicher versorgt, langfristiger und konsequent. Es gab nur bescheidene Versuche, Schriftsprache anzubahnen. Alle mündlichen Bemühungen blieben erfolglos; ein Wiedererwerb sprachlicher Fähigkeiten ist bei diesem Störungsbild nahezu nicht möglich. Der Schwerpunkt lag auf der Partizipation, dem Gespräch und den Kommunikationsversuchen mit allen Mitteln.

Wie organisiere ich solche Gespräche praktisch? Ich benötige dazu immer Papier und Stift sowie einen Kalender, eine (Therapie-) Uhr und ein Kommunikationsbuch (KB). Ohne Hilfsmittel komme ich kaum weiter und setze sie gleich zu Beginn einer Therapie ein, ab der ersten Stunde.

Nach längerem Therapiekontakt addieren sich die Informationen über die Familienverhältnisse zu einem Stammbaum, und eine Skizze des Hauses, der Wohnung oder des Gartens wird erstellt. Diese Hilfen lassen sich gut mit den Patient*innen in der Therapie erarbeiten (s. Ostermann 2014b). Gelegentlich muss ich Stadtpläne oder Landkarten zurate ziehen. Viele, selbst Schwerbetroffene können sich geographisch sicher orientieren und z. B. über Reisen informieren.

Die verschiedensten Beobachtungen, Notizen und Dokumentationen über Patient*innen haben sich in der Rückschau segensreich ausgezahlt. Einmal hatte ich zu jeder Therapiestunde eine Gesprächsnotiz angefertigt. Die Patientin äußerte sich ausschließlich über *recurring utterances* (wiederholt geäußerte formstarre Sprachautomatismen) („dididi“). Es kam zu jeder Stunde zu mehr oder weniger umfangreichen Gesprächen. Es wurde über das Wetter, den Tagesablauf der Patienten, ihre neue rollstuhlgerechte Wohnung, die Familie, die Wochenenden u. v. a. m. gesprochen (Ostermann 2014b). Manchmal gab es nur kurze Episoden und dann wieder längere, z. T. zusammen mit dem Ehemann, der seine Frau immer zur Therapie brachte und wieder abholte. Selbstverständlich konnten wir über ihre Stimmung reden, über Schmerzen oder Missstimmungen zu Hause.

Auch bei anderen Patient*innen wurden Meinungsverschiedenheiten und Krisen zwischen Ehepartnern thematisiert und teilweise ausgeräumt. Eine Ehefrau machte ihrem Mann heftige „Vorwürfe“, die er überhaupt nicht verstehen konnte. Schließlich stellt sich heraus, dass ihr Mann zu Hause die welken Balkonblumen beseitigen sollte. Der Ehemann hatte allerdings gerade völlig andere Sorgen.

2.2 Interaktionshilfen

Im Alltag kann ich intuitiv mit Missverständnissen, sprachlichen Fehlleistungen oder fremdsprachlichen Sprechern umgehen. In der Therapie nutze ich zusätzlich Entscheidungsfragen als verbale Technik oder Zeichnen/Gesten/Kommunikationsbuch (KB) als nonverbale

Technik. Ich frage mich geschickt durch situative Kontexte: geht es um die Familie (dann nutzen wir den Stammbaum) oder die Wohnung (dann mit Grundriss der Wohnung) oder bspw. das Heim, die Pflege, Medikamente oder einen Arzt?

Zu viele Nachfragen zu einem bestimmten Thema können zu Überforderung bei den Patient*innen führen. Bei Defiziten im Sprachverstehen oder in der Aufmerksamkeit bräuchte ich mich und die Patient*innen um den Gesprächserfolg. Der Therapeut sollte seine Fragen auf eine Entscheidungsmöglichkeit reduzieren, dass sie mit Hilfe der visuellen Unterstützung durch die Aufzeichnungen beantwortet werden kann. Zum Beispiel kann ein Restaurantbesuch anlässlich einer Feier in mehrere elementare Aussagen zerlegt und diese mit Zeichnungen, Bildern oder Gesten abgesichert werden. Der Patient braucht dazu nur zuzustimmen oder abzulehnen. Die elementaren Aussagen verstehen sich semantisch als Proposition, als kleinster Inhalt einer Nachricht. Das Gespräch lässt sich auch über die Fragepronomen realisieren, wie es in der Tabelle 2 nachzulesen ist (s. Ostermann 2006).

Tabelle 2

Semantische Zerlegung von Aussagen (Bsp. Restaurant)

Fragewort	Proposition	Aktion	Hilfsmittel	Bild
Wann?	Uhrzeit	zeigen	Uhr	
	Tag/Datum	zeigen	Kalender/KB	
Wo?	Ort	zeigen	Plan/Skizze	Bild
	Tisch/Stühle	malen		
Wer?	Person(en)	zeigen	Stammbaum	
Was?	Essen	zeigen	Karte/KB/Geste	Bild
Wie?	Geschmeckt	zeigen	Geste/Smiley	ggf. Bild

Ich muss nicht alle Aspekte ansprechen und kann mich auf wesentliche beschränken: „Wer kam?“ und „Was gab es?“. Ich kann den Stammbaum zu Rate ziehen und zusätzlich Strichmännchen zu den

Gästen malen. Die Auswahl an Gerichten ist schier unendlich und es gibt kein Kommunikations- oder Kochbuch, in dem alles enthalten ist. Da hilft eine Länderauswahl aus Europa, ggf. in einem Atlas, um die Geschmacksrichtung zu erkennen. Diese Information kann ich als Tagebucheintrag mit dem entsprechenden Datum versehen und als gemeinsame Erinnerung aufheben. Falls Therapeut*innen ihre Patient*innen mehrere Jahre betreuen, können sie z.B. zu jedem Geburtstag so eine Notiz zusammenstellen und Erinnerungen sammeln.

Entscheidend für die Verständigung ist die erfolgreiche Übermittlung der Information „(Geburtstags-)Feier“. Wenn ich zur Verständnissicherung die entscheidenden Informationen wiederhole, habe ich ein erfolgreiches Gespräch und eine geglückte Partizipation realisiert. Dieses Vorgehen mache ich nicht nur einmal, sondern wiederhole es für alle wichtigen, vorgelegten Themen. Es ist ein indirektes Mittel, um Kompensation bei einer schweren Sprachstörung durchzusetzen. Gedanken werden festgehalten, Notizen gemacht und kleine Strichzeichnungen oder Bilder zur Klärung vorgelegt.

2.3 Kompensation

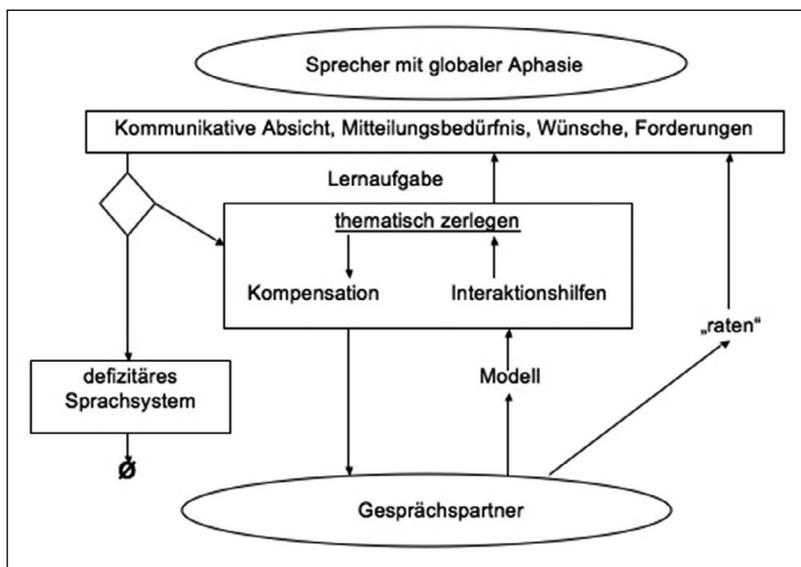
In der Vergangenheit ist bereits viel über verschiedenste Techniken zur Kompensation bei schweren Aphasien publiziert worden (Überblick in Ostermann 2014a). Kompensation meint hier den Ausgleich sprachlicher Schwächen von Patient*innen durch andere Gesprächsteilnehmer. An dieser Stelle möchte ich betonen, dass die jeweilige Kompensation von den Therapeut*innen ausgehen muss. Sie setzen verschiedene Techniken ein, um die Hindernisse im Gespräch zu überwinden. Erst später gebe ich es einem Patienten.

Die Sprecher*innen mit einer Aphasie können ihre kommunikativen Absichten und Bedürfnisse nicht ausdrücken, so dass die gesunden Sprecher*innen intuitiv anfangen zu raten. Oft scheitert die Verständigung.

Zerlegt der/die Therapeut*in jedoch das Gesprächsthema in elementare Propositionen, lässt sich das Redebedürfnis der aphasischen Sprecher*innen aufschlüsseln. Der/die Therapeut*in gibt ein Modell für eine zielgerichtete und erfolgreiche Verständigung. Dieses Modell ist dargestellt in Abbildung 1. Viele Patient*innen müssen erst an diese Art der Verständigung und Kompensation herangeführt werden. Das bedeutet einen Lernprozess für Patient*in wie Angehörige.

Abbildung 1

Verständigungsmodell bei globaler Aphasie (vgl. Ostermann 2014b)



Nach meinen Erfahrungen braucht es 1–2 Jahre Training, bis Patient*innen den Nutzen solcher Kompensationen erkennen und beginnen sie selbständig anzuwenden. Dennoch muss man Patient*innen wie die Angehörigen immer mal wieder an die Kompensationen erinnern.

Bedingungen für eine erfolgreiche Therapie waren gutes Sprachverständnis und intakte konzeptuelle Semantik, weiterhin gute Aufmerksamkeit (vgl. Überblick in Ostermann 2017).

2.4 Aktivitäten bei globaler Aphasie

In Wieweit ein*e Patient*in die Hilfen der Therapeuten überhaupt annehmen kann, hängt von verschiedenen persönlichen und sozialen Faktoren ab (Dalemans et al. 2010). Patient*innen sollten motiviert bleiben, kommunikativ angepasst und körperlich nicht überfordert sein. Als soziale Faktoren betonen Dalemans et al. die Aufgeschlossenheit der Familie wie der Dienstleister (Pflege, Fahrer, Ärzte u. a.). Die Schulung von Angehörigen ist eigentlich ein eigenständiges Kapitel (deLangen-Müller 2015). Tabelle 3 zeigt die Aktivitäten von 19 Patient*innen mit globaler Aphasie.

Tabelle 3

Aktivitäten bei globaler Aphasie (Auswahl aus Daten der Praxis, vgl. Ostermann 2018)

Aktivitäten	N = 19	Mehrere Nennungen
Familie/Feierlichkeiten	alle	Besuche, Geburtstage u. a. m.
Einkaufen/Geld	9 (47%)	Nicht immer eigenes Geld
Soziale Gruppen	8 (42%)	Treffen, Selbsthilfe, Musik
Veranstaltungen	8 (42%)	Fußball, Konzert, Theater
(Tages-)Ausflüge	6 (31%)	In die Umgebung
Reisen	6 (31%)	

Betrachte ich die Aktivitäten unter den Aspekt der Selbständigkeit fällt sofort der begrenzte Aktionsradius auf. Kaum ein*e Patient*in kann allein etwas unternehmen. Fünf Patient*innen weisen einen „bescheidenen Aktionsradius“ aus, der sich wesentlich in den eigenen vier Wänden abspielt. Selten unterbrochen durch kleine Ausflüge. Manche wünschen sich mehr als die Angehörigen realisieren können. Neun Patient*innen pflegen einen „engen Aktionsradius“ mit gelegentlichen Treffen und/oder Veranstaltungen. Nur fünf Patient*innen erreichen einen „weiten Aktionsradius“ mit Veranstaltungen, Ausflügen und Reisen.

3 Partizipation bei Restaphasie

3.1 Erwerbsfähige Patienten in der Sprachtherapie

In den ersten Jahren hatte ich keine Patienten im erwerbsfähigen Alter in meiner Praxis. Über das Kommunikations- und Informationszentrum für Aphasiker und Angehörige bei der Klinik Bavaria in Kreischau haben Prof. Dr. Teichmann und ich Selbständige mit Aphasie gesucht und interviewt (s. Teichmann 2013). Das Thema *mit Aphasie zurück in den Beruf* war zu diesem Zeitpunkt noch wenig erforscht (Claros-Salinas 2001; Fries et al. 2007). Später kamen immer mehr Erwerbstätige mit Aphasie in die Praxis, so dass sich die Zahl zum Ende meiner Praxistätigkeit auf mindestens 47 Personen summierte.

Für die Analyse der Altersstruktur aus den Akten habe ich folgende praktische Unterscheidungen einführen: Alter bis 29 Jahre in Ausbildung oder Berufsbeginn, zwischen 30 bis 49 Jahre alt im Karriereschub und älter als 50 Jahre. Tatsächlich habe ich in der Praxis keine Jugendlichen oder junge Erwachsene betreut. Von den 13 berufstätigen Patient*innen ab 50 Jahren kam tatsächlich niemand mehr in den Beruf zurück, selbst bei leichteren Schwächen. Eine Ausnahme bildeten die beiden Selbständigen, die z. T. mit Assistenz ohne Altersbegrenzung beschäftigt sein konnten.

Die therapeutisch herausragende Gruppe zwischen 30 bis 49 Jahren, auf dem Höhepunkt von Karriere, Familie und Freizeit, bestand aus 32 Erwerbsfähigen. Elf meiner Patient*innen kehrten zurück in den Beruf (Ostermann 2021). Interessanterweise vollzog sich diese Rückkehr innerhalb von 18 Monaten Krankengeldbezug. Wer länger brauchte, wurde erwerbslos, so beispielsweise bei weiteren zehn Patient*innen mit einer schweren chronischen Aphasie geschehen. Die letzte Gruppe, über die ich ausführlicher referieren möchte, bestand aus elf Patient*innen mit Restaphasie und gehörte zu einer bisher vernachlässigten Klientel.

3.2 Individuelle Projekte und informelle Gespräche

Zunächst muss berücksichtigt werden, dass es medizinische, sprachliche oder/und kognitive Gründe gibt, die die Patient*innen an der Ausübung einer Tätigkeit behindern. Die Sprachtherapie gliedert sich in drei Aufgaben. Soweit nötig, können die sprachlichen Restsymptome mit einem bekannten neurolinguistischen Ansatz behandelt werden. Darüberhinaus habe ich mir *individuelle Projekte* für jede*n Patient*in überlegt. Die dritte Aufgabe orientiert sich als *informelles Gespräch* an den privaten Bedürfnissen der Patient*innen.

Für die *individuellen Projekte* bestand keine direkte berufliche Anforderung, sondern eine die für die Geschäftsfähigkeit oder Selbstständigkeit oder Freizeitgestaltung ausschlaggebend sein musste. Das fiel aus dem gewöhnlichen Rahmen der Sprachtherapie heraus und entwickelte sich aus einem Wunsch nach Beschäftigung. Ein*e Patient*in sollte im Internet recherchieren oder Verkaufsanzeigen für Ebay aufgeben. Andere Patient*innen mussten Anforderungen im Rahmen der Reha-Bearbeitung lösen und bedurften einer begleitenden sozialen Beratung. Für ein mögliches und gewünschtes Arbeitstraining mussten pädagogische Einrichtungen gefunden werden. Oft schloss sich ein neuropsychologischer Kontakt an. Für solche Verbindungen brauchte ich ein Netzwerk von Kolleg*innen in vielen verschiedenen Bereichen. Manchmal wurde thematisiert, inwieweit die Selbsthilfegruppe für Aphasie eine sinnvolle Beschäftigung sein konnte. Im Sinne einer der Freizeitgestaltung entdeckte jemand die Dorfkerne seiner Großstadt, erkundete Wanderwege oder erstellte Reiserouten der Umgebung. Gelegentlich wurden Sachtexte bearbeitet. Zwei Patient*innen sollten ihre Promotion mittels strukturierter Begleitung noch zu Ende bringen.

Unter *informelle Gespräche* fallen alle Themen des privaten Umfeldes der Patient*innen. Es kann um die Verarbeitung der Hirnerkrankung gehen, um den Verlust der bisherigen Arbeitsumgebung und der Kolleg*innen. Wechselnd aktuell tauchen Beziehungsproble-

me auf, die z. T. sehr belastend für die Patient*innen sein können. Auch der Wunsch nach Freizeit, Reisen oder Medienkonsum kann zu Gesprächsstoff führen. Ebenso sollen Termine abgestimmt werden, eine sinnvolle Wochenstruktur diskutiert oder häusliche Verpflichtungen abgewogen werden.

4 Resümee

Die Gestaltung des sozialen Miteinanders ist mein Leitgedanke für die Chancen auf Partizipation unter der Bedingung einer Aphasie. Mit einer globalen Aphasie liegt die Last der Partizipation auf allen Beteiligten. Idealerweise sollten sich alle mit den kompensatorischen Mitteln in der Kommunikation anfreunden. Allerdings setzt das einen Lernprozess voraus, dessen zeitlicher und therapeutischer Aufwand nicht zu unterschätzen ist. Ohne eine*n Angehörige*n ist dies schwer zu erreichen.

Bei erfolgreichen Kontakten entwickeln sich nach meiner Erfahrung eine Lust auf Partizipation und ein gelungener Austausch über die Sorgen und Nöte der Patient*innen, der als selbstverständlich wahrgenommen wird. Das Gesprächsformat als alltägliche soziale Erfahrung bildet die gebräuchlichste Grundlage.

Die Lasten der Partizipation liegen auch bei den Dienstleistern (Therapeut*innen, Pfleger*innen, Ärzt*innen), die sich im Wortsinn um die Patient*innen kümmern müssen. Aus meiner ambulanten Perspektive vermisste ich gemeinsame Kontakte und organisatorische Absprachen, z. B. Patient*innenkonferenzen.

Die ambulante Therapie ist prädestiniert für longitudinale Studien, weil ein dauerhafter und kontinuierlicher Kontakt viele Einblicke in den Alltag bei Aphasie bietet. Eine sorgfältige Dokumentation eröffnet die Möglichkeit für anschließende Analysen, die es sonst nicht gäbe. Ich kann den Fokus auf eine Gruppe von erwerbstätigen Patient*innen mit Aphasie lenken, die eine zeitlich und therapeutisch befristete Perspektive besitzen. Die Berufsfähigkeit stellt andere par-

tizipatorische Anforderungen an die Sprachtherapie. Leider kehren sehr wenige Patient*innen mit Aphasie zurück in den Beruf.

Den Personenkreis ohne Rückkehr in den Beruf möchte ich für die ambulante Sprachtherapie hervorheben. Diese Patient*innen müssen eine neue Lebensperspektive entwickeln. Während z. B. die Gesprächsfähigkeit kaum eingeschränkt ist, rücken dann persönliche Bedürfnisse und individuelle Projekte in den Vordergrund der Therapie. Es braucht andere Formate bezüglich Freizeit und Beschäftigung. Ich betrachte das als therapeutisches Neuland mit Entwicklungsbedarf.

Die meiste Last mit der Partizipation trägt die Familie; sie lebt mit einem/r erkrankten, unter Umständen nicht mehr erwerbsfähigen Familienmitglied zusammen. Patient*innen haben die Last weniger im privaten als öffentlichen Raum; sie müssen mit Kassen, Reha-Trägern, Ämtern oder ggf. mit dem Arbeitgeber um ihre Rechte kämpfen. Dafür benötigen sie ihre Angehörigen und ein kollegiales Netzwerk zur Unterstützung.

5 Ausblick

Die Partizipation beschreibe ich als Kontinuum in der verbalen Interaktion, vom einfachen Gespräch über immer formālere Gesprächsformen im Alltag, Schule/Ausbildung, Beruf, Ämter, Gericht u. v. a. Die Therapie greift je nach Patient*in aus dem Kontinuum verschiedene Formate auf; angefangen vom Basisformat *Gespräch* bis zu offenen *individuellen Formaten* für Freizeit und Beschäftigung.

Die Sprachtherapie ist für die Mikroorganisation der verbalen Interaktion zuständig; dies ist ihre vordringliche Aufgabe. Sie kann nicht allein die gesellschaftliche Makroorganisation der verbalen Interaktion beeinflussen. Dennoch fehlt im ambulanten Bereich ein kommunales therapeutisches Milieu mit gemeinsamen Beratungen und/oder einem ausgebauten Netzwerk.

6 Literatur

- Auer, P. & Bauer, A. (2009). *Aphasie im Alltag*. Thieme.
- Claros-Salinas, D. (2001). Therapiekonzepte zur beruflichen Wiedereingliederung aphasischer Patienten. *Forum Logopädie*, 15(1), 7–15.
- Dalemans, R., de Witte, L., Wade, D. & van den Heuvel, W. (2010). Social participation through the eyes of peoples with apasia. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 45(5), 537–550. <https://doi.org/10.3109/13682820903223633>
- de Langen-Müller, U. (2015). Angehörigenarbeit bei Aphasie: Brauchen oder können Laien Therapie? *Sprache – Stimme – Gehör*, 39(3), 123–129. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1559671>
- Fries, W., Lössl, H. & Wagenhäuser, S. (2007). *Teilhaben! Neue Konzepte der NeuroRehabilitation – für eine erfolgreiche Rückkehr in Alltag und Beruf*. Thieme.
- Ostermann, F. (2006). Interaktionshilfen: Arbeitselemente einer unterstützten Kommunikation bei global aphasischen Sprechern. *Sprache – Stimme – Gehör*, 30(3), 125–130. <https://doi.org/10.1055/s-2006-947249>
- Ostermann, F. (2014a) (Hrsg.). *Ohne Worte. Sprachverarbeitung und Therapie bei globaler Aphasie*. Prolog.
- Ostermann, F. (2014b). Gespräche mit Menschen mit globaler Aphasie: Ein Arbeitsbericht aus der ambulanten Sprachtherapie. In Frank Ostermann (Hrsg.), *Ohne Worte. Sprachverarbeitung und Therapie bei globaler Aphasie* (255–276). Prolog.
- Ostermann, F. (2016). Bericht aus der Praxis. Therapie bei globaler Aphasie: langfristige Entwicklungen? *Aphasie und verwandte Gebiete*, 1, 41–48.
- Ostermann, F. (2017). Globale Aphasie: Erfahrungsbericht aus langjährigen Sprachtherapien. *Neurologie & Rehabilitation*, 23(4), 328–336.

- Ostermann, F. (2018). Teilhabe und Aktivitäten bei globaler Aphasie. Einblicke in den Alltag. In Helmut Teichmann (Hrsg.), *Sprache und Denken* (26–54). Selbstverlag.
- Ostermann, F. (2021). Arbeit und Aphasie. *Forum Logopädie*, 35(5), 32–36.
- Teichmann, H. (2013). *Arbeit trotz Aphasie. Eine Interview- und Berichtssammlung*. Selbstverlag

Kontakt

Frank Ostermann
ostermann@dbs-ev.de

Transfer und soziale Teilhabe in der Unterstützten Kommunikation für Kinder ohne ausreichende Lautsprache: kooperativ und kompetenzorientiert

Kerstin Nonn

Staatliche Berufsfachschule für Logopädie am LMU Klinikum München

ABSTRACT: Die Verbesserung der sozialen Teilhabe eines Kindes ohne ausreichende Lautsprache steht im Fokus der Versorgung mit Unterstützter Kommunikation. Die Schnittstelle Alltag ist für die Intervention mit Unterstützter Kommunikation besonders wichtig, da das unterstützt kommunizierende Kind in seiner alltäglichen Kommunikation extrem abhängig von seinem sozialen Umfeld ist. Die Bezugspersonen müssen die Hilfsmittel und ihre Verwendung gut kennen, Kommunikationssituationen spezifisch gestalten und individuell abgestimmte Sprachlehr- und Kommunikationsstrategien einsetzen. Dass dieser Transfer gelingt, ist Aufgabe der Sprachtherapie. Der Sprachtherapie stehen dazu verschiedene Modelle zur Verfügung: das bio-psycho-soziale Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der WHO (ICF) und Modelle, die aus dem Fachgebiet der Unterstützten Kommunikation selbst stammen, wie das Kooperative Partizipationsmodell, Fähigkeitskontinuum und Modell kommunikativer Kompetenz. Die Umsetzung der Modelle in die Praxis wird anhand eines Fallbeispiels veranschaulicht. Letztendlich geht es um die natürliche Nutzung von Unterstützter Kommunikation in echten Kommunikationssituationen und um die langfristige Unterstützung der Entwicklung hin zu Fähigkeiten, selbstinitiiert und unabhängig kommunizieren zu können.

KEYWORDS: Unterstützte Kommunikation, Sprachentwicklung, bio-psycho-soziales Modell der ICF, Partizipationsmodell, Kompetenzen

1 Einleitung

Wenn ein Kind in seiner Sprach- und Kommunikationsfähigkeit schwer beeinträchtigt ist, hat dies weitreichende Folgen für seine Kommunikations- und Sprachentwicklung sowie für seine Kooperationsfähigkeit und Teilhabe an der menschlichen Gemeinschaft. Denn zwischenmenschliche Kommunikation ist ein Grundbedürfnis und essenziell für einen Menschen und seine Lebensqualität (Lüke & Vock, 2019). Kinder ohne ausreichende Lautsprache und ihre Bezugspersonen sind auf ein Versorgungskonzept angewiesen, das ihnen eine erfolgreiche Kommunikation im Alltag ermöglicht (Nonn, 2020). Unterstützte Kommunikation (im Folgenden UK) ist solch ein Versorgungskonzept. UK besteht aus multimodalen Kommunikationsformen einschließlich Hilfsmitteln, einer spezifischen Gestaltung von Kommunikationssituationen sowie hilfreichen Kommunikationsstrategien aller beteiligten Partner*innen. UK kann sowohl eine zeitlich begrenzte als auch eine fortwährende Maßnahme sein. Ein Kommunikationssystem besitzt zwei Eigenschaften: Es ist erstens *multimodal*: Das unterstützte kommunizierende (im Folgenden uk) Kind kann angepasst an die Situation, mögliche Partner*innen und den Inhalt flexibel unterschiedliche Kommunikationsformen einsetzen, um sich verständlich und erfolgreich mitzuteilen. Es ist zweitens *individuell*, indem das uk Kind verschiedene Kommunikationsformen auf der Basis vorhandener Fähigkeiten und Funktionen nutzt. UK verfolgt das Ziel, kommunikative Einschränkungen in der sozialen Teilhabe zu kompensieren sowie die Autonomie und Selbstwirksamkeit des Kindes ohne ausreichende Lautsprache zu verbessern.

2 Problemstellung

Wenn man die Sprachlernsituation eines uk Kindes mit der eines regelentwickelten Kindes vergleicht, zeigt sich eine große Diskrepanz: Ein regelentwickeltes Kind erhält in seinen ersten Lebensjahren durchschnittlich ca. 6 000 Wörter als Sprachangebot pro Tag (Davi-

son-Hoult & Ward, 2017). Wenn ein uk Kind dagegen nur zweimal pro Woche in einer Fördersituation für 20 Minuten sein Kommunikationssystem nutzen darf, wird es 700 Jahre brauchen, um genauso so viel sprachliche Anregung wie ein regelentwickeltes Kind zu bekommen (Cress & Marvin, 2003). Ein lautsprachlich und ein unterstützt kommunizierendes Kind haben also unterschiedliche Voraussetzungen und Bedingungen für den Spracherwerb (Nonn, 2011).

Smith und Grove beschreiben dieses Problem in der Asymmetrie-Hypothese (2003, 1999). Ein uk Kind ist im Spracherwerb doppelt benachteiligt. Es hat so gut wie keine Möglichkeit im Alltag, via UK zu kommunizieren und diese besondere Art zu kommunizieren einzuüben und damit zu erlernen. Hinzu kommt, dass dem Kind ein UK-Vorbild fehlt, das ihm zeigt, wie es UK zur Verständigung einsetzen kann. Gülden und Müller (2016) formulieren dieses Problem so, dass sich der Spracherwerb nicht von selbst vollzieht. Dem Kind fehlt die hocheffiziente Sprachlernstrategie des Lernens am Modell.

Eine UK-Intervention ist von Anfang an zu gleichen Teilen aufgeteilt, indem einerseits – sofern vom Alter und Entwicklungsstand möglich – das uk Kind selbst und andererseits seine Eltern sowie weitere wichtige Bezugspersonen (weitere Familienmitglieder und verschiedene Berufsgruppen: Ärzt*innen, Lehrkräfte, Schulbegleitungen, Therapeut*innen, Werkstattmitarbeitende etc.) als ‚Expert*innen in eigener Sache‘ in die Diagnostik und Beratung sowie in die Planung, Durchführung und Evaluation der Intervention mit einbezogen werden (Boenisch & Sachse, 2018). Bei der Auswahl der Maßnahmen in UK handelt es sich einerseits um einen zielgerichteten und kompetenzorientierten Prozess, durch die Beteiligung verschiedener Personenkreise und die erforderliche Einigung auf ein gemeinsames Interventionsziel handelt es sich andererseits um einen kooperativen und vernetzten Prozess, der von einer Person, i. d. R. von dem/der Sprachtherapeut*in, moderiert und gelenkt werden muss (Giel, 2021). Nur dann ist eine Versorgung mit UK erfolgreich.

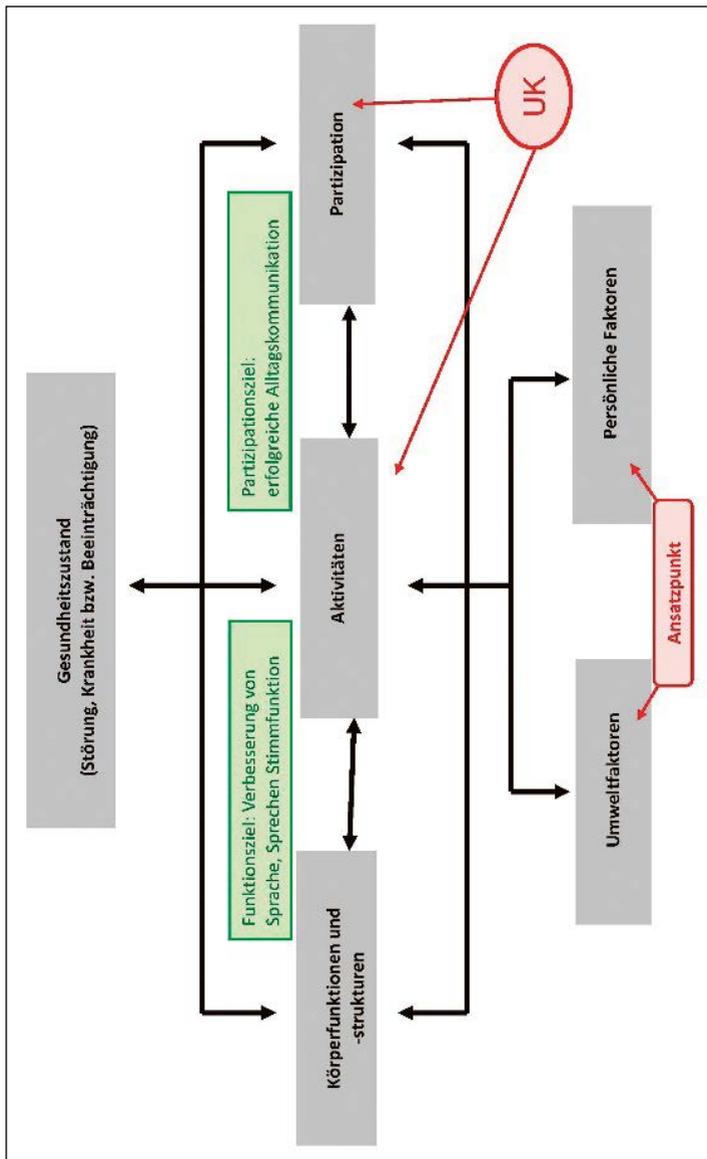
3 Grundlegende Modelle

Im Folgenden werden vier Modelle vorgestellt, die aktuelle und professionsübergreifende UK-Versorgungskonzepte darstellen. Denn UK findet immer mehr Verbreitung im deutschen Bildungs- und Gesundheitswesen: frühe Förderung, Förderschulen, Kliniken, Reha-Einrichtungen, sowie Werkstätten und Wohnbereich. Die Modelle dienen den verschiedenen pädagogischen, medizinischen und therapeutischen Berufen als gemeinsame Infrastruktur und schaffen einen Bezugsrahmen zur interprofessionellen Zusammenarbeit und zum fachlichen Austausch. Sie stellen eine systematische Förderung dar und leiten die Sprachtherapeut*in und alle weiteren beteiligten Berufsgruppen wie ein roter Faden durch den UK-Versorgungsprozess, von der Kontaktaufnahme über die Diagnostik und Beratung zur Intervention und Evaluation eben dieser. Hauptziele der Intervention sind der Transfer von UK in den Alltag und die Verbesserung der sozialen Teilhabe, die sowohl in der ICF (DIMDI, 2005) als auch im Partizipationsmodell (Beukelman & Mirenda, 2013) im Mittelpunkt stehen.

3.1 Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (im Folgenden ICF) ist ein Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation (WHO), welches den funktionalen Gesundheitszustand und mögliche gesundheitliche Einschränkungen eines Menschen beschreibt (DIMDI, 2005). Gesundheitliche Einschränkungen werden in der ICF nicht ausschließlich als Defizit betrachtet, sondern vielmehr ist der Blick auf den betroffenen Menschen und sein gesundheitliches Problem bzw. seine Beeinträchtigung fähigkeits- und ressourcenorientiert sowie alltagsbezogen. Basis der Beschreibungen sind auch die individuellen Lebensbedingungen des betroffenen Kindes und seiner Familie in ihrem Alltag. Der Alltags-

Abbildung 1
Bio-psycho-soziales Modell der ICF (DIMDI, 2005) in der UK-Versorgung



bezug und die Orientierung an den vorhandenen Fähigkeiten und Ressourcen des Kindes und seiner Familie prädestinieren die ICF als maßgebenden Bezugsrahmen für die UK-Versorgung (Lüke & Vock, 2019).

Die UK-Versorgung orientiert sich in ihrem Aufbau und Ablauf am bio-psycho-sozialen Modell der ICF mit seinem systemischen Verständnis von Gesundheit durch die Wechselwirkungen der einzelnen Komponenten (Giel, 2021) (siehe Abb. 1).

Zuerst werden die Körperstrukturen und -funktionen der Person ohne ausreichende Lautsprache in einer ausführlichen Sprach- und Kommunikationsdiagnostik untersucht und beschrieben. Die Ergebnisse sind die Grundlage für die Analyse des Ist-Zustands unter den folgenden Fragestellungen (Nonn & Päßler-van Rey, 2014): Welche Einschränkungen, Fähigkeiten und Ressourcen hat das betroffene Kind in Körperfunktion und sozialer Teilhabe? Welche Probleme, Wünsche und Möglichkeiten hat das soziale Umfeld in der Kommunikation mit dem Kind? Ziel einer ICF-orientierten Diagnostik ist das Festlegen eines konkreten Ziels und Plans für die Intervention, wie durch eine erfolgreiche kommunikative Kompetenz aller beteiligten Personen die Kommunikation im Alltag gelingen kann. Die UK-Versorgung setzt an den Umweltfaktoren und persönlichen Faktoren der Person ohne ausreichende Lautsprache an. Im Mittelpunkt stehen Aktivitäten und die soziale Partizipation, so dass Aktivitäten des täglichen Lebens durch UK erleichtert bzw. sogar erst realisiert werden können. *Kommunikations- und ressourcenorientierte Ziele* stehen in der UK-Versorgung an erster Stelle, während symptom- und störungsorientierte Ziele an zweiter Stelle stehen. Die Ressourcenorientierung der ICF führt dazu, dass der Blick in der UK-Versorgung positiv und konstruktiv auf die Entwicklung von *Kompetenzen* der betreffenden Person und ihres sozialen Umfelds gerichtet ist.

Fallbeispiel: Es handelt sich um einen 4jährigen Jungen mit Autismus-Spektrum-Störung (im Folgenden ASS) zu Beginn der Sprachtherapie. Grund der Anmeldung zur Sprachtherapie ist, dass das Kind nicht spricht und kaum kommuniziert. Hinzu kommen eine fehlende

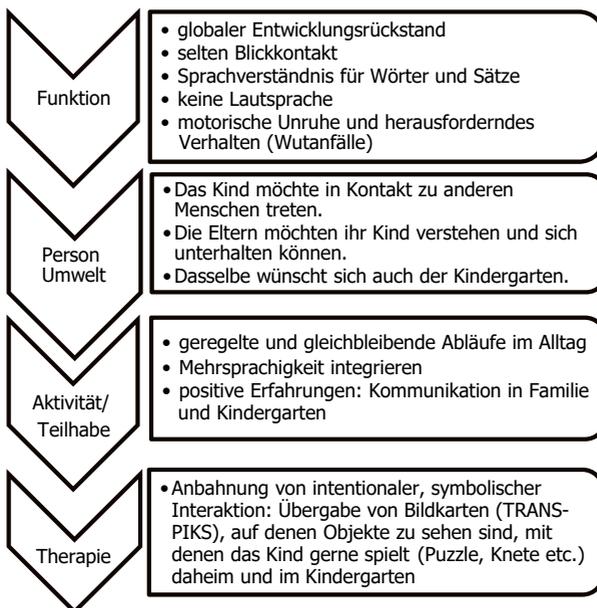
Kooperation und Verhaltensregulation des Kindes im Tagesverlauf, wenn von festen Abläufen und Ritualen abgewichen wird und die Vorlieben des Kindes nicht immer umgesetzt werden können. Die ausbleibende Sprachentwicklung, fehlende Kommunikation und das herausfordernde Verhalten bereiten sowohl den Eltern als auch den Erzieher*innen im integrativen Kindergarten große Sorgen. Für die Interventionsplanung stellen sich die folgenden zwei Fragen:

1. Welcher Rahmen ermöglicht dem Kind ohne ausreichende Lautsprache die Entwicklung von Kompetenzen in Kommunikation und Sprache?
2. Welche Bezugspersonen sind am Prozess einer gelingenden Kommunikation beteiligt?

Abbildung 2 zeigt den sprachtherapeutischen Befund des vierjährigen Kindes mit ASS aus der Erstdiagnostik nach der ICF-Terminologie.

Abbildung 2

Sprachtherapeutischer Eingangsbefund des vierjährigen Kindes mit ASS nach der ICF-Terminologie



3.2 Kooperatives Partizipationsmodell

Bereits 1988 entwickelten Beukelman und Mirenda das Partizipationsmodell für die Implementierung eines ersten Kommunikationssystems in den Alltag einer Person ohne ausreichende Lautsprache, welches von seiner Sichtweise her in vielen Aspekten mit dem biopsychosozialen Modell der ICF übereinstimmt (Beukelman & Mirenda, 2013). Lage und Knobel Furrer (2017) aktualisierten das Modell unter der neuen Bezeichnung ‚Kooperatives Partizipationsmodell‘. Zu Beginn der Intervention wird das Kommunikationsverhalten des Kindes ohne ausreichende Lautsprache in verschiedenen alltagsnahen Kontexten erfasst; es entsteht das sogenannte Fähigkeitsprofil, das die vorhandenen Fähigkeiten der UK Person beschreibt. Zugleich bildet sich ein Team um das UK Kind und seine Familie, bestehend aus möglichst allen am Kommunikationsprozess beteiligten Bezugspersonen. Das wichtigste Ziel der Arbeit im Team ist die Konsensfindung. Alle Beteiligten einigen sich im Hinblick auf die Interventionsplanung auf eine Alltagsaktivität, welche sofort und ohne großen Aufwand die soziale Teilhabe des UK Kindes durch mehr Kommunikation verbessern würde; bspw. trifft ein UK Jugendlicher abends in der Wohngruppe selbst die Entscheidung, wie er sich entspannen und chillen möchte, indem er aus mehreren Bildsymbolen die gewünschte Aktivität (Charts-Playliste hören) auswählt. Diese UK-basierte Aktivität wird über ein festgelegtes Zeitintervall (bspw. einen Monat lang) durchgeführt und im Anschluss hinsichtlich einer erfolgreichen Zielerreichung evaluiert. Im Fallbeispiel des vierjährigen Kindes mit ASS könnte ein erstes Therapieziel die Anbahnung intentionaler und symbolischer Kommunikation sein, indem das Kind im Verlauf eines Monats erlernt, Bildkarten mit Spielobjekten seinen Bezugspersonen zu übergeben und somit zum Ausdruck bringt, was es gerne spielen möchte. Wichtig ist es, alltagsrelevante, realistische Interventionsziele zu formulieren und bei der Umsetzung verschiedene Einflussfaktoren, insbesondere auch die lautsprachlich kommunizierenden Bezugspersonen, im Blick zu behalten. UK Kinder und Jugendliche, die ihre Kommunikationsformen kompetent einsetzen können, neh-

men aktiv an Gesprächen teil, spielen mit anderen, streiten sich, fragen nach. Diese und weitere Fähigkeiten werden durch vielfältige Erfahrungen in echten Kommunikationssituationen mit verschiedenen Gesprächspartnern erworben (Lingk et al., 2020). Am Ende eines Interventionsintervalls wird das Ergebnis von allen beteiligten Personen evaluiert. Auf dieser Grundlage kann sich ein neues Intervall anschließen. Das uk Kind und seine Bezugspersonen gestalten auf diese Art und Weise die UK-Intervention aktiv mit. Beide Modelle, die ICF und das Kooperative Partizipationsmodell, richten das Augenmerk auf die Beschreibung von Möglichkeiten der uk Person, aktiv durch Kommunikation am Alltag und innerhalb von gewünschten Lebensbereichen teilzunehmen.

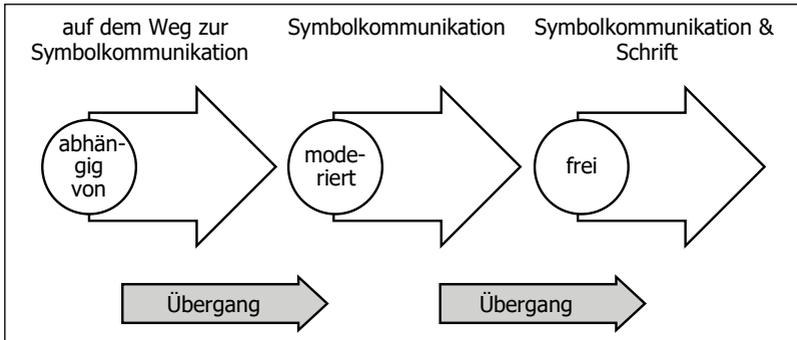
3.3 Fähigkeitskontinuum und Modell kommunikativer Kompetenz in der UK

Das dritte und vierte Modell werden in der praktischen Umsetzung miteinander kombiniert und kommen gemeinsam zum Einsatz (Sachse & Bernasconi, 2020). Es handelt sich dabei um das Fähigkeitskontinuum (Dowden, 2004) und das Modell kommunikativer Kompetenz in der UK (Light, 1989). Hauptziele sind auch hier eine gelingende Alltagskommunikation und eine verbesserte soziale Teilhabe, hervorgerufen durch eine systematische Förderung der kommunikativen Kompetenz.

Das Fähigkeitskontinuum beschreibt die expressiven Fähigkeiten von uk Personen in drei Entwicklungsstufen, die im modifizierten Modell von Sachse und Bernasconi (2018) durch zwei Übergangsstufen erweitert wurden. Die Abhängigkeit bezieht sich auf Kommunikationspartner*innen, vorbereitete Situationen und angebotenes Vokabular. Der höchste zu erreichende Grad ist eine freie und unabhängige Kommunikation und Partizipation.

Abbildung 3

Modifiziertes Fähigkeitskontinuum nach Dowden (2004) (Sachse & Bernasconi, 2018)



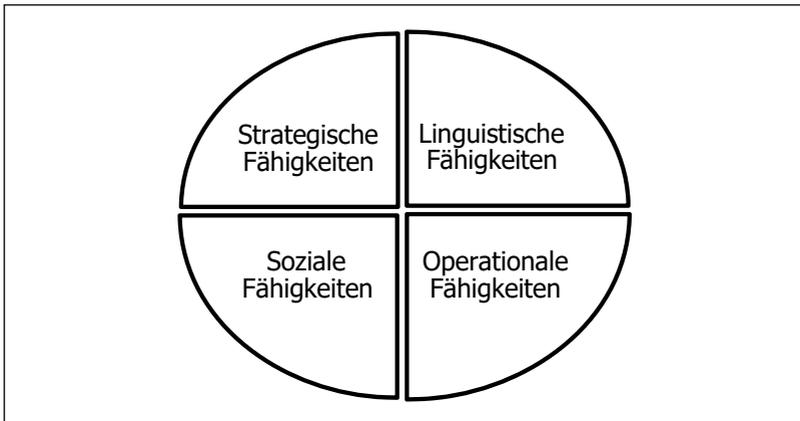
1. Stufe: *abhängig*: uk Personen, die noch sehr abhängig von den Fähigkeiten der Kommunikationspartner*innen und stark vorstrukturierten Kommunikationssituationen sind.
2. Stufe: *Übergang abhängig – moderiert*: uk Personen auf dem Weg zur moderierten Kommunikation. Sie verwenden bspw. erste Gebärden oder Bildsymbole zur Kommunikation.
3. Stufe: *moderiert*: uk Personen, die mit Unterstützung in vertrauten Situationen bereits unterschiedliche Inhalte und Funktionen ausdrücken können.
4. Stufe: *Übergang moderiert – frei*: uk Personen auf dem Weg zur freien Kommunikation. Sie sind zunehmend unabhängig von den Fähigkeiten der Kommunikationspartner:innen und der Kommunikationssituation.
5. Stufe: *frei*: uk Personen, die unabhängig von Situation und Partner*in jedes Thema bzw. jeden Inhalt frei kommunizieren können

Fallbeispiel: Nach drei Monaten Sprachtherapie zweimal pro Woche beginnt das Kind durch die Übergabe von Bildkarten Zusammenhänge zu verstehen, die sprachliche Kommunikation gelingt und das Kind beginnt, selbst zu sprechen. Durch diese visualisierte Struktur findet es einen Einstieg in die sprachliche und symbolische Kommunikation.

Kombiniert wird das Fähigkeitskontinuum mit dem Modell kommunikativer Kompetenz. Dadurch entsteht eine Matrix (für detailliertere Informationen siehe Sachse & Bernasconi, 2018, S. 44–45). Das Modell kommunikativer Kompetenz in der UK (Light, 1989) listet in vier verschiedenen Bereichen konkrete und relevante sprachliche, kommunikative, sozial-kognitive und kognitive Fähigkeiten auf, die eine UK Person besitzen sollte, um kompetent kommunizieren zu können (siehe Abb. 4).

Abbildung 4

Modell kommunikativer Kompetenz in der UK (Light, 1989)



1. Linguistische Fähigkeiten: Sprachverständnis und Sprachproduktion in Semantik-Lexikon: Größe und Komposition des Wortschatzes, Wortbildung; Phonologie: bedeutungsunterscheidende Funktion, Phonotaktik, Prosodie; Morphologie-Syntax: Wortbeugung, Satzbau; Text: Kohärenz und Kohäsion; Schriftsprache: Lesen und Schreiben.

2. Operationale Fähigkeiten: Umgang (bspw. Verstanden werden) und Einsatz des Kommunikationssystems (Gebärden, elektronische Hilfe etc.) im Alltag. Auch die Untersuchung sensomotorischer Fähigkeiten und der Kognition als Voraussetzung zur Gestaltung und Nutzung des Kommunikationssystems gehört dazu. Sie sollte von einem multiprofessionellen Team durchgeführt werden.

3. Soziale Fähigkeiten: Anpassungsfähigkeit, verschiedene Rollen einnehmen können und pragmatisch-kommunikative Fähigkeiten: kompetent kommunizieren mit unterschiedlichen Partnern zu unterschiedlichen Themen und Inhalten in verschiedenen Situationen: Intentionen und kommunikative Funktionen, Gesprächsregeln und Sprecherwechsel, Nachfragen und Klären von Missverständnissen, Einsatz multimodaler Kommunikationsformen.

4. Strategische Fähigkeiten: Nutzung vorhandenen Wissens und Vokabulars, um Lücken im Wortschatz oder Ausdruck zu kompensieren (bspw. durch Umschreibungen).

Die Fähigkeiten dürfen nicht dogmatisch verstanden werden, sondern dienen vielmehr der Orientierung bei der Interventionsplanung (Sachse & Bernasconi, 2018). Das langfristige Ziel einer UK-Intervention ist also die Entwicklung von individuellen Fähigkeiten, die einer kompetenten Nutzung des UK-Systems zugrunde liegt.

4 Intervention in der Schnittstelle Alltag

Eine kommunikationsreiche Gestaltung des Alltags gelingt nur, wenn von Anfang an alle wichtigen Bezugspersonen als sogenanntes ‚Kernteam‘ gemeinsam die Intervention planen und durchführen (Nonn, 2011). Die Zielvereinbarung sollte auf dem Prinzip basieren, dass die gezielte Unterstützung zur Kommunikation im Alltag von allen Bezugspersonen so ähnlich wie möglich und häufig ausgeführt wird (Weid-Goldschmidt, 2013). Die Ergebnisse der Eingangsdiagnostik

sind die Grundlage, ein fähigkeitsorientiertes Aktivitätsziel für das Interventionsintervall gemeinsam im Team formulieren zu können. Zur Konsensfindung finden nach dem systemischen Ansatz lösungsorientierte interdisziplinäre Zusammenkünfte (Kernteam, Moderierte Runde Tische [MoRTi] etc.) statt, in denen die verschiedenen Perspektiven konstruktiv zu *einem* konkreten, realistischen und zeitlich überschaubaren *Aktivitätsziel zur Verbesserung der sozialen Teilhabe* genutzt werden. In diesem Zusammenhang kann auch die neue Methodik der Tele-UK zum Einsatz kommen. Sie hat ein großes Potential durch niederschwellige Angebote in Beratung und Therapie/Förderung (Hellrung, 2021). Der persönliche Kontakt ist durch nichts zu ersetzen, aber der Einbezug verschiedener Bezugspersonen und die Übertragung von UK in den Alltag durch die Tele-Therapie daheim können sehr effektiv sein. Die Arbeit in diesem multiprofessionellen Kernteam als *Moderierter Runder Tisch* (MoRTi) ist *die* Voraussetzung für den Transfer von UK in den Alltag. Dem Runden Tisch gehören – sofern dies möglich ist, das uk Kind selbst, mindestens eine Bezugsperson aus der Familie, Fachtherapeut*innen, mindestens eine Bezugsperson aus dem institutionellen bzw. beruflichen Umfeld (Kindergarten, Schule etc.) sowie eine Person, welche die UK-Intervention koordiniert und leitet, an. Wenn es sich bei dieser Person um die Sprachtherapeut*in handelt, ist es wichtig, dass sie ihre Rolle achtsam reflektiert und sich nicht als Bestimmer*in, sondern als Moderator*in im Beratungsprozess verhält. Die Wirkfaktoren der Arbeit am Runden Tisch auf den Erfolg der UK-Intervention sind groß, weil seine Arbeitsweise die folgenden Voraussetzungen schafft (Giel, 2021): Das uk Kind, seine Familie und ihre Lebenswirklichkeiten werden von Anfang an in den Beratungsprozess mit einbezogen. Alle Beteiligten tragen die ausgewählten Kommunikationsformen und ihre Implementierung mit in den Alltag. Die Wirkfaktoren lauten *Transparenz* und *Mitbestimmung*. Die Effektivität der UK-Intervention ist von einer kontinuierlichen und zielorientierten Zusammenarbeit des Kernteams abhängig. Hier ist der wichtigste Wirkfaktor die systemische Fähigkeit der Moderator*in, die unterschiedlichen Wirklichkeitskonstruktionen der Personen zu respektieren und konstruktiv

für ein gemeinsames Interventionsziel zu nutzen. Für detailliertere Informationen zur Teambildung und Arbeit im Kernteam wird auf die folgenden zwei Ansätze verwiesen: das evidenzbasierte COCP-Programm und sein zyklisches Vorgehen (Heim et al., 2005) sowie das Konzept MoRTi (*Moderierte Runde Tische*) und seine vernetzte, ressourcenorientierte Vorgehensweise (Giel, 2021).

5 Zusammenfassung

Für eine gelingende Kommunikation im Alltag ist die korrekte Einschätzung der kommunikativen und sprachlichen Möglichkeiten des Kindes sowie die Förderung UK-spezifischer Kompetenzen genauso wichtig wie ein responsives und angepasstes Verhalten der Bezugspersonen (Weid-Goldschmidt, 2013). In der sprachtherapeutischen Intervention werden zwei Methoden miteinander kombiniert: Kindzentriert wird zum einen das Kind ohne ausreichende Lautsprache behandelt, durch den UK-Einsatz Kompetenzen in Kommunikation und Sprache zu entwickeln. Bezugspersonenzentriert wird zum anderen diese UK-Förderung in einen kooperativen Prozess einbettet, an dem alle wichtigen Bezugspersonen des Kindes beteiligt sind und angeleitet werden, mit dem Kind in der Zone der nächsten Entwicklung zu interagieren und unterstützt zu kommunizieren. Kommunikation gelingt, wenn die Kommunikationspartner*innen bzw. Entscheidungsträger*innen Verantwortung übernehmen und UK als *ein* Konzept in den Alltag des UK-Kindes implementieren und das nicht nur punktuell und personenabhängig, sondern strukturell in unterschiedlichen Institutionen über die gesamte Lebensspanne fest verankert. Dies ist die Vision in der UK-Versorgung (Boenisch & Sachse, 2020). Eine Entwicklung von Kompetenzen wird ermöglicht, wenn das Kind unabhängig vom Alter und von der Schwere der Beeinträchtigung einen Zugang zu Sprache, Schriftsprache und Kommunikation via UK erhält. Dieser Zugang zu einem sprachlich reichhaltigen und flexiblen Kommunikationssystem besteht jederzeit und führt dazu, dass sich die soziale Partizipation nachhaltig verbessert – im

Sinne eines lebenslangen Lernprozesses. Letztendlich geht es um die natürliche Nutzung von UK in echten Kommunikationssituationen (Lingk et al., 2020). Die positiven Folgen sind immens: kompetent, selbstbestimmt und frei kommunizieren zu können.

6 Literatur

- Beukelman, D.R. & Mirenda, P. (2013). *Augmentative & Alternative Communication (3. Aufl.)*. Paul Brookes.
- Boenisch, J. & Sachse, S.K. (2020). *Kompendium Unterstützte Kommunikation*. Kohlhammer Verlag.
- Boenisch, J. & Sachse, S.K. (2018). *Diagnostik und Beratung in der Unterstützten Kommunikation (3. Aufl.)*. Loeper Verlag.
- Cress, C. & Marvin, C. (2003). Common Questions about AAC Services in Early Intervention. *Augmentative and Alternative Communication, 4* (19), 254–272.
- Davison-Hoult, A. & Ward, C. on behalf of Rett UK (2017). *An Introduction to AAC for People with Rett Syndrome and other Complex Communication Needs*. Rett UK.
- DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information) (2005). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)*. <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icf/>
- Dowden, P. (2004). *Continuum of Communication Independence*. University of Washington. Abgerufen am 25.07.2023 unter <https://www.aaccessible.org/ci>
- Giel, B. (2021). *Moderierte Runde Tische in der pädagogischen und therapeutischen Arbeit*. Reinhardt Verlag.
- Gülden, M. & Müller, A. (2016). Die an das Kind gerichtete Alternative (KGA). AUCH der Spracherwerb mit einem Kommunikationsgerät vollzieht sich nicht von selbst. *Unterstützte Kommunikation, 1* (16), 6–11.

- Heim, M., Jonker, V. & Veen, M. (2005). COCP: Ein Interventionsprogramm für nichtsprechende Personen und ihre Kommunikationspartner. In Loeper Verlag & isaac – Gesellschaft für Unterstützte Kommunikation e.V. (Hrsg.), *Handbuch der Unterstützten Kommunikation*. Loeper Verlag.
- Hellrung, U. (2021). Tele-Praxis in der UK-Therapie und -Beratung. *Unterstützte Kommunikation 2* (21), 20–26.
- Lage, D. & Knobel Furrer, C. (2017). Das Kooperative Partizipationsmodell. Ein notwendiger Relaunch. In D. Lage & K. Ling (Hrsg.), *UK spricht viele Sprachen* (125–138). Loeper Verlag.
- Light, J. (1989). Toward a definition of communicative competence for individuals using augmentative and alternative communication systems. *Augmentative and Alternative Communication*, 5(2), 137–144.
- Lingk, L., Nonn, K. & Sachse, S. K. (2020). Pragmatische Fähigkeiten als Schlüssel zur kommunikativen Kompetenz unterstützt kommunizierender Personen. In J. Boenisch & S. Sachse (Hrsg.), *Kompodium Unterstützte Kommunikation* (148–154). Kohlhammer Verlag.
- Lüke, C. & Vock, S. (2019). *Unterstützte Kommunikation bei Kindern und Erwachsenen*. Springer Verlag.
- Nonn, K. (2020). Kooperative, kompetenzorientierte und spezifische Diagnostik in UK: soziale Partizipation von Anfang an im Blick. *Sprache – Stimme – Gehör*, 44 (3), 139–143. <https://doi.org/10.1055/a-1161-1208>
- Nonn, K. (2011). *Unterstützte Kommunikation in der Logopädie*. Thieme Verlag.
- Nonn, K. & Päßler-Van Rey, D. (2014). ICF in der Unterstützten Kommunikation. In H. Grötzbach, Hollenweger-Haskell, J. & Iven, C. (Hrsg.), *ICF und ICF-CY in der Sprachtherapie* (275–286). Schulz-Kirchner Verlag.

- Sachse, S.K. & Bernasconi, T. (2020). Ziele formulieren und Maßnahmen beschreiben mit dem ABC-Modell. In J. Boenisch & S.K. Sachse (Hrsg.) *Kompendium Unterstützte Kommunikation* (203–216). Kohlhammer Verlag.
- Sachse, S.K. & Bernasconi, T. (2018). Gelingende Alltagskommunikation und Teilhabe durch systemische Förderung der kommunikativen Kompetenz. *Unterstützte Kommunikation*, 18(3), 40–22.
- Smith, M. & Grove, N. (2003). Asymmetry in input and output for individuals who use AAC. In J.C. Light, D.R. Beukelman & J. Reichle (Hrsg.), *Communicative competence for individuals who use AAC: From research to effective practice* (163–195). Paul H. Brookes.
- Smith, M. & Grove, N. (1999). The bimodal situation of children learning language using manual and graphic signs. In F.T. Loncke, J. Clibbens, H. Arvidson & L.L. Lloyd (Hrsg.), *AAC: New directions in research and practice* (8–30). Whurr Publishers.
- Weid-Goldschmidt, B. (2013). *Zielgruppen Unterstützter Kommunikation. Fähigkeiten einschätzen – Unterstützung gestalten*. Loeper Verlag.

Kontakt

Kerstin Nonn

Kerstin.Nonn@med.uni-muenchen.de

Transferarbeit in der Sprachtherapie gemeinsam gestalten – Zusammenspiel von Therapie und häuslicher Eigenarbeit: Fünf Impulse

Verena Nerz

Reutlingen

ABSTRACT: „Hausaufgaben in der Sprachtherapie“ sind nicht immer ein Erfolgsrezept. Gemeinsame Zielsetzung, klar vereinbarte Kooperation, konkrete Planung und Anleitung sowie gemeinsame Überprüfung der Effekte begünstigen das Gelingen häuslicher Eigenarbeit.

KEYWORDS: Sprachtherapie, Kooperation, Eigenverantwortung, Vertragsarbeit, Transaktionsanalyse

1 Vorüberlegungen

Sind „sprachtherapeutische Hausaufgaben“ eine hilfreiche Methode?

Das Thema ist vielschichtig. Im Rahmen eines Kurzvortrages auf dem 16. Herbsttreffen wurden Anregungen zur effektiven Gestaltung der Eigenarbeit der Patienten und Patientinnen gegeben, die im Folgenden ausführlich dargestellt werden.

Sind „Hausaufgaben“ im Rahmen eines sprachtherapeutischen Prozesses ein wirksames Instrument? Ich glaube, ja, aber nicht immer, deshalb vielleicht vorab eine etwas provokative Antwort: Im Zweifel sollte man es lieber lassen! Denn nicht gemachte Hausaufgaben sind für den Prozess der Therapie schädlicher als keine aufzutragen. Warum? Wer sich an seine Schulzeit erinnert – und das tun auch unsere PatientInnen –, erinnert sich vielleicht auch an den Druck, das schlechte Gewissen, die Ermahnungen, all die unangenehmen Erlebnisse, die oft im Zusammenhang mit Hausaufgaben standen. Schon dieser negative gefühlsmäßige Unterton kann Menschen in inneren und tatsächlichen Widerstand bringen. Wir alle

kennen die Frustration, die entsteht, wenn wir uns etwas vornehmen und es dann doch nicht tun.

Aufgegebene, aber nicht gemachte Hausaufgaben stören den Lernprozess, die Motivation und im schlimmsten Fall sogar die therapeutische Arbeitsbeziehung.

Wenn man sich dafür entscheidet, den PatientInnen Aufgaben nach Hause mitzugeben, können die folgenden fünf Impulse helfen, die häusliche Eigenarbeit effektiv zu gestalten.

2 Klärung der Zielsetzung

Zunächst sollten sich Therapeutinnen selbst über ihr Ziel dabei klar sein und für sich formulieren, wozu die konkrete Hausaufgabe dienen soll. Das kann je nach Störungsbild und Therapiephase etwas sehr Verschiedenes sein. Nicht immer geht es um das klassische „Üben“ von Mundmotorikaufgaben, korrekter Aussprache oder Phonationsübungen. Entsprechend unterschiedlich gestaltet sich dann auch die Aufgabenstellung. Weil die Zielsetzung so wichtig ist, will ich hier etwas ausführlicher werden und fünf verschiedene Typen von Aufgaben aufzeigen.

2.1 Beobachten

Ein häufiges Ziel besteht darin, die Aufmerksamkeit von PatientInnen auf unterschiedliche Aspekte der gewünschten Veränderung zu lenken. Dazu können folgende Aufgaben hilfreich sein:

1. *Aufgaben zur Eigenwahrnehmung* in der Sprech-, Stimm-, Stotter- oder Dysphagietherapie
2. *Aufgaben zur Fremdbeobachtung*, um das Lernen am Modell zu stimulieren

3. *Beobachten/Wahrnehmen sprachlicher, sprecherischer, stimmlicher oder schluckmotorischer Details*, um den Veränderungsprozess darauf zu fokussieren
4. *Verhaltens- und Kommunikationsbeobachtung*, um unbewusste Kommunikationsroutinen und -regeln kennenzulernen

Das Ziel ist bei allen Beobachtungsaufgaben, vor der Veränderungsarbeit das eigene Sprech-, Sprach- und Stimmverhalten besser kennen zu lernen und neue, erwünschte Möglichkeiten wahrzunehmen.

Auf der Metaebene helfen sie, die eigene Wahrnehmungsfähigkeit der PatientInnen zu verbessern, die dann zur Eigensteuerung bei der Veränderung unbedingt gebraucht wird.

2.2 Informieren

Oft schlagen wir PatientInnen oder Eltern/Angehörigen vor, etwas zu lesen oder zu recherchieren, um für ihr Problem kompetenter zu werden.

Dadurch werden sie befähigt, sich nicht nur an der Durchführung, sondern auch an der Planung ihrer Therapie aktiv zu beteiligen und letztlich die Verantwortung für die langfristige Sicherung der Therapieergebnisse zu übernehmen. Als informierte PatientInnen werden sie und ihre Angehörigen unabhängiger von uns.

2.3 Experimentieren

In manchen Therapien müssen PatientInnen Neues wagen, um ihr Ziel zu erreichen, seien es erste Sprechversuche bei Mutismus, der Einsatz einer neuen Stimme nach Laryngektomie oder eine Sprechtechnik beim Stottern. Es geht zunächst noch nicht um das Gelingen, sondern darum, etwas auszuprobieren, neue Erfahrungen zu machen. PatientInnen können dann über unterschiedliche Reaktionen der Mitmenschen in der Therapie berichten und ermutigt werden,

damit flexibel umzugehen. Negative Erfahrungen können aufgefangen und gemeinsam nächste Experimente geplant werden. Veränderungen erfordern, das Gewohnte zu verlassen. Dazu braucht es Mut, Ermutigung und unterstützende Begleitung. Mit diesem Zusammenspiel aus Experimentieren und gemeinsamem Reflektieren kann der Veränderungsprozess flexibel gestaltet und an die individuellen Bedürfnisse und Möglichkeiten angepasst werden. PatientInnen werden so gestärkt, sich von hemmenden inneren Ge- und Verboten frei zu machen, und werden damit selbstbestimmter.

2.4 Üben/Festigen

Das Üben von neu Gelerntem ist in vielen Therapien unverzichtbar. Ohne einen angemessenen Grad an Automatisierung werden neue Verhaltensweisen nicht in den Alltag übernommen. Neu Erlerntes wird durch regelmäßiges Üben so gefestigt, dass es mühelos und zunehmend automatisch ausgeführt werden kann. So wird auch verhindert, dass Erarbeitetes bis zur nächsten Stunde wieder vergessen wird. Die beim eigenständigen Üben erlebte Selbstwirksamkeit kann die Motivation stärken und den Veränderungsprozess beschleunigen.

2.5 Integrieren

Der Erfolg jeder Therapie steht und fällt damit, ob in den alltäglichen Gebrauch übernommen wird, was in der Therapie erfolgreich aufgebaut wurde. Bei den Aufgaben zum Transfer geht es jetzt nicht mehr um das Ausprobieren, sondern um das geduldige und konsequente Anwenden neuer Sprech- oder Kommunikationstechniken, einer neuen Aussprache oder eines korrekten Schluckens in allen Alltagssituationen. Ohne diesen Schritt kann die ganze Therapie vergeblich sein – und damit auch alle investierte Zeit und Mühe.

Das Ziel ist es daher, das Neue so zu integrieren, dass es mühelos und leicht im Alltag angewendet werden kann, dass es zur Gewohn-

heit, zum neuen Habitus wird, keine besondere Aufmerksamkeit mehr braucht und nicht wieder verloren geht.

3 Vereinbarung über die Kooperation

3.1 Aufklärung und Vereinbarung

Nachdem man sich selbst über die Zielsetzung klar geworden ist, sollte man im nächsten Schritt seine Überlegungen mit den PatientInnen selbst und/oder mit deren Eltern/Angehörigen teilen. Diese sollten verstehen, warum häusliche Eigenarbeit nötig ist und wohin sie führen soll. Damit PatientInnen sich bewusst für oder auch gegen die vorgeschlagenen häuslichen Aufgaben entscheiden können, müssen sie wissen, was die Therapeutin/der Therapeut für einen erfolgreichen Verlauf tun kann und was nicht. PatientInnen sollen Gelegenheit bekommen, ihre Wünsche und Erwartungen zu äußern und zu erfahren, was davon erfüllt werden kann

Darüber hinaus muss abgewogen werden, ob die nötigen Ressourcen an Zeit, Geduld, Motivation auch vorhanden sind. Ist z. B. ein Kind schon sehr ausgelastet mit Pflichten? Ist der familiäre Kalender einer Stimpfpatientin ohnehin schon fast voll? Hat ein Vater oder eine Mutter Zeit, sich anleiten zu lassen und mit dem Kind regelmäßig zu üben? Ist die Motivation und Disziplin eines Jugendlichen für eine MFT-Therapie wirklich ausreichend? Kann und will eine pflegende Person Aufgaben als Co-TherapeutIn übernehmen? All das will ernsthaft geprüft sein, bevor entschieden wird. Pläne, die man dann doch nicht durchführt, frustrieren nur.

3.2 Dreiecksvertrag/Eigenarbeit von Kindern und Jugendlichen

Mit besonderen Herausforderungen ist die Eigenarbeit bei Kindern und jüngeren Jugendlichen verbunden. Kinder sollten grundsätzlich

nicht allein üben müssen. Mit einer unterstützenden Person zusammen macht es mehr Spaß, in sozial sicherem und wertschätzendem Kontakt wird leichter gelernt. Das übende Kind bekommt ein Feedback zur Ausführung und das Lernen durch Imitation kann genutzt werden.

Damit Kinder und Jugendliche in der beschriebenen Weise erfolgreich zuhause üben können, braucht es die grundsätzliche Zustimmung sowohl des Kindes oder des bzw. der Jugendlichen als auch eines unterstützenden Elternteils zum gemeinsamen Arbeiten. Außerdem muss während des Übens zwischen Eltern und Kind eine konstruktive Zusammenarbeit gewährleistet sein. Um diese Kooperation zu etablieren, braucht es also drei verschiedene Vereinbarungen und Zustimmungen: Eine zwischen TherapeutIn und Eltern, eine weitere zwischen Kind und Eltern und eine dritte zwischen TherapeutIn und Kind.

Ein Beispiel für so einen sogenannten Dreiecksvertrag wäre: Zwischen Eltern und Therapeutin und Kind und TherapeutIn wird vereinbart, dass ein Übungsprotokoll geführt wird. Es gibt drei Markierungen: „zufrieden“ „unzufrieden“ und „keine Zeit gehabt“. Das Kind darf dafür drei Symbole festlegen. Mit Eltern und Kind wird besprochen, dass nur dann geübt werden darf, wenn beide freundlich und kooperativ miteinander umgehen. Sobald das nicht mehr gelingt, dürfen Eltern oder Kinder sich gegenseitig aufmerksam machen und noch einmal versuchen, sich auf wertschätzende Zusammenarbeit einzustimmen. Misslingt auch der zweite Anlauf, wird das Zeichen für „unzufrieden“ eingetragen. Wichtig dabei: Dies muss ganz sachlich, ohne Groll, ohne Vorwürfe geschehen! So bleibt die Eltern-Kind-Beziehung geschont. Wenn dadurch zu selten geübt wird, ist es Aufgabe der Therapeutin oder des Therapeuten, anhand der Eintragungen mit Kind und Eltern nach geeigneten Lösungen suchen. Eine Vereinbarung der Eltern mit dem Kind, wie es für gute Zusammenarbeit belohnt wird, kann zusätzlich hilfreich sein.

3.3 Realitäts-Check

Manchmal zeigt sich aber, dass die Ressourcen trotz allen Bemühens einfach nicht ausreichen. Es kann also durchaus sein, dass man an dieser Stelle neu entscheidet und auf die Hausaufgaben – vielleicht nur für den Moment – verzichtet. Schließlich können sich Rahmenbedingungen auch wieder ändern. Ist der Umzug erst bewältigt, das neue Baby aus dem Größten raus oder eine berufliche Herausforderung gemeistert, ist häufig auch wieder mehr eigener Einsatz möglich. Wichtig ist, dass beide Seiten sich klar machen, was es für den Therapieverlauf bedeutet, auf diesen zusätzlichen Einsatz zu verzichten.

Nicht zuletzt kann es sogar sein, dass die sich verändernden gesellschaftlichen Verhältnisse bzgl. der Care-Arbeit unseren ganzen Berufsstand herausfordern, an manchen Stellen grundsätzlich neue Wege zu suchen. Die Versuchung ist natürlich immer groß, diese Veränderungen zu ignorieren, irgendwie weiterzumachen wie gewohnt, Therapien dann eben in die Länge zu ziehen oder sich mit weniger guten Ergebnissen zufriedenzustellen. Jedoch liegt in dem gemeinsamen Leugnen von Realitäten die Gefahr, dass die Beteiligten beginnen, sich den Misserfolg gegenseitig in die Schuhe zu schieben, und das ist für alle unbefriedigend.

4 Konkrete Aufgabenstellung

4.1 Aufgaben planen und genau formulieren

Wenn PatientInnen grundsätzlich bereit und motiviert zur Eigenarbeit sind, ist der nächste Schritt, die Aufgabenstellung ganz konkret zu erklären und aufzuschreiben, was genau getan werden soll. Die Aufgaben sollten als kleine Herausforderungen erlebt werden, um die natürliche Erfolgsmotivation zu wecken.

Gerade bei experimentellen Aufgaben sollten die PatientInnen aktiv mitplanen, welche Schritte sie sich schon zutrauen. (Mit wem

spreche ich wie lange über welches Thema? Will ich mein Gegenüber informieren? Wie halte ich meine Erfahrungen fest? usw.) Für den Transfer z. B. einer neuen Sprechweise braucht es vielleicht Anregungen für konkrete Varianten von Übungsmöglichkeiten oder gemeinsames Ausprobieren neuer Anwendungssituationen. Neugier, Humor und Spaß können helfen, Hemmungen zu überwinden.

4.2 Ausführung anleiten

Vieles, das TherapeutInnen längst zur Routine geworden ist, ist für PatientInnen völlig neu und ungewohnt. Es ist hilfreich, das tägliche Programm für Stimm- oder Schluckübungen mehrfach in der Therapie durchzugehen, bevor es ohne Unterstützung ausgeführt werden kann.

Auch Eltern brauchen eine genaue Anleitung, wie sie mit ihren Kindern üben können. Ich erkläre Eltern während der Therapiestunde z. B. nicht nur die Durchführung der Übungen, sondern auch, wie sie ihr Kind bestätigen und korrigieren können, welches Feedback ihr Kind zu der Ausführung einer bestimmten Bewegung braucht und woran sie selbst sehen oder hören können, dass etwas richtig ist. Ich lasse die Eltern zuschauen, wie ich mit ihrem Kind arbeite und biete mich so als Modell einer konstruktiv unterstützenden Person zur Beobachtung an. Günstig ist es, solche Beobachtungen in einer separaten Elternberatungsstunde nachzubesprechen.

4.3 Hausaufgaben bei Aphasietherapien

Ein Sonderfall sind Menschen nach Schlaganfällen, die oft gerne und viel üben und arbeiten möchten, weil sie sich ihre Sprache zurückerobern wollen, manchmal auch, weil das Üben ein Ersatz für unmöglich gewordene frühere Freizeitbeschäftigungen geworden ist. Sie bearbeiten Berge von Arbeitsblättern, und ihr Wunsch nach im-

mer weiteren geeigneten Übungen übersteigt das Angebot an Material auf ähnlichem Niveau.

Zum Problem wird dies vor allem in der ambulanten Therapie, die eigentlich keine Zeit für systematisches Vorbereiten dieser Übungsmaterialien für häusliches Üben vorsieht. Zur Lösung braucht es eine Strategie, wie zu häuslicher Eigenarbeit angeleitet werden kann, ohne sich als TherapeutIn zu viel Planungszeit außerhalb der Therapie zuzumuten. Man könnte Übungen innerhalb der Therapie zusammen mit dem Patienten bzw. der Patientin vorbereiten, man könnte sich Übungen ausdenken, die an verfügbare Alltagsmaterialien (Zeitung, Bücher, Werbeprospekte u.ä.) anknüpfen, man könnte PatientInnen anregen, selbst kreativ zu werden, anstatt ausschließlich Vorgegebenes zu bearbeiten. Und natürlich kann man auch zunehmend digitale Möglichkeiten und Angebote nutzen, wobei auch dies viel Zeit kostet, wenn man sie zielgenau einsetzen möchte.

Vielleicht braucht es manchmal auch den Mut, die auf Arbeitsblätter fixierte Art des Übens gemeinsam zu problematisieren und nochmal genau hinzuschauen, welchem unbewussten Zweck sie dient und welche Gefühle und Einsichten sie vielleicht zu vermeiden hilft. Möglicherweise zeigt sich dann, dass inzwischen ganz andere Formen der Eigenarbeit in einer neuen Therapiephase nötig sind, um z.B. kompensierende Formen der Alltagskommunikation auszuprobieren und in das eigene Leben zu integrieren, sich mit der eingeschränkten Sprachfähigkeit eine neue Normalität zu erobern und an Früheres in neuer Form wieder anzuknüpfen. So kann auch eine neue Stufe der Krankheitsverarbeitung angeregt werden.

5 Planung der Umsetzung

Aus meiner Erfahrung ist es sehr hilfreich, mit den PatientInnen/Kindern/Eltern/Angehörigen die Umsetzung konkret zu planen. Wir alle kennen das: Ein Tag ist im Nu dahin, eine Woche schnell um, und dann erst wird einem bewusst, was man „eigentlich“ doch hätte tun

wollen. In unseren vollgepackten und schnellen Alltags lässt sich Neues gar nicht so leicht zuverlässig einfügen.

Hilfreich ist es, auch dafür gezielt Therapiezeit einzusetzen und vorab konkrete Fragen zu klären: Wann, wie oft und wie lange werden Sie sich für Ihre Eigenarbeit Zeit nehmen? Wie können Sie dafür sorgen, dass Sie es nicht vergessen oder auf die lange Bank schieben? Wie können Sie sich motivieren, am Ball zu bleiben? Woran können Sie feststellen, dass Sie mit sich zufrieden sind? Wie können Sie mit Hindernissen (inneren und äußeren) umgehen. Ich ermutige z. B. StimmpatientInnen, sich in Ruhe Gedanken über einen geeigneten Ort für ihre Übungen zu machen und alle möglichen „Mithörenden“ darüber aufzuklären, dass sie Stimmübungen machen. Schamgefühle und Grübeleien während des Übens – „Was denken die anderen denn von mir, wenn ich hier so komische Töne von mir gebe?“ – können so überflüssig gemacht werden.

Bewährt hat sich auch das Andocken kleiner Übungen an bereits vorhandene Routinen. „Immer nach dem Zähneputzen“, „direkt nach meinem Nachmittagskaffee“, „nach jedem Telefonat“ oder „bei jeder roten Ampel“ können solche Alltagsaufhänger sein. Längere Übungseinheiten als Termin in den Kalender einzutragen, hilft ebenfalls sehr.

Wenn Eltern und Kinder zusammen üben, kann es hilfreich sein, wenn die Eltern gute Zusammenarbeit mit etwas belohnen, das dem Kind gefällt. Aus der Lernpsychologie ist bekannt, dass soziale Belohnungen oder kleine Überraschungen besonders wirksam sind. Das kann z. B. ein kleiner Ausflug nach einer Woche zuverlässigen Übens sein, ein witziger Radiergummi beim Abholen, eine Tasse Kakao am extra hübsch gedeckten Küchentisch oder der Besuch eines noch unbekanntes Spielplatzes in der Nähe der Praxis.

6 Feedback, Belohnung, gemeinsame Auswertung

Schon bei der Planung der Umsetzung kann besprochen werden, wie sich PatientInnen sowie Eltern/Angehörige bei der Auswertung

unterstützen lassen möchten und welches Feedback sie sich für ihre Eigenarbeit wünschen. Manche Menschen möchten sehr detaillierte Rückmeldungen, andere mögen es knapper. Manche möchten erst einmal nur Bestätigung, andere sind auch offen für korrigierende Mitteilungen. Bewährt hat sich auch der Einsatz von Übungsprotokollen mit drei verschiedenen Markierungen: Eine für „durchgeführt/zufrieden“, eine für „nicht durchgeführt, vergessen, keine Lust gehabt/unzufrieden“ und eine für „ernsthaft keine Zeit gehabt“.

Diese Dreiteilung bewährt sich sowohl für die Eigenkontrolle von Erwachsenen, die so ermutigt werden, sich selbst ein realistisches Feedback zu geben, als auch in Kindertherapien.

Das Besprechen der häuslichen Arbeit dient dann der Würdigung des Ertrags und damit der Stärkung der Therapiemotivation. Dabei kommt es sehr darauf an, sachlich und nicht wertend auf das Ergebnis zu schauen, um keine Beschämung oder Widerstände zu evozieren.

Manchmal zeigt sich dabei, was noch nachgebessert werden muss. Vielleicht blieb doch unklar, wie genau zu üben ist, oder eine Aufgabe war zu schwierig oder der Zeitplan war unrealistisch und konnte nicht eingehalten werden. Dann können Vereinbarungen noch einmal verändert, Aufgabenstellungen angepasst sowie Durchführungen geklärt und gemeinsam eingeübt werden. Dies sollte möglichst ergebnisoffen und ohne Druck geschehen. Auch die Entscheidung, auf häusliche Eigenarbeit zu verzichten, kann eine gute Entscheidung sein.

7 Ausblick

Die beschriebenen fünf Aspekte eignen sich, häusliche Eigenarbeit gut zu planen und vorzubereiten und deren Durchführung gemeinsam mit den PatientInnen regelmäßig zu reflektieren. So kann das Stellen von „Hausaufgaben“ bzw. die Eigenarbeit der PatientInnen tatsächlich ein wirkungsvolles und hilfreiches Werkzeug in der

Sprachtherapie sein. Die dafür aufgewandte Zeit lohnt sich. Prozesse werden beschleunigt, Erfolge rascher sichtbar, die Eigenverantwortung der PatientInnen gestärkt und der nachhaltige Therapieeffekt gesichert.

8 Literaturempfehlungen

- Nerz, V. (2021). Vertragsarbeit als Instrument der Beziehungsgestaltung in der logopädischen Therapie. *Forum Logopädie*, 35(6), 30–32. <https://doi.org/10.2443/skv-s-2021-53020210604>
- Gührs, M. & Nowak, C. (2014). *Das konstruktive Gespräch. Ein Leitfaden für Beratung, Unterricht und Mitarbeiterführung mit Konzepten der Transaktionsanalyse* (7. Aufl.). Limmer.
- Wendlandt, W. (2002). Zum Aufbau eines eigenverantwortlichen Selbsttrainings. *Logos*, 10(2), 84–95.

Kontakt

Verena Nerz
verena.nerz@arcor.de

Der FOCUS[®]-34-G als Fragebogen zur Einschätzung der kommunikativen Partizipation bei Kindern mit sprachlich-kommunikativem Unterstützungsbedarf unter sechs Jahren

Sandra Neumann¹  & Svenja Zauke² 

¹ Universität Erfurt, Deutschland

² Praxis für Logopädie Steinmaur, Schweiz

ABSTRACT: Der vorliegende Beitrag stellt die deutsche kurze Version des kommunikativen Partizipationsassessments ‚Fokus auf den Erfolg der Kommunikation für Kinder unter 6 Jahren (FOCUS[®]-34-G)‘ (Thomas-Stonell et al., 2012a) vor. Es werden die Entwicklung und psychometrische Validierung, Zielsetzung, Durchführung und Auswertung für den konkreten Einsatz in der sprachtherapeutischen Praxis beschrieben.

KEYWORDS: Kommunikative Partizipation, ICF-CY, Fragebogen, Sorgeberechtigte, Vorschulalter

1 Einführung

Die Möglichkeit und Fähigkeit, am sozialen Leben teilzuhaben ist ein anzustrebendes Ziel in unserer Gesellschaft. Hierbei spielt die Fähigkeit, uneingeschränkt mit anderen kommunizieren zu können und somit in Interaktion zu treten, eine große Rolle (Dohmen, 2009). Für Kinder mit sprachlicher Beeinträchtigung kann dies ein Problem darstellen. Aufgrund ihrer eingeschränkten Verständlichkeit unterliegen sie dem Risiko des sozialen Rückzugs und fehlender Akzeptanz unter Gleichaltrigen (Durkin & Conti-Ramsden, 2007; McCormack et al., 2009; Thomas-Stonell et al., 2009). Mögliche Folgen sind eine soziale Isolation, ein eingeschränkter Bildungsverlauf und weitere psychosoziale Auffälligkeiten bei den Kindern (St Clair et al., 2011; Stanton-Chapman et al., 2007; Gerbig et al., 2018). Eine effektive und früh ansetzende Sprachtherapie kann diese Risiken mindern oder ih-

nen präventiv entgegenwirken. Dabei ist eine auf die kommunikative Partizipation des Kindes ausgeweitete Therapieevaluation (Therapy Outcome) unerlässlich, um Interventionen individuell anzupassen und effektiv zu gestalten. Auch in diesem Rahmen gilt es, evaluierte Assessments einzusetzen. Der vorliegende Beitrag stellt die deutsche Version des kommunikativen Partizipationsassessments ‚Fokus auf den Erfolg der Kommunikation für Kinder unter 6 Jahren (FOCUS[®]-34-G)‘ (Thomas-Stonell et al., 2012a) vor.

2 Kommunikative Partizipation

Das Konstrukt der ‚kommunikativen Partizipation‘ wird definiert als sprachlich-kommunikatives Teilnehmen an Lebenssituationen, in denen Wissen, Informationen, Ideen oder Gefühle ausgetauscht werden (Eadie et al., 2006). Diese Lebenssituationen im Kindesalter umfassen vielfältige Kontexte, wie beispielsweise zu Hause mit der Familie, in der Kita oder Spielgruppe mit Erwachsenen und Kindern, in der Freizeit auf dem Spielplatz oder in der Gesellschaft mit Freund*innen oder Verwandten. Das sprachlich-kommunikative Teilnehmen der Kinder an diesen Kontexten kann in Form von verbalem Austausch/Sprechen, Zuhören, Lesen, Schreiben oder auch nonverbal ohne Einsatz von Lautsprache erfolgen (Eadie et al., 2006). Kompetenzen oder Schwierigkeiten auf sprachlich-funktionaler Ebene können sich sehr variabel auf kommunikatives Teilnehmen im Alltag auswirken. Dies gilt es in einer ICF-orientierten Diagnostik abzubilden.

3 Zielsetzung des FOCUS[®]-34-G

Mit dem ins Deutsche übersetzten Fragebogen ‚Fokus auf den Erfolg der Kommunikation für Kinder unter sechs Jahren‘ (FOCUS[®]-34-G) kann die Fähigkeit von kleinen Kindern (1;6–5;11 Jahren) eingeschätzt werden, mit ihrer Umwelt zu kommunizieren und durch Kommunikation an ihr zu partizipieren (Thomas-Stonell et al., 2012a;

Neumann et al., 2018). Mit dem FOCUS[®]-34-G lässt sich somit die kommunikative Partizipation von Kindern adäquat erfassen. Ein weiteres Ziel des Fragebogens als *Therapy Outcome Measure* (TOM) ist es, durch sprachpädagogische/-therapeutische Interventionen hervorgerufene Veränderungen in der alltäglichen Kommunikation zu dokumentieren. Somit ist es möglich, Risikokinder frühzeitig zu erkennen, individuelle Förderziele abzuleiten und deren Erreichen im Sinne eines TOMs zu überprüfen. So können sowohl Sorgeberechtigte als auch Therapeut*innen einschätzen, ob die Sprachtherapie/-förderung positive Auswirkungen auf die Alltagskommunikation des Kindes hat (Thomas-Stonell et al., 2012b).

4 Entwicklung

Der FOCUS[®]-34-G wurde als Kurzversion des FOCUS[®]-G publiziert. Der originale FOCUS[®] wurde in einem aufwendigen, dreiphasigen Prozess entwickelt und psychometrisch überprüft (Neumann et al., 2018). Um den FOCUS[®] für den deutschsprachigen Raum zugänglich zu machen, erfolgte 2012 eine autorisierte Übersetzung (FOCUS[®]-G), die vollständig ICF-CY-kodiert ist (vgl. Tab. 1; Neumann et al., 2017b).

Hier konnten auch für den deutschsprachigen Raum die Konstruktvalidität, interne Konsistenz und Test-Retest-Reliabilität bestätigt werden (Neumann et al., 2017a). Im Jahre 2015 wurde von dem Autor*innenteam um Thomas-Stonell mittels *Item-Response-Models* und Regressionsanalysen zur Redundanz diejenigen Items herausgefiltert und entfernt, die wenig informativ oder inkonsistent waren. Daraus entstand der FOCUS[®]-34. Dieser wurde 2015 publiziert und dann 2018 als FOCUS[®]-34-G ins Deutsche übersetzt. In der Validitätsprüfung zeigt sich eine sehr hohe interne Konsistenz des FOCUS[®]-34 ($\alpha = .98$) – identisch zur Originalversion (Oddson et al., 2019). Auch die Veränderungswerte des FOCUS[®]-34 weisen eine sehr hohe interne Konsistenz auf ($\alpha = .93$) und ähneln der Originalversion ($\alpha = .94$; Oddson et al., 2019). Baseline-Gesamtwerte des FOCUS[®]-34 korrelieren stark mit den Baseline-Gesamtwerten des

Tabelle 1

Ausschnitt ICF-CY Kodierung des FOCUS®-G

5. Mein Kind wechselt mit Sprechen und Zuhören ab.	d335	Non-verbale Mitteilungen produzieren
	d3501	Eine Unterhaltung aufrecht erhalten
	d3503	Sich mit einer Person unterhalten
	d3504	Eine Unterhaltung mit mehreren Personen führen
6. Mein Kind spricht während es spielt.	d330	Sprechen
	d8800	Solitärspiel
	d8802	Parallelspiel
7. Mein Kind zeigt Bereitschaft mit anderen zu sprechen.		Personenbezogene Faktoren
	d330	Sprechen
	d350	Konversation
8. Mein Kind kommuniziert selbstsicher mit Erwachsenen, die mein Kind nicht gut kennen.		Personenbezogene Faktoren
	d310	Kommunizieren als Empfänger gesprochener Mitteilungen
	d315	Kommunizieren als Empfänger non-verbaler Mitteilungen
	d320	Kommunizieren als Empfänger von Mitteilungen in Gebärdensprache
	d330	Sprechen
	d335	Non-verbale Mitteilungen produzieren
	d340	Mitteilungen in Gebärdensprache ausdrücken
	d350	Konversation
	d3602	Kommunikationsmethoden benutzen
	d3608	Kommunikationsgeräte und -techniken benutzen, anders als bezeichnet
d730	Mit Fremden umgehen	

FOCUS[®] ($r = .99, p < .01$; Oddson et al., 2019). Ebenfalls stark korrelieren die Veränderungswerte der beiden Versionen vom ersten Assessment zur follow-up-Untersuchung ($r = .975, p < .01$; Oddson et al., 2019). Die Kurzversion wurde ins Deutsche übersetzt und in einem Pilotprojekt mit zehn Kindern mit SES auf ihre Validität hin überprüft: Die Gesamtwerte des FOCUS[®]-G und des FOCUS[®]-34-G korrelieren in der Baseline-Untersuchung signifikant miteinander ($r = .98, p < .001$; Vagts, 2019). Als TOM in dem Pilotprojekt mit zehn Kindern mit SES eingesetzt, zeigen sich klinisch relevante Veränderungswerte ($d = 0.4$) von der Baseline-Untersuchung zur Post-Untersuchung nach zehn Einheiten Sprachtherapie (Elsässer, 2019).

5 Aufbau

Der Fragebogen wird zur Einschätzung der kommunikativen Partizipation bei der Eingangs-, Verlaufs- und/oder Abschlussdiagnostik eingesetzt, wobei das Ausfüllen nur etwa 10–15 Minuten benötigt. Es liegen zwei Versionen (Sorgeberechtigten- und Sprachtherapeut*innenversion) unter Verwendung derselben inhaltlichen 34 Items vor. Die Items beschreiben im ersten Teil des Fragebogens das sprachliche Verhalten des Kindes im Alltag. Im zweiten Teil ist es möglich einzuschätzen, ob und ggf. wie viel Hilfe das Kind bei der Kommunikation benötigt. Eine Aussage, z.B. „Mein Kind nutzt Sprache, um neue Ideen zu vermitteln“, wird auf einer Skala von 1 bis 7 eingeschätzt (Tab. 2).

Bisher wurde der FOCUS[®]-34-G in zwölf Sprachen übersetzt (z. B. arabisch). Somit können Sorgeberechtigte auch dann befragt werden, wenn ihre Deutschkompetenzen gering sind.

6 Durchführung

Vor dem ersten Einsatz empfehlen wir, das zugehörige Manual zu lesen und als Therapeut*in den Fragebogen an einem Kind exemplarisch zu erproben. Ob jeweils die Sorgeberechtigten- und/oder Therapeut*innenversion eingesetzt wird, kann frei entschieden werden. Eine kurze Instruktion ist auf dem Deckblatt aufgeführt. Die Durchführung ist einfach: die ausfüllende Person kreuzt pro Item die Einschätzung an, die am meisten auf das Kind zutrifft. Bei Personen, die nicht (gut) lesen können, kann der Bogen auch als Interview durchgeführt werden.

7 Auswertung

Die Auswertung des FOCUS®-34-G kann zeitsparend direkt auf dem Bogen notiert werden. Es steht ein separater Print-Bogen zur Verfügung. Auf diesem können die angegebenen Antworten zu jedem Item eingetragen werden, wobei diesmal die entsprechenden Punkte angegeben sind. Zudem wird beim Kauf des Bogens eine Excel-Tabelle zur vereinfachten Auswertung zur Verfügung gestellt. Hier können auch über einen Zeitverlauf mehrere Datensätze eingetragen werden, um den Therapieverlauf zu dokumentieren.

Zur Beantwortung der Items wird eine 7-stufige Likert-Skalierung verwendet. Die Beurteilung erfolgt im ersten Teil von 1 (*überhaupt nicht wie mein Kind*) bis 7 (*exakt wie mein Kind*) sowie im zweiten Teil von 1 (*kann es überhaupt nicht*) bis 7 (*kann es immer ohne Hilfe*). Zur Gesamtwertberechnung werden alle Punkte der 34 Items addiert. Somit kann ein Gesamtwert zwischen min. 34 und max. 238 Punkten erreicht werden. Ein höherer Wert entspricht einer erfolgreicheren kommunikativen Partizipation. Zudem kann ein Profil anhand von 8 Domänenwerten erstellt werden, für das durchschnittlich 3–8 Items zu einer Domäne zusammengefasst werden: *expressive Sprache/Kapazität, Pragmatik, rezepptive Fähigkeiten, Verständlichkeit, expressive Sprache/Performanz, Soziales/Spiel, Selbstständig-*

keit, Copingstrategien/Gefühle. Zur Berechnung der Profilwerte werden die jeweiligen Itemwerte zusammengefasst und daraus ein Durchschnittswert berechnet, dessen Wertspanne zwischen eins und sieben (höchste Partizipation) liegt. Um Veränderungen im Verlauf des Therapieprozesses zu messen, wird die Differenz der Gesamtwerte beider Testzeitpunkte interpretiert. Ein höherer Wert bezeichnet eine größere Veränderung. Gemäß Oddson et al. (2013) kann eine Veränderung von über 11 Punkten im Gesamtwert des FOCUS[®]-34-G als signifikante klinische Veränderung betrachtet werden. Eine Verbesserung zwischen 7 und 10 Punkten wird als eine bedeutsame klinische Veränderung bestätigt. Verbesserungen von unter/gleich 6 Punkten gelten als keine klinische Veränderung (Thomas-Stonell et al., 2012b).

8 Fazit

Mit dem FOCUS[®]-34-G liegt erstmals ein valides Instrument zur Erfassung der sprachlichen Aktivität und Kommunikation von Kindern im Kleinkind- und Vorschulalter vor. Mit der Verwendung des FOCUS[®]-34-G kann die rein linguistische Perspektive von Sprachstörungen überwunden und somit das sprachtherapeutische Handeln um soziale Aspekte erweitert werden (McLeod & McCormack, 2007; McLeod & Threats 2008).

Diagnostika wie der FOCUS[®]-34-G können dabei helfen, für jede/n Klient*in individuelle Therapieziele im Bereich der sprachlichen Aktivität und kommunikativen Partizipation herauszuarbeiten. Hiermit wird zudem der Anspruch verfolgt, die Implementierung der ICF-CY in das sprachtherapeutische Handeln zu erleichtern. Wir hoffen, dass der zukünftige Einsatz des FOCUS[®]-34-G Sprachtherapeut*innen und Logopäd*innen im deutschsprachigen Raum besser ermöglicht, die sozial-kommunikativen Auswirkungen einer Sprach- bzw. Kommunikationsstörung bei ihren kleinen Klient*innen zu erfassen und darauf aufbauend verstärkt partizipative Interventionsziele zu verfolgen.

9 Literatur

- Dohmen, A. (2009). Profile eingeschränkter kommunikativer Kompetenz von Kindern. *Logos Interdisziplinär*, 17(2), 118–128.
- Durkin, K. & Conti-Ramsden, G. (2007). Language, Social Behavior, and the Quality of Friendships in Adolescents With and Without a History of Specific Language Impairment. *Child Development*, 78 (5), 1441–1457. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2007.01076.x>
- Eadie, T. L., Yorkston, K. M., Klasner, E. R., Dudgeon, B. J., Deitz, J. C., Baylor, C. R., Miller, R. M. & Amtmann, D. (2006). Measuring Communicative Participation: A Review of Self-Report Instruments. *Speech-Language Pathology*, 15(4), 307–320. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2006/030\)](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2006/030))
- Elsässer, N. (2019). *Der Einfluss von Sprachtherapie auf die kommunikative Partizipation von Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen – eine Pilotstudie* [unveröffentlichte Bachelorarbeit]. Universität zu Köln.
- Gerbig, T., Spieß, C., Berg, M. & Sarimski, K. (2018). Soziale Ausgrenzung von Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen. *Forschung Sprache*, 1, 63–72.
- McCormack, J., McLeod, S., McAllister, L. & Harrison, L. J. (2009). A systematic review of the association between childhood speech impairment and participation across lifespan. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 11 (2), 155–170. <https://doi.org/10.1080/17549500802676859>
- McLeod, S. & McCormack, J. (2007). Application of the ICF and ICF-children and youth in children with speech impairment. *Seminars in Speech and Language*, 28 (4), 254–264. <https://doi.org/10.1055/s-2007-986522>

- McLeod, S. & Threats, T.T. (2008). The ICF-CY and children with communication disabilities. *International Journal of Speech-Language Pathology*, *10* (1/2), 92–109. <https://doi.org/10.1080/17549500701834690>
- Neumann, S., Salm, S., Rietz, C. & Stenneken, P. (2017a). The German Focus on the outcomes of communication under six (FOCUS©-G): Reliability and validity of a novel assessment of communicative participation. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, *60* (3), 675–681. https://doi.org/10.1044/2016_JSLHR-L-15-0219
- Neumann, S., Salm, S., Robertson, B. & Thomas-Stonell, N. (2017b). *ICF-CY Kodierung der FOCUS©-G (Elternversion) items*. Forschungsblog sprachfertig. Abgerufen am 20.01.2021 unter <https://www.uni-erfurt.de/erziehungswissenschaftliche-fakultaet/fakultaet/profil/fachgebiete-und-professuren/sonder-und-sozialpaedagogik/struktur-des-fachgebietes/professur-fuer-inklusive-bildungsprozesse-bei-beeintraechtigungen-in-sprache-und-kommunikation/forschung-und-projekte/forschungsblog-sprachfertig/icf-cy-kodierung-des-focus-g#c106120>
- Neumann, S., Salm, S., Robertson, B. & Thomas-Stonell, N. (2018). Kommunikative Partizipation von Kindern im Vorschulalter – Erste deutsche Referenzdaten zum ‚Fokus auf den Erfolg der Kommunikation für Kinder unter sechs Jahren‘ (FOCUS©-G). *Logos*, *26* (3), 176–185. <https://doi.org/10.7345/prolog-1803176>
- Oddson, B., Washington, K., Robertson, B., Rosenbaum, P. & Thomas-Stonell, N. (2013). Inter-rater Reliability of Clinicians’ Ratings of Preschool Children using the FOCUS©: Focus on the Outcomes of Communication Under Six. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology & Audiology*, *37* (2), 170–174. Abgerufen am 20.01.2023 unter https://cjslpa.ca/files/2013_CJSLPA_Vol_37/No_02_128-181/Oddson_Washington_Robertson_Thomas-Stonell_Rosenbaum_CJSLPA_Summer_2013.pdf

- Oddson, B., Thomas-Stonell, N., Robertson, B. & Rosenbaum, P. (2019). Validity of a streamlined version of the Focus on the outcomes of communication under six: Process and outcome. *Child: Care Health and Development*, 45 (4), 600–605. <https://doi.org/10.1111/cch.12669>
- Stanton-Chapman, T.L., Justice, L.M., Skibbe, L.E. & Grant, S.L. (2007). Social and Behavioral Characteristics of Preschoolers with Specific Language Impairment. *Topics in Early Childhood Special Education*, 27 (2), 98–109. <https://doi.org/10.1177/02711214070270020501>
- St Clair, M.C., Pickles, A., Durkin, K. & Conti-Ramsden, G. (2011). A longitudinal study of behavioral, emotional and social difficulties in individuals with a history of specific language impairment (SLI). *Journal of Communication Disorders*, 44 (2), 186–199. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2010.09.004>
- Thomas-Stonell, N., Oddson, B., Robertson, B. & Rosenbaum, P. (2009). Predicted and observed outcomes in preschool children following speech and language treatment: Parent and clinician perspectives. *Journal of Communication Disorders*, 42 (1), 29–42. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2008.08.002>
- Thomas-Stonell, N.L., Oddson, B., Robertson, B. & Rosenbaum, P.L. (2012a). *Focus on the Outcomes of Communication Under Six (FOCUS-G)*. Verfügbar unter <https://www.canchild.ca/en/shop/30-focus-34>
- Thomas-Stonell, N.L., Oddson, B., Robertson, B. & Rosenbaum, P.L. (2012b). *Focus on the Outcomes of Communication Under Six (FOCUS-G). Manual*. Verfügbar unter <https://www.canchild.ca/en/shop/29-focus>
- Vagts, J. (2019). *Die kommunikative Partizipation von Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen im Alter von 2;7 bis 5;5 Jahren* [Unveröffentlichte Bachelorarbeit]. Universität zu Köln.

Kontakt

Sandra Neumann

sandra.neumann@uni-erfurt.de

Vertragsarbeit in der Stottertherapie – am Beispiel der Therapie-Entscheidung und dem Therapie-Beginn für junge Kinder

Patricia Sandrieser

Katholisches Klinikum Koblenz Montabaur

ABSTRACT: Das von E. Berne für psychotherapeutische Gespräche begründete Konzept der Vertragsarbeit lässt sich gut auf die sprachtherapeutische Arbeit übertragen. Der Kern ist die explizite Formulierung von therapeutischen Nah- und Fernzielen, die Wahl der Therapiemethode sowie die Aufgaben und Verantwortlichkeiten der Beteiligten. Voraussetzung ist die Freiwilligkeit und das Arbeiten auf Augenhöhe. Vertragsarbeit verteilt die Verantwortung für das Gelingen und macht Vorgehensweisen transparent. Sehr zeitgemäß ist die ressourcenorientierte Sichtweise auf das therapeutische Angebot.

KEYWORDS: Stottern, Kindesalter, Therapie, Vertragsarbeit, E. Berne

1 Vertragsarbeit im therapeutischen Kontext

Logopäd*innen und Sprachtherapeut*innen kennen Verträge mit Patient*innen und Klient*innen vor allem im formalen Kontext, z. B. Datenschutz- und -nutzungsverträge oder Honorarvereinbarungen für Selbstzahlende. Die Vertragsarbeit im *therapeutischen* Kontext soll die Teilhabe der Betroffenen und den Transfer der Therapie-Inhalte erleichtern. Außerdem kann sie den Einfluss unterschiedlicher Faktoren, die zum Gelingen des therapeutischen Prozesses beitragen, transparent machen.

Entstanden ist der Begriff der Vertragsarbeit im therapeutischen Kontext bereits in den sechziger Jahren des letzten Jahrhunderts, als der kanadisch-US-amerikanische Psychotherapeut Eric Berne die Vertragsarbeit zwischen Therapeut*in und Klient*in als Verpflichtung

bezeichnete, ein Ziel zu definieren und dieses anzustreben (Berne, 1961, 2016). Es wirkt heute sehr modern, therapeutisches Arbeiten nicht defizitorientiert zu betrachten, sondern ressourcenorientiert vorzugehen.

Der Paradigmenwechsel im Gesundheitssystem, welcher die Partizipation fokussiert (WHO, 2001), entspricht dem Gedanken Bernes, der die psychotherapeutische Schule der Transaktionsanalyse begründete.

2 Vertragsarbeit in der Stottertherapie

Stottern ist eine Störung des Redeflusses, welches definiert wird durch das Auftreten von stottertypischen Unflüssigkeiten – den unfreiwilligen Wiederholungen von Lauten und Silben, Dehnungen von Lauten und Blockierungen von Lauten in oder vor einem Wort (Bloodstein & Bernstein Ratner, 2008). Stottern kann diagnostiziert werden, wenn in einer repräsentativen Spontansprachprobe mindestens 3% der gesprochenen Silben diese Unflüssigkeiten zeigen. Eine Besonderheit ist, dass Stottern situationsabhängig unterschiedlich stark auftritt und die Stotterereignisse von unterschiedlichen Faktoren, die auch individuell schwanken können, getriggert oder abgeschwächt werden (Packman & Attanasio, 2010). Das bedeutet, dass Stotternde nicht „lernen“ müssen, flüssig zu sprechen, denn das tun sie in den meisten Situationen und bei der überwiegenden Menge der gesprochenen Silben, sondern dass sie, je nach gewünschtem Therapie-Ansatz, Techniken vermittelt bekommen, um entweder in Stotterereignisse einzugreifen und diese zu modifizieren oder das Sprechen in den gewünschten Situationen weniger anfällig für Stotterereignisse zu machen. Die S3-Leitlinie „Redeflussstörungen“ (Neumann et al., 2017) begründet ausführlich, warum die Erhöhung der Sprechflüssigkeit nicht das alleinige Ziel und in manchen Fällen gar kein realistisches Ziel einer Stottertherapie sein kann. Daraus resultiert die Notwendigkeit, die Therapie individuell und mehrdimensional zu planen (Sandrieser & Schneider, 2015).

3 Voraussetzungen für die Vertragsarbeit

Noch bevor Vertragsarbeit eingeführt wird, muss geklärt sein, welches Therapieziel oder welche Therapieziele angestrebt werden. Dafür muss nach der Stotterdiagnostik eines jungen Kindes eine Beratung erfolgen, in der die Eltern¹ erfahren, welche Therapiemethoden für diese Altersgruppe empfohlen werden – und auch, dass „Abwarten“ in dieser Altersgruppe eine legitime Option sein kann.

Die Prämisse für gelingende Vertragsarbeit ist die Freiwilligkeit für alle Beteiligten. Außerdem wird die Kommunikation auf Augenhöhe und damit die Gleichberechtigung bei geklärten Rollen angenommen. Das setzt voraus, dass vor dem therapeutischen Prozess besprochen wird, welche Aufgaben jede*r der Beteiligten im Therapieprozess hat. Das ist in der Stottertherapie mit jungen Kindern deshalb wichtig, da die verschiedenen Konzepte in sehr unterschiedlichem Ausmaß die Mitarbeit der Eltern benötigen.

In der Therapie mit jungen Kindern bestehen in der Regel Dreiecksverträge, was bedeutet, dass die Therapeutin bzw. der Therapeut mit den Eltern die Ziele und die Aufgaben und Verpflichtungen klärt, aber auch dem Kind in altersangemessener Art verdeutlicht, welche Ziele verfolgt werden und welche Einflussmöglichkeiten das Kind hat. Die dritte Vertragsseite besteht zwischen Kind und Eltern, in dem je nach Therapieansatz benannt wird, ob sie Unterstützende, Multiplikator*innen oder Co-Therapeut*innen sind.

Die Therapieziele sollen konkret und positiv formuliert sein (z. B. „M. soll eine Technik kennenlernen, um seine Blockierungen lösen zu können und das Stotterereignis kontrolliert zu beenden.“ statt „Das Stottern soll nicht mehr so stark sein.“). Die Ziele müssen überprüfbar sein und in regelmäßigen Abständen muss mit den Beteiligten besprochen werden, ob das angestrebte nächste Ziel wie geplant erreicht werden kann oder wurde.

1 Der Begriff „Eltern“ wird hier nicht explizit nur für die biologischen Eltern verwendet, sondern für die Erziehungsverantwortlichen des Kindes.

Um die Therapie zu individualisieren und sie ggf. anpassen zu können, sind auch Vertragsrevisionen möglich. Diese können die Struktur betreffen (Therapiezeit oder Abstände der Termine) aber auch die Inhalte und Ziele (Sandrieser & Schneider, 2015).

Vertragsinhalte sind aber nicht nur die übergeordneten Therapieziele – sie umfassen ebenso „kleine“ Ziele, wie die Dauer oder das Ziel einer bestimmten Übung oder die Vereinbarung über Hausaufgaben. In diesem abgesprochenen und berechenbaren Setting werden alle Beteiligten (auch die bzw. der Therapeut*in) vor unrealistischen Erwartungen geschützt. Das Kind erfährt den Therapieraum als geschützten Ort (Katz-Bernstein, 1987), in dem es sich auch mit den anstrengenden Aspekten des Stotterns auseinandersetzen kann und vor Bloßstellung oder Beschämung geschützt ist.

Die Form der Vereinbarungen kann mündlich, schriftlich – und für junge Kinder auch bildlich – sein.

Die wichtigste Voraussetzung der Vertragsarbeit ist, dass sie explizit gemacht wird. Selbstverständlich gehört es auch ohne Vertragsarbeit zum therapeutischen Alltag, über Therapiekonzepte zu informieren, Nah- und Fernziele im therapeutischen Prozess zu formulieren und die Veränderungen zu dokumentieren. Durch das Gespräch über diese Themen können die Gedanken der anderen Beteiligten, aber auch ihre Bedenken gehört und ggf. berücksichtigt werden.

4 Mögliche Umsetzung der Vertragsarbeit

Erst wenn die Eltern wissen, welche Therapiemöglichkeiten mit welchen Erfolgsaussichten bestehen, welche unterschiedlichen Ziele die verschiedenen Therapiekonzepte haben und mit welchen Methoden und welchem (Zeit-)Aufwand diese erreicht werden, können sie die Entscheidung für oder gegen eine therapeutische Intervention zum aktuellen Zeitpunkt treffen. Das bedeutet nicht, dass ein*e Therapeut*in oder eine Institution alle in der Leitlinie empfohlenen Kon-

zepte anbieten muss – aber sie hat die ethische Verpflichtung, die Betroffenen umfänglich darüber zu informieren (Sandrieser, 2020).

Die Vertragsarbeit umfasst auch Informationen zu Grenzen der Therapie. Beispielsweise darf eine seriöse Stottertherapie keine Heilungsversprechen machen (Neumann et al. 2017; Sandrieser & Schneider, 2015).

Die Besonderheit der situationsabhängigen Schwankungen bedeutet, dass dem Transfer eine große Bedeutung zukommt. Da sich in der Regel keine Personen in der Umgebung befinden, die die eingeführte Technik als natürliches Modell vermitteln können, ist die Therapeutin bzw. der Therapeut auf alltagsnahe Übungssituationen (in-vivo-Arbeit, Wendlandt, 2003) und auf Personen angewiesen, die das Kind im Alltag unterstützen. Diese Rollenklärung wird durch sorgfältige Vertragsarbeit ermöglicht.

5 Störungen

Im therapeutischen Alltag kann es trotz Vertragsarbeit zu Störungen kommen, wenn

- Verantwortlichkeiten nicht geklärt sind,
- „geheime“ Anliegen vorliegen (also jemand der Beteiligten einen Wunsch an die Therapie hat, ihn aber nicht offen formuliert),
- vereinbarte Inhalte und Ziele im Verlauf nicht überprüft werden,
- Rahmenbedingungen bei den Beteiligten ungünstig sind oder sich ändern.

6 Fazit

Vertragsarbeit eignet sich in der Stottertherapie, da die Verantwortung für das Gelingen verteilt wird. Die Initiative für die Vertragsarbeit geht von der Therapeutin bzw. dem Therapeuten aus. Ihr bzw. ihm kommt die Aufgabe zu, die erforderlichen Rahmenbedingungen und die Aufgaben aller Beteiligten explizit zu benennen und sich zu versichern, dass die Vereinbarungen verstanden und akzeptiert wurden.

Natürlich schützt Vertragsarbeit nicht vor Irritationen oder unvorhergesehenen Verläufen. Es erleichtert es aber, diese anzusprechen und ggf. die Vorgehensweise, das Tempo oder die Ziele so zu verändern, dass mögliche Veränderungen im therapeutischen Handeln für alle nachvollziehbar und umsetzbar sind.

7 Literatur

- Berne, E. (1961, 2016). *Transactional Analysis in Psychotherapy: A Systematic Individual and Social Psychiatry*. Pickle Partners Publishing. Abgerufen am 09.02.2023 unter https://archive.org/details/transactionalana0000bern_m6s5/page/n7/mode/2up
- Bloodstein, O. & Bernstein Ratner, N. (2008). *A Handbook on Stuttering*. Singular Publishing.
- Katz-Bernstein, N. (1987). *Aufbau der Sprach- und Kommunikationsfähigkeit bei redeflussgestörten Kindern* (2. Aufl.). Verlag der Schweizerischen Zentralstelle für Heilpädagogik.
- Neumann, K., Euler, H. A., Bosshardt, H.-G., Cook, S., Sandrieser, P., Schneider, P., Sommer, M. & Thum, G. (2017). *Stottern und Poltern: Entstehung, Diagnose, Behandlung. Die Leitlinie zu Redeflussstörungen*. Peter Lang. Abgerufen am 05.02.2023 unter https://register.awmf.org/assets/guidelines/028-030_S1_Stottern__F98.5__Poltern__F98.6__11-2006_11-2011_01.pdf

- Packman, A. & Attanasio, J. (2010). *A model for the mechanisms underpinning early interventions for stuttering*. Seminarpräsentation bei der Jahrestagung der American Speech-Language and Hearing Association (ASHA) in Philadelphia am 18.11.2010.
- Sandrieser, P. (2020). Direkte Therapie bei kindlichem Stottern. In U. Beushausen (Hrsg.). *Therapeutische Entscheidungsfindung in der Sprachtherapie: Grundlagen und 15 Fallbeispiele* (141–147). Ernst Reinhardt Verlag.
- Sandrieser, P. & Schneider, P. (2015). *Stottern im Kindesalter* (4. Aufl.). Thieme.
- Wendlandt, W. (2003). *Veränderungstraining im Alltag. Eine Anleitung zur In-Vivo-Arbeit in Therapie, Beratung und Selbsthilfe*. Thieme.
- World Health Organization (2001). *International classification of functioning, disability and health: ICF*.

Kontakt

Patricia Sandrieser
p.sandrieser@bbtgruppe.de

Sag mir, wo die Wörter sind ...

Romy Simone Steinberg

Michael-Ende-Schule in Frankfurt-Rödelheim

ABSTRACT: Dieser Beitrag gibt einen Einblick in die ehrenamtliche Arbeit mit Menschen mit Aphasie und deren Angehörigen. Vor sieben Jahren gründete Romy Steinberg gemeinsam mit ihrem Mann, der selbst von Aphasie betroffen ist, den Chor „AphaSingers“. Jeden Monat findet sich der Chor zu einem Workshop-Tag zusammen, der viel mehr als nur die Gesangsprobe beinhaltet. Partizipation umfasst den Austausch miteinander, schöne gemeinsame Erlebnisse und Zusammenhalt. All dies bietet dieser Chor den Mitgliedern und erntet hierfür viel Anerkennung und Dankbarkeit.

KEYWORDS: Aphasie, Chor, Selbsthilfe, Partizipation, Musik

Das Wort „Aphasie“ kannte ich früher gar nicht. Zum ersten Mal habe ich erfahren, was es bedeutet, als mein Mann 2003 nach einem schweren Schlaganfall nicht mehr richtig sprechen konnte und lange logopädisch therapiert wurde. Mich als Dipl. Germanistin mit Schwerpunkt Phonetik hat es immer sehr interessiert, wie die Logopäd:innen an der Wiederherstellung der verlorenen Sprache arbeiteten.

Die Musik spielte schon immer eine wichtige Rolle in meinem Leben. Als Kind und während meiner Jugend sang ich selbst im Chor, nun spiele ich hobbymäßig Klavier und Akkordeon und singe mit meinen ausländischen Schüler:innen fast jeden Tag Lieder, die den Spracherwerb unterstützen. Als mich der Landesverband der Aphasiker Hessen für die Leitung eines Chors für Menschen mit Aphasie anfragte, zögerte ich zunächst – Erfahrung hatte ich damit keine. Mein Mann, der damals im Vorstand eines Aphasie-Vereins war, erzählte mir mit Begeisterung von einem Chor, den er bei den Würzburger Aphasie-Tagen live erlebt hatte. Nach langem Überlegen sagte ich zu, da ich helfen wollte. Ich bin der Überzeugung, dass Singen emotional aufbauen und Menschen glücklich machen kann –

besonders jene, die nicht mehr sprechen und somit ihre Gedanken nicht zum Ausdruck bringen können. Bei meiner Zusage konnte ich nicht wissen, was alles auf mich zukommen würde. Bereits bei der Vorbereitung auf das erste Treffen, vor knapp sieben Jahren, wurde mir klar, dass dieser Chor etwas ganz Besonderes werden würde.

Wir treffen uns inzwischen jeden zweiten Samstag im Monat in den gemütlichen Räumlichkeiten des Eckenheimer Begegnungszentrums in Frankfurt (Abb. 1), in denen anfangs elf und mittlerweile über 30 Chorist:innen und deren Angehörige im Stuhlkreis Platz finden.

Abbildung 1

Links: Joachim Redecker, der für die Organisation der Chor-Treffen und die Küche verantwortlich ist; Rechts: Romy Steinberg bei der Probe.



Jedes Treffen wird einem bestimmten Thema gewidmet, wie zum Beispiel „Winterreise“, „Fasching“, „Ostern“, „Tanz in den Mai“, „Sommerhits“, „St. Martin“ oder „Weihnachten“. Mit viel Liebe zum Detail wird am Liederrepertoire gearbeitet, damit die Teilnehmer:innen gefordert, jedoch nicht überfordert, werden. Wir singen viele Lieder, die sie aus früheren Jahren und aus der Zeit vor ihrer Krankheit kennen: Volkslieder, Schlager, oder sogar Kinderlieder mit relativ einfachen Liedtexten. Besonders beliebt sind beispielsweise „Die Gedanken sind frei“ und unsere „Aphasiker-Hymne“, die wir immer zum Ende

eines Treffens alle gemeinsam singen. In den letzten Jahren entstanden auch eigene Lieder mit umgedichteten Texten: „Manchmal fehlen Worte, Sprechen fällt so schwer ...“ oder „Sag mir, wo die Wörter sind, wo sind sie geblieben ...“.

Es dauerte Monate, bis einige Songs gut klangen und sogar Sprechkanons zweistimmig aufgeführt werden konnten. Nun konnten wir sogar einige Male vor einem Publikum singen. Unvergessen bleiben unsere Auftritte in Stadthallendorf bei Jahresversammlungen, oder auch in Wiesbaden, im Kino „Caligari“. Im Frankfurter Film-museum trat der Chor auf, bevor im Anschluss ein Kurzfilm über den Chor mit dem Titel „Ohne Worte“ gezeigt wurde.

Mit der Zeit hat sich ein bestimmter Ablauf für die Chorproben (oder wie wir es inzwischen nennen, „Chorworkshop“) entwickelt, der in der Regel aus sieben Bausteinen besteht:

1. Aufwärmen und Haltungsübungen
2. Gesichtsmassage und Atemübungen
3. Arbeit an Bewegungen und Rhythmus (mit Hilfe von Sand-säckchen, Chiffontüchern, etc.)
4. Begleitung eines klassischen Stücks mit Orff-Instrumenten
5. Sprech- und Artikulationsgymnastik
6. Stimmbildung und Grundlagen der Notenlehre
7. Gemeinsames Singen

Die Teilnehmer:innen kommen bei jedem Chorworkshop in den Genuss von live Musik am Klavier: Unsere Pianistin Svetlana Granovska spielt für alle Übungen sorgfältig ausgewählte Stücke in einem für uns passendem Tempo und in der richtigen Tonlage.

Jeder Workshop dauert mehrere Stunden, weshalb auch die Bewirtung eine wichtige Rolle spielt. Die Räumlichkeiten des Begegnungszentrums bieten die Möglichkeit für einen Begrüßungskaffee, ein gemeinsames Frühstück sowie warmes Mittagessen. Gemeinsam mit einem anderen Aphasiker und einer Angehörigen kümmert sich mein Mann Joachim Redecker um die Verpflegung der Teilnehmer:in-

nen. In der modernen Küche werden nicht nur Brote geschmiert, sondern auch jedes Mal warmes Mittagessen zubereitet. Er ist zudem für die Kommunikation mit der Leitung des Begegnungszentrums zuständig. Somit ist das Ganze seit sieben Jahren unser gemeinsames Projekt.

Gemeinsame Mahlzeiten sind für die Kommunikation und Konversation der Teilnehmer sehr wichtig. Die Atmosphäre ist jedes Mal sehr besonders, die Stimmung ist gut und es wird immer sehr viel gelacht. Diese schönen Erinnerungen werden in Fotos und Videos festgehalten und im Nachhinein ausgetauscht. Die Teilnehmer:innen zehren noch wochenlang von den Treffen und tauschen sich zwischen den Workshops über unsere WhatsApp-Gruppe aus.

Während der Pandemie konnten unsere Workshops leider nicht stattfinden. Anstelle der persönlichen Treffen haben wir während diesen zwei Jahren monatlich kurze Videos (insgesamt über 100) mit entsprechenden Inhalten gedreht. Somit war es den Chorteilnehmer:innen möglich, auch selbstständig zu Hause zu üben. Als im April 2022 das erste Treffen nach der fast zweijährigen Pause stattfand, freuten sich die Leute riesig. Der Chor hat inzwischen den Rahmen eines Clubs bekommen, durch den die Teilnehmer:innen Mut und Zuversicht schöpfen.

Wir sind offen und freuen uns immer über Besuche von Interessent:innen. Die Anmeldung erfolgt unter jredecker@t-online.de oder unter 0157/77 20 63 72.

Kontakt

Romy Simone Steinberg

romy.simone.steinberg@t-online.de

ISi-Speech: Digitales Sprechtraining bei Morbus Parkinson. KI-basierte Technologien in der logopädischen Versorgung

Anika Thurmänn , Fiona Dörr  & Kerstin Bilda 

Hochschule für Gesundheit, Bochum

ABSTRACT: Morbus Parkinson (MP) ist in Europa die zweithäufigste neurodegenerative Erkrankung und durch das Störungsbild der Dysarthrie logopädisch relevant. Die Behandlung einer Dysarthrie erfordert ein hochfrequentes Therapieangebot für eine nachhaltige Verbesserung der kommunikativen Fähigkeiten. Trotz der hohen Prävalenz von Sprechstörungen bei MP nehmen in Deutschland nur etwa 4% der Betroffenen eine ambulante logopädische Therapie in Anspruch. Die veränderte Selbstwahrnehmung der Patient*innen ist ein zentrales Symptom der Erkrankung, das ein wirksames Eigentraining einschränkt.

Neue Technologien mit integrierter Spracherkennung ermöglichen ein individuelles Training. Im Rahmen des Verbundprojektes HUMAINE (human centered AI network) wird der Prototyp eines auf künstlicher Intelligenz (KI) basierendem Sprechassistenzsystems in einem klinischen Versorgungssetting erprobt und evaluiert. Das Ziel ist, das digitale System in die Regelversorgung zu integrieren. Eine nutzer*innenzentrierte Implementierung ist im Rahmen einer Machbarkeitsstudie geplant, dabei wird der Prototyp ISi-Speech in die bestehende Parkinson-Komplex-Therapie integriert. Im Anschluss an die stationäre Behandlung erfolgt eine zweiwöchige Eigentrainingsphase im häuslichen Setting. Durch Interviews soll die Usability sowie die Anwender*innenakzeptanz aus der therapeutischen Sicht und Patient*innenperspektive erhoben werden. Ziel ist die Entwicklung von Implementierungsstrategien, die zur Entwicklung von nachhaltigen Kompetenzmodellen beitragen.

Durch die erhöhte Therapiefrequenz können verbesserte klinische Ergebnisgrößen wie Sprechverständlichkeit, Lebensqualität und individuell wahrgenommene Kommunikationserfolge erreicht werden. Nur durch die Evaluation digitaler Technologien

kann eine dauerhafte Implementierung in die Praxis erfolgen. Neue Technologien können eine sinnvolle Ergänzung zur etablierten Therapie sein und eine Strategie gegen die Unterversorgung durch Heilmittel darstellen.

KEYWORDS: Dysarthrie, neue Technologien, KI-basierte Anwendungen, Machbarkeitsstudie, Anwender*innenakzeptanz

1 Einführung

Der zunehmende Einsatz von digitalen Gesundheitsanwendungen, Telemedizin oder der Einsatz künstlicher Intelligenz (KI) ist im Gesundheitssektor präsenter denn je. Auch innerhalb des Berufsfeldes der Logopädie ist die Notwendigkeit der Digitalisierung unumstritten. Neben neuen Apps, Praxissoftwares und Anwendungen für eine gelungene Teletherapie schreitet auch die Entwicklung KI-basierter Systeme weiter voran. Diese bieten die Chance auf mehr Effizienz in klinischen Abläufen sowie auf objektive und evidenzbasierte Ansätze (Döllinger, 2019). Damit KI-Innovationen nachhaltig in der Versorgungspraxis genutzt werden, sollten die Endanwender*innen und ihre Bedürfnisse und Fähigkeiten kontinuierlich mit in den Implementierungsprozess einbezogen werden. Dieser humanzentrierte Ansatz steht im Mittelpunkt des interdisziplinären Forschungsprojektes *HUMAINE – human centered AI network*, welches unter anderem den Einsatz eines KI-basierten Sprechassistenten-Systems in der Logopädie erforscht. Das Verbundprojekt vereint Wissenschaftler*innen aus den Bereichen der Therapiewissenschaft, Logopädie/Sprachtherapie, Arbeitswissenschaft, Wirtschaftspsychologie, Neuroinformatik und dem Ingenieurwesen. Anhand von sieben Pilotanwendungen sollen Fragen zur Entwicklung, Handhabung und Implementierung von KI-Systemen in Medizin, Therapie und Industrie beantwortet werden. Die gewonnenen Erkenntnisse münden im Aufbau eines Kompetenzzentrums, welches Implementierungsansätze, Workflow-Modelle und Kompetenzstrategien für die Praxis zugänglich machen soll.

Das Ziel der logopädischen/sprachtherapeutischen Pilotanwendung besteht in der Entwicklung von Kompetenz-Modulen und Leitlinien zur Anwendung von neuen Technologien. Diese Ziele werden praxisnah am Beispiel des KI-basierten Sprechassistenzsystems *ISi-Speech* erarbeitet und umgesetzt. *ISi-Speech* ist ein App-basiertes Trainingssystem für Menschen mit Sprechverständlichkeitsstörungen bei Morbus Parkinson, welches auf Basis von automatisierter Spracherkennung selbstständiges Eigentaining ermöglicht. Innerhalb des Projekts soll *ISi-Speech* erstmalig in der klinischen logopädischen Versorgung eingesetzt und evaluiert werden. Aus den Erkenntnissen können Best-Practice-Methoden zur Implementierung und Nutzung abgeleitet werden. Durch die hohe Interdisziplinarität im Projekt können Ansätze für die Weiterentwicklung von neuen Technologien in der Logopädie generiert werden.

1.1 KI-basierte Technologien in der Logopädie

Die Potenziale und die Vorteile des Einsatzes von innovativen Technologien in der logopädischen Therapie sind nicht zuletzt durch die Coronapandemie deutlich geworden. Wichtige regulatorische, rechtliche und technische Voraussetzungen wie der Wegfall des Fernbehandlungsverbotes oder die Entwicklung von therapeutischen Plattformen sind geschaffen worden. Innovationen wie Videosprechstunden, Teletherapien und Apps ermöglichen soziale Interaktionen, Kommunikation und einen gesicherten Datenaustausch (Bilda et al., 2020; Lauer, 2020). Auch im Hinblick auf die Anwendung von therapieunterstützenden KI-Anwendungen können erste Schritte beobachtet werden. Fehlt es in der Logopädie/Sprachtherapie zunehmend an Fachkräften, welche die Patient*innen bei zunehmenden degenerativen Erkrankungen begleiten können, werden technische Hilfsmittel zukünftig stärker nachgefragt (Deutscher Bundesverband für Logopädie, 2020).

Doch was ist künstliche Intelligenz und wobei kann diese helfen? Datenmengen nehmen weltweit durch die Digitalisierung zu.

Insbesondere in der Medizin werden täglich Datenmengen in unbeschreiblicher Menge produziert, hier ist die Rede von Big Data. Um diese Datenmengen lesen, sortieren, zuordnen, bearbeiten und auswerten zu können bedarf es computerbasierter Systeme (Ertel & Black, 2016). Je nach Algorithmus der Programmierung werten diese Systeme die Daten aus und liefern anhand des Datenmaterials Prognosen und Ergebnisse. Der Algorithmus wird von Menschen programmiert, um mit den Datenmengen (Diagnosedaten, Bilddaten, Sprache, Text etc.) zu arbeiten. Daraus entstehende Datenmuster lassen die Auswertungsleistung des Systems stetig besser werden, weil das System aus den vielen Datenvarianten lernt, Muster zu präzisieren. Die Folge sind Auswertungsvorschläge eines Systems, der sogenannten KI. Diese KI kann helfen, aus einem großen Datenpool immer bessere Vorschläge für die Diagnostik und Therapie abzuleiten um so die Versorgung der Patient*innen stetig zu verbessern (Fink et al., 2018). KI findet bereits Anwendung in der Dokumentation oder in der Auswertung von großen Datenmengen, beispielsweise in der Radiologie. Damit wird sie zunehmend Teil der Gesundheitsversorgung (Döllinger, 2019).

Im Rahmen des Projektes *HUMAINE* wird die KI basierte Spracherkennungssoftware *ISi-Speech* eingesetzt. Diese soll objektives Feedback für das Eigentraining von Morbus Parkinson Patient*innen generieren. Die Trainingsfrequenz kann damit quantitativ und qualitativ gesteigert werden.

1.2 ISi-Speech: Digitales Sprechtraining bei Morbus Parkinson

Morbus Parkinson ist in Europa die zweithäufigste neurodegenerative Erkrankung und durch das Störungsbild der Dysarthrie logopädisch relevant (Sütterlin et al., 2011). Die Behandlung einer Dysarthrie erfordert ein hochfrequentes Therapieangebot für eine nachhaltige Verbesserung der kommunikativen Fähigkeiten. Trotz der hohen Prävalenz von Sprechstörungen bei Morbus Parkinson nehmen in

Deutschland jedoch nur etwa 4% der Betroffenen eine ambulante logopädische Therapie in Anspruch (Wissenschaftliches Institut der AOK, 2019). Die veränderte Selbstwahrnehmung der Patient*innen ist ein zentrales Symptom der Erkrankung, das ein wirksames Eigen-training einschränkt (Skodda, 2015). Neue Technologien mit integrierter Spracherkennung ermöglichen ein individuelles Training mit individuellem Feedback. Mit dem Forschungsprojekt *ISi-Speech* (*Individualisierte Spracherkennung in der Rehabilitation für Menschen mit Beeinträchtigungen in der Sprechverständlichkeit*) entstand bereits von 2015 bis 2018 ein technikgestütztes Training zur Therapie von Dysarthrien bei Morbus Parkinson. Das Training ist webbasiert und kann somit über einen Browser auf verschiedenen Endgeräten genutzt werden. *ISi-Speech* verfolgt das Ziel, sich als adaptives Motivations- und Feedbacksystem an die Fähigkeiten und Möglichkeiten der Anwender*innen individuell anzupassen und so die Motivation für eine fortwährende Nutzung und ergänzende Rehabilitationsmaßnahmen zu fördern. Die eigene Kommunikation soll damit stabilisiert und die soziale Teilhabe gefördert werden. *ISi-Speech* vereint evidenzbasierte und Best-Clinical-Practice-Übungen zur Therapie von Artikulation, Prosodie, Sprechlautstärke, Sprechgeschwindigkeit, Stimmvolumen und Respiration. Das Trainingsprogramm arbeitet mit automatischer Spracherkennung und kann so Feedback zur Verständlichkeit des Sprechens geben. Das ermöglicht eine objektive Einschätzung der Verständlichkeit.

2 Methoden

Um eine KI-Implementierung möglich zu machen, vernetzen die *Hochschule für Gesundheit*, das *Institut für Arbeitswissenschaften (IAW)* sowie der *Lehrstuhl für Arbeits-, Organisations- und Wirtschaftspsychologie (AOW)* der Ruhr-Universität Bochum die Forschungsarbeit. Das *IAW* untersucht mithilfe einer soziotechnischen Workflow-Analyse das Veränderungspotenzial der logopädischen Arbeitsprozesse durch den Einsatz von *ISi-Speech*, den damit ein-

hergehenden Kompetenzbedarfen sowie Herausforderungen aus technischer, therapeutischer und sozialer Perspektive. Die Workflow-Analyse untersucht dabei bestehende Arbeitsprozesse und Abläufe der logopädischen Arbeit mit all ihren Prozessschritten, angefangen beim ersten Patient*innenkontakt über die Therapie und Beratung bis hin zum Eigentraining und zur abschließenden Gutachtenerstellung. Daraufhin werden diese Arbeitsschritte um KI-Szenarien ergänzt und es werden Auswirkungen für die Therapie, Beratung und Organisation sowie die Rolle als Therapeut*in diskutiert. Logopäd*innen, Sprachtherapeut*innen und Linguist*innen nehmen aus verschiedenen Settings an der Workflow-Analyse teil und bringen ihre Expertise ein. Somit soll ein möglichst exaktes Bild von der Ausgangssituation gezeichnet werden, um Transformationsideen für zukünftige Arbeitsabläufe abzuleiten. Das *AOW* entwickelt im Rahmen des Projekts das Bewertungsinstrument *Job Perception Inventory (JOPI)*. Das *JOPI* ist eine modulare Fragebogenbatterie, welche den Erfüllungsgrad von wohlbefindens- und motivationsförderlichen Auswirkungen von KI-Anwendungen wie *ISi-Speech* auf die logopädische Jobidentität erfasst. Die subjektive Sicht der Logopäd*innen steht im Fokus bei der Implementierung von neuen Technologien. Aus den Ergebnissen des *JOPI* soll die Wahrnehmung der eigenen Tätigkeit und identitätsstiftender Aufgaben erfasst werden, um arbeitsplatzspezifische Kriterien für eine humanzentrierte Gestaltung von KI-Arbeitsplätzen in der Logopädie abzuleiten. Die *Hochschule für Gesundheit* führt eine Machbarkeitsstudie im realen Versorgungsetting durch. Im Rahmen der Studie wird der Prototyp *ISi-Speech* in das bestehende Therapieformat der *Parkinson-Komplex-Therapie* integriert. In diesem zweiwöchigen stationären Angebot erhalten die Teilnehmer*innen zusätzlich zur logopädischen Standardtherapie die Anwendung *ISi-Speech*. Im Anschluss an die stationäre Behandlung erfolgt eine zweiwöchige Eigentrainingsphase im häuslichen Setting. Während der Studie werden verschiedene Erhebungsmethoden wie qualitative Interviews, Fokusgruppen und Determinantenanalysen eingesetzt, um Fragen zur bedarfsgerechten Anwendbarkeit, Kom-

petenzbedarfen, Schulungsangeboten und digitalen Therapiestaltung zu beantworten. Ziel ist die Entwicklung von Implementierungsstrategien auf Basis der Studienergebnisse, die zum erfolgreichen Transfer von KI-basierten Systemen in die praktische Versorgung beitragen. Zudem sollen verschiedene Kompetenzmodule entstehen, die praktische Fähigkeiten zur Anwendung neuer Technologien vermitteln. Diese sollen anschließend in Form von digitalen Workshops zur Weiterbildung von Logopäd*innen/Sprachtherapeut*innen angeboten werden.

Zusammenfassend sollen die dargestellten Methoden zur Bestätigung folgender Arbeitshypothesen des Projektes genutzt werden:

- Für den Nachhaltigkeitstransfer von KI-basierten Systemen in die Logopädie/Sprachtherapie ist eine humanzentrierte Prozessgestaltung elementar.
- Multiprofessionelles Denken erhöht die Chancen einer gelungenen Implementierung von KI-basierten Systemen in die Logopädie/Sprachtherapie der Zukunft.

3 Ausblick

Insgesamt bietet KI-basierte Spracherkennung vielfältige Einsatzmöglichkeiten in der Logopädie/Sprachtherapie. Systeme wie *ISi-Speech* haben das Potenzial, zukünftig Therapieverfahren sowie Diagnostikprozesse zu verändern. Vor diesem Hintergrund ist eine humanzentrierte Einführung solcher Technologien eine wesentliche Voraussetzung für eine erfolgreiche Nutzung in der Regelversorgung und für eine nachhaltige Transformation durch Technik. Multiprofessionelle Teams können zum Nachhaltigkeitstransfer neuer Technologien in den Gesundheitsfachberufen beitragen, da auf verschiedenen Ebenen und in konkreten Szenarien die Implementierung geplant und umgesetzt wird. Bisher fehlt es an konkreten Richtlinien und Kompetenzen, um neue Technologien in der logopädischen Praxis

einzusetzen. Das vorgestellte Projekt erforscht verschiedene Anwendungsszenarien und Nutzer*innenperspektiven. Die praxisnahe Evaluation digitaler Technologien am Beispiel *ISI-Speech* kann ein universelles Best-Practice-Modell darstellen und den Transfer digitaler Technologien in die Logopädie ermöglichen.

4 Literatur

- Bilda, K., Dörr, F., Urban, K. & Tschuschke, B. (2020). Digitale logopädische Therapie – Ergebnisse einer Befragung zum aktuellen Ist-Stand aus Sicht von LogopädInnen. *Logos*, 28 (3), 176–183.
- Deutscher Bundesverband für Logopädie (dbl) (2020). *Videobehandlungen in der Logopädie: dbl Positionspapier*. Abgerufen am 30.11.2022 unter https://www.dbl-ev.de/fileadmin/Inhalte/Dokumente/der_dbl/Positionspapiere/Videobehandlungen_in_der_Logopaedie_Juni_2020.pdf
- Döllinger, M. (2019). Künstliche Intelligenz und neuronale Netze. *Sprache – Stimme – Gehör*, 43 (3), 121. <https://doi.org/10.1055/a-0887-9740>
- Ertel, W. & Black, N.T. (2016). *Grundkurs Künstliche Intelligenz* (Bd. 4): Springer.
- Fink, L., Petersen, U. & Voss, A. (2018). Künstliche Intelligenz in Deutschland. Ein systematischer Katalog von Anwendungen des maschinellen Lernens. Fraunhofer-Allianz Big Data/Fraunhofer-Institut für Intelligente Analyse und Informationssysteme. Abgerufen am 30.11.2022 unter <https://www.digitale-technologien.de/DT/Redaktion/DE/Downloads/Publikation/Forum-Digitale-Technologien/KI-in-Deutschland.pdf>

- Lauer, N. (2020). Teletherapie – hat die Logopädie eine digitale Zukunft? Ergebnisse eines qualitativen Forschungsprojekts des Studiengangs Logopädie der OTH Regensburg. *Forum Logopädie*, 34 (5), 12–17. <https://doi.org/10.2443/skv-s-2020-53020200502>
- Skodda, S. (2015). Die Dysarthrie des Morbus Parkinson: Klinische Präsentation, pathophysiologische und diagnostische Aspekte. *Sprache – Stimme – Gehör*, 39 (4), 182–186. <https://doi.org/10.1055/s-0041-102793>
- Sütterlin, S., Hoßmann, I. & Klingholz, R. (2011). *Demenz-Report: Wie sich die Regionen in Deutschland, Österreich und der Schweiz auf die Alterung der Gesellschaft vorbereiten können*. Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung. Abgerufen am 30. 11. 2022 unter <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-321483>
- Wissenschaftliches Institut der AOK (2019). Heilmittelbericht 2019. *Berlin: Wissenschaftliches Institut der AOK*. Abgerufen am 30. 11. 2022 unter https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/Buchreihen/Heilmittelbericht/wido_hei_hmb_2019.pdf

Kontakt

Fiona Dörr

Fiona.Doerr@hs-gesundheit.de

Anika Thurmann

Anika.thurmann@hs-gesundheit.de

Kerstin Bilda

Kerstin.bilda@hs-gesundheit.de

Die kommunikative Partizipation von Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen im Vorschulalter: erste Daten mit dem FOCUS[®]-34-G

Svenja Zauke^{1,2}  & Sandra Neumann² 

¹ Praxis für Logopädie Steinmaur, Schweiz

² Fachgebiet für Sonder- und Sozialpädagogik, Universität Erfurt, Deutschland

ABSTRACT: Bei Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen (SES) können sich Symptome auf sprachlich-funktionaler Ebene sehr variabel auf die kommunikative Partizipation im Alltag auswirken. Kommunikative Partizipation wird definiert als sprachlich-kommunikatives Teilnehmen an Lebenssituationen, in denen Wissen, Informationen, Ideen oder Gefühle ausgetauscht werden. Der deutschsprachige ‚Fokus auf den Erfolg der Kommunikation für Kinder unter sechs Jahren‘ (FOCUS[®]-34-G) ist ein evaluierter Fragebogen zur Fremdeinschätzung der kommunikativen Partizipation von Kindern (1;6 bis 5;11 Jahre). Ziel unserer Studie war die Untersuchung der Auswirkungen einer SES auf die kommunikative Partizipation betroffener Kinder im Alter zwischen 2;0 und 4;11 Jahren anhand des FOCUS[®]-34-G. Eltern von Kindern mit SES füllten den FOCUS[®]-34-G sowie einen Demografie-Bogen aus. Es konnten erste Daten von 22 Kindern (16 Jungen) im Alter zwischen 2;7 und 3;11 ($M = 3;3$ Jahre, $SD = 0;4$ Jahre) erhoben werden. Im FOCUS[®]-34-G erreichten Kinder mit SES einen Gesamtwert zwischen 54 und 197 ($M = 120.55$, $SD = 40.91$) von 238 maximal möglichen Punkten. Diese Ergebnisse zeigen eine eingeschränkte kommunikative Partizipation von Kindern mit SES, die es in einer ICF-CY-orientierten sprachtherapeutischen Intervention zu beachten gilt. Als klinisches Assessmentinstrument kann der FOCUS[®]-34-G als Kurzversion des FOCUS[®]-G als geeignet angesehen werden.

KEYWORDS: kommunikative Partizipation, Sprachentwicklungsstörung, SES, ICF-CY, Vorschulalter

1 Theoretischer Hintergrund

1.1 Sprachentwicklungsstörungen (SES)

Sprachentwicklungsstörungen zählen mit einer Prävalenz von 6 bis 8% zu den häufigsten Entwicklungsauffälligkeiten im Kindesalter (von Suchodoletz, 2003). Die sprachlichen Fähigkeiten eines Kindes mit SES weichen dabei um mindestens 1.5 Standardabweichungen vom Mittelwert der Altersgruppe ab (DeLangen-Müller et al., 2011). Kinder mit SES weisen vor allem qualitative Abweichungen in der Aussprache, im Wortschatz, in der Grammatik und der Pragmatik auf (DeLangen-Müller et al., 2011; Kannengieser, 2009). Die produktive und rezeptive Verarbeitung kann nach Cholewa und Siegmüller (2017) in unterschiedlichem Ausmaß betroffen sein. Die beschriebenen sprachlichen Einschränkungen können sich auf die Partizipation in der Schule, am Arbeitsleben und in der Gesellschaft auswirken.

1.2 Kommunikative Partizipation [Teilhabe]

Das Konzept der Partizipation [Teilhabe] ist als Domäne im bio-psycho-sozialen Modell der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF; WHO, 2007) verortet. Eine spezielle Form der Partizipation stellt die *kommunikative Partizipation* dar. Sie wird definiert als sprachlich-kommunikatives Teilnehmen an Lebenssituationen, in denen Wissen, Informationen, Ideen oder Gefühle ausgetauscht werden (Eadie et al., 2006; Neumann et al., 2018). Diese Lebenssituationen im Kindesalter umfassen vielfältige Kontexte, wie beispielsweise zu Hause, in der Kita/Spielgruppe, in der Freizeit auf dem Spielplatz oder in der Gesellschaft von Freund*innen oder Verwandten.

1.3 Kommunikative Partizipation bei Kindern mit SES

Viele solcher Lebenssituationen im Alltag von Kindern mit SES verlaufen jedoch nicht reibungslos (Thomas-Stonell et al., 2009). Beispielsweise ziehen sich die Kinder aus Interaktionen mit anderen Personen zurück (St Clair et al., 2011). Nicht selten erfahren sie auch Ausgrenzung und Mobbing (Gerbig et al., 2018). Die Partizipation am sozial-kommunikativen Leben scheint durch die sprachlichen Probleme also stark beeinträchtigt (Blehschmidt, 2013; Neumann et al., 2018; Opitz & Neumann, 2019; Sylvestre et al., 2016; Zauke & Neumann, 2019). In Studien anhand des Fragebogens FOCUS[®]-G zeigte sich, dass Kinder mit einer SES, die Probleme auf mehreren linguistischen Ebenen haben, zudem noch weniger erfolgreich kommunikativ partizipieren als Kinder mit einer reinen Sprechstörung (Neumann et al., 2018; Thomas-Stonell et al., 2013; Zauke & Neumann, 2019).

1.4 Fragebogen ‚Fokus auf den Erfolg der Kommunikation unter sechs‘ (FOCUS[®]-G/ FOCUS[®]-34-G)

Da Eltern/Sorgeberechtigte ihre kleinen Kinder täglich in den verschiedensten Situationen erleben und beobachten, ist ihre Einschätzung der kommunikativen Partizipation besonders wertvoll. Mit der Verwendung von Fragebögen ist es möglich, die Einschätzung der Eltern/Sorgeberechtigten in den logopädischen Prozess einzubeziehen. Generell sind Instrumente zur Messung der kommunikativen Partizipation aber bislang national als auch international noch rar. Im deutschsprachigen Raum ist inzwischen der Fremdeinschätzungsbogen (proxy report) ‚Fokus auf den Erfolg der Kommunikation unter sechs‘ (FOCUS[®]-G) erfolgreich aus dem Englischen übersetzt, evaluiert und online verfügbar (CanChild, 2012, Neumann et al., 2017; Neumann et al., 2018; Oddson et al., 2019; Thomas-Stonell et al., 2012). Mit dem Fragebogen FOCUS[®]-G kann die Fähigkeit von jungen Kindern gemessen werden, mit ihrer Umwelt zu kommunizieren und

an ihr zu partizipieren (Neumann et al., 2018; Thomas-Stonell et al., 2012). Die genauere Darstellung des FOCUS[®]-G/FOCUS[®]-34-G kann bei Neumann und Zauke (in diesem Band) nachgelesen werden.

2 Ziel

In unserer Studie werden die Auswirkungen einer SES auf die kommunikative Partizipation der betroffenen Kinder mit Sprachentwicklungsstörung (KSES) im Alter zwischen 2;0 und 4;11 Jahren anhand des FOCUS[®]-34-G untersucht.

3 Methode

3.1 Proband*innenrekrutierung

Die klinische Stichprobe wurde über die Fachstelle Sonderpädagogik des Kinderspitals Zürich und des Kantospitals Winterthur rekrutiert.

3.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Eingeschlossen wurden Kinder, die folgenden Kriterien entsprachen: Geschlecht: weiblich und männlich; Alter: 24 bis 56 Monate bei Anmeldung an der Fachstelle Sonderpädagogik; Diagnose einer SES und unterzeichnete Einverständniserklärung.

Als Ausschluss galten folgende Kriterien: Alter: unter 24 Monate oder über 56 Monate bei Anmeldung an der Fachstelle Sonderpädagogik; keine SES-Diagnose; Vorliegen einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung (Diagnose bei Abklärung der Fachstelle Sonderpädagogik) und/oder nicht ausreichende Deutschkenntnisse der Eltern/Sorgeberechtigten, um Projektunterlagen auszufüllen.

3.3 Instrumente

Eingesetzt wurde der deutschsprachige FOCUS[®]-34-G als Elternversion zur Einschätzung der kommunikativen Partizipation im Alltag. Über einen eigens entwickelten Demografie-Bogen wurden zudem soziodemografische Bereiche der Kinder (wie z. B. Alter, Geschlecht, Familiensprache, Anzahl der Geschwister, Bildungsgrad der Eltern) erfasst.

3.4 Durchführung

Nach der logopädischen Abklärung an der Fachstelle Sonderpädagogik füllten die Eltern/Sorgeberechtigten vor Therapiebeginn (T1) die Fragebögen im Paper-Pencil-Verfahren zuhause aus.

4 Ergebnisse

4.1 Stichprobe

Es konnten erste Daten von 22 Kindern (16 Jungen) im Alter zwischen 2;7 und 3;11 ($M = 3;3$ Jahre, $SD = 0;4$ Jahre) erhoben werden, die mit einer Sprachentwicklungsstörungen diagnostiziert wurden (KSES).

Insgesamt wird in 50% der Familien allein Schweizerdeutsch gesprochen. 50% der Kinder sprechen in ihrer Familie neben dem Schweizerdeutschen eine weitere Sprache (z. B. Portugiesisch, Kroatisch). 50% der Kinder stammen aus Familien mit einem hohen Einkommen, 45% aus Familien mit mittlerem und kein Kind aus einer Familie mit niedrigem Einkommen. Von einer Familie fehlten Angaben zum Familieneinkommen. Die meisten Mütter halten als höchste Ausbildung einen Abschluss einer Berufslehre im Betrieb inne ($n = 10$). Sechs Mütter erlangten als höchste Ausbildung einen Master von einer Universität, ETH, Fachhochschule oder pädagogischen Hoch-

schule. Lediglich den Abschluss der obligatorischen Schule erlangte eine Mutter. Als Einzelkind wachsen zwei Kindern auf, wohingegen 91 % der Kinder ein oder zwei Geschwister haben.

4.2 Ergebnisse im Fragebogen FOCUS[®]-34-G

4.2.1 Gesamtwerte

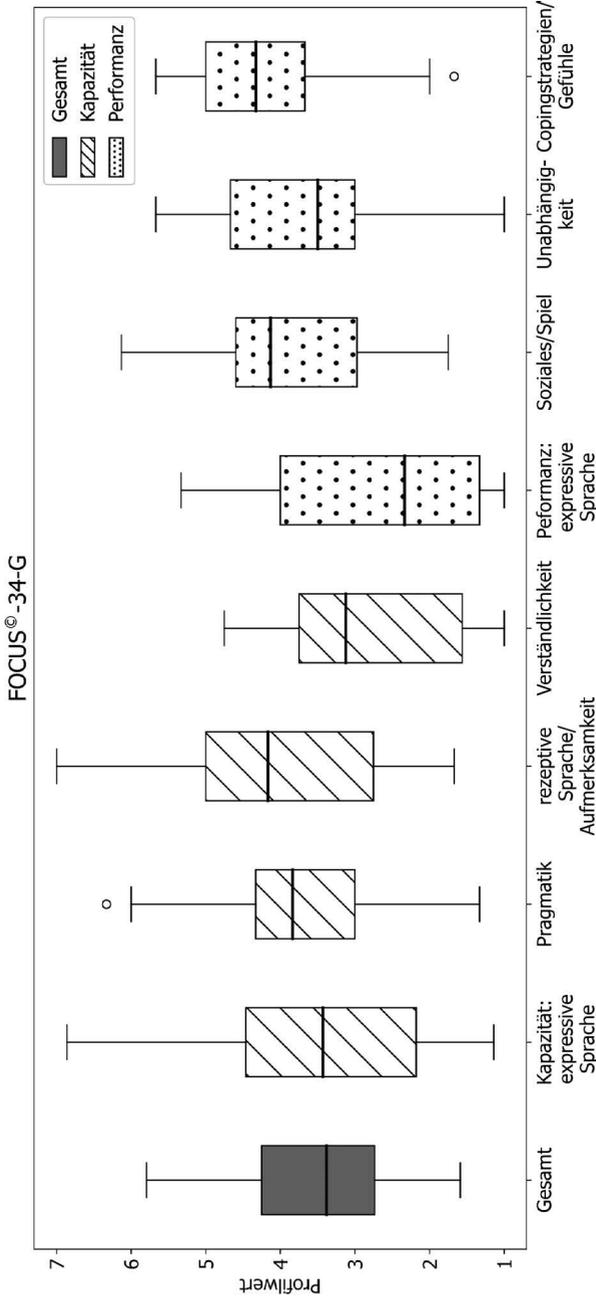
Im FOCUS[®]-34-G erreichten KSES einen Gesamtwert zwischen 54 und 197 ($M = 120.54$, $SD = 40.91$) von maximal möglichen 238 Punkten.

Um die aktuellen Ergebnisse aus der Kurzversion (FOCUS[®]-34) mit der schon etablierten Langversion (FOCUS[®]) vergleichen zu können, liefern die Autor*innen im Manual eine Umrechnungsformel (Thomas-Stonell et al., 2012). Somit entspricht der vorliegende mittlere Gesamtwert des FOCUS[®]-34-G einem FOCUS[®]-G-Äquivalent von $M = 177.26$ ($SD = 60.16$) von maximal möglichen 350 Punkten.

4.2.2 Profilwerte

Die Profilwerte im FOCUS[®]-34-G (min. 1.0 und max. 7.0 Punkte) lagen zwischen dem niedrigsten Wert in der Kategorie *Performanz: expressive Sprache* ($M = 2.68$, $SD = 1.49$), gefolgt von *Kapazität: Verständlichkeit* ($M = 2.83$, $SD = 1.22$), *Kapazität: expressive Sprache* ($M = 3.38$, $SD = 1.67$), *Performanz: Unabhängigkeit* ($M = 3.55$, $SD = 1.41$), *Kapazität: Pragmatik* ($M = 3.65$, $SD = 1.41$), *Kapazität: rezeptive Sprache/Aufmerksamkeit* ($M = 4.03$, $SD = 1.46$), *Performanz: Soziales/Spiel* ($M = 4.04$, $SD = 1.25$) und dem höchsten Wert ($M = 4.21$, $SD = 1.15$) für die Kategorie *Performanz: Coping-strategien/Gefühle* (vgl. Abbildung 1).

Abbildung 1
 FOCUS®-34-G Gesamtwerte und Werte der Profilkategorien (Kapazität/Performanz) bei Kindern mit SES



4.2.3 Itemwerte

Bei differenzierterer Betrachtung der Werte der einzelnen Items im FOCUS[®]-34-G konnte herausgestellt werden, dass bei 15 von 34 Items die Gesamtspanne von der niedrigsten bis zur höchsten Antwortkategorie (Punktzahl von 1 bis 7) vorkam. T1 bzw. T2 entspricht Teil 1 bzw. Teil 2 des FOCUS[®]-34-G. Ziffer hinter dem Schrägstrich entspricht der Itemnummer.

Es fiel auf, dass fünf Items von mindestens vier Eltern/Sorgeberechtigten mit der Maximalpunktzahl (*exakt wie mein Kind* bzw. *kann es immer ohne Hilfe*) eingeschätzt wurden. Dies betraf die Items zum Wortschatz (*T1/16*), zur Konzentration (*T1/23*), zu Gruppenaktivitäten (*T2/4*) und zu pragmatischen Fähigkeiten (*T2/6*). Besonders häufig positiv bewertet wurde mit sieben Nennungen die Aussage zum Spiel (*T1/2*).

Es lagen drei einzelne Items mit Mittelwerten über fünf Punkten vor: zwei Items zum Spiel (*T1/2*, *T2/2*) und eines zu Gruppenaktivitäten (*T2/4*). Items mit Mittelwerten über $M = 6.00$ lagen keine vor.

Es fiel zudem auf, dass 17 Items von mindestens vier Eltern/Sorgeberechtigten mit der Minimalpunktzahl (*überhaupt nicht wie mein Kind* bzw. *kann es überhaupt nicht*) eingeschätzt wurden. Dies betraf die Items zur Selbstsicherheit und Selbständigkeit (*T1/4*, *T1/5*, *T1/21*), zur Sprechweise und Verständlichkeit (*T1/9*, *T1/10*, *T1/18*), Items mit Aussagen zu Gesprächen (*T1/22*, *T2/3*, *T2/11*) sowie mit Aussagen zu Ideen und Problemlösungen (*T1/12*, *T1/14*, *T1/20*, *T2/9*). Besonders häufig von den Eltern/Sorgeberechtigten negativiert wurden Aussagen zur Satzgrammatik (*T1/11*, *T1/15*), mit zehn Nennungen, sowie Aussagen zum Erzählen (*T1/19*, *T2/5*), mit neun Nennungen.

Es lagen 31 einzelne Items mit Mittelwerten unter fünf Punkten vor, davon 22 Items unter $M = 4.00$ und elf Items unter $M = 3.00$. Letztere sind Aussagen zu expressiven Fähigkeiten (*T1/9*, *T1/11*, *T1/15*), zum Erzählen (*T2/5*), zu Ideen und Problemlösungen (*T1/12*, *T1/20*) und Aussagen, die sich vorwiegend auf Kommunika-

tionssituationen mit Erwachsenen beziehen, die das Kind nicht gut kennen (*T1/18, T1/19, T1/21, T2/3, T2/9*).

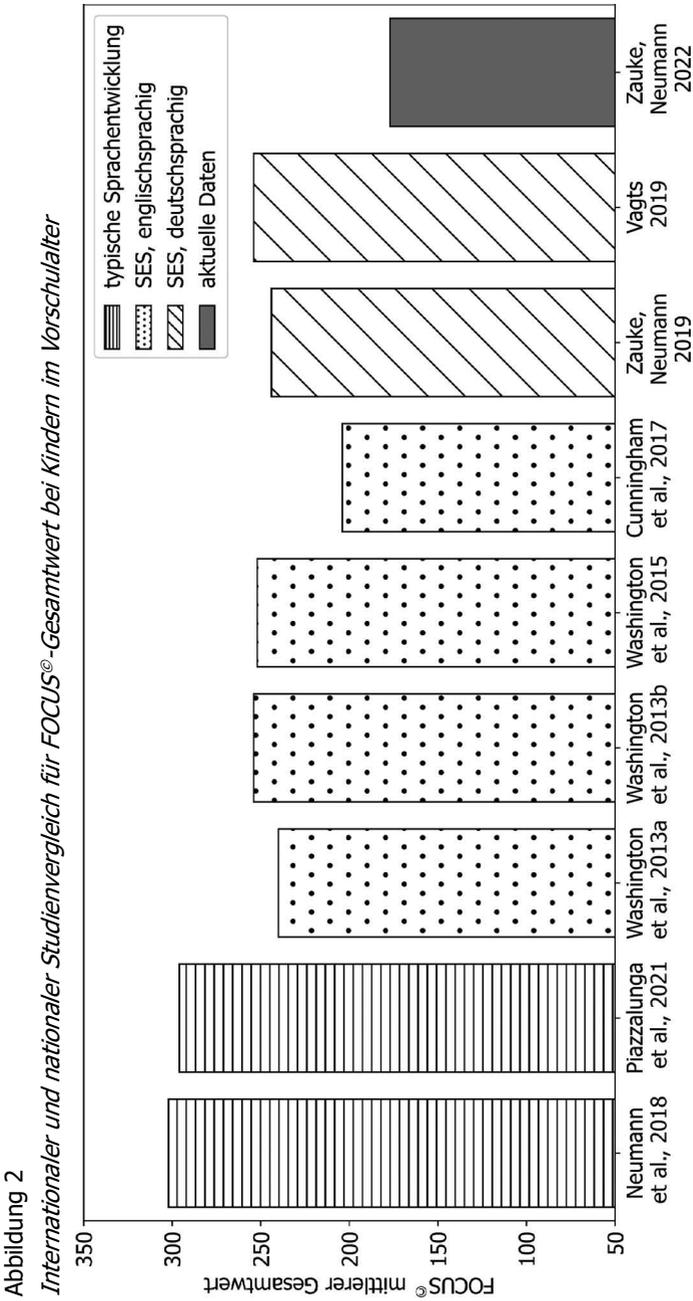
5 Diskussion

Für Kinder mit einer typischen Sprachentwicklung laufen viele Lebenssituationen im Alltag, in denen Wissen, Informationen, Ideen oder Gefühle ausgetauscht werden, reibungslos ab. Ihre erfolgreiche kommunikative Partizipation geht aus Untersuchungen hervor, in denen die sich typisch entwickelnden Kinder einen hohen Gesamtwert im FOCUS[®] erreichen. Dies zeigt sich in der Studie von Neumann et al. (2018) an einem Mittelwert von $M = 301.18$ ($SD = 32.51$) im deutschsprachigen FOCUS[®]-G bei sprachgesunden Kindern im Alter von 3;0 bis 5;11 Jahren. Des Weiteren liegen aktuelle Daten von sprachgesunden Kindern im Alter von 3;0 bis 5;11 Jahren anhand des italienischsprachigen FOCUS[®]-I von Piazzalunga et al. (2021) vor. Hier kann ein Median von $Mdn = 296.00$ herausgestellt werden. In beiden Studien zeigt sich eine sehr gute kommunikative Partizipation bei den untersuchten Kindern.

Unsere vorläufigen Ergebnisse von kleinen Kindern im Vorschulalter mit einer SES zeigen hingegen eine eingeschränkte kommunikative Partizipation. Dies ist auch im nationalen und internationalen Studienvergleich sichtbar.

Insgesamt sechs Studien aus dem englischsprachigen Raum (Cunningham et al., 2017; Washington et al., 2013a; 2013b; 2015) und aus dem deutschsprachigen Raum (Vagts, 2019; Zauke & Neumann, 2019) mit Kindern mit SES liefern erste Vergleichsmöglichkeiten zu den hier beschriebenen Ergebnissen (vgl. Abbildung 2).

In allen sechs Studien wurden Kinder im identischen Altersbereich untersucht wie in der vorliegenden Studie, wobei neben 2- bis 3-jährigen Kindern zudem auch ältere Kinder bis 5;11 Jahren eingeschlossen wurden. Da sich für die Messung der kommunikativen Partizipation anhand des FOCUS[®] bei sich typisch entwickelnden Kin-



den Alterseffekte zeigten – ältere Kinder (4;0 bis 5;11 Jahre) wiesen eine bessere kommunikative Partizipation auf als dreijährige Kinder (Neumann et al., 2018; Piazzalunga et al., 2021) – müssen die nun folgenden Vergleiche mit Vorsicht betrachtet werden.

In allen vier Studien aus dem englischsprachigen Raum zeigt sich eine erfolgreichere kommunikative Partizipation bei 2- bis 5-jährigen Kindern mit SES als in unseren Daten. Im FOCUS® liegen sie zwischen einem Mittelwert von 204 (Cunningham et al., 2017) bis 254 (Washington et al., 2013b). Der Differenzwert liegt im Schnitt 61 Punkte über unserem mittleren FOCUS®-Äquivalent-Gesamtwert.

Für deutschsprachige Kinder im Vorschulalter mit SES sind Vergleichswerte aus zwei Studien verfügbar. Auch in diesen Studien zeigt sich eine wesentlich erfolgreichere kommunikative Partizipation als in unseren Daten. Im FOCUS®-G liegen die Kinder mit SES zwischen einem Mittelwert von 244 ($n = 27$; Zauke & Neumann, 2019) bis 254 ($n = 10$; Vagts, 2019). Der Differenzwert liegt im Schnitt 72 Punkte über unserem mittleren FOCUS®-Äquivalent-Gesamtwert.

Die Betrachtung der Profilwerte deckt auf, dass die untersuchten kleinen Kinder mit SES über alle Kategorien hinweg deutlich niedrigere Werte aufweisen als Kinder mit typischer Sprachentwicklung (Neumann et al., 2018; Piazzalunga et al., 2021). Während bei den sich typisch entwickelnden Kindern alle mittleren Profilwerte über 5.00 liegen, erreicht keine Kategorie unserer Kinder einen mittleren Wert über 5.00. Die Profilkategorie *Performanz: Bewältigungsstrategien/Gefühle* stellt hierbei mit $M = 4.21$ den höchsten Wert. Dies steht im Einklang mit vorherigen Ergebnissen bei Kindern mit typischer Sprachentwicklung als auch bei Kindern mit SES. Diese Profilkategorie liegt im oberen Bereich mit Werten zwischen 5.30 (Zauke & Neumann, 2019) und 6.17 (Neumann et al., 2018). Kinder mit SES scheinen sich trotz ihrer sprachlichen Symptome in der Kommunikation ausreichend wohl und selbstsicher zu fühlen und zeigen angemessene Bereitschaft, mit anderen zu sprechen. Dennoch kommen sie auch an ihre Grenzen: In der Kategorie *Performanz: expressive Leistungen* liegt der mittlere Profilwert ($M = 2.68$) unserer untersuchten Kinder

mit SES am geringsten. Es scheint den kleinen Kindern noch schwer zu fallen, Ereignisse, Handlungen oder Geschichten zu erzählen. Beide Items zum Erzählen wurden von neun Eltern/Sorgeberechtigten mit der Minimalpunktzahl (*überhaupt nicht wie mein Kind bzw. kann es überhaupt nicht*) eingeschätzt. Möglicherweise ist dies eine Performanzleistung, die jungen Kindern generell noch Schwierigkeiten bereitet. Denn auch bei 3-jährigen Kindern mit typischer Sprachentwicklung liegt die Kategorie *Performanz: expressive Sprache* am niedrigsten (Neumann et al., 2018: $M = 5.64$; Piazzalunga et al., 2021: $M = 5.13$). Zudem zeigen sich über alle Altersgruppen hinweg eher niedrige Werte ($M = 5.64$ bis 5.85 , Neumann et al., 2018). Während die Kategorie *Kapazität: Verständlichkeit* bei typisch entwickelnden Kindern mit Werten über 6.00 eher zu den erfolgreichen Kategorien zählt (Neumann et al., 2018; Piazzalunga et al., 2021), ist die Verständlichkeit bei unseren untersuchten kleinen Kindern mit SES deutlich eingeschränkt. Mit einem mittleren Wert von $M = 2.83$ liegen die Kinder sogar noch einmal deutlich unter den 3- bis 5-jährigen Vorschulkindern mit SES, für die diese Kategorie am niedrigsten bewertet wurde (Vagts, 2019: $M = 4.87$; Zauke & Neumann, 2019: $M = 4.04$). Die Items zur Sprechweise und Verständlichkeit wurden von mind. vier unserer Eltern/Sorgeberechtigten mit der Minimalpunktzahl eingeschätzt. Dem Umfeld von Kindern mit SES scheint es eindeutig schwer zu fallen, die Kommunikationsabsichten der kleinen Kinder auf Anrieb zu entschlüsseln. Möglicherweise erschweren Symptome auf den verschiedenen linguistischen Ebenen die Verständlichkeit, wohingegen physiologische Veränderungen der Aussprache und Grammatik von Kleinkindern mit typischer Sprachentwicklung vom Umfeld sofort verstanden werden. Erfolgreich verstanden werden vom Umfeld hingegen soziale Ziele und Absichten zum Spiel bei Kindern mit und ohne SES. Die Profilkategorie *Performanz: Soziales/Spiel* kann in unseren Daten mit einem mittleren Wert von $M = 4.04$ als eher erfolgreich charakterisiert werden. Drei einzelne Items zum Spiel und zu Gruppenaktivitäten lagen mit Mittelwerten über fünf Punkten vor. Von sieben Eltern/Sorgeberechtigten wurde je ein Item zum Spiel mit der Maximalpunktzahl bewertet. Den

kleinen Kindern mit SES gelingt es anscheinend zufriedenstellend, in Gruppenaktivitäten und Spiele integriert zu werden und sie kommunizieren effektiv mit Kindern und Erwachsenen. Etwas weniger effektiv gelingen generell Kommunikationssituationen mit Erwachsenen, die das Kind nicht gut kennen. Hierunter fallen in unseren Daten fünf von elf Items mit jeweils unter drei Punkten. Es wird offensichtlich, dass sich unbekannte Personen wohl nicht ausreichend in die sprachlichen Symptome des Kindes mit SES einhören können, sodass es eher zu Missverständnissen und Misserfolgen in der kommunikativen Partizipation kommen kann.

6 Fazit

Die von uns untersuchten Kinder mit SES zeigen im Vergleich zu Kindern mit typischer Sprachentwicklung Einschränkungen in der kommunikativen Partizipation. Kleinen Kindern zwischen 2 und 3 Jahren gelingt die kommunikative Partizipation sogar noch etwas weniger erfolgreich als Kindern im Vorschulalter zwischen 3;0 und 5;11 Jahren. Hier sind weitere Analysen in Bezug zu sprachstrukturellen Auffälligkeiten der Kinder durchzuführen, um Prädiktoren herauszustellen.

Um Kinder mit SES bei einer erschwerten kommunikativen Partizipation adäquat unterstützen zu können, sollte das Konstrukt der kommunikativen Partizipation daher in die Diagnostik und als Outcome Measure in eine ICF-CY-orientierte und evidenzbasierte sprachtherapeutische Versorgung zwingend mit einbezogen werden. Als Assessmentinstrument sehen wir den FOCUS[®]-34-G als Kurzversion des FOCUS[®] als klinisch sehr gut geeignet an.

7 Literatur

- Blechschmidt, A. (2013). „Wir sind dabei!“. *Sprachdidaktische Diagnostik zur Kommunikationspartizipation bei Lippen-Kiefer-Gaumen-Segel-Fehlbildung*. Verlag Dr. Kovač.
- CanChild (2012). FOCUS[®]-34. Abgerufen am 14.08.2023 unter <https://www.canchild.ca/en/shop/30-focus-34>
- Cholewa, J. & Siegmüller, J. (2017). „Beyond randomized control“: Plädoyer für mehr inhaltliche Transparenz, Systematik und Programmik in der Sprachtherapieforschung bei SSES. *Logos*, 25(2), 84–95. <https://doi.org/10.7345/prolog-1702084>
- Cunningham, B.J., Hanna, S.E., Oddson, B., Thomas-Stonell, N. & Rosenbaum, P. (2017). A population-based study of communicative participation in preschool children with speech-language impairments. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 59(10), 1049–1055, <https://doi.org/10.1111/dmcn.13515>
- DeLangen-Müller, U., Kauschke, C., Kiese-Himmel, C., Neumann, K. & Noterdaeme, M. (2011). Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen (SES), unter Berücksichtigung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen (USES). Abgerufen am 15.04. 2019 unter https://www.dgpp.de/cms/media/download_gallery/S2k-LL-SES.pdf
- Eadie, T., Yorkston, K., Klasner, E., Dudgeon, B., Deitz, J., Baylor, C., Miller, R. & Amtmann, D. (2006). Measuring Communicative Participation: A Review of Self-Report Instruments. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 15(4), 307–320. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2006/030\)](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2006/030))
- Gerbig, T., Spieß, C., Berg, M. & Sarimski, K. (2018). Soziale Ausgrenzung von Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen. *Forschung Sprache*, 6(1), 63–72. Abgerufen am 14.08.2023 unter https://www.forschung-sprache.eu/fileadmin/user_upload/Dateien/Heftausgaben/2018-1/5-70-2018-01-04.pdf

- Kannengieser, S. (2009). *Sprachentwicklungsstörungen: Grundlagen, Diagnostik und Therapie* (1. Aufl.). Elsevier/Urban & Fischer.
- Neumann, S., Salm, S., Rietz, C. & Stenneken, P. (2017). The German Focus on the Outcomes of Communication Under Six (FOCUS[®]-G): Reliability and Validity of a Novel Assessment of Communicative Participation. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 60 (3), 675–681. https://doi.org/10.1044/2016_JSLHR-L-15-0219
- Neumann, S., Salm, S., Robertson, B. & Thomas-Stonell, N. (2018). Kommunikative Partizipation von Kindern im Vorschulalter – Erste deutsche Referenzdaten zum „Fokus auf den Erfolg der Kommunikation für Kinder unter sechs Jahren“ (FOCUS[®]-G). *Logos*, 26 (3), 176–185. <https://doi.org/10.7345/prolog-1803176>
- Oddson B., Thomas-Stonell N., Robertson B. & Rosenbaum P. (2019). Validity of a streamlined version of the Focus on the Outcomes of Communication Under Six: process and outcome. *Child: Care, Health and Development*, 4 (4), 600–605. <https://doi.org/10.1111/cch.12669>
- Opitz, M. & Neumann, S. (2019). Selbsteinschätzung der kommunikativen Partizipation von Grundschulkindern mit (S)SES: Erste Daten anhand des ‚Fragebogens zur Beteiligung an Alltagskommunikation‘ (FBA 6–10). *Forschung Sprache*, 7 (2), 37–52. Abgerufen am 14.08.2023 unter https://www.forschung-sprache.eu/fileadmin/user_upload/Dateien/Heftausgaben/2019-2/5-70-2019-02-04.pdf
- Piazzalunga, S., Salerni, N., Ambrogi, F., Limarzi, S., Gianera, S. & Schindler, A. (2021). The communicative participation in pre-school children estimated by the FOCUS questionnaire: a functional communicative outcome measure. *Hearing, Balance and Communication*, 19 (5), 294–302. <https://doi.org/10.1080/21695717.2022.2028489>

- St Clair, M. C., Pickles, A., Durkin, K. & Conti-Ramsden, G. (2011). A longitudinal study of behavioral, emotional and social difficulties in individuals with a history of specific language impairment (SLI). *Journal of Communication Disorders, 44* (2), 186–199. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2010.09.004>
- Sylvestre, A., Brisson, J., Lepage, C., Nadeau, L. & Deaudelin, I. (2016). Social participation of children age 8–12 with SLI. *Disability and Rehabilitation, 38* (12), 1146–1156. <https://doi.org/10.3109/09638288.2015.1074730>
- Thomas-Stonell, N., Oddson, B., Robertson, B. & Rosenbaum, P. (2009). Predicted and observed outcomes in preschool children following speech and language treatment: Parent and clinician perspectives. *Journal of Communication Disorders, 42* (1), 29–42. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2008.08.002>
- Thomas-Stonell, N., Oddson, B., Robertson, B., Walker, J. & Rosenbaum, P. (2012). *FOCUS®: Focus on the Outcomes of Communication Under Six*. Holland Bloorview Kids Rehabilitation Hospital.
- Thomas-Stonell, N., Washington, K., Oddson, B., Robertson, B. & Rosenbaum, P. (2013). Measuring communicative participation using the FOCUS®: FOCUS on the Outcomes of Communication Under Six. *Child: Care, Health and Development, 39* (4), 474–480. <https://doi.org/10.1111/cch.12049>
- Vagts, J. (2019). *Die kommunikative Partizipation von Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen im Alter von 2;7 bis 5;5 Jahren* (Unveröffentlichte Bachelorarbeit). Universität zu Köln.
- von Suchodoletz, W. (2003). Umschriebene Sprachentwicklungsstörungen. *Monatsschrift für Kinderheilkunde, 151* (1), 31–37. <https://doi.org/10.1007/s00112-002-0644-3>
- Washington, K., Oddson, B., Robertson, B., Rosenbaum, P. L. & Thomas-Stonell, N. (2013a). Reliability of the Focus on the Outcomes of Communication Under Six (FOCUS). *Journal of Clinical Practice in Speech-Language Pathology, 15* (1), 7–12.

- Washington, K., Thomas-Stonell, N., Oddson, B., McLeod, S., Warr-Leeper, G., Robertson, B. & Rosenbaum, P. (2013b). Construct validity of the FOCUS[®] (FOCUS on the Outcomes of Communication Under Six): A communicative participation outcome measure for preschool children. *Child: Care, Health and Development*, 39 (4), 481–489. <https://doi.org/10.1111/cch.12043>
- Washington, K., Thomas-Stonell, N., McLeod, S. & Warr-Leeper, G. (2015). Outcomes and predictors in preschoolers with speech-language and/or developmental mobility impairments. *Child Language Teaching and Therapy*, 31 (2), 141–157. <https://doi.org/10.1177/0265659014539689>
- WHO (2007). International Classification of Functioning, Disability and Health: Children and Youth Version: ICF-CY. World Health Organization. Abgerufen am 14.08.2023 unter <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43737>
- Zauke, S. & Neumann, S. (2019). Die kommunikative Partizipation von Kindern im Vorschulalter mit Sprachentwicklungsstörungen (S)SES – Erste Ergebnisse anhand des FOCUS[®]-G. *logopädie-schweiz*, 3, 15–25. Abgerufen am 14.08.2023 unter https://www.logopaedieschweiz.ch/fileadmin/media/bulletin_archiv/Fachartikel_Zauke_Neumann_0319.pdf

Kontakt

Svenja Zauke

svenja.zauke@uni-erfurt.de

Auswirkungen eines nonverbalen Rhythmustrainings auf die Sprechmotorik und Sprechflüssigkeit bei stotternden Kindern

Alicia Kluth^{1,2}, Marilyne Lemire-Tremblay², Kevin Jamey² ,
Simone Dalla Bella²  & Simone Falk² 

¹ Masterstudiengang Sprachtherapie, Ludwig-Maximilians-Universität München, Deutschland

² Institute for Brain, Music and Sound Research (BRAMS), Université de Montréal, Kanada

ABSTRACT: Die alleinige Ursache von Stottern ist weiterhin nicht abschließend geklärt. Auf neurofunktioneller und -morphologischer Ebene zeigen stotternde Personen Abweichungen in den Arealen, welche nicht nur für die Initiierung von sprechmotorischen Programmen, sondern auch für die Produktion und Perception von musikalischen Rhythmen zuständig sind. Unterschiede zu flüssigsprechenden Personen treten jedoch nicht nur im verbalen, sondern auch im nonverbal sensomotorischen Bereich auf, was auf eine Störung domänenübergreifender auditiv-motorischer Koordinationsprozesse hindeutet. Ausgehend davon wurde in einigen Studien postuliert, dass dem Störungsbild Stottern ein domänenübergreifendes Rhythmusdefizit zugrunde liegt. Im Gegensatz zu anderen Störungsbildern, welche auch Probleme in rhythmischen Aufgaben aufweisen, gibt es bis dato jedoch keine Intervention, welche dieses Defizit angeht. Es soll untersucht werden, ob ein nonverbales rhythmisches Training bei stotternden Kindern im Alter von zehn bis zwölf Jahren eine Verbesserung der sensomotorischen Synchronisationsfähigkeiten zur Folge hat. Zudem soll erforscht werden, ob es Transfereffekte auf die Sprechmotorik und Sprechflüssigkeit gibt. Für die vorliegende einfach verblindete Pilotstudie sollen 20 Kinder rekrutiert werden. Zehn davon werden randomisiert der Experimentalgruppe zugewiesen, welche das rhythmische Spiel *Rhythm Workers* über drei Wochen daheim auf einem Tablet spielen sollen. Die Kontrollgruppe spielt ein nicht-rhythmisches Bubble-Shooter-Spiel namens *Frozen Bubble*. Diese Studie könnte somit den Weg ebnen für technologieunterstützte

Rehabilitationsmaßnahmen, welche darauf abzielen die rhythmisch-motorischen Defizite bei Stottern zu lindern.

KEYWORDS: Stottern, sensomotorische Synchronisation, Rhythmustraining, Sprechmotorik, Apps

1 Theoretischer Hintergrund

Bei dem *originär neurogenen nicht-syndromalen Stottern* (im Folgenden: Stottern) handelt es sich um eine Redeflussstörung, welche meist ohne erkennbare Ursache in der Kindheit entsteht und mit strukturellen und funktionellen Hirnveränderungen einhergeht (Natke & Kohmäscher, 2020). Stottern tritt bei ungefähr 5 bis 10% der Kinder unter sechs Jahren auf (Bloodstein & Bernstein Ratner, 2008). Bis zu 80% der Kinder remittieren von ihrem Stottern, sodass die generelle Prävalenz ca. 1% beträgt (Yairi & Ambrose, 2013). Zu den Kernsymptomen zählen unwillkürliche Unterbrechungen im Redefluss durch Blockierungen, Wiederholungen oder Prolongationen. Zusätzlich tritt meist auch motorisches, vegetatives oder emotionales Begleitverhalten auf (Natke & Kohmäscher, 2020).

Hinsichtlich der zerebralen Befunde lässt sich nicht klar abgrenzen, welche Anlagen bereits vorhanden waren und was sich aufgrund kompensatorischer Mechanismen im Laufe der Zeit entwickelt hat, da die meisten bildgebenden Studien an Erwachsenen durchgeführt wurden. Befunde, die auch bei Kindern – also nahe am Onset des Stotterns – festgestellt werden konnten, sind vermutlich eher ursächlicher als kompensatorischer Natur. Bei stotternden Kindern im Alter von drei bis neun Jahren konnte unter anderem bereits eine verringerte Konnektivität zwischen dem Putamen und dem supplementär motorischen Areal (SMA), dem Gyrus temporalis superior sowie dem Kleinhirn nachgewiesen werden (Chang & Zhu, 2013). Ferner zeigen stotternde Kinder im Vergleich zu Kontrollpersonen ein signifikant geringeres Volumen im rechten Nucleus caudatus (Beal

et al., 2013). Hierbei handelt es sich auch um Areale, welche mit der sensomotorischen Synchronisation assoziiert sind.

Unter sensomotorischer Synchronisation versteht man die Koordination von Perzeption und Aktion in Form von Synchronisierung einer Bewegung, wie beispielsweise Klatschen, zu einem vorhersagbaren rhythmischen Stimulus (Repp & Su, 2013). Hierfür ist laut Etchell et al. (2014) ein internes und ein externes zerebrales Timing-Netzwerk von großer Bedeutung. Das interne Timing-Netzwerk (ITN) ist primär dann aktiv, wenn eine Person rhythmische Handlungen ohne einen vorgegebenen Rhythmus produzieren soll; das externe Timing-Netzwerk (ETN) dagegen eher bei Handlungen, die parallel zu einem externen sensorischen Rhythmus, wie einem Metronom, ablaufen sollen. Das ITN setzt sich aus den Basalganglien und dem SMA zusammen. Das ETN hingegen bilden das Kleinhirn, der prämotorische Kortex sowie der rechte Gyrus frontalis inferior (Etchell et al., 2014). Das Hören eines Rhythmus und die Synchronisierung dazu aktiviert ein striato-thalamo-kortikales Netzwerk aus Basalganglien, Thalamus, prämotorischem Kortex, SMA und dem dorsolateralen präfrontalen Cortex (genannt BGTKS – Basalganglien thalamo-kortikale Schleife; Repp & Su, 2013; Witt et al., 2008). Eine Störung dieser Areale aufgrund einer Hirnläsion oder einer neurologischen Entwicklungsstörung beeinträchtigt oftmals nicht nur die auditiv-motorische Synchronisation zu einem musikalischen Takt, sondern auch andere Funktionen, wie beispielsweise das Sprechen.

Dementsprechend kann geschlussfolgert werden, dass Kinder, die stottern, bereits nahe am Onset des Stotterns Abweichungen im ITN aufweisen (Foundas et al., 2013). Es lässt sich somit vermuten, dass Stottern aufgrund eines Defizits im ITN entsteht, wodurch während des Sprechvorgangs kein interner Rhythmus produziert wird und Stotternde demnach vermehrt auf ein externes Signal (wie ein Metronom) angewiesen sind, um flüssige Äußerungen zu produzieren (Etchell et al., 2014). In der Tat führen rhythmische Aktivitäten, wie Singen oder Sprechen, zu einem Metronom durch eine externe Rhythmisierung des Sprechens zu einer Reduktion der Stottersymptomatik

(Toyomura et al., 2011). Da Unterschiede zu flüssigsprachenden Personen indes nicht nur im verbalen, sondern auch im nonverbal sensomotorischen Bereich auftreten, wurde in den letzten Jahren immer wieder die These postuliert, dass dem Stottern ein nonverbales Rhythmus- oder Timing-Defizit zugrunde liegt (Harrington, 1988). Beispielsweise zeigen Betroffene in Aufgaben zu sensomotorischer Synchronisation (z. B. Tappen zu einem Metronom) eine schlechtere Leistung als flüssigsprachende Personen (z. B. Falk et al., 2015; van de Vorst & Gracco, 2017).

Aufgrund der überlappenden Gehirnareale, welche für die Verarbeitung von Rhythmus in Sprache und Musik notwendig sind, geht Patel (2011) in seiner *OPERA*-Hypothese davon aus, dass die neuronale Enkodierung von Sprache durch ein nicht-linguistisches auditives Training, wie das Spielen eines Instruments oder Singen, verbessert werden kann. Er postuliert, dass Musik höhere Ansprüche an ebene Netzwerke stellt als Sprache, was die Präzision der Verarbeitung angeht. Durch die mit Musik verbundenen positiven Emotionen, das ausgiebige Üben und die fokussierte Aufmerksamkeit, kann es somit zu Transfereffekten von nonverbalem Training auf die verbale Domäne kommen (Patel, 2011).

Auch Fiveash et al. (2021) beschäftigen sich mit den Transfer-effekten von musikalischem Training auf sprachliche Fähigkeiten. Laut den Autorinnen sind folgende Fähigkeiten für die Verarbeitung von Musik und Sprache unabdingbar: Zum einen benötigt es eine präzise auditive Verarbeitung, um kleinste Änderungen im auditiven Signal unterscheiden und erkennen zu können. Zum anderen ist es wichtig, dass das Gehirn sich zu dem auftretenden auditiven Signal synchronisiert. Dies geschieht auf neurophysiologischer Ebene mithilfe neuronaler Oszillationen, welche den Rhythmus des Inputs abbilden und so eine Vorhersage kommender Elemente ermöglichen. Ferner erlaubt die sensomotorische Kopplung, also eine enge neuronale Verbindung zwischen auditiven und motorischen Arealen, auch ein verbessertes Timing von Bewegungen und das Vorhersagen und Korrigieren rhythmischer Aktionen. Fiveash et al. (2021) postulieren

in Anlehnung an die *OPERA*-Hypothese von Patel (2011), dass ein Training dieser Komponenten zu einem verbesserten Sprechen führen kann, vor allem bei Störungsbildern mit Beteiligung der Areale, welche für die Verarbeitung von Rhythmus zuständig sind.

Beim idiopathischen Parkinson kommt es aufgrund des Dopaminmangels in den Basalganglien zu linguistischen, motorischen und kognitiven Beeinträchtigungen sowie zu Defiziten bei der Wahrnehmung von Musik. Kotz und Gunter (2015) postulieren, dass eine Verbesserung domänenübergreifender sensomotorischer Schaltkreise (z. B. der BGTKS) positive Auswirkungen sowohl auf die motorischen als auch die nichtmotorischen Defizite hat. Auch Puyjarinet et al. (2017) gehen aufgrund vorangegangener Forschung davon aus, dass den (sprech-)motorischen Defiziten bei Morbus Parkinson ein generelles rhythmisches Defizit zugrunde liegt, welches sowohl auf orofaziale und verbale Fähigkeiten als auch den Gang Auswirkungen hat (Puyjarinet et al., 2017). In einer aktuellen Studie der Forschungsgruppe um Puyjarinet et al. (2022) wurde ein Rhythmustraining bei Probandinnen und Probanden mit Morbus Parkinson angewendet. Dabei spielten Betroffene über sechs Wochen ein rhythmisches Spiel (*rhythm workers*) auf einem Tablet, wobei sie sich zu dem Takt der Musik synchronisieren sollten. Eine aktive Kontrollgruppe spielte ein nicht-rhythmisches Spiel (*Tetris*) und eine weitere erhielt keine Intervention. Die Experimentalgruppe zeigte nach der Interventionsphase eine geringere orofaziale Variabilität sowie eine bessere rhythmische Leistung (sowohl in Perzeption als auch in der Produktion) als die beiden Kontrollgruppen. Dies spricht für ein generelles Rhythmusdefizit bei Morbus Parkinson und deutet zudem darauf hin, dass eine Rehabilitation dessen auch auf andere Domänen Auswirkungen haben kann (Puyjarinet et al., 2022).

Ähnlich wie bei Morbus Parkinson könnte bei Stottern ebenso ein generelles Rhythmusdefizit vorliegen, vermutlich aufgrund einer Störung der zerebralen Netzwerke für das Timing, die motorische Planung sowie die Ausführung von Bewegungen (Alm, 2004; Etchell et al., 2014). Das Rhythmusdefizit könnte sich demnach sowohl auf

verbale als auch nonverbale Fähigkeiten auswirken. Diese Annahmen finden jedoch in Diagnostik und Therapie noch kaum Beachtung. Ein nonverbales rhythmisches Training könnte die sensomotorische Kontrolle bei Stotternden verbessern, wodurch es möglicherweise auch zu Transfereffekten auf das Sprechen (speziell Sprechmotorik und Sprechflüssigkeit) kommen kann, da beide Domänen in ähnlichen Hirnregionen verschaltet sind (Fujii & Wan, 2014). In Übereinstimmung mit neurokognitiven Hypothesen, die von einem vorteilhaften Transfer von musikalischem bzw. rhythmischem Training auf verbale Fähigkeiten ausgehen (siehe Fiveash et al., 2021; Patel, 2011), kann also angenommen werden, dass ein Rhythustraining die zugrunde liegenden Prozesse der sensomotorischen Kontrolle normalisieren kann, welche das Stottern möglicherweise verursachen.

2 Methodik

Dieses Projekt wird im Rahmen eines größeren Forschungsprojekts am Forschungsinstitut *BRAMS* (Brain, Music and Sound Research) der Universität von Montréal realisiert. Für die Pilotstudie sollen insgesamt 20 französischsprachige stotternde Kinder im Alter von 10 bis 13 Jahren ohne sonstige entwicklungsbedingte oder neurologische Defizite rekrutiert werden.

Die Datenerhebung erfolgt zu je drei Messzeitpunkten. Nach der Baseline-Testung vergehen zunächst drei Wochen, in denen beide Gruppen kein Training erhalten. Anschließend erfolgt eine weitere Testung (Prä-Test) und danach spielen die Kinder beider Gruppen das ihnen zugewiesene Spiel über drei Wochen, an je fünf Tagen die Woche für jeweils 30 Minuten. Daraufhin erfolgt die Post-Testung. Die Studie wird zu Hause absolviert, das notwendige Material wird den Teilnehmer*innen per Post zugeschickt.

Es handelt sich um eine einfach verblindete Studie, bei der die Testleiter*innen und auch die Auswerter*innen nicht über die Gruppenzuweisung im Bilde sind.

Zunächst sollen die Testpersonen einen allgemeinen Fragebogen ausfüllen, in dem grundlegende Daten wie Alter, musikalische Vorerfahrung sowie Informationen über bereits stattgefundene Sprachtherapien abgefragt werden.

Die Tests bestehen aus einem verbalen und einem rhythmischen Teil. Für den verbalen Teil wird zunächst die sprechmotorische Leistung mittels einer Diadochokinese-Aufgabe überprüft, bei der die Proband*innen so schnell, oft und akkurat wie möglich die Silbensequenz /pataka/ innerhalb einer Zeitspanne von ca. fünf Sekunden artikulieren sollen. Außerdem werden das *Stuttering Severity Instrument* in der vierten Auflage (SSI-4; Riley, 2009) sowie der OASES-Fragebogen (*Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering*; Yaruss & Quesal, 2006) durchgeführt. Der SSI-4 Gesamtscore umfasst die Auswertung von Sprechproben unter verschiedenen situationalen und linguistischen Anforderungen. Für die vorliegende Studien wurden eine Spontansprachprobe, eine Bildbeschreibung sowie das Lesen eines Textes, einmal allein und einmal mit einer fremden Person, gewählt.

Die rhythmischen Testungen setzen sich aus Untertests der *Battery for the Assessment of Auditory Sensorimotor and Timing Abilities*; Bégel et al., 2018b) zusammen. Zunächst sollen die Testpersonen für 60 Sekunden in einem selbstgewählten, komfortablen Tempo tappen. Anschließend sollen sie einmal so schnell wie möglich tappen. Beides erfolgt ohne Metronomvorgabe (*unpaced tapping*). Ferner sollen die Kinder sich zu drei verschiedenen Metronomen mit unterschiedlichen Intervallen (450, 600 und 750 ms) sowie zu dem Takt zweier Musikstücke (Bachs „Badinerie“ und Rossinis Ouvertüre aus „Wilhelm Tell“) synchronisieren (*paced tapping*). Zuletzt folgt eine Aufgabe zum *adaptive tapping*: Hierbei behält das Metronom nicht stets dasselbe Tempo, sondern wird schneller oder langsamer und die Proband*innen sollen den Tempoänderungen folgen und das letzte Tempo auch weiter beibehalten, wenn das Metronom nicht mehr zu hören ist.

Nach Absolvierung der Baseline und Prä-Testung folgt eine dreiwöchige Trainingsphase. Hierbei werden die Hälfte der rekrutierten Testpersonen randomisiert der Experimentalgruppe ($n = 10$) zugewiesen. Diese spielen ein rhythmisches Spiel auf einem Tablet. Der Kontrollgruppe ($n = 10$) wird hingegen ein nicht-rhythmisches Spiel (*Frozen Bubble*) zugewiesen. Die Probandinnen und Probanden erhalten auf ihrem Tablet nur das ihnen zugewiesene Spiel. Sie werden instruiert, dass sie 30 Minuten pro Tag an fünf Tagen die Woche spielen sollen. Bei Bedarf kann auch länger gespielt werden. Die Gesamtzeit sollte jedoch eine Stunde pro Tag nicht überschreiten.

Das Rhythmuspiel *rhythm workers* wurde bereits an gesunden jungen Erwachsenen (Bégel et al., 2018a), Erwachsenen mit idiopathischem Parkinson (Puyjarinet et al., 2022) sowie Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom getestet. Hier ist das Ziel, im Takt des vorgegebenen Beats zu der Musik auf das Tablet zu tippen und somit Gebäude zu errichten. Es gibt insgesamt 99 Level, welche in neun Schwierigkeitsgrade unterteilt sind. Zu Beginn jedes Levels schlägt ein kleiner Roboter auf ein Tamburin im Takt der Musik, die entsprechend folgen wird. Die Musik setzt erst ein paar Sekunden später ein. Je mehr Taps mit dem Rhythmus der Musik übereinstimmen, desto schneller wird das Haus gebaut und umso höher die finale Punktzahl. Bei guter Leistung erscheinen die Stockwerke des Gebäudes zudem ästhetischer als bei schlechter Leistung. Eine Rückmeldung erfolgt alle 15 Takte des Stimulus. Während der Level können auch Monster auf dem Bildschirm erscheinen, um den Bau der Gebäude zu stören. Zur Bekämpfung dieser, muss im Takt auf das Monster getippt werden. Ein Level wurde absolviert, wenn das Musikstück vorbei ist. Am Ende gibt es – im Gegensatz zu anderen rhythmischen Spielen auf dem Markt – ein zusätzliches Feedback zur Leistung, eine Endnote zwischen 5 und 100 Punkten, die auf der Grundlage der Gesamtleistung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer (Einzelheiten siehe Bégel et al., 2018) berechnet wurde. Der Endnote wird dann eine Anzahl von Sternen zugeordnet, von einem Stern (Punktzahl < 70) bis fünf Sternen (Punktzahl > 95). Eine

Leistung, die zu mindestens zwei Sternen führt, ist erforderlich, um das nächste Level in derselben ‚Welt‘ freizuschalten. Um die nächste ‚Welt‘ freizuschalten (und dorthin zu gelangen), müssen mindestens 20 Sterne in der aktuellen ‚Welt‘ gesammelt werden. Wenn nach fünf Versuchen keine zwei Sterne erreicht werden, wird das nächste Level automatisch freigeschaltet. Dadurch wird denjenigen Testpersonen, die besondere Schwierigkeiten mit einem Level haben, ermöglicht in das nächste Level zu wechseln, um einem Motivationsverlust vorzubeugen. Werden alle ‚Welten‘ vor Ablauf der drei Wochen abgeschlossen, beginnt das Spiel wieder von vorne, allerdings mit einer schwierigeren Version, bei der drei Sterne (anstatt zwei) benötigt werden, um weitere Level freizuschalten.

Die Kontrollgruppe hingegen spielt ein Bubble-Shooter-Spiel, genannt *Frozen Bubble*. In jedem Level wird eine Anordnung von Blasen in verschiedenen Farben auf dem Bildschirm angezeigt. Das Ziel besteht darin, alle Blasen vom Bildschirm mittels einer Kanone, die ebenfalls bunte Blasen abschießt, verschwinden zu lassen. Kleben drei oder mehr Blasen einer Farbe aneinander, ‚fallen‘ sie vom Bildschirm. Wenn eine oder mehrere Blasen die blaue Linie am unteren Bildschirmrand vollständig überschreiten, ist das Spiel verloren und das Level muss wiederholt werden. Hierbei wird auch Musik im Hintergrund gespielt, allerdings müssen die Proband*innen sich nicht aktiv dazu synchronisieren.

3 Erwartete Ergebnisse

Zum Zeitpunkt des Verfassens dieses Artikels können noch keine finalen Ergebnisse berichtet werden, da die Datenerhebung noch nicht abgeschlossen ist. Aufgrund der vielversprechenden Ergebnisse der Studie von Puyjarinet et al. (2022) bei Morbus Parkinson, wird bei den stotternden Proband*innen der Experimentalgruppe ebenfalls eine Verbesserung hinsichtlich der sensomotorischen Synchronisationsleistung nach der Intervention erwartet im Vergleich zu der Kon-

trollgruppe. Derartige Effekte zeichneten sich in ersten vorläufigen Ergebnissen der Studie bereits ab.

Zudem kann davon ausgegangen werden, dass in den Aufgaben zum *paced tapping* (mit Vorgabe eines Metronoms) in der Experimentalgruppe bessere Ergebnisse erzielt werden als in den Aufgaben zum *unpaced tapping*. Dies wird auf die Natur des rhythmischen Spiels (*rhythm workers*) zurückgeführt, da sich die Kinder dort auch zu einem Stimulus synchronisieren sollen. Gleichzeitig ist allerdings noch ein anderes Szenario denkbar. Da Rhythmus primär in den Basalganglien verarbeitet wird und die Basalganglien auch Teil des ITNs sind, kann ebenso postuliert werden, dass aufgrund des Trainings das ITN gestärkt wird und sich damit zusätzlich die Leistungen im *unpaced tapping* verbessern.

In Bezug auf die Sprechmotorik können ebenso bessere Leistungen erwartet werden (siehe Puyjarinet et al., 2022). Dafür wird aufgrund der erwarteten Verbesserung in der sensomotorischen Synchronisation postuliert, dass dies aufgrund der geteilten Hirnareale einen positiven Einfluss auf die Sprechmotorik hat. Eine verbesserte Sprechmotorik äußert sich in einer höheren Silben- und geringeren Fehlerrate in der Aufgabe zur Diadochokinese. Erste vielversprechende Ergebnisse zeigten, dass bestimmte Kinder nach dem rhythmischen Training eine signifikant höhere Silbenrate produzieren können. Jedoch ist dies nicht bei allen Teilnehmer*innen der Fall. Es konnte auch bereits festgestellt werden, dass einige Testpersonen Probleme beim Absolvieren der Level hatten. Dies schlug sich wiederum in einer gesunkenen Motivation nieder, was schlussendlich auch Auswirkungen auf die Ergebnisse hatte, da ebenjene Kinder keine Verbesserungen in den verbalen Aufgaben zeigten. Es muss weiterhin untersucht werden, woran es liegt, dass einige Kinder unabhängig von Alter oder musikalischer Vorerfahrung, nicht in der Lage sind, das Spiel adäquat zu spielen.

Da die Sprechmotorik eng mit der Sprechflüssigkeit verbunden ist, kann angenommen werden, dass Verbesserungen der Sprechmotorik sich ferner positiv auf die Sprechflüssigkeit auswirken (z. B.

Riley & Ingham, 2000). Außerdem trainiert das rhythmische Training auch das ITN, was ebenfalls zu einer flüssigeren Sprechweise führen kann (Etchell et al., 2014). Sichtbar wird diese Entwicklung durch einen geringeren Score im SSI-4 (Riley, 2009). Zusätzlich wird postuliert, dass sich eine verbesserte Sprechflüssigkeit auch in einer Verringerung der psychosozialen Belastung im OASES (Yaruss & Quesal, 2006) zeigt (siehe Euler et al., 2016).

4 Diskussion

Die vorliegende Pilottestung untersucht eine wichtige Hypothese bezüglich der Ursachenforschung im Bereich Stottern und könnte vielversprechende Ergebnisse für die Versorgung von stotternden Personen mit sich bringen. Ein solches Spiel kann jedoch nicht als Ersatz für die klassische Sprachtherapie gesehen werden, sondern als ressourcenstärkende Ergänzung. Es handelt sich um eine App, welche auch daheim gespielt werden kann und den Fokus nicht speziell auf das Stottern legt, was einen entlastenden Effekt für Betroffene haben kann. Aufgrund des hohen Spaßfaktors und einer dadurch gesteigerten Motivation könnte es hier zu mehr Übungseinheiten kommen als in der konventionellen Sprachtherapie über eine Woche hinweg gewährleistet werden können. Darüber hinaus wurde bei Puyjarinet et al. (2022) festgestellt, dass die domänenübergreifende Verbesserung bei Morbus Parkinson auch gegeben war, wenn die Experimentalgruppe das Spiel deutlich weniger spielte als die Kontrollgruppe. In dieser Pilotstudie können aufgrund fehlender Follow-Up-Untersuchungen jedoch nur kurzfristige Effekte des Trainings berichtet werden. Allerdings kann durch die geringe Stichprobengröße auch ein einzelfallorientiertes Vorgehen gewählt werden. So können Kinder identifiziert werden, welche am meisten von dem Training profitieren. Dadurch kann diskutiert werden, mit welchen Faktoren etwaige Verbesserungen zusammenhängen (z. B. der Stotterschweregrad oder sprechmotorische Leistungen).

In der bewährten Sprachtherapie können zudem verschiedene Kontexte, wie das Üben von Telefonaten oder Vorträgen, sowie das Erarbeiten von Sprechtechniken oder die Desensibilisierung gegen das Stottern geboten werden. Dies kann im Rahmen dieses app-basierten Trainings indes nicht geleistet werden. Dennoch könnte es sich um einen vielversprechenden und kosteneffektiven Weg handeln, spielerisch die Ressourcen des stotternden Kindes im Alltag zu stärken, komplementär zu herkömmlichen Therapiemaßnahmen.

5 Literatur

- Alm, P.A. (2004). Stuttering and the basal ganglia circuits: a critical review of possible relations. *Journal of Communication Disorders, 37* (4), 325–369. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2004.03.001>
- Beal, D.S., Gracco, V.L., Brettschneider, J., Kroll, R.M. & Nil, L.F. de (2013). A voxel-based morphometry (VBM) analysis of regional grey and white matter volume abnormalities within the speech production network of children who stutter. *Cortex; a Journal Devoted to the Study of the Nervous System and Behavior, 49* (8), 2151–2161. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2012.08.013>
- Bégel, V., Seilles, A. & Dalla Bella, S. (2018a). Rhythm Workers. *Music & Science, 1*. <https://doi.org/10.1177/2059204318794369>
- Bégel, V., Verga, L., Benoit, C.-E., Kotz, S.A. & Dalla Bella, S. (2018b). Test-retest reliability of the Battery for the Assessment of Auditory Sensorimotor and Timing Abilities (BAASTA). *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine, 61* (6), 395–400. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2018.04.001>
- Bloodstein, O. & Bernstein Ratner, N. (2008). A handbook on stuttering (6. ed.). Clifton Park, NY: Delmar/Cengage Learning.

- Chang, S.-E. & Zhu, D. C. (2013). Neural network connectivity differences in children who stutter. *Brain: A Journal of Neurology*, *136* (12), 3709–3726. <https://doi.org/10.1093/brain/awt275>
- Etchell, A. C., Johnson, B. W. & Sowman, P. F. (2014). Behavioral and multimodal neuroimaging evidence for a deficit in brain timing networks in stuttering: a hypothesis and theory. *Frontiers in Human Neuroscience*, *8*, 467. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00467>
- Euler, H. A., Anders, K., Merkel, A. & Wolff von Gudenberg, A. (2016). Kann eine methodenintegrierende globale Sprechrestrukturierung negative Emotionen mindern? *Logos*, *24* (2), 84–93. <https://doi.org/10.7345/prolog-1602084>
- Falk, S., Müller, T. & Dalla Bella, S. (2015). Non-verbal sensorimotor timing deficits in children and adolescents who stutter. *Frontiers in Psychology*, *6*, 847. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00847>
- Fiveash, A., Bedoin, N., Gordon, R. L. & Tillmann, B. (2021). Processing rhythm in speech and music: Shared mechanisms and implications for developmental speech and language disorders. *Neuropsychology*, *35* (8), 771–791. <https://doi.org/10.1037/neu0000766>
- Foundas, A. L., Mock, J. R., Cindass, R. & Corey, D. M. (2013). Atypical caudate anatomy in children who stutter. *Perceptual and Motor Skills*, *116* (2), 528–543. <https://doi.org/10.2466/15.10.PMS.116.2.528-543>
- Fujii, S. & Wan, C. Y. (2014). The Role of Rhythm in Speech and Language Rehabilitation: The SEP Hypothesis. *Frontiers in Human Neuroscience*, *8*, 777. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00777>
- Harrington, J. (1988). Stuttering, delayed auditory feedback, and linguistic rhythm. *Journal of Speech & Hearing Research*, *31* (1), 36–47.

- Kotz, S.A., Ravignani, A. & Fitch, W.T. (2018). The Evolution of Rhythm Processing. *Trends in Cognitive Sciences*, 22 (10), 896–910. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2018.08.002>
- Kotz, S.A. & Gunter, T.C. (2015). Can rhythmic auditory cuing remediate language-related deficits in Parkinson's disease? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1337, 62–68. <https://doi.org/10.1111/nyas.12657>
- Natke, U. & Kohmäscher, A. (2020). *Stottern. Wissenschaftliche Erkenntnisse und evidenzbasierte Therapie* (4. Aufl.). Springer.
- Patel, A.D. (2011). Why would Musical Training Benefit the Neural Encoding of Speech? The OPERA Hypothesis. *Frontiers in Psychology*, 2, 142. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2011.00142>
- Puyjarinet, F., Bégel, V., Geny, C., Driss, V., Cuartero, M.-C., De Cock, V.C., Pinto, S. & Dalla Bella, S. (2022). At-Home Training With a Rhythmic Video Game for Improving Orofacial, Manual, and Gait Abilities in Parkinson's Disease: A Pilot Study. *Frontiers in Neuroscience*, 16, 874032. <https://doi.org/10.3389/fnins.2022.874032>
- Puyjarinet, F., Bégel, V., Lopez, R., Dellacherie, D. & Dalla Bella, S. (2017). Children and adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder cannot move to the beat. *Scientific Reports*, 7 (1), 11550. <https://doi.org/10.1038/s41598-017-11295-w>
- Repp, B.H. & Su, Y.-H. (2013). Sensorimotor synchronization: a review of recent research (2006–2012). *Psychonomic Bulletin & Review*, 20 (3), 403–452. <https://doi.org/10.3758/s13423-012-0371-2>
- Riley, G.D. & Ingham, J.C. (2000). Acoustic duration changes associated with two types of treatment for children who stutter. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 43 (4), 965–978. <https://doi.org/10.1044/jslhr.4304.965>
- Riley, G.D. (2009). *SSI-4: Stuttering severity instrument* (4. Aufl.). Pro-Ed.

- Toyomura, A., Fujii, T. & Kuriki, S. (2011). Effect of external auditory pacing on the neural activity of stuttering speakers. *NeuroImage*, *57* (4), 1507–1516. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2011.05.039>
- Van de Vorst, R. & Gracco, V.L. (2017). Atypical non-verbal sensorimotor synchronization in adults who stutter may be modulated by auditory feedback. *Journal of Fluency Disorders*, *53*, 14–25. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2017.05.004>
- Witt, S.T., Laird, A.R. & Meyerand, M.E. (2008). Functional neuroimaging correlates of finger-tapping task variations: an ALE meta-analysis. *NeuroImage*, *42* (1), 343–356. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2008.04.025>
- Yairi, E. & Ambrose, N. (2013). Epidemiology of stuttering: 21st century advances. *Journal of Fluency Disorders*, *38* (2), 66–87. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2012.11.002>
- Yaruss, J.S. & Quesal, R.W. (2006). Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering (OASES): documenting multiple outcomes in stuttering treatment. *Journal of Fluency Disorders*, *31* (2), 90–115. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2006.02.002>

Kontakt

Alicia Kluth

alicia.kluth@web.de

Zur Quantität und Qualität der Zusammenarbeit zwischen logopädischen Praxen und Grundschulen: Pilotierung eines Erhebungsinstruments zur Erfassung der aktuellen Praxis

Constanze Kleingünther  & *Katrin Gabler* 

Freie Universität Berlin

ABSTRACT: Nach Erkenntnissen der Sprachheilpädagogik bzw. Sprachtherapie laufen logopädische Leistungen derzeit überwiegend isoliert vom Bildungsgeschehen ab. Im sogenannten Pull-Out-Modell der Leistungserbringung gibt es keine räumliche, zeitliche und inhaltliche Verbindung mit dem Unterricht in der Grundschule (Reber, 2012). Eine Verknüpfung beider Leistungsdomänen erscheint aber in Bezug auf eine erfolgreiche Inklusion und Teilhabe von Kindern mit Sprach- und Sprechstörungen äußerst sinnvoll. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wird der Frage nachgegangen, in welcher Quantität und Qualität ein Austausch zwischen beiden Bereichen aus der Sicht von Grundschullehrkräften in Berlin derzeit erfolgt. Für die Untersuchung wurde ein Befragungswerkzeug entwickelt, womit die Perspektive der Lehrkräfte im Rahmen einer onlinegestützten Umfrage untersucht werden kann. Innerhalb einer Pilotierung konnten erste Daten gewonnen werden, die darauf hinweisen, dass es derzeit tatsächlich selten zu einer Zusammenarbeit kommt. Als wichtigste Hürde konnten dabei die fehlenden zeitlichen Ressourcen identifiziert werden. Anhand der Pilotierung konnten Vorschläge für eine verbesserte Anpassung des Befragungstools erarbeitet werden, so dass dieses nun die Grundlage für eine breiter angelegte Untersuchung bietet.

KEYWORDS: Sprachtherapie, Interdisziplinäre Zusammenarbeit, Grundschulpädagogik

1 Hintergrund und Zielsetzungen

Kinder, welche Sprachentwicklungsstörungen und/oder andere Sprech- und Sprachauffälligkeiten aufweisen, werden in Berlin überwiegend in regulären Grundschulen beschult, wobei sicherzustellen ist, dass ihnen aufgrund ihrer Sprech- oder Sprachschwierigkeiten kein schulischer Nachteil entsteht. Im Idealfall wäre eine enge Zusammenarbeit zwischen Sprachtherapeut*innen und Pädagog*innen wünschenswert und unter Umständen sogar die Eingliederung der Sprachtherapie in den schulischen Kontext. Nach Wright und Kersner (2004) ergeben sich durch eine solche Kooperation positive Effekte sowohl für die Lehrkräfte als auch die Therapeut*innen, unter anderem dadurch, dass Förderziele klarer definiert werden können.

Die vorgestellte Arbeit zielt darauf ab, den Ist-Stand der Zusammenarbeit aus der Sicht der Grundschulpädagog*innen abzubilden. Konkret geht es um die Fragen, in welcher Quantität und Qualität eine Zusammenarbeit erfolgt, wie diese von den Lehrkräften wahrgenommen wird und welche Hürden einer Zusammenarbeit im Wege stehen. Für die Untersuchung wurde ein Befragungswerkzeug entwickelt, womit die Perspektive der Lehrkräfte im Rahmen einer onlinegestützten Umfrage untersucht werden kann. Innerhalb dieses Beitrags werden nun Auszüge aus den Ergebnissen einer ersten Pilotierung dargestellt.

2 Vorbefunde

Neben Befunden von Reber (2012), Reber und Blechschmidt (2014) und Meßmer (2013), welche die Perspektive der Sprachheilpädagog*innen und Sprachtherapeut*innen abbilden, scheint es derzeit keine Forschungsarbeiten zur Zusammenarbeit zwischen Sprachtherapeut*innen und Lehrkräften in Deutschland zu geben. Die Ergebnisse der oben genannten Veröffentlichungen belegen, dass eine interdisziplinäre Zusammenarbeit derzeit nur selten zustande kommt. So findet Sprachtherapie zu 86 % außerhalb der Schule statt

(Meßmer, 2013). Begünstigt wird dies durch die rechtlichen Rahmenbedingungen, welche sprachtherapeutische Behandlungen nur in Ausnahmefällen innerhalb von schulischen Bildungseinrichtungen zulassen und somit schon rein räumlich eine Trennung zu forcieren scheinen (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2021).

Ein vergleichbares System der divergierenden Leistungserbringung durch das Gesundheits- und Bildungssystem wie in Deutschland findet sich in Großbritannien. Dort ordnet McCartney (1999) in seinen systemanalytischen Überlegungen die bestehenden Hürden drei verschiedenen Ebenen zu: der funktionalen, der strukturellen und der umweltbezogenen Ebene.

Tabelle 1

*Hürden für eine mögliche Zusammenarbeit von Lehrkräften und Sprachtherapeut*innen, Erläuterung nach McCartney (1999).*

Funktionale Hürden	Leistungen des Bildungssystems prinzipiell für alle Kinder vs. Leistungen des Gesundheitssystems für Kinder mit besonderen Bedarfen Daraus resultierende Unterschiede in der Aufteilung zeitlicher Ressourcen
Strukturelle Hürden	Unterschiedliche Gruppengrößen und zeitliche Gestaltung (Einzel- vs. Klassensetting, individuelle Terminvergabe vs. Stundenpläne) Feste Lehrpläne vs. Orientierung am individuellen Entwicklungsverlauf
Umweltbezogene Hürden	Unterschiedlicher Einbezug des familiären Kontextes

3 Methode und Durchführung

Der entwickelte Fragebogen wurde für eine querschnittliche Untersuchung konzipiert und beinhaltet standardisierte und teilstandardisierte Komponenten zu den Themenkomplexen Häufigkeit und Form des Austausches, Inhalte eines Austausches, Hürden und

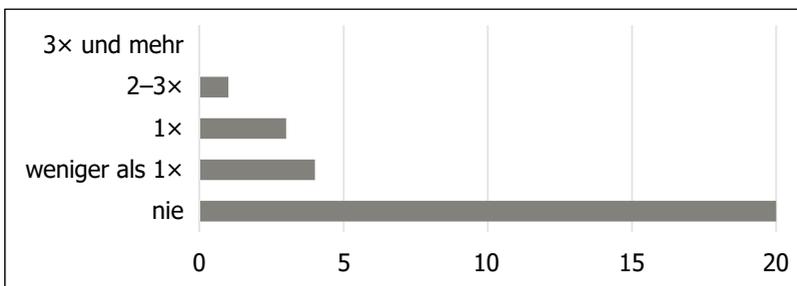
Unterstützungsfaktoren sowie Nutzen eines Austausches. Als Zielgruppe galten im Rahmen der Pilotierung reguläre Lehrkräfte, die zum Zeitpunkt der Befragung in einer Grundschule in Berlin tätig waren, sowie Studierende der Grundschulpädagogik an der Freien Universität Berlin, welche aktiv als Vertretungslehrkräfte arbeiteten. Die Befragung wurde im Zeitraum von März bis Mai 2022 online über das Befragungswerkzeug SoSciSurvey durchgeführt. Es wurden die ausgefüllten Befragungen von insgesamt 28 Lehrpersonen erfasst, davon waren 26 Fragebögen vollständig.

4 Ergebnisse

Die überwiegende Mehrheit der Befragten gab an, im Rahmen ihrer Lehrtätigkeit noch nie Kontakt zu Sprachtherapeut*innen gehabt zu haben (71%). Jene Teilnehmenden, die bereits Kontakt hatten, gaben in der Mehrheit an, dass dieser eher selten zustande kam (Abb. 1).

Abbildung 1

*Häufigkeit des Kontaktes von Lehrenden mit Sprachtherapeut*innen pro Schuljahr*



Die Frage nach der Form des Kontaktes wurde nur von jenen Teilnehmenden beantwortet, welche tatsächlich Kontakt zur Sprachtherapie hatten (Abb. 2). Alle Teilnehmenden beantworteten anschließend die Frage danach, welches Format sie sich für einen Austausch wün-

schen würden (Abb. 3). Hier waren es vor allem die Optionen per Mail (35%) oder telefonisch (30%) Kontakt zur Sprachtherapie aufzunehmen, welche bevorzugt wurden. Aber auch das persönliche Gespräch wurde von den Lehrkräften gewünscht (19%).

Abbildung 2

*Genutztes Format des Kontaktes zwischen Lehrenden und Sprachtherapeut*innen*

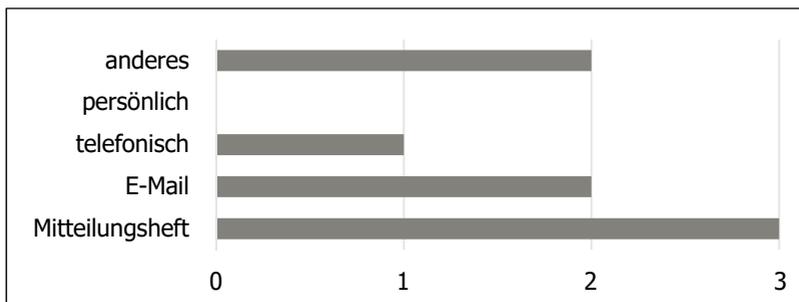
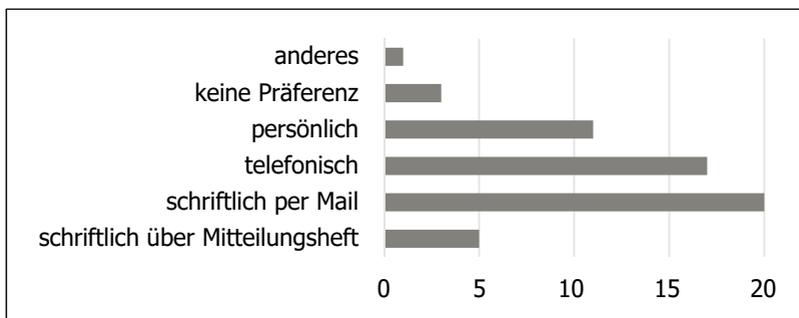


Abbildung 3

*Gewünschtes Format des Kontaktes zwischen Lehrenden und Sprachtherapeut*innen*

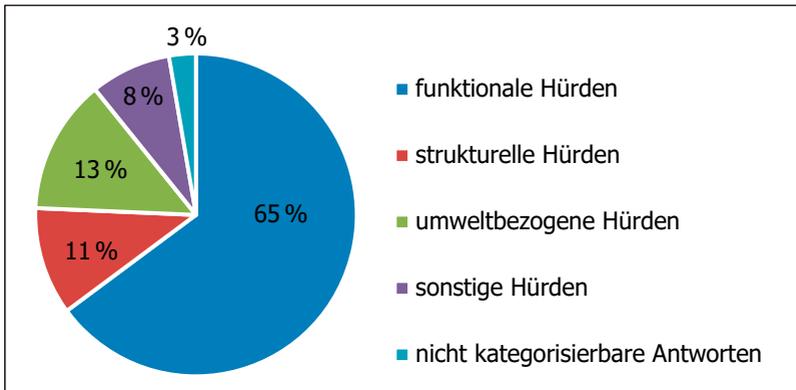


Alle teilnehmenden Lehrkräfte wurden zu den möglichen Hürden für eine Zusammenarbeit befragt, sowie nachfolgend zu Vorschlägen möglicher Unterstützungsfaktoren. Die frei formulierten Antworten wurden nach den von McCartney (1999) vorgeschlagenen Ebenen

funktionaler, struktureller und umweltbedingter Bedingungen kategorisiert (Abb. 4).

Abbildung 4

*Verteilung der Antworten von Lehrkräften zu wahrgenommenen Hürden des Kontaktes zwischen Lehrkräften und Sprachtherapeut*innen entsprechend der Ebenen in Anlehnung an McCartney (1999)*



In der Gesamtheit konnten 37 Antworteinheiten zu den Hürden einer Kontaktaufnahme gewonnen werden. 24 Antworteinheiten wurden den funktionalen Hürden zugeordnet. Davon zielten 14 auf den Zeitmangel und die fehlenden Möglichkeiten zur Individualisierung ab, z. B.: *„Zu volle Klassen, dass das einzelne Kind nicht genau genug im Fokus stehen kann“*. Innerhalb der anderen Antworteinheiten, die der funktionalen Ebene zugeordnet werden konnten, wurde vor allem der zusätzliche Arbeitsaufwand von den Lehrkräften beklagt.

Weniger Antworten gab es zu strukturellen Hürden (4). Als prototypische Antwort kann die folgende Einheit aufgeführt werden: *„Logopädie kaum verfügbar, Termine sind schwer zu vereinbaren, da sie behandeln, wenn wir unterrichten“*. Beispielhaft für die 5 Antworten der umweltbezogene Ebene kann folgende Äußerung genannt werden: *„Eltern informieren die Lehrkraft nur selten, in welcher Praxis das Kind untergebracht wurde“*.

Vorschläge, wie die Zusammenarbeit zwischen Logopäd*innen und Grundschullehrer*innen verbessert werden könnte, verwiesen vor allem auf die Verbesserung der strukturellen Bedingungen, etwa, dass die Schule der gemeinsame Ort der Leistungserbringung sein sollte. Genannt wurden auch Faktoren, die auf umweltbezogener Ebene eingeordnet werden konnten. In diesen Antworten ging es vorrangig darum, die Eltern als Übermittler zwischen der Logopädie und der Grundschule einzusetzen.

Als Antwort, die keiner Kategorie zugeordnet werden konnte, wurde der Vorschlag genannt, standardisierte Formblätter zu konzipieren, die einen Austausch erleichtern könnten.

5 Diskussion

Die Ergebnisse der Pilotierung des entwickelten Fragebogens weisen darauf hin, dass es derzeit selten zu einem Austausch zwischen der ambulanten Sprachtherapie und Grundschullehrkräften in Berlin zu kommen scheint. Die Trennung zwischen den Leistungsdomänen Gesundheits- und Bildungssystem scheint dabei eine Zusammenarbeit zu erschweren. Die nachgewiesenen Hürden sind vor allem funktional (mangelnde zeitliche Ressourcen, zusätzlicher Arbeitsaufwand) aber auch strukturell (unterschiedliche Gruppengrößen und zeitliche Gestaltung der Leistungserbringung) sowie umweltbedingt (Übermittlung von Informationen durch die Eltern). Als gewählte Formate wurden im Rahmen der Befragung vor allem schriftliche Kanäle (Mail, Mitteilungsheft), aber auch der telefonische Kontakt genannt.

Die hier dargestellten Ergebnisse entstammen einer ersten Pilotierung, die noch nicht den Anspruch einer repräsentativen Befragung erhebt. Dies ergibt sich schon allein durch die relativ geringe Stichprobe von insgesamt $n = 28$ Teilnehmer*innen. Für die Interpretation der Ergebnisse ist zudem relevant, dass der Fragebogen keine Hintergrundvariablen wie etwa Art und Umfang der Lehrtätigkeit erfasste. Dies könnte in Bezug auf die Häufigkeit des Kontaktes

mit logopädischen Praxen durchaus von Bedeutung sein. In gleichem Maße differenzierte der Fragebogen noch nicht, ob es sich bei den Befragten um reguläre Grundschullehrkräfte oder Lehrkräfte mit sonderpädagogischen Aufgaben handelt. Auch hier ergeben sich mutmaßlich größere Häufigkeiten in Bezug auf einen Kontakt zu logopädischen Praxen, da Sonderpädagog*innen maßgeblich an der Gestaltung der Lernumgebung von Kindern mit dem Förderbedarf Sprache beteiligt sind und die Kooperation mit anderen außerschulischen Institutionen in ihrem Tätigkeitsprofil enthalten ist (Mußmann, 2014).

Nichtsdestotrotz können bereits aus den Ergebnissen der Pilotierung erste Vorschläge zur Verbesserung des Austausches unter den bestehenden Rahmenbedingungen abgeleitet werden. So stehen reguläre Grundschullehrkräfte offensichtlich vor der Aufgabe, ihre zeitlichen Ressourcen sowohl für die Unterrichtskonzeption als auch für organisatorische Tätigkeiten und in Bezug auf alle Schüler*innen gleichmäßig zu verteilen. Es stellt sich die Frage nach möglichst ökonomischen Möglichkeiten, um Informationen wechselseitig austauschen zu können. Dabei kam zum einen der Wunsch nach neu zu konzipierenden Dokumentationswerkzeugen, wie z. B. Formblättern oder vorstrukturierten Mitteilungsheftern auf, welche dann die wechselseitigen Austauschprozesse vereinfachen könnten. Neben diesen neu zu konzipierenden Informationswerkzeugen lohnt es auch, den Blick auf bereits bestehende Werkzeuge zu lenken. Therapeut*innenseitig wäre dies der Bericht, welcher im Anschluss eines jeden Therapiezyklus vom sprachtherapeutischen Fachpersonal an den*die verordnende*n Arzt*Ärztin auf Wunsch übermittelt wird. Seitens der Lehrkräfte bietet die Berliner Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie einen vorstrukturierten Förderplan an, welcher die individualisierte Förderung der betroffenen Lernenden organisiert (Hülscher et al., 2010).

Diese Möglichkeiten erscheinen als niederschwellige Unterstützungsmaßnahmen sinnvoll. Insgesamt wird, wie die vorliegende Untersuchung zeigen konnte, der Austausch aber durch die institu-

tionellen Gegebenheiten erschwert. Um diesbezüglich bessere systemische Rahmenbedingungen zu schaffen, wären Ansätze wie in Großbritannien denkbar, welche die Sprachtherapie räumlich in die regulären Grundschulen einbinden, wobei die grundsätzliche Zuordnung zu den beiden Systemen bestehen bleibt. Langfristig sollte im Rahmen einer inklusiven Schulentwicklung angestrebt werden, sprachtherapeutische Maßnahmen in einem Kontinuum von additiv bis hin zu immanent direkt in die Bildungsprozesse der Grundschule zu integrieren und nach dem Response-to-intervention-Ansatz eine interdisziplinäre Zusammenarbeit beider Professionen zu ermöglichen.

6 Literatur

- Hülscher, T., Wieneke-Kranz, J. & Zöllner, S. (2010). *Förderplanung im Team*. LISUM. https://bildungsserver.berlin-brandenburg.de/fileadmin/bbb/unterricht/faecher/sonderpaedagogischer_foerderschwerpunkt/Foerderplanung_im_Team.pdf
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2021). *Die Heilmittelrichtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses*. Online verfügbar unter https://www.kbv.de/media/sp/Heilmittel_Richtlinie_Katalog_Diagnoselisten.pdf
- McCartney, E. (1999). Barriers to collaboration: an analysis of systemic barriers to collaboration between teachers and speech and language therapists. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 34 (4), 431–440. <https://doi.org/10.1080/136828299247379>
- Meßmer, K. (2013). *Inklusion und Sprachtherapie/Logopädie: Ergebnisse einer Fragebogenerhebung zu Angeboten für Schüler mit Sprachbehinderungen in deutschen Schulen*. Universitätsbibliothek der Ludwig-Maximilians-Universität München. <https://doi.org/10.5282/ubm/epub.15903>

- Mußmann, J. (2014). Merkmale inklusiver Sprachförderung. In M. Grohnfeldt (Hrsg.), *Grundwissen der Sprachheilpädagogik und Sprachtherapie* (398–405). Kohlhammer.
- Reber, K. (2012). Sprachheilpädagogik und Sprachtherapie in inklusiven Settings. Perspektiven der Vernetzung zwischen Sprachheilpädagogik, Sprachtherapie und Regelschule. *LOGOS Interdisziplinär*, 20 (4), 264–275.
- Reber, K. & Blechschmidt, A. (2014). Inklusion und Sprachtherapie/Logopädie/Sprachheilpädagogik in Deutschland. Angebote für Kinder und Jugendlichen mit Sprachbehinderungen in Schulen. *Praxis Sprache*, 59 (2), 93–105.
- Wright, J. & Kersner, M. (2004). Short-term projects: the Standards Fund and collaboration between speech and language therapists and teachers. In: *Support for Learning* 19 (1), 19–23. <https://doi.org/10.1111/j.0268-2141.2004.00313.x>

Kontakt

Constanze Kleingünther
conklein@googlemail.com

Dr. Katrin Gabler
katrin.gabler@fu-berlin.de

Leseleistungen und Unterschiede in den emotionalen Schulerfahrungen von Viertklässler:innen vor und während der COVID-19-Pandemie

Chiara Elligsen , Katharina Weiland , Lea Wiehe  & Michael Wahl 

Humboldt Universität zu Berlin

ABSTRACT: Die Maßnahmen zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie gingen mit Schulschließungen und variablen Unterrichtsformen einher, was laut Studienlage zum Thema viele Schüler:innen vor große Herausforderungen gestellt hat und noch immer stellt. Es werden Leistungsabfälle und negative Auswirkungen auf die psychische Gesundheit diskutiert. Da besonders die Lesekompetenz eine grundlegende Ressource für schulische Leistungssituationen ist, soll sie im Fokus dieser Studie stehen.

Die Daten der längsschnittlich angelegten BLab-Studie, die den Erwerbsverlauf von Lese- und Rechtschreibleistungen über die Klassenstufen 1 bis 10 untersucht, wurden dazu genutzt, Unterschiede zwischen den Leseleistungen (operationalisiert aus den normierten und standardisierten Untertests zur Lesekompetenz aus ELFE 1–6 und SLRT-II) und vier Skalen des Fragebogens zur Erfassung von schulrelevanten Einstellungen und Sichtweisen von Grundschüler:innen FEES 3–4 (Schuleinstellung, Anstrengungsbereitschaft, Lernfreude und Selbstkonzept) statistisch zu analysieren. Dazu wurden die Testergebnisse von $N = 174$ Viertklässler:innen zweier Kohorten ausgewertet, von denen eine vom variablen Unterrichtsmodus während der COVID-19-Pandemie betroffen war.

Die Ergebnisse der Gruppenvergleiche stellen sich heterogen dar und müssen differenziert betrachtet werden. Insgesamt scheinen die hier einbezogenen Schüler:innen mit den schulbezogenen Maßnahmen zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie gut zurechtgekommen zu sein.

KEYWORDS: COVID-19-Pandemie, variabler Unterrichtsmodus, emotionale Schulerfahrungen, Leseleistung

1 Forschungsstand

1.1 Emotionale Schulerfahrungen

Es werden verschiedene emotionale Schulerfahrungen unterschieden (Rauer & Schuck, 2003), wobei in dieser Studie der Fokus auf die Schuleinstellung, die Lernfreude, die Anstrengungsbereitschaft und das Selbstkonzept gelegt wird.

Unter der Schuleinstellung wird das „Ausmaß, in dem ein Kind sich in der Schule insgesamt wohlfühlt“ (Rauer & Schuck, 2003, S. 10) verstanden, während die Lernfreude als „Ausmaß, in dem ein Kind Freude an seiner alltäglichen schulischen Arbeit hat“ (Rauer & Schuck, 2003, S. 10) definiert wird. Die Anstrengungsbereitschaft beschreibt das „Ausmaß, in dem ein Kind bereit ist, sich auf Neues einzulassen und Anforderungen in der Schule zu bewältigen, auch wenn dazu besondere Bemühungen erforderlich sind“ (Rauer & Schuck, 2003, S. 10) und das Selbstkonzept das „Ausmaß, in dem ein Kind sich den schulischen Aufgaben gewachsen fühlt und seine schulischen Fähigkeiten positiv bewertet“ (Rauer & Schuck, 2003, S. 9).

Durch verschiedene Studienergebnisse wird nahegelegt, dass es einen Zusammenhang zwischen den emotionalen Schulerfahrungen und den schulischen Leistungen gibt: Wenn Schüler:innen bessere schulische Leistungen zeigen, scheinen sie ein höheres Selbstkonzept zu haben (Lohbeck et al., 2016). Dieses geht mit einer höheren Lernfreude einher (Lohbeck et al., 2016). Schüler:innen mit geringeren Rechtschreibleistungen gaben wiederum niedrigere Werte auf den genannten Skalen der emotionalen Schulerfahrungen an (Weiland, 2019). Eine höhere Lernfreude ist mit einem höheren Selbstkonzept assoziiert, auch wenn zwischen der Lernfreude und den schulischen Leistungen kein direkter Zusammenhang zu bestehen scheint (Martschinke & Kammermeyer, 2006).

1.2 Distanzlernen während COVID-19

Eine Vielzahl von Studien prognostizierte negative Auswirkungen auf die schulischen Leistungen und die psychische Gesundheit von Kindern in Folge der Schulschließungen aufgrund der COVID-19-Pandemie (Andresen et al., 2020; Kirsch et al., 2021; Ravens-Sieberer et al., 2021). Besonders der Anspruch an die Lesefähigkeiten scheint aufgrund der angepassten, überwiegend schriftlich vermittelten Aufgaben gestiegen zu sein (Lockl et al., 2021). Die KiCo- und die Copsy-Studie konnten eine sinkende allgemeine Zufriedenheit (Andresen et al., 2020) sowie eine erhöhte generelle Belastung und eine geminderte Lebensqualität (Ravens-Sieberer et al., 2021) feststellen. Zudem würden die Schüler:innen über Konzentrationsprobleme und eine geringere Motivation zum Lösen von Schulaufgaben berichten (Kirsch et al., 2021), sowie zu viele Aufgaben, insbesondere in Form von Arbeitsblättern, bemängeln (Kirsch et al., 2021; Wöbmann, 2020). Diese würden wiederum einen erhöhten Anspruch an die Lesefähigkeiten stellen (Bravo, 2020). So falle Schüler:innen mit ohnehin besseren Lesefähigkeiten das Lösen der Aufgaben leichter (Lockl et al., 2021), wohingegen leistungsschwächere Schüler:innen vor größeren Herausforderungen stünden (Bravo, 2020).

Im Gegensatz dazu berichten andere Studien von verbesserten Lesefähigkeiten durch die erhöhte Anforderung an diese (Schult et al., 2022). Außerdem gäbe es keine größeren Lerneinbußen. Die Schüler:innen schienen die variablen Unterrichtsformen gut bewältigen zu können (Depping et al., 2021).

2 Forschungsfragen

Mit dieser Studie sollen zwei Forschungsfragen beantwortet werden: Zum einen sollen Gruppen von Schüler:innen mit unterschiedlichen Leseleistungen hinsichtlich Unterschieden in den selbst berichteten emotionalen Schulerfahrungen untersucht werden. Zum anderen soll analysiert werden, ob es Differenzen in den emotionalen Schul-

erfahrungen zwischen den Gruppen mit unterschiedlichen Leseleistungen, die vom variablen Unterrichtsmodus (UM) betroffen waren und den Gruppen, die nicht davon betroffen waren, gibt.

3 Methodik

Die Fragestellungen der Studie werden im Rahmen der Längsschnittstudie *BLab: Blickbewegungen und ihre Bedeutung bei der Diagnostik und Therapie von Lesestörungen* untersucht, welche am Institut für Rehabilitationswissenschaften der Humboldt-Universität zu Berlin durchgeführt wird. Während dieses Forschungsprojektes, das im Kohortensequenzdesign angelegt ist, wird der Lese- und Rechtschreiberwerb von Schüler:innen an Berliner Grundschulen über die ersten zehn Schuljahre hinweg begleitet.

3.1 Proband:innen

Für die Analysen wurden $N = 174$ Schüler:innen ($n = 92$ weiblich, $n = 82$ männlich) aus zwei Kohorten (Beginn der ersten Klasse Schuljahr 2015/16 sowie Schuljahr 2016/17) der *BLab-Studie* ausgewählt und die Ergebnisse psychometrischer Tests sowie die Selbsteinschätzungen bezüglich schulbezogener Einstellungen und Emotionen am Ende der vierten Klasse verwendet. Das durchschnittliche Alter der Proband:innen lag bei 10,35 Jahren ($SD = 0,43$).

Das kognitive Potenzial wurde mithilfe des nonverbalen Grundintelligenztest CFT 1-R (Weiß & Osterland, 2012) am Ende der ersten Klasse erhoben. Die Proband:innen erreichten im Durchschnitt einen T-Wert von 56,57 ($SD = 8,34$).

3.2 Psychometrische Testverfahren & Fragebögen

Um die Leseleistung zu operationalisieren, wurde ein gewichteter Mittelwert aus den drei Untertests der ELFE 1–6 (Lenhard & Schneider, 2006) und den zwei Ein-Minuten-Leseflüssigkeitstests des SLRT-II (Moll & Landerl, 2014) gebildet.

Bei der ELFE 1–6 handelt es sich um einen normierten und standardisierten Leseverständnistest für die ersten sechs Schuljahre. Die hier verwendeten Untertests beziehen sich auf das Wort-, Satz- und Textverständnis.

Der SLRT-II ist ein normierter und standardisierter Lese- und Rechtschreibtest für die ersten sechs Schuljahre und beurteilt verschiedene Teilkomponenten des Lesens und des Rechtschreibens. Für diese Studie wurden nur die Gesamtscores der Subtests zum Lesen (Leseflüssigkeit von Wörtern und Pseudowörtern) verwendet.

Die Schüler:innen erzielten in der Gesamtleseleistung einen durchschnittlichen T-Wert von 49,00 ($SD = 9,44$). Die Gruppe von Schüler:innen mit mindestens durchschnittlichen Leseleistungen erreichte einen durchschnittlichen T-Wert von 52,66 ($SD = 8,20$), während die Schüler:innen mit unterdurchschnittlichen Leseleistungen einen durchschnittlichen T-Wert von 35,15 ($SD = 3,76$) erzielten.

Zur Ermittlung der emotionalen Schulerfahrungen wurden vier Skalen (Schuleinstellung, Lernfreude, Anstrengungsbereitschaft und Selbstkonzept) des FEES 3–4 (Rauer & Schuck, 2003) ausgewertet. Der FEES 3–4 ist ein standardisierter Fragebogen zur Erfassung von schulrelevanten Einstellungen und Sichtweisen von Grundschüler:innen. Die Daten wurden nicht in Normwerte umgewandelt, weil die subjektiven Einschätzungen der Schüler:innen an dieser Stelle nicht Gegenstand einer Einordnung sein sollen. Um die unterschiedlichen Itemzahlen der vier Skalen vergleichbar zu halten, wurden die Rohwerte für jede Skala separat auf den Wertebereich 0 bis 100 transformiert (vgl. Ravens-Sieberer & Bullinger, 2000).

3.3 Statistisches Vorgehen

Zur Beantwortung der ersten Forschungsfrage wurden die Proband:innen auf Grundlage des T-Werts der Leseleistung (gewichteter Mittelwert aus drei Untertests der ELFE 1–6 und zwei Untertests des SLRT-II) in die Gruppen „unterdurchschnittliche Leseleistung“ (T-Wert < 40; $n = 27$) und „mindestens durchschnittliche Leseleistung“ (T-Wert ≥ 40 ; $n = 147$) eingeteilt, welche dann mithilfe des Mann-Whitney-U-Testes für unabhängige Stichproben auf statistisch signifikante Unterschiede hinsichtlich der Skalen Schuleinstellung, Anstrengungsbereitschaft, Lernfreude und Selbstkonzept des FEES 3–4 hin überprüft wurden. Das angenommene Signifikanzniveau liegt bei $\alpha = .05$ und als Effektstärke wird *Cohens d* verwendet.

Um die zweite Forschungsfrage beantworten zu können, wurden die Proband:innen auf Grundlage der Leseleistung und der Unterrichtsform in vier Gruppen eingeteilt (mindestens durchschnittliche Leseleistung & kontinuierlicher Präsenzunterricht [PU]; unterdurchschnittliche Leseleistung & kontinuierlicher PU; mindestens durchschnittliche Leseleistung & variabler UM; unterdurchschnittliche Leseleistung & variabler UM).

Zur Analyse von möglichen statistisch signifikanten Unterschieden auf den Skalen *Schuleinstellung*, *Lernfreude*, *Anstrengungsbereitschaft* und *Selbstkonzept* des FEES 3–4 wurde der H-Test von Kruskal-Wallis für unabhängige Stichproben als nonparametrische Alternative zur einfaktoriellem ANOVA verwendet. Auch hier liegt das angenommene Signifikanzniveau bei $\alpha = .05$ und als Effektstärke wird ebenfalls *Cohens d* herangezogen. Um die Gruppen untereinander zu vergleichen, wurden Post-hoc-Tests durchgeführt. Die Korrektur des Alpha-Levels erfolgte mithilfe der Bonferroni-Korrektur.

4 Ergebnisse

4.1 Forschungsfrage 1

Die deskriptiven Daten zu den FEES-Skalen der beiden Leseleistungsgruppen können Tabelle 1 entnommen werden. Die inferenzstatistische Analyse zeigt folgende Ergebnisse: Lediglich auf der Skala *Selbstkonzept* des FEES 3–4 unterscheiden sich die Gruppen von Schüler:innen mit unterdurchschnittlicher und mindestens durchschnittlicher Leseleistung statistisch signifikant sowie mit einer Effektstärke in mittlerer Höhe voneinander ($U = 982,50$, $p < .001$, $d = .615$). Dabei gaben die Schüler:innen mit mindestens durchschnittlichen Leseleistungen die statistisch signifikant besseren Werte an. Auf den verbleibenden Skalen zur Anstrengungsbereitschaft, Schuleinstellung und Lernfreude konnten keine statistisch signifikanten oder inhaltliche relevanten Unterschiede festgestellt werden ($p > .05$).

Tabelle 1

Statistik zum Gruppenvergleich: Skalen des FEES 3–4 von Schüler:innen mit unterdurchschnittlicher vs. mindestens durchschnittlicher Leseleistung

Gruppen	Kennwerte	Schuleinstellung	Lernfreude	Anstrengungsbereitschaft	Selbstkonzept
Leseleistung	<i>n</i>	26	27	27	27
T-Wert < 40	<i>Mdn</i>	54,76	55,13	67,95	53,33
	<i>IQB</i>	25,60	18,59	21,15	16,67
Leseleistung	<i>n</i>	145	147	147	145
T-Wert \geq 40	<i>Mdn</i>	59,52	61,54	74,36	71,11
	<i>IQB</i>	45,24	33,33	25,64	22,22
Kruskal-Wallis-Test	<i>p</i>	.830	.983	.262	<.001***
	<i>d_{Cohen}</i>	–	–	–	.615

Anmerkungen: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

4.2 Forschungsfrage 2

Die deskriptiven Kennwerte für die Skalen des FEES 3–4 entsprechend der verschiedenen Leseleistungsgruppen mit unterschiedlichen Beschulungskonzepten können Tabelle 2 entnommen werden.

Der Vergleich der vier Gruppen ergab auf der Skala *Schuleinstellung* folgendes Ergebnis: Die Gruppen unterscheiden sich statistisch höchst signifikant und mit einer großen inhaltlichen Relevanz ($X^2(3) = 20,17, p < .001, d = .677$). Die detaillierten Post-hoc-Analysen zeigen jedoch, dass nur die Gruppe von Schüler:innen mit durchschnittlichen Leseleistungen und variablem UM ($Mdn = 69,05$) statistisch höchst signifikant positivere Werte mit einer Effektstärke mittlerer Höhe als die Gruppe mit durchschnittlichen Leseleistungen und kontinuierlichem PU aufweist ($Mdn = 45,23$) ($z = -4,29, p < .001, d = .772$). Die weiteren Gruppenvergleiche zeigen keine statistisch signifikanten Differenzen zwischen den Gruppen auf ($p > .05$).

Auf der Skala *Lernfreude* zeigt sich übergreifend eine statistische signifikante Differenz zwischen den Angaben der vier Gruppen ($X^2(3) = 10,25, p = 0.17, d = .422$). Wie bei der Skala *Schuleinstellung* zeigt sich jedoch auch für die Skala *Lernfreude*, dass nur ein singulärer Vergleich mit Post-hoc-Tests statistische Signifikanz erreicht: So gibt die Gruppe von Schüler:innen mit durchschnittlichen Leseleistungen und variablem UM ($Mdn = 64,10$) statistisch signifikant höhere Werte an als die Gruppe mit ebenfalls durchschnittlichen Leseleistungen und kontinuierlichem PU ($Mdn = 51,28$) ($z = -2,84, p = .027, d = .473$). Die Ergebnisse haben eine kleine inhaltliche Relevanz. Die weiteren Gruppenvergleiche werden nicht statistisch signifikant ($p > .05$).

Der übergreifende Vergleich aller Gruppen auf der Skala *Anstrengungsbereitschaft* ergab keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Angaben der Gruppen ($X^2(3) = 4,27, p > .05$).

Der Kruskal-Wallis-Test zu den Daten der Skala *Selbstkonzept* zeigt statistisch höchst signifikante Unterschiede mit großer Effektstärke zwischen den Angaben der Gruppen ($X^2(3) = 18,53, p < .001$,

Tabelle 2
 Statistik zum Gruppenvergleich: Skalen des FEES 3–4 und Gruppen von Schüler:innen, eingeteilt anhand der Leseleistung und der Erfahrung mit dem variablen UM

Gruppen	Kenn- werte	Schul- einstellung	Lernfreude	Anstrengungs- bereitschaft	Selbstkonzept
Durchschnittliche Leseleistung & kontinuierlicher Präsenzunterricht	<i>n</i> 67	69	70	67	
	<i>Mdn</i> 45,23	51,28	71,80	71,11	
	<i>IQB</i> 38,10	24,36	19,23	20,00	
Unterdurchschnittliche Leseleistung & kontinuierlicher Präsenzunterricht	<i>n</i> 12	12	12	12	12
	<i>Mdn</i> 50,00	52,56	62,82	51,11	
	<i>IQB</i> 17,26	16,03	12,18	12,22	
Durchschnittliche Leseleistung & variabler Unterrichtsmodus	<i>n</i> 78	79	79	78	
	<i>Mdn</i> 69,05	64,10	74,36	71,11	
	<i>IQB</i> 46,43	30,77	25,64	22,22	
Unterdurchschnittliche Leseleistung & variabler Unterrichtsmodus	<i>n</i> 14	15	15	15	15
	<i>Mdn</i> 57,14	64,10	71,79	60,00	
	<i>IQB</i> 41,07	17,95	25,64	20,00	
Kruskal-Wallis-Test	<i>p</i> <.001***	.017*	.234	<.001***	
<i>d</i> _{Cohen}	.677	.422	–	.638	

Anmerkungen: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

$d = .638$). Die Post-hoc-Tests zeigen jedoch nur Unterschiede zwischen bestimmten Gruppen: So gibt die Gruppe von Schüler:innen mit durchschnittlichen Leseleistungen und kontinuierlichem PU ($Mdn = 71,11$) statistisch hoch signifikant positivere Werte mit einer großen inhaltlichen Relevanz an als die Gruppe mit unterdurchschnittlichen Leseleistungen und kontinuierlichem PU ($Mdn = 51,11$) ($z = 3,70$, $p = .001$, $d = .926$). Darüber hinaus geben die Schüler:innen mit durchschnittlichen Leseleistungen und variablem UM ($Mdn = 71,11$) statistisch hoch signifikant positivere Werte an als die Gruppe mit unterdurchschnittlichen Leseleistungen und kontinuierlichem PU ($Mdn = 51,11$) ($z = -3,40$, $p = .004$, $d = .772$). Hier zeigt sich eine mittlere inhaltliche Relevanz. Nicht statistisch signifikant werden alle weiteren Vergleiche ($p > .05$).

5 Diskussion und Fazit

Die in anderen Studien gezeigten Tendenzen, dass Schüler:innen mit unterdurchschnittlichen Leseleistungen ihre Schuleinstellung, Lernfreude und Anstrengungsbereitschaft niedriger einschätzen als Gleichaltrige mit Leseleistungen im Durchschnittsbereich, konnten im Rahmen dieser Studie nicht repliziert werden. Als statistisch signifikant und mit einer mittleren Effektstärke auch inhaltlich relevant erweisen sich lediglich die Differenzen auf der Skala *Selbstkonzept* mit einer kritischeren Selbsteinschätzung der eigenen akademischen Leistungsfähigkeit aufseiten der Schüler:innen mit Leseleistungen im unterdurchschnittlichen Bereich.

Die Betrachtung im Detail nach den Erfahrungen mit dem variablen Unterrichtsmodus im Zuge der COVID-19-Pandemie legt nahe, dass die Schüler:innen mit den veränderten Formen des Unterrichts gut zurechtgekommen sind: Die Befragten in der entsprechenden Kohorte geben tendenziell bessere Einschätzungen der eigenen schulbezogenen Einstellungen und Emotionen an als die Gruppe der Befragten, deren Daten vor der COVID-19-Pandemie erhoben wurden. Die hier vorgestellten Analysen weisen zudem darauf hin,

dass eine separate Betrachtung der emotionalen Schulerfahrungen relevant ist, denn die befragten Schüler:innen geben hierzu differenzierte Einschätzungen ab.

Durch die bereits seit 2014 laufende längsschnittliche Datenerhebung der Studie *BLab* war es möglich, eine Stichprobe aus zwei Kohorten auszuwählen, von denen eine von dem variablen UM während der ersten Welle der COVID-19-Pandemie betroffen war. Es wurde sich für eine querschnittliche Analyse der Daten von Viertklässler:innen entschieden, welche lediglich einen interindividuellen Vergleich der Leseleistungen und emotionalen Schulerfahrungen zulässt. Um die Ergebnisse durch einen intraindividuellen Vergleich der Leseleistungen vor und nach den pandemiebedingten Veränderungen des schulischen Alltags zu ergänzen, wäre eine Betrachtung von längsschnittlichen Daten einer oder mehrerer Kohorten sinnvoll.

Ein weiterer limitierender Faktor dieser Studie ist der relative kurze Zeitraum im variablen Unterrichtsmodus von März 2020 bis zur Datenerhebung im August 2020. Die hier vorliegenden Ergebnisse spiegeln dementsprechend lediglich die Einschätzungen der Schüler:innen in den ersten Monaten der COVID-19-Pandemie wider. Um ein umfassenderes Stimmungsbild zu erhalten, wäre eine Betrachtung der Daten vom Sommer 2021 sowie der Daten von Sommer 2022 wichtig. Auch lässt sich nicht nachvollziehen, von welcher Qualität der Unterricht während des variablen Unterrichtsmodus war.

Die erfragten schulrelatierten Einstellungen sind als Kriterien für den Schulerfolg bedeutsam (Lohbeck et al., 2016; Martschinke & Kammermeyer, 2006), können relativ unkompliziert dargestellt werden (Rauer & Schuck, 2003) und bieten so einen Mehrwert für Schulen beispielsweise im Sinne von Unterrichtsentwicklung, der neben leistungsbezogenen Outcomes auch sozial-emotionale Erfahrungen im Sozial- und Lernraum Schule berücksichtigt. Wie sich aus den Daten ableiten lässt, sind Schüler:innen mit unterdurchschnittlichen Leseleistungen – wie in der Studienlage durchgehend berichtet – insbesondere vulnerabel im Hinblick auf ihr akademisches Selbstkonzept. Dies gilt es, auch angesichts der gegenseitigen Bedingtheit von

Schulleistungen und akademischem Selbstkonzept, verstärkt in den Blick zu nehmen – ganz unabhängig vom Unterrichtsmodus.

6 Literatur

- Andresen, S., Lips, A., Möller, R., Rusack, T., Schröer, W., Thomas, S. & Wilmes, J. (2020). *Kinder, Eltern und ihre Erfahrungen während der Corona-Pandemie*. Universitätsverlag Hildesheim. <https://doi.org/10.18442/121>
- Bravo, I., Gomes-Merino, N., Jury, M., Mannik, S., McDougal, E., Klang, N., Lüke, T., Perrin, A., Pittas, E., Rubio Jimenez, A., Sormunen, K. & van Herwegen, J. (2020). *Leitfaden zur Inklusion von Lernenden mit sonderpädagogischem Förderbedarf im Distanzlernen*. Abgerufen am 12.05.2023 unter http://ssl.earli.org/sites/default/files/2021-10/EARLI%20guidelines_DE_r1.pdf
- Depping, D., Lücken, M., Musekamp, F. & Thonke, F. (2021). *Kompetenzstände Hamburger Schüler*innen vor und während der Corona-Pandemie*. Waxmann.
- Kirsch, C., Engel de Abreu, P. M. J., Neumann, S. & Wealer, C. (2021). Practices and experiences of distant education during the COVID-19 pandemic: The perspectives of six- to sixteen-year-olds from three high-income countries. *International Journal of Educational Research Open*, 2, 100049. <https://doi.org/10.1016/j.ijedro.2021.100049>
- Lenhard, W. & Schneider, W. (2006). *ELFE 1–6. Ein Leseverständnistest für Erst- bis Sechstklässler*. Hogrefe.

- Lockl, K., Attig, M., Nusser, L. & Wolter, I. (2021). Lernen im Lock-down: Welche Voraussetzungen helfen Schülerinnen und Schülern? Die Bedeutsamkeit der Lesekompetenz, des Interesses an Lerninhalten und der Anstrengungsbereitschaft für die Bewältigung des Lernens zuhause. *NEPS Corona und Bildung*, 1 (5), 1–7. Abgerufen am 16. 12. 2022 unter https://www.lifbi.de/Portals/13/Corona/NEPS_Corona-und-Bildung_Bericht_5-Motivation.pdf
- Lohbeck, A., Hagenauer, G. & Moschner, B. (2016). Zum Zusammenspiel zwischen schulischem Selbstkonzept, Lernfreude, Konzentration und Schulleistungen im Grundschulalter. *Zeitschrift für Bildungsforschung*, 6 (1), 53–69. <https://doi.org/10.1007/s35834-016-0147-2>
- Martschinke, S. & Kammermeyer, G. (2006). Selbstkonzept, Lernfreude und Leistungsangst und ihr Zusammenspiel im Anfangsunterricht. In A. Schröder-Lenzen (Hrsg.), *Risikofaktoren kindlicher Entwicklung: Migration, Leistungsangst und Schulübergang* (125–139). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Moll, K. & Landerl, K. (2014). Lese- und Rechtschreibtest (SLRT-II). *Weiterentwicklung des Salzburger Lese- und Rechtschreibtests (SLRT)*. Hogrefe.
- Rauer, W. & Schuck, K. D. (2003). *FEESS 3–4. Fragebogen zur Erfassung emotionaler und sozialer Schulerfahrungen von Grundschulkindern dritter und vierter Klassen*. Beltz Test GmbH.
- Ravens-Sieberer, U., Kaman, A., Otto, C., Adedeji, A., Napp, A.-K., Becker, M., Blanck-Stellmacher, U., Löffler, C., Schlack, R., Hölling, H., Devine, J., Erhart, M. & Hurrelmann, K. (2021). Seelische Gesundheit und psychische Belastungen von Kindern und Jugendlichen in der ersten Welle der COVID-19-Pandemie – Ergebnisse der COPSY-Studie. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 64 (12), 1512–1521. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03291-3>

- Ravens-Sieberer, U. & Bullinger, M. (2000). *KINDL-R: Revidierter KINDer Lebensqualitätsfragebogen*. Abgerufen am 16.12.2022 unter <https://www.kindl.org/deutsch/manual>
- Schult, J., Mahler, N., Fauth, B. & Lindner, M.A. (2022). Did students learn less during the COVID-19 pandemic? Reading and mathematics competencies before and after the first pandemic wave. *School Effectiveness and School Improvement*, 33 (4), 544–563. <https://doi.org/10.1080/09243453.2022.2061014>
- Weiland, K. (2019). *Psychosoziale Belastung bei niedriger Rechtschreibleistung*. Humboldt-Universität zu Berlin. Abgerufen am 16.12.2022 unter <https://edoc.hu-berlin.de/handle/18452/20706>
- Weiß, R.H. & Osterland, J. (2012). *CFT 1-R: Grundintelligenztest Skala 1*. Hogrefe.
- Wößmann, L. (2020). Folgekosten ausbleibenden Lernens: Was wir über die Corona-bedingten Schulschließungen aus der Forschung lernen können. *ifo Schnelldienst*, 73 (6), 38–44. Abgerufen am 16.12.2022 unter https://econpapers.repec.org/article/cesifosdt/v_3a73_3ay_3a2020_3ai_3a06_3ap_3a38-44.htm

Kontakt

Chiara Elligsen
chiara.elligsen@kabelmail.de

**Du und Ich: Grenzenlose Kommunikation –
Entwicklung eines Informationsflyers
zur Bimodalen Bilingualität anhand semistrukturierter
Expert*innen-Interviews**

Sarah Binczyk^{1}, Cornelia Staebel^{1*}, Patricia Sandrieser² &
Stefanie Jung^{1,3} *

¹ Therapiewissenschaften, Hochschule Trier, Trier, Deutschland

² Katholisches Klinikum Koblenz-Montabaur, Koblenz, Deutschland

³ Leibniz-Institut für Wissensmedien, Tübingen, Deutschland

* geteilte Erstautorinnenschaft

ABSTRACT: Entgegen noch immer bestehender Annahmen schränkt Gebärdensprache, wenn sie frühzeitig und uneingeschränkt zugänglich ist, den Lautspracherwerb nicht ein; sie kann diesen sogar erleichtern. Bimodale Bilingualität beschreibt ein „Sowohl-als-auch“ von Lautsprache und der visuell-gestischen Gebärdensprache in der Sprachentwicklung hörbeeinträchtigter Kinder. Für hörende Eltern von hörbeeinträchtigten Kindern in Deutschland ist der Zugang zu Informationen über bimodale Bilingualität, d. h. deutsche Lautsprache und Deutsche Gebärdensprache (DGS), erschwert. Daher wurde in dieser Arbeit auf Grundlage einer umfassenden Literaturrecherche, Hospitationen und der qualitativen Analyse semi-strukturierter Expert*innen-Interviews ein Informationsflyer konzipiert. Dieser stellt erste wichtige Informationen bereit und zeigt konkrete regionale Anlauf- und Kontaktstellen auf. Ziel ist es, betroffenen Familien die bimodale Bilingualität als alternativen Kommunikationsweg vorzustellen und somit Kindern von Geburt an die Möglichkeit der grenzenlosen Kommunikation zu ermöglichen.

KEYWORDS: Deutsche Gebärdensprache, Cochlea-Implantat (CI), gehörslos, Frühförderung, bimodale Bilingualität

1 Einleitung

Kinder mit Hörbeeinträchtigungen erlangen auf unterschiedlichste Art und Weise einen Zugang zum System der Laut- und Gebärdensprache (Becker & Jaeger, 2019). So profitieren viele von Entwicklungen der Hörtechnologie, welche ihnen den Erwerb der Lautsprache als Erstsprache ermöglicht. Mit der deutschen Gebärdensprache (DGS) kommen diese Kinder meist erst in der Schule in Form eines Fremdspracherwerbs in Kontakt. Dabei ist erwiesen, dass DGS den Lautspracherwerb erleichtern kann, wenn sie frühzeitig und uneingeschränkt zugänglich ist (Müller de Quadros et al., 2016).

Nur etwa 5–10 Prozent der schwer hörgeschädigten Kinder erlernen die Gebärdensprache als Erstsprache (Becker & Jaeger, 2019). Diese wird in den meisten Fällen durch die Eltern, Frühförderstellen oder den Kindergarten vermittelt. Spätestens in der Schule werden diese Kinder die deutsche Schriftsprache erlernen und somit eine Lautsprache in geschriebener Form. Sie verfügen dann über eine *Bimodale Bilingualität* – ein „Sowohl-als-auch“ von Lautsprache und DGS (Hoffmann & Schäfer, 2020). Diese kann sich positiv auf Teilhabe (Chilla & Fox Boyer, 2016), Selbstbewusstsein und soziale Kompetenz (Leonhardt, 2018) auswirken.

Trotz der rechtlichen Verankerung in der UN-Behindertenrechtskonvention, welche in Deutschland 2009 in Kraft getreten ist, fehlt es hierzulande noch immer an einer sicheren Infrastruktur für die DGS im Förder- und Bildungssystem. Hörende Eltern haben meist erschwerten Zugang zu Informationen über *Bimodale Bilingualität* bei gleichzeitigem Mangel an einem gebärdensprachlichen Angebot für Betroffene. Um die Vorzüge der *Bimodalen Bilingualität* sowie deren Auswirkung auf die Kommunikation und (Sprach-)Entwicklung von gehörlosen Kindern zu vermitteln, war es Ziel dieser Arbeit, einen Informationsflyer zur *Bimodalen Bilingualität* für Eltern von gehörlosen, hörbeeinträchtigten und mit einem CI-versorgten Kindern für den Großraum Koblenz-Neuwied zu konzipieren und diesen in der Region zu veröffentlichen.

2 Methode

2.1 Probandinnen

Zur Erstellung des Informationsflyers wurden zunächst Hospitationen und Gespräche mit Eltern gehörloser Kinder durchgeführt. Daran anschließend erfolgten semi-strukturierte Interviews mit zwei Expertinnen, die über jahrelange Erfahrung im Bereich der Angehörigenberatung, Versorgung und logopädischer Therapie von hörbeeinträchtigten Kindern verfügen. Rekrutiert wurden die Interviewpartnerinnen, indem sie gezielt angefragt wurden. Die Interviews fanden in den jeweiligen Einrichtungen der Teilnehmerinnen statt und wurden von den beiden Erstautorinnen durchgeführt.

2.2 Interview

Die 60-minütigen Interviews basierten auf einem Interviewleitfaden mit 15 Fragen. Die Fragen wurden auf Grundlage einer umfassenden Literaturrecherche (Pubmed; unsystematisch) generiert und mit Eindrücken aus drei Hospitationen in betroffenen Familien ergänzt. Sie ließen sich in drei Themenkomplexe unterteilen: 1. Herausforderungen für die Eltern, 2. Möglichkeiten der Bimodalen Bilingualität und 3. Unterstützungsangebote. Das Material umfasste ausführliche Informationen zur Aufklärung über die Studie und eine Datenschutzerklärung. Die Interviews begannen mit der offenen Frage, auf welche Sorgen der Eltern die Expert*innen im Rahmen der ersten Aufklärungsgespräche treffen. Den Abschluss bildete die Frage nach konkreten Hinweisen und Wünschen, welche Informationen ein Aufklärungsmaterial für Eltern enthalten sollte.

2.3 Transkription und Datenanalyse

Die Transkripte wurden in einem geläufigen Schriftdeutsch wiedergegeben (Mayring, 2015). Zur besseren Lesbarkeit wurden Floskeln (z. B. „ähm, äh“ und „mhm“) geglättet. Allerdings sind grammatikalische Korrekturen vorgenommen worden, wenn die Lesbarkeit erheblich beeinträchtigt war. Betonte Phrasen oder Wörter wurden unterstrichen, um diese hervorzuheben. Die Transkripte wurden nach Fertigstellung jeweils per E-Mail an die beiden Interviewpartnerinnen geschickt, um diese schriftlich bestätigen zu lassen. Es wurden nach der Rückmeldung bis auf Interpunktionen und kleine Wortanpassungen keine (inhaltlichen) Änderungen mehr vorgenommen. Zum Zwecke der Anonymisierung wurden persönlichen Daten und genannte Personen geschwärzt. Im Anschluss wurden die Transkripte tabellarisch gegenübergestellt und dadurch die Essenz der Aussagen gebildet. Diese Essenzen dienten als Grundlage für die Kategorienbildung des Informationsflyers.

3 Ergebnisse

Zur Konzipierung des Informationsflyers zur Bimodalen Bilingualität wurden die verschiedenen Ergebnisse zusammengeführt. Dabei wurden sowohl externe Evidenzen aus der Literaturrecherche berücksichtigt als auch Aspekte interner und sozialer Evidenz, die innerhalb der Hospitationen gesammelt werden konnten. Diese ermöglichten Einblicke in die Sorgen und Gefühle der Familien, sowie deren Wünsche nach Informationen, Infrastruktur und Kontaktadressen.

Diese Aspekte bestimmten die Inhalte des Informationsflyers zur Bimodalen Bilingualität (siehe Anhang). Durch Überschriften erfolgte eine strukturierte Unterteilung in verschiedene Kategorien. Die erste Seite nennt die Zielsetzung des Informationsflyers, nämlich über *bimodale Bilingualität* von Lautsprache und DGS von hörbeeinträchtigten sowie mit einem CI-versorgten Kindern zu informieren.

Im Innenteil wird den Eltern Wissen über *Bimodale Bilingualität* vermittelt. Er gibt eine Übersicht über die Meilensteine im Lautspracherwerb, dem Erwerb der DGS und geht auf bestehende Unterschiede ein. Gleichzeitig werden allgemeine Kommunikationsmöglichkeiten aufgezeigt. Anhand der Interview-Auswertung konnte festgestellt werden, dass Eltern bspw. oft nicht akzeptieren, dass ihr Kind trotz der CI-Versorgung weiter ein gehörloses Kind sein wird. Daher wurde diese Information nochmals explizit erwähnt. Auch die Stärkung der Eltern in ihrer intuitiven elterlichen Kompetenz wird genannt, welche insbesondere in der Interview-Auswertung hervorgehoben wurde. Zusätzlich wurden die Vorteile einer bimodalen bilingualen Erziehung aufgezeigt, mit dem Hinweis, dass es nicht nur einen richtigen Weg in der Sprachentwicklung bei hörbeeinträchtigten Kindern gibt. Dieses Fazit konnte auf Basis der Literaturrecherche gezogen werden.

Auf den letzten Seiten des Flyers erscheinen die Institutions-Adressen der Interviewpartnerinnen als erste Anlaufstelle sowie die recherchierten Kontaktdaten und Links, welche für Eltern mit gehörlosen, hörbeeinträchtigten und CI-implantierten Kindern eine weitere Hilfe bieten können.

4 Diskussion

In dieser Arbeit wurde auf Grundlage eines qualitativen Forschungsansatzes in Form von Expert*innen-Interviews, einer Literaturrecherche und Hospitationen bei betroffenen Familien ein *Informationsflyer zur Bimodalen Bilingualität* für den Großraum Koblenz-Neuwied konzipiert, erstellt und in Umlauf gebracht. Denn bis heute fehlt es betroffenen Familien in der Region an einem niederschweligen Informationsangebot zu Kommunikationsmöglichkeiten innerhalb der Familie mit hörbeeinträchtigten Kindern. Zur Datengewinnung wurden qualitative, wissenschaftlich anerkannte Methoden angewandt. Unter Berücksichtigung des ethischen Reasonings enthält der Informationsflyer konkrete Anlaufstellen für diese Familien und konnte

teilweise auf den Umgebungsradius Koblenz-Neuwied bis Köln abgestimmt werden. Zudem besteht von allen kontaktierten „Hilfreichen Kontakten“ (Institutionen, Fachstellen, Vereinen, etc.) ein großes Interesse an Exemplaren des Informationsflyers, weshalb die Druckauflage erhöht werden musste. Dies bestätigt die hohe Relevanz des Themas der Bimodalen Bilingualität. Der Flyer vermittelt die Informationen in schriftlicher Form und kann daher im Alltag als Nachschlagewerk verwendet werden. Er wurde eigenständig entwickelt, wodurch eine Unabhängigkeit von jeglichen Anlaufstellen besteht.

5 Literatur

- Becker, C. & Jaeger, H. (2019). *Deutsche Gebärdensprache – Mehrsprachigkeit mit Laut- und Gebärdensprache*. Narr Francke Attempto Verlag.
- Chilla, S. & Fox-Boyer, A. (2016). *Zweisprachigkeit/Bilingualität: Ein Ratgeber für Eltern*. Schulz-Kirchner.
- Hoffmann, V. & Schäfer, K. (2020). Gebärdensprache und unterstützende Kommunikationsformen. In V. Hoffmann & K. Schäfer, *Kindliche Hörstörungen* (277–295). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-61126-5_13
- Leonhardt, A. (2018). *Inklusion im Förderschwerpunkt Hören*. W. Kohlhammer.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz. https://doi.org/10.1007/978-3-531-18939-0_38
- Müller de Quadros, R., Lillo-Martin, D. & Chen Pichler, D. (2016). Bimodal Bilingualism: Sign Language and Spoken Language. In M. Marschark & P.E. Spencer (Hrsg.), *The Oxford Handbook of Deaf Studies in Language* (181–196). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780190241414.013.12>

6 Anhang

Abbildung 1a
 Vorderseite des Informationsflyers „Bimodale Bilingualität für Eltern von gehörlosen, hörbeeinträchtigten und mit einem CI-versorgten Kindern“



Erste Kontakte
 für Eltern gehörloser-, hörbeeinträchtigter-
 und CI-implantierter Kinder

Fachdienste für
 Hörschulbedarf
 Heideckstraße, Str. 25
 56564 Neuwied
 Telefon: 02631 - 96 91 820
 neuwied@gehhoerlose-tp.de

Geckler-Implant-Centrum
 Ludwig-Preußow-Str. 7-9
 56564 Koblenz
 Telefon: 0261 - 496 - 4977
 a.boospek@kmd.de



Hilfreiche Kontakte
 für Eltern gehörloser-, hörbeeinträchtigter-
 und CI-implantierter Kinder

Zentrum für Hörschädigte:
 Dr. Ingrid Schmitt-Neuwied
 Tel. 026 31 - 9711 - 13
 kome@informa.org
 www.informa.org

Rechtsberatung:
 Rechtsanwältin und
 Sozialpädagogin für Sozialrecht
 Sandra Fabian
 50226 Frechen
 Tel. 02234 - 89 81 81 0
 Mobil: 076 - 44 50 32 80

Fachanwälte für Familienrecht
 und Erbschaftsrecht
 Ute/Maria Hoffstadt
 53111 Born
 Tel. 0228 - 55 99 20
 www.born-fachanwalt.de

Die Bürgerbeauftragte
 poststelle@bildungsauftraggeber-tp.de

Hilfreiche Links
 für Eltern gehörloser-,
 hörbeeinträchtigter-
 und CI-implantierter Kinder

Gehörlosenbund e.V.:
 www.gehoerlosen-bund.de

Bilinguale Bildung:
 www.daling.de
 www.gpr-bildung.org

Experte für Gebärdensprache &
 Themen der Gehörlosigkeit:
 www.kestner.de

Hängegebärdensprachkurse:
 www.igs-108.de
 www.haengegebardensprachkurs.de

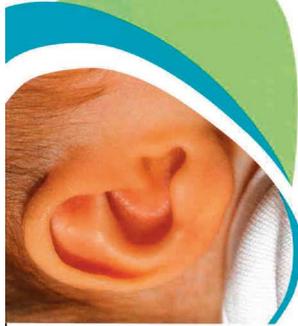
Einblicke in die Welt der Hörbehinderten: www.taubenschlag.de

Du & ich
Grenzenlose
Kommunikation
kurz & knapp

Lautsprache & Deutsche Gebärdensprache
 - Bimodale Bilingualität -
 für gehörlose-, hörbeeinträchtigte- und
 CI-implantierter Kinder

Abbildung 1b

Rückseite des Informationsflyers „Bimodale Bilingualität für Eltern von gehörlosen, hörbeeinträchtigten und mit einem CI-versorgten Kindern“



Was ist bimodale Bilingualität?

Die bimodale Bilingualität bezeichnet die Kombination von Lautsprache und der Deutschen Gebärdensprache. Beide sind eigenständige und vollwertige Sprachen. Sie ergänzen sich gegenseitig und wirken positiv auf die sprachliche und kommunikative Entwicklung ihres Kindes. Der Unterschied liegt lediglich in der Modalität.

Die physiologische Sprachentwicklung:

Alter des Kindes	Lautsprache	Gebärdensprache
ab der Geburt	Aktivieren von Lauten (auch Übertragungen von Hören und Ansehen)	
bis zum ersten Lebensjahr	Versteht Laute (Produktion von Lauten und Subkonventionen der Lautsprache)	Manuelles Laufen (Produktion von Handzeichen und rhythmischen Übertragungen der Gebärdensprache)
bis zum ersten Lebensjahr	Erste Wörter	Erste (Zeich-)Gesten
bis zum ersten Lebensjahr	Erste Wörter	Erste Gebärden
mit circa 1,5 Jahren	Zwei-Wort-Sätze	Zwei- bis Gebärden-Sätze
mit circa 2,5 Jahren	Drei- und vierwortsätze	Drei- und viergebärden-Sätze

Die Entwicklung beider Sprachen verläuft identisch.

Kommunikation ist Wahrnehmung

Kommunikation kann bei hörbeeinträchtigten Kindern nicht immer lautsprachlich gelingen. Auch ein CI-versorgtes Kind erlebt Zeiten, in welchen die Hörprothese nicht getragen werden kann (z.B. beim Schlafen, Duschen, Schwimmen oder durch technische Probleme). In diesen Situationen kann eine weitere Kommunikationsform entlasten und hilfreich sein.

Wie kann Kommunikation gelingen?

- 👁️ Vermehrter und intensiver Blickkontakt
- 👉 Aufmerksamkeitslenkung durch Berührung und Zeigen
- 👂 Zuhören durch Fühlen (beim Kommunizieren, Singen & Tanzen)
- 👋 Gespräche mit Deutscher Gebärdensprache und Lautsprache kombiniert

Für uns als Eltern von einem gehörlosen Kind oder einem CI-versorgten Kind gilt:

- Wir kommunizieren intuitiv mit dir.
- Wir lassen uns auf dich und deine Bedürfnisse ein.
- Wir ebnen den Weg für dein selbstständiges Leben.

Die bilinguale Erziehungswise fördert die Kognition von Kindern.

Die bimodale Bilingualität mit Lautsprache und Deutscher Gebärdensprache ermöglicht:

- eine Unterstützung zur Aneignung der Lautsprache
- bei früher Förderung, die volle Ausnutzung der Sprachenvermögensfähigkeit (z.B. Wortschatzaufbau)
- Kommunikation, falls die Lautsprache (trotz CI) nicht erworben werden konnte
- Kommunikation, wenn das CI nicht getragen wird
- eine sichere emotionale Bindung
- die Stärkung des Selbstbewusstseins des Kindes
- Sicherheit und den Ausbau sozialer Kompetenzen
- eine optimale Aktivierung der kognitiven Fähigkeiten
- eine sichere Familienkommunikation
- eine barrierefreiere Kommunikation mit Peers
- eine bessere Lebensqualität
- die Teilhabe an zwei Kulturen (Hörende/Gehörlose)
- Kontakt zu anderen Familien

Vertrauen Sie auf Ihre intuitive elterliche Kompetenz

Diese Informationsflyer wurde von den beiden Studentinnen Sarah Binczyk und Conrada Staebel im Rahmen ihrer Bachelorarbeit an der Hochschule Trier erstellt (2022).
E-Mail: staebel-logged@online.de

Es gibt nicht DEN richtigen Weg. Finden Sie selbst heraus, was zu Ihnen und Ihrer Familie passt.

Kontakt

Cornelia Stabel & Sarah Binczyk

staebel-logo@t-online.de

Stefanie Jung

s.jung@hochschule-trier.de

Wie ausgetauscht! Digital und interdisziplinär vernetzt am Vi(rtuellen) Ru(nden) Ti(sch)

Maren Eikerling , Clara Czok & Stephan Sallat 

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

ABSTRACT: In diesem Beitrag werden das Konzept der „Virtuellen Runden Tische“ (ViRuTi) sowie Ergebnisse ihrer Pilotierung und Perspektiven für die Implementierung vorgestellt. Dabei geht es um die ressourcenfreundliche, digitale Umsetzung und niederschwellige Durchführung der ViRuTi. Inklusive Bestrebungen sind fest mit der Notwendigkeit interdisziplinärer Fallbesprechungen verknüpft. Akteure aus Kita, Schule und Gesundheitswesen können mit Bezugspersonen des betreffenden Kindes gemeinsam am runden Tisch Perspektiven austauschen und Entscheidungen treffen, bspw. zur Einleitung und Evaluierung von Sprachförder- oder -therapiemaßnahmen. Eine durch ein Konzept vorgegebene Struktur erleichtert den Austausch und die Fokussierung der Beteiligten auf die Ressourcen und Bedürfnisse des Kindes. Außerdem ist dieser interprofessionelle bzw. transdisziplinäre Austausch auch digital möglich.

KEYWORDS: Interdisziplinarität, Digitalität, Sprachtherapie, Sprachförderung, Interprofessionalität

1 Hintergrund

1.1 Runde Tische in Sprachtherapie & -förderung

Interdisziplinäre Fallbesprechungen sind eine notwendige Ressource für die Umsetzung inklusiver Bildungs- und Therapieangebote (Labhart, 2019). Diese sind im Kontext der multiprofessionellen Frühförderung oder Entwicklungsdiagnostik in sozialpädiatrischen Zentren bereits üblich. Auch im Bereich der sprachlichen Bildung, Sprachförderung und -therapie werden in einigen Regionen interdisziplinäre Fallbesprechungen an sogenannten runden Tischen bspw. mit Vertre-

ter*innen aus Kita, Schule, Medizin, Therapie sowie den Erziehungsberechtigten umgesetzt (Krebs et al., 2012). Der Einbezug von Erziehungsberechtigten ist im Handlungsfeld von Sprachbildung, -therapie und -förderung fester Bestandteil und zählt somit zu den Aufgaben von Sprachtherapeut*innen (Hecking & Schlesiger, 2010) sowie Erzieher*innen und Sprachheilpädagog*innen (Glück et al., 2013). Allerdings wird die interdisziplinäre Zusammenarbeit durch eine Vielzahl an Hürden erschwert (Winkler-Hahn et al., angenommen).

Bereits bestehende Konzepte für den strukturierten, transdisziplinären Austausch am runden Tisch verweisen auf die ICF und streben ein möglichst ressourcen- und lösungsorientiertes Handeln an (Giel, 2021; Hollenweger & Lienhard, 2009). Dazu zählen der Austausch von Informationen und Perspektiven, das Finden von Lösungen und die Definition von Maßnahmen und Zielen sowie deren Evaluierung. Zu betonen ist dabei die Relevanz der Gleichberechtigung aller Beteiligten sowie der aktive Einbezug der Bezugspersonen (Giel, 2021).

1.2 Digitalität im Gesundheits- und Bildungswesen

Die Digitalisierung hält Einzug in immer mehr Professionen und verändert damit deren Alltag. Im Bereich der Sprachförderung und -therapie bieten digitale Medien neue Möglichkeiten u. a. für Diagnostik- und Beobachtungsverfahren (Demirkan, 2013; Alber & Starke, 2021) sowie Teletherapie oder -konsile (Bundesgesetzblatt, 2021). Dazu schaffen im Bildungswesen der „Digitalpakt Schule“ (www.digitalpaktschule.de, seit 2019) und im Gesundheitswesen das „Digitale-Versorgung-Gesetz“ (DVG, seit Dez. 2019) sowie das „Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (DVMPG)“ (2021) die rechtliche Grundlage. Schon jetzt werden in medizinischen, psychologischen und pädagogischen Kontexten digitale Formate vermehrt für Beobachtung, Förderung und Diagnostik der kindlichen Sprachentwicklung sowie für die Beratung genutzt (Hartung et al., 2021; Swanepoel & Hall, 2010; van Ackeren et al., 2019).

2 Konzept

Die voranschreitende Digitalisierung im Gesundheits- und Bildungswesen könnte die o. g. erschwerte Organisation von runden Tischen für den transdisziplinären bzw. interprofessionellen Austausch begünstigen, indem diese Zusammenkünfte im virtuellen Raum stattfinden. Aktuelle wissenschaftliche Beiträge zeigen, dass bspw. logopädische Elternberatungen auch digital angeboten und wahrgenommen werden können (Steiner, 2021). Klar definierte Konzepte (s. bspw. MoRTi, Giel, 2021) unterstützen die Durchführung transdisziplinärer runder Tische, erleichtern die Kooperation der Akteure sowie die Unterstützung der Fokusperson und sichern so die Qualität des Austauschs.

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde entsprechend der zuvor genannten Bedürfnisse und Bedingungen ein Konzept für „Virtuelle Runde Tische“ (ViRuTi) erstellt, erprobt und evaluiert. Grundlegende Orientierung boten bei der Konzeption die „Moderierten Runden Tische“ (MoRTi, Giel, 2021) sowie die in der Schweiz etablierten „Schulischen Standortgespräche“ (Hollenweger & Lienhard, 2009).

Die Zielgruppe der ViRuTi sind o. g. Akteure rund um ein Kind mit sprachlichem Förder- und/oder Therapiebedarf. ViRuTi haben zum Ziel (1) einen Raum für Fragen bzw. eine Orientierungshilfe zu bieten, (2) Ressourcen und Akteure sichtbar zu machen sowie (3) inhaltlich abgestimmte, kindzentrierte Maßnahmen zu planen und zu evaluieren. Erforderlich sind ViRuTi bspw. für Kinder mit sprachlichem Förderbedarf am Übergang von der Kita in die Grundschule oder für die Verknüpfung der Maßnahmen in der Sprachtherapie mit Maßnahmen in der frühkindlichen oder schulischen Bildung. In jedem Fall sind Erziehungsberechtigte, Erzieher*innen und (zukünftige) Lehrer*innen einbezogen. Je nach Situation des Kindes werden zusätzlich ärztliche, (förder-)pädagogische oder therapeutische Fachkräfte hinzugezogen. Anhand der im Konzept vorgegebenen Struktur können alle Beteiligten als Expert*innen für einen bestimmten Bereich ihre Ein-

drücke zu dem Kind teilen und somit im Gegenzug einen ganzheitlichen Blick auf das Kind erhalten. Die interdisziplinäre Vernetzung über den ViRuTi kann die Einleitung gezielter Maßnahmen begünstigen und diese aufeinander abstimmen. Die Ziele für die Akteure sind dabei unterschiedlich. So geht es für die Erziehungsberechtigten vor allem um den Raum für Austausch und Fragen, Orientierungshilfe sowie das Sichtbarmachen von Ressourcen und Akteuren. Fachkräfte können in den ViRuTi aufeinander bezogene und inhaltlich abgestimmte Maßnahmen planen und diese evaluieren.

Ein ViRuTi dauert ca. 60 Minuten und kann je nach Bedarf in regelmäßigen oder unregelmäßigen Abständen wiederholt werden, um die gemeinsam getroffenen Entscheidungen zu reflektieren bzw. den Erfolg eingeleiteter Maßnahmen zu evaluieren.

2.1 Vorbereitung

Die Einberufung eines ViRuTi erfolgt auf Wunsch eines/r Akteurs*in, der/die sich mit dem Fall des Kindes beschäftigt. Vorab sollte bereits das Ziel definiert werden bzw. die Auftragsklärung erfolgen. Dies geschieht in der Regel durch die Person, die den ViRuTi einberuft (Fallgeber*in). Weiter sollten die Rahmenbedingungen geklärt werden, z. B. ob ein/e (Gebärden-)Dolmetscher*in einbezogen werden muss. An die Terminfindung schließt sich die Aussendung einer Einladung inklusive Link zu einer Videokonferenz an. Allen Akteur*innen sollte ausreichend technische Unterstützung (schriftliche Informationen, persönliche/telefonische Unterstützung) für eine erfolgreiche Einwahl in die Videokonferenz bereitstehen. Bevor der ViRuTi startet, sollte ein Technik-Check erfolgen, bei dem alle relevanten Werkzeuge des Video-Konferenz-Tools, wie bspw. Mikrofon, Kamera, Chat- und Protokollfunktion ausprobiert werden. Um die unterschiedlichen Perspektiven der verschiedenen, beteiligten Akteur*innen im Rahmen der ViRuTi systematisch zu erfassen, werden die „Leitfragen zur Klärung der Perspektiven“ nach Sallat und Siegmüller (2016) genutzt. Die Teilnehmenden bereiten die Beantwortung derjenigen fallbezo-

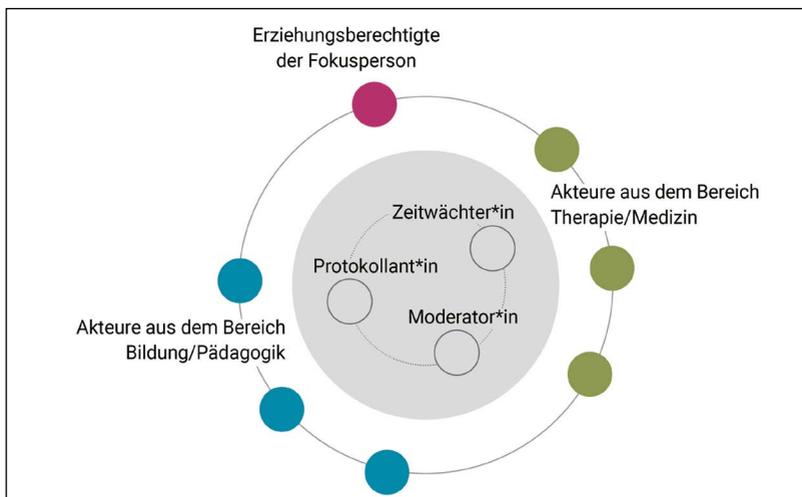
genen Leitfragen vor, die sie durch ihren Einsatz im jeweiligen Handlungsfeld Familie, Pädagogik, Medizin oder Therapie beantworten können.

2.2 Einstieg und Rollenklärung

Der Einstieg in den ViRuTi erfolgt über die Vorstellungsrunde, in der sich alle Anwesenden mit Namen vorstellen und erläutern, in welcher Beziehung sie zur Fokusperson, in dem hier gewählten Kontext ein Kind mit Sprachförder- oder -therapiebedarf, stehen. Der Name der Teilnehmenden sollte während des gesamten ViRuTi für alle Anwesenden sichtbar sein, sodass man sich gegenseitig ansprechen kann. An die Vorstellungsrunde schließt sich die Rollenklärung an. Dabei wird entschieden, welche Teilnehmenden die Aufgaben des/der Protokollant*in oder des/der Zeitwächter*in übernehmen (s. Abbildung 1).

Abbildung 1

Übersicht der Teilnehmenden der ViRuTi. Außen: relevante Akteure für ViRuTi im Kontext von Sprachbildung, -förderung und -therapie. Innen: Rollen, die Akteure bei ViRuTi übernehmen



Der/die Protokollant*in hat die Aufgabe, das während des ViRuTi Gesagte in dem eigens dafür entworfenen Protokollbogen schriftlich festzuhalten. Dem/r Zeitwächter*in obliegt die Aufgabe, die Redner*innen an den zeitlichen Ablauf der ViRuTi (s. Abbildung 2) zu erinnern, falls dieser durch die anwesenden Akteur*innen nicht eingehalten wird.

Abbildung 2

Zeitlicher Ablauf der ViRuTi

Dem/r Moderator*in steht ein Leitfaden zur Verfügung, in dem der Ablauf des ViRuTis visualisiert wird. Anhand des Leitfadens führt der/die Moderator*in durch den ViRuTi.

2.3 Orientierung

Zur Orientierung schließt sich eine Haltungsklärung sowie die Zielsetzung für den ViRuTi an. In Bezug auf die Haltung stellt der/die Moderator*in dar, dass die Beteiligten sich gleichberechtigt und mit Wertschätzung begegnen. Neutralität bzw. Akzeptanz verschiedener Perspektiven werden als Bedingung für den Austausch formuliert. Die Beteiligten werden dazu aufgerufen, kindzentriert und lösungsorientiert zu handeln (s. Giel, 2021; Hollenweger & Lienhard, 2009). Das im Vorfeld definierte und formulierte Ziel des Austauschs wird zunächst genannt und bei Bedarf spezifiziert oder modifiziert. Eine solche Spezifizierung oder Modifizierung kann durch den/die Moderator*in herbeigeführt werden, indem die Erwartungen und Aufträge der Gruppe gesammelt werden.

2.4 Aufschlag, Fallbericht und Rückmeldungen

Schließlich schildert der/die Fallgeber*in die Situation um das Kind bzw. die Fokusperson aus seiner/ihrer Perspektive. Die anderen Beteiligten hören dabei zu, notieren sich Rückfragen für später und beobachten zunächst nur sich und andere. Im Anschluss an den Fallbericht können Verständnisfragen geklärt werden. Ein inhaltlicher Bezug auf den Fallbericht erfolgt erst im nächsten Schritt anhand gezielter Leitfragen (s. Kapitel 2.5).

2.5 Leitfragen für das interdisziplinäre Team nach Sallat & Siegmüller, 2016

Die Leitfragen, die jeweils unterschiedliche Perspektiven beleuchten, werden von den Anwesenden mithilfe diagnostischer bzw. auf Beobachtungen basierenden (fachspezifischen) Informationen beantwortet (Sallat & Siegmüller, 2016, s. Abb. 3). Anhand dieser Leitfragen können Ziele definiert und Maßnahmen abgeleitet werden. Es

müssen nicht immer alle Fragen beantwortet werden, die anwesenden Akteur*innen können eine dem Ziel förderliche Auswahl treffen.

Abbildung 3

Übersicht zu „Leitfragen zur Klärung der Perspektiven“ (Sallat & Siegmüller, 2016), sortiert nach potenziellen Akteuren, die diese Fragen beantworten



Vier Bereiche werden in den Blick genommen, diese sind in einem Kreis abgebildet: die sprachliche Entwicklung, die allgemeine Entwicklung, die Subjektperspektive und Umfeld des Kindes sowie die Bildungsperspektive. Um den Kreis herum sind die potenziellen Akteure dargestellt, die die Leitfragen beantworten: Eltern, Medizin, Kita, Sozialarbeit, Schulpsychologie, Schule, Sprachtherapie und „weitere Akteure“.

Bei der Beantwortung der Leitfragen durch eine/n der Akteur*innen hören die anderen Beteiligten zunächst zu und sind eingeladen, im Anschluss an die Schilderungen darauf bezogene Reaktionen wie Gedanken oder Schwierigkeiten mitzuteilen.

2.6 Ableiten von Zielen und Maßnahmen

Abschließend werden personelle/zeitliche/materielle Ressourcen gesammelt und darauf aufbauend Ziele formuliert, die sich an den SMART-Regeln (Wade 2009; Giel & Liehs 2016) orientieren (spezifisch, messbar, attraktiv, realistisch, terminiert).

2.7 Abschluss

Der ViRuTi findet mit der Zusammenfassung, einem kurzen Feedback, einem Ausblick sowie der Versendung des Protokolls seinen Abschluss. Dazu gehört der Ausblick auf den/die nächste(n) Termin(e) und gegebenenfalls direkt die Terminfindung. Alle oben genannten Punkte werden im Protokoll aufgeführt. Dieses steht im Anschluss an den ViRuTi allen Teilnehmenden zur Verfügung und kann bei Bedarf nach Absprache modifiziert und schließlich von allen Anwesenden angenommen werden.

3 Material und Methodik zur Erprobung der ViRuTi

Um das neuentwickelte Konzept der ViRuTi zu erproben, wurde ein Planspiel mit vier Teilnehmenden durchgeführt. Alle Teilnehmenden waren Studierende (Förderschullehramt, Klinische Sprechwissenschaften, Psychologie) und nahmen im Planspiel ihrem Studienfach entsprechend Rollen als Lehrkraft, Sprachtherapeut*in und Psycholog*in ein. Ein*e Teilnehmende*r nahm im Planspiel die Rolle der/s Erziehungsberechtigten ein.

ViRuTi finden im Rahmen einer Online-Video-Konferenz statt. Voraussetzungen zur Teilnahme sind funktionierende Kamera- und Audiosysteme und eine Anwendung, die auch das Teilen des Bildschirms zulässt, wie bspw. das im Planspiel verwendete Programm „webex“.

Zum Zweck der Erprobung des Konzeptes wurde Material zu einem fiktiven Fall entwickelt (professionsspezifische Dokumente und Berichte) und den Teilnehmenden vor dem Planspiel zur Verfügung gestellt. Neben den Informationen zum fiktiven Fall erhielten die Teilnehmenden vorab die o. g. Leitfragen zur Klärung der Perspektiven nach Sallat & Siegmüller (2016). Dem/r Moderator*in gingen vor dem Planspiel außerdem Informationen zum Ablauf und Konzept des ViRuTi zu. Auch dem/der Protokollant*in und dem/der Zeitwächter*in gingen der Zeitplan bzw. der Protokollbogen zu. Den Teilnehmenden wurde während des ViRuTi ein Leitfaden eingeblendet, anhand dessen der Ablauf visualisiert und die zu klärenden Fragen eingeblendet wurden.

Im Anschluss an das Planspiel füllten die Teilnehmenden anonym einen Online-Evaluationsbogen aus. Daran schloss sich ein Gespräch an, für das zuvor ein Gesprächsleitfaden entwickelt wurde.

4 Ergebnisse der Pilotierung

Anhand des Online-Fragebogens wurde deutlich, dass alle Teilnehmenden den ViRuTi als positive Erfahrung und den transdisziplinären Austausch als sinnvoll erachteten. Darüber hinaus hielten sie die Rollenverteilung (Moderation, Zeitwächter*in, Protokoll) für angemessen. Sie hatten überdies den Eindruck, dass das Protokoll, der Leitfaden und die Fragen zu den Perspektiven (Sallat & Siegmüller, 2016) den Austausch unterstützt haben. Auch den Zeitrahmen empfanden sie grundsätzlich als angemessen, allerdings hätte es laut einzelner Teilnehmer*innen noch mehr zu besprechen gegeben.

Im anschließenden Gespräch zeigte sich, dass die Leitfragen eine gute Orientierung boten, gleichzeitig drückten die Teilnehmenden das Bedürfnis aus, die subjektiv wahrgenommene Situation in Bezug auf die Fokusperson vor Beantwortung der Leitfragen zu den Perspektiven schildern zu wollen. Die Teilnehmenden wünschten sich zur Entlastung des/r Zeitwächter*in die Visualisierung der Zeit bzw.

des Ablaufs des ViRuTi. Der/die Moderator*in bekräftigte die Vertrautheit mit dem Leitfaden und dem Zeitplan als Voraussetzung für einen reibungslosen Ablauf. Die Struktur und der Umfang des Protokolls wurde von den Teilnehmenden als angemessen empfunden und einer freien Protokollierung vorgezogen. Sie befürworteten, dass es während des ViRuTi nur von einer Person bearbeitet, und nicht parallel von allen Anwesenden eingesehen werden sollte. Im Anschluss an den inhaltlichen Austausch sollte die finale Version des Protokolls bspw. durch Unterschriften der Beteiligten bestätigt werden.

5 Diskussion & Ausblick

Grundsätzlich halten die Teilnehmenden den ViRuTi für eine hilfreiche Methode für ihre Profession. Außerdem erscheinen Konzept, Ablauf, Leitfaden sowie das Protokoll sinnvoll für den digitalen und transdisziplinären Austausch. Die Möglichkeit, unterschiedliche Perspektiven einzubringen, wird im Planspiel von den Studienteilnehmenden geschätzt, allerdings sollte zur Einhaltung des zeitlichen Rahmens die Optionalität der Leitfragen hervorgehoben werden.

Im Rahmen des Projekts SprachNetz wird aktuell eine digitale Plattform erarbeitet, mithilfe derer ViRuTi unkompliziert einberufen, organisiert und umgesetzt werden können. Ziel ist es, eine digitale Plattform für die vernetzte und inklusive Planung von Sprachförderung und -therapie zu konstruieren. Dabei werden auch digitale Lösungen für Beratung und Kooperation angestrebt. Informationen aus professionsspezifischen Eingabemasken für sprachdiagnostische und Beobachtungsdaten bilden eine gemeinsame Datengrundlage, die über die SprachNetz-Plattform für alle Beteiligten einsehbar sein soll. Auf dieser Informationsbasis kann ein ViRuTi durchgeführt werden.

Die im Rahmen des Planspiels generierten Ergebnisse bestimmen die Implementierung maßgeblich. Ziel ist es, die Terminfindung durch digitale Möglichkeiten zu erleichtern. Außerdem sollen die für ein

ViRuTi relevanten fallbezogenen sowie die den Ablauf des ViRuTi betreffenden, strukturbringenden Dokumente für alle Beteiligten digital einsehbar sein. Die Einladung, die Zugangsdaten und das Protokoll zum ViRuTi können über die Plattform eingesehen bzw. per E-Mail versandt werden. Neben dem Leitfaden zu Ablauf und Themen des ViRuTi soll auch die Zeit für eine bessere Orientierung visualisiert werden, sodass der/die Zeitwächter*in seltener den Redefluss des/der Gesprächspartner*in unterbrechen muss. Dahingehend besteht eine Gratwanderung zwischen Visualisierungsmöglichkeiten zur Unterstützung der Beteiligten und potenzieller Reizüberflutung bzw. der Darstellbarkeit der verschiedenen Informationen auf dem/n Bildschirm(en) der Teilnehmenden. Entsprechende Umsetzungsmöglichkeiten werden zukünftig in weiteren Planspielen mit den relevanten Akteur*innen und in realen Fällen evaluiert.

6 Literatur

- Alber, B. & Starke, A. (2021). Digitale Kompetenzen von Sprachtherapeut*innen – Therapieren (DiKoST-T). *Forschung Sprache*, 9 (2), 3–11. Abgerufen am 12.05.2023 unter https://www.forschung-sprache.eu/fileadmin/user_upload/Dateien/Heftausgaben/2021-2/5-70-2021-02-01.pdf
- Bundesgesetzblatt (2019). *Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation* (Digitale-Versorgung-Gesetz – DVG). Abgerufen am 22.07.2022 unter http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgbl119s2562.pdf
- Bundesgesetzblatt (2021). *Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege* (Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz – DVPMG). Abgerufen am 13.10.2022 unter http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgbl121s1309.pdf

- Demirkan, H. (2013). A Smart Healthcare Systems Framework. *IT Professional*, 15 (5), 38–45. <https://doi.org/10.1109/MITP.2013.35>
- Giel, B. (2021). *Moderierte Runde Tische in der pädagogischen und therapeutischen Arbeit: Teilhabeförderung durch transdisziplinäre Vernetzung*. Ernst Reinhardt Verlag.
- Giel, B. & Liehs, A. (2016). „Moderierte Runde Tische“ (MoRTi) in der Inklusion. *Sprachtherapie aktuell: Schwerpunktthema: Sprachtherapie und Inklusion*, 3 (1), e2016-04; <https://doi.org/10.14620/stadbs160904>
- Glück, C.W., Reber, K., Spreer, M. & Theisel, A. (2013). *Kinder und Jugendliche mit Förderschwerpunkt Sprache und Kommunikation in inklusiven Bildungskontexten*. Positionspapier. Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. Abgerufen am 12.05.2023 unter https://www.dgs-ev.de/fileadmin/Standpunkte/dgs-Positionen_2013_Kinder_und_Jugendliche_mit_Foerderschwerpunkt_Sprache_und_Kommunikation_in_inklusiven_Bildungskontexten.pdf
- Härtung, J., Zschoch, E. & Wahl, M. (2021). Inklusion und Digitalisierung in der Schule. *MedienPädagogik*, 41, 55–76. <https://doi.org/10.21240/mpaed/41/2021.02.04.X>
- Hecking, M., & Schlesiger, C. (2010). Late Bloomer oder Sprachentwicklungsstörung? Diagnostik und Beratung für Familien mit Late Talkern nach dem Dortmunder Konzept. *Forum Logopädie*, 24 (1), 6–15. Abgerufen am 23.05.2023 unter https://www.forum-logopaedie.de/fileadmin/Inhalte/evi-logo/Dokumente/Datenbank/2010/10_01_6-15_Hecking_Late_Bloomer_oder_Sprachentwicklungsstoerung.pdf

- Hollenweger, J. & Lienhard, P. (2009). *Schulische Standortgespräche. Ein Verfahren zur Förderplanung und Zuweisung von sonderpädagogischen Massnahmen*. Lehrmittelverlag des Kantons Zürich. Abgerufen am 12.05.2023 unter https://phzh.ch/contentassets/a5b0122ee22c43a1a7e4e4bf691da9db/schustao_flyer_lmv.pdf
- Krebs, K., Ehm, J. H. & Hasselhorn, M. (2012). „Runde Tische“ im Projekt „Schulreifes Kind“. *Frühe Bildung*, 1 (1), 20–25. <https://doi.org/10.1026/2191-9186/a000020>
- Labhart, D. (2019). *Interdisziplinäre Teams in inklusiven Schulen: eine ethnografische Studie zu Fallbesprechungen in multiprofessionellen Gruppen*. transcript Verlag. <https://doi.org/10.14361/9783839447963>
- Sallat, S. & Siegmüller, J. (2016). Interdisziplinäre Kooperation in verschiedenen Institutionen. In M. Grohnfeldt (Hrsg.), *Sprachtherapeutische Handlungskompetenzen* (247–265). W. Kohlhammer.
- Steiner, J. (2021). *Innovative Beratung in der Logopädie: Handreichungen für die Praxis: mit zahlreichen Beispielen aus der (Online-)Beratungspraxis*. Schulz-Kirchner Verlag.
- Swanepoel, D.W. & Hall, J.W. (2010). A systematic review of telehealth applications in audiology. *Telemedicine and e-Health*, 16(2), 181–200.
- van Ackeren, I., Aufenanger, S., Eickelmann, B., Friedrich, S., Kammerl, R., Knopf, J., Mayrberger, K., Scheika, H., Scheiter, K. & Schiefner-Rohs, M. (2019). Digitalisierung in der Lehrerbildung: Herausforderungen, Entwicklungsfelder und Förderung von Gesamtkonzepten. *Die Deutsche Schule*, 111 (1), 103–119. <https://doi.org/10.31244/dds.2019.01.10>

Wade, D. (2009). Goal setting in rehabilitation: an overview of what, why and how. *Clinical Rehabilitation*, 23 (4), 291–295.

Winkler-Hahn, S., Sallat, S. & Eikerling, M. (angenommen). Zusammenarbeit von Fachkräften des Bildungs- und Gesundheitswesens zur Prävention und Behandlung von Sprach-, Sprech- und Kommunikationsauffälligkeiten. *Empirische Sonderpädagogik*.

Kontakt

Maren Eikerling

maren.eikerling@paedagogik.uni-halle.de

Berufsübergreifende Kooperation in der ambulanten sprachtherapeutischen Praxis: Ergebnisse einer Online-Befragung zu Modellen und Bewertungen der Zusammenarbeit

Valerie Collasius 

Praxis für Logopädie, Hamburg

ABSTRACT: Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen forderte bereits 2007 eine verbesserte Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe und beschreibt in seinem Gutachten „Kooperation und Verantwortung als Voraussetzung einer zielorientierten Gesundheitsversorgung“ (S. 25). Mit der vorgestellten Arbeit wird untersucht, welche Modelle der berufsübergreifenden Kooperation in der ambulanten sprachtherapeutischen Praxis Anwendung finden und wie diese Kooperationen von Sprachtherapeut*innen bewertet werden. Zu diesem Zweck wurde ein Online-Fragebogen konzipiert. Anschließend wurden die Antworten von insgesamt 30 teilnehmenden Sprachtherapeut*innen ausgewertet. Dabei wurde deutlich, dass die viel diskutierte und häufig geforderte interprofessionelle Zusammenarbeit in der Praxis nur selten zu finden ist. Vielmehr arbeiten die befragten Sprachtherapeut*innen nach multiprofessionellen Modellen. Es fehlen berufsübergreifende Besprechungen, und der fachliche Austausch ist noch viel zu oft dem Engagement einzelner Personen überlassen. Auch die Bewertung der Kooperationen zeigt Verbesserungspotenzial: Die Befragten bewerteten die Zusammenarbeit mit angrenzenden Berufsgruppen durchschnittlich als „befriedigend“.

KEYWORDS: Sprachtherapie, Zusammenarbeit, Interprofessionalität

1 Einleitung

Berufsübergreifende Zusammenarbeit wird im Gesundheitsbereich seit vielen Jahren von verschiedenen Seiten gefordert und hat einen immer höheren Stellenwert. Eine Sichtweise, die Patient*innen im Sinne der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF; World Health Organization, 2001) mit ihrem Gesundheitsproblem in einem größeren Zusammenhang betrachtet, berücksichtigt zunehmend soziale und systematische Aspekte, die laut Sallat und Siegmüller (2016) nur durch interprofessionelle Zusammenarbeit und neue Formen der Organisation erreicht werden können.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) beschreibt in seinem Gutachten aus dem Jahr 2007 „Kooperation und Verantwortung als Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung“ (SVR, 2007, S. 25). Der SVR sieht zahlreiche Defizite in der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe und fordert neben einer stärkeren Einbindung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe auch eine verbesserte Kooperation untereinander, um eine „effizientere und effektivere gesundheitliche Leistungserstellung“ (S. 26) zu erlangen.

Mit der vorgestellten Arbeit soll untersucht werden, ob und auf welche Weise die Forderungen nach berufsübergreifender Kooperation in der ambulanten sprachtherapeutischen Praxis erfüllt werden und wie diese von den Beteiligten bewertet wird.

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Ambulante Sprachtherapie

Laut Zulassungsvoraussetzungen sind neben Logopäd*innen u.a. auch Atem-, Sprech- und Stimmlehrer*innen, staatlich anerkannte Sprachtherapeut*innen und klinische Linguist*innen zur Abgabe von Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie berechtigt (GKV-Spit-

zenverband, 2021). Mit dem Begriff *Sprachtherapie* sollen alle in diesem Bereich tätigen Berufsangehörigen berücksichtigt werden.

Die Sprachtherapie stellt in den nicht ärztlichen Therapieberufen eine Berufsgruppe mit vergleichsweise wenigen Beschäftigten (33 000) dar. Demgegenüber stehen beispielsweise 248 000 Beschäftigte in der Physiotherapie und 77 000 Beschäftigte in der Ergotherapie (Statistisches Bundesamt, 2022). 14% der Sprachtherapeut*innen sind im stationären Sektor beschäftigt. Hierzu zählen Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie stationäre oder teilstationäre Pflegeeinrichtungen. 7% der Sprachtherapeut*innen arbeiten in sonstigen Einrichtungen. Mit 79% ist der Großteil der Sprachtherapeut*innen in ambulanten Einrichtungen (Praxen) tätig (Statistisches Bundesamt, 2017).

2.2 Berufsübergreifende Kooperation

Hinsichtlich der berufsübergreifenden Zusammenarbeit zeigt sich eine große Vielfalt an Begriffsbestimmungen (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, 2017). Häufig wird als Oberbegriff die Bezeichnung *interdisziplinäre Zusammenarbeit* verwendet. Die Vielzahl an Definitionen zeigt jedoch, dass es markante Unterschiede zwischen den verschiedenen Begriffen gibt:

2.2.1 *Monoprofessionelle Kooperation*

Monoprofessionelle (auch: intraprofessionelle) Kooperation beschreibt die „Zusammenarbeit von Spezialisten, die einer Profession angehören“ (Kälble, 2004, S. 40). Im Gegensatz zu den weiteren Kooperationsformen beinhaltet die monoprofessionelle Zusammenarbeit den Austausch innerhalb *einer* Berufsgruppe. Monoprofessionell arbeitende Sprachtherapeut*innen arbeiten demnach vordergründig nicht mit anderen Berufsgruppen, sondern mit Kolleg*innen aus der Sprachtherapie, zusammen.

2.2.2 *Multiprofessionelle Kooperation*

Multiprofessionelle Zusammenarbeit „zeichnet sich durch eine parallele Praxis verschiedener Akteure aus, die sich zwar gegenseitig über ihre Tätigkeit informieren, jedoch daneben weitestgehend separat voneinander agieren“ (Büscher, 2011, S. 63). Laut Kälble (2004) handelt es sich bei der multiprofessionellen Kooperation um die schwächste Form der berufsübergreifenden Zusammenarbeit. Für die sprachtherapeutische Praxis bedeutet dies, dass angrenzende Berufsgruppen bspw. durch Berichte über den therapeutischen Verlauf informiert werden. Ein direkter Austausch (z.B. Telefonate, gemeinsame Besprechungen) findet nur sporadisch statt, wenn dies durch einzelne Personen initiiert wird. Rahmenbedingungen für berufsübergreifende Besprechungen bestehen nicht.

2.2.3 *Interprofessionelle Kooperation*

Die interprofessionelle Kooperation wird oft als Sammelbegriff für fach- und berufsübergreifende Zusammenarbeit gebraucht (u.a. Kälble, 2004; Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, 2017; Voelker, 2011). Im Gegensatz zur Multiprofessionalität sind hier jedoch „deutliche Überschneidungen und somit Ansätze für gemeinsames Tun am Patienten“ (Kälble, 2004, S. 39) gegeben. Besprechungen – z.B. zwischen Sprachtherapeut*innen und Mediziner*innen – sind im Praxisalltag vorgesehen und es findet eine enge Zusammenarbeit mit einer gemeinsamen Vereinbarung von (Therapie-)Zielen statt. Die Berufsgruppen sind über die Inhalte der jeweils angrenzenden Berufsgruppen informiert und stimmen sich untereinander ab.

2.2.4 *Transprofessionelle Kooperation*

Die transprofessionelle Zusammenarbeit stellt die „komplexeste Stufe berufsübergreifender Zusammenarbeit“ (Voelker, 2011, S. 142) dar. Disziplinäre bzw. professionelle Grenzen werden deutlich überschritten, Probleme werden unabhängig von den eigentlichen Disziplinen zu lösen versucht (Kälble, 2004). Transprofessionalität bedeutet, dass „alle therapeutischen Aufgaben gemeinsam und gleichrangig durch alle Teammitglieder, unabhängig von ihrer primären beruflichen Ausbildung, erfüllt werden“ (Schupp, 1996, S. 131).

2.3 Aktueller Stand der Forschung

Zahlreiche Studien beschäftigen sich mit berufsübergreifender Kooperation in stationären Einrichtungen (u.a. Antoni, 2010; Müller et al., 2014). Wie und ob die Kooperation zwischen verschiedenen Berufsgruppen jedoch in der ambulanten Praxis verläuft, ist derzeit wenig erforscht (Barzel et al., 2011).

Barzel et al. (2011) beschreiben in ihrer Studie, einer Befragung von Physio- und Ergotherapeut*innen zur Berufssituation, dass die Kooperation in der Klinik häufiger stattfindet und besser gelingt als in der ambulanten Praxis. Eine vergleichbare Studie aus sprachtherapeutischer Sicht liegt derzeit nicht vor.

3 Methode

Das Augenmerk dieses Projekts richtete sich auf die berufsübergreifende Kooperation in der ambulanten sprachtherapeutischen Praxis. Es wurde untersucht, ob und in welcher Form berufsübergreifende Kooperation in der ambulanten Praxis umgesetzt wird, mit welchen Berufsgruppen ein Austausch stattfindet und wie die Sprachtherapeut*innen diesen bewerten.

Für die Datenerhebung wurde ein Fragebogen entwickelt, der im November/Dezember 2017 als Online-Befragung bundesweit an 100 Sprachtherapeut*innen versendet wurde, die zum damaligen Zeitpunkt in ambulanten Praxen tätig waren. Zusätzlich wurde der Link zum Online-Fragebogen auf der Internetseite des Deutschen Bundesverbands für akademische Sprachtherapie und Logopädie (dbs) e. V. veröffentlicht.

Mittels Indexbildung wurden aus Definitionen zu den unterschiedlichen Kooperationsmodellen verschiedene Aussagen zu den Kooperationsmodellen herausgearbeitet (Tabelle 1). Um schließlich beurteilen zu können, welches Kooperationsmodell in der jeweiligen Praxis angewendet wird, wurden die Befragten gebeten, auf einer fünfstufigen Likert-Skala anzugeben, ob und in welchem Maße die Aussagen auf die eigene Tätigkeit zutreffen.

4 Ergebnisse

Der Online-Fragebogen wurde von insgesamt 30 Sprachtherapeut*innen vollständig ausgefüllt. Zwei Fragebögen wurden unvollständig beantwortet und mussten somit ausgeschlossen werden.

4.1 Beschreibung der Stichprobe

Unter den Befragten waren 26 Frauen (86,7%) und 4 Männer (13,3%). Die größte Altersgruppe bilden die 40- bis 49-Jährigen (33,3%), gefolgt von den 30- bis 39-Jährigen (26,7%) und 50- bis 59-Jährigen (23,3%). Es nahmen 24 Logopäd*innen (80%) und 6 akademische Sprachtherapeut*innen (20%) an der Umfrage teil – darunter 19 Praxisinhaber*innen (63%), acht Angestellte (26,7%) und eine freie Mitarbeiterin (3,3%). Zwei Befragte (6,7%) befanden sich in einem gemischten Beschäftigungsverhältnis. Die durchschnittliche Berufserfahrung lag bei 14,66 Jahren ($s \pm 9,59$).

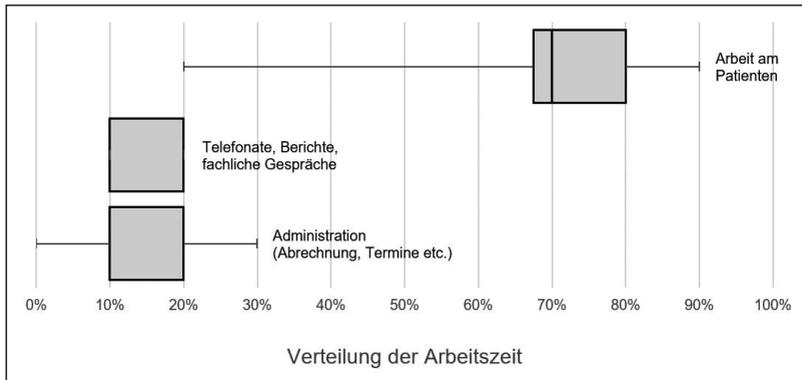
24 der befragten Therapeut*innen (80 %) arbeiteten in einer rein sprachtherapeutischen (monoprofessionellen) Einrichtung. 6 Therapeut*innen hatten einer anderen Profession angehörige Kolleg*innen: Zwei Sprachtherapeut*innen arbeiteten gemeinsam mit Ergotherapeut*innen, eine Sprachtherapeutin arbeitete gemeinsam mit Physiotherapeut*innen und in drei Fällen waren alle drei Professionen (Sprach-, Ergo- und Physiotherapie) vertreten.

Bei der Frage nach der Arbeitszeit hinsichtlich verschiedener Tätigkeiten antworteten zwei Personen ungültig. Die Befragten ($n = 28$) wendeten durchschnittlich 68,9% ($s \pm 12,86$) ihrer Arbeitszeit für die Arbeit mit Patient*innen auf. 17,5% ($s \pm 7,5$) der Arbeitszeit wurde für Telefonate, Berichte und fachliche Gespräche und 13,6% ($s \pm 13,11$) für administrative Tätigkeiten genutzt.

Abbildung 1 stellt die Verteilung in Boxplots dar. Die Box markiert dabei den Bereich, in dem 50% der gegebenen Antworten liegen.

Abbildung 1

Verteilung der Arbeitszeit auf verschiedene Tätigkeiten



4.2 Ergebnisse zur Kooperation mit verschiedenen Berufsgruppen

Die Teilnehmenden gaben im Durchschnitt 3,47 Berufsgruppen ($s \pm 1,8$) an, mit denen sie häufig kooperierten¹.

Mit Lehrkräften und Erzieher*innen kooperierten 26 der 30 Befragten (86,7%), gefolgt von Ärzt*innen ($n = 20$; 66,7%), Ergotherapeut*innen ($n = 17$; 56,7%) und Pfleger*innen/Pflegediensten ($n = 15$; 50%). Zusätzlich zu den Vorauswahlen gaben jeweils zwei Befragte (6,67%) an, mit Heilpädagog*innen und Kolleg*innen aus dem Bereich der Frühförderung zu kooperieren.

Sprachtherapeut*innen, die in einer monoprofessionellen Praxis tätig waren, gaben durchschnittlich 3,25 Berufsgruppen ($s \pm 1,62$) an, mit denen sie häufig kooperierten. Der Mittelwert (\bar{x}) bei den Kolleg*innen aus multiprofessionellen Praxen liegt bei 4,34 ($s \pm 2,34$).

Die Zusammenarbeit mit Lehrkräften und Erzieher*innen wurde von den Befragten mit einer durchschnittlichen Schulnote von 2,5 ($s \pm 1,07$) am besten und die Kooperation mit Ärzt*innen am schlechtesten ($\bar{x} = 3,62$; $s \pm 1,42$) bewertet. In beide Bewertungen flossen 26 Antworten ein. Der Durchschnittswert aller bewerteten Kooperationen liegt bei 3,04 (befriedigend).

4.3 Ergebnisse zu den Kooperationsmodellen

Die befragten Sprachtherapeut*innen wurden gebeten, verschiedene Aussagen zu bewerten, die – für die Teilnehmenden nicht unmittelbar ersichtlich – unterschiedlichen Kooperationsmodellen zuzuordnen sind. Die im Fragebogen benannten Aussagen und die Ergebnis-

1 Es wurde im Fragebogen darauf hingewiesen, dass Kooperation im weiteren Sinne (z. B. persönliche Gespräche, mündlicher oder schriftlicher Informationsaustausch über gemeinsame Patient*innen) verstanden wird. Eine einseitige Vermittlung (z. B. das Schreiben von Berichten ohne Reaktion der*des Empfänger*in) wird nicht als Kooperation angesehen.

Tabelle 1

Auswertung der Aussagen bzgl. der verschiedenen Modelle der berufsübergreifenden Kooperation

Aussage	n (%)		
	trifft zu	manchmal	trifft nicht/ kaum zu
Monoprofessionelle Zusammenarbeit			
„Ich tausche mich mit anderen Sprachtherapeuten über Patienten aus.“	13 (44,8)	10 (34,5)	6 (20,7)
„Bei Problemen suche ich Hilfe bei meinen sprachtherapeutisch tätigen Kollegen.“	20 (66,7)	8 (26,7)	2 (6,7)
Multiprofessionelle Zusammenarbeit			
„Ich tausche mich mit anderen Berufsgruppen über Patienten aus.“	10 (34,5)	12 (41,4)	7 (24,1)
„Die Kooperation mit anderen Berufsgruppen ist dem besonderen Engagement eines Einzelnen überlassen.“	25 (83,3)	5 (16,7)	0 (0,0)
„Ich informiere angrenzende Berufsgruppen über mein Handeln (z. B. in Form von Berichten).“	21 (70,0)	6 (20,0)	3 (10,0)
Interprofessionelle Zusammenarbeit			
„Ich stimme mein Arbeitsverhalten und Arbeitsabläufe mit Angehörigen anderer Berufsgruppen ab.“	9 (30,0)	14 (46,7)	7 (23,3)
„Wenn ich mich mit anderen Berufsgruppen austausche, gibt es Überschneidungen der Tätigkeitsbereiche.“	7 (23,3)	16 (53,3)	7 (23,3)
„Patienten werden in berufsübergreifenden Teamsitzungen besprochen.“	1 (3,3)	5 (16,7)	24 (80,0)
„Die Zusammenarbeit mit anderen Professionen wird gezielt gefördert (z. B. durch gemeinsame Teamsitzungen).“	1 (3,3)	5 (16,7)	24 (80,0)

Aussage	n (%)		
	trifft zu	manchmal	trifft nicht/ kaum zu
„Wenn ein Austausch stattfindet, verfolgen mein Kooperationspartner und ich ein gemeinsam definiertes Ziel.“	13 (43,3)	11 (36,7)	6 (20,0)
„Es findet ein regelmäßiger und direkter Austausch zwischen allen Beteiligten statt (z. B. Fallbesprechungen in einem interprofessionellen Team).“	1 (3,3)	5 (16,7)	24 (80,0)
„Alle beteiligten Berufsgruppen einigen sich auf ein gemeinsames (Therapie-)Ziel.“	4 (13,3)	13 (43,3)	13 (43,3)
Transprofessionelle Zusammenarbeit			
„Probleme werden disziplunabhängig definiert und zu lösen versucht.“	11 (37,9)	13 (44,8)	5 (17,2)
„Alle therapeutischen Aufgaben werden gemeinsam und gleichrangig durch alle Kooperationspartner (unabhängig von ihrer primären Ausbildung) erfüllt.“	5 (17,2)	11 (37,9)	13 (44,8)

se sind Tabelle 1 zu entnehmen. Grau hinterlegt ist dabei jeweils die Antworttendenz², die von den meisten Befragten gewählt wurde.

Die Auswertung zeigt, dass die Befragten überwiegend mono- und multiprofessionell tätig sind. Somit ist die Kooperation mit angrenzenden Professionen oft dem Engagement von Einzelnen überlassen. Bei den meisten Teilnehmenden finden keine interprofessionellen Besprechungen von Patient*innen statt, die Zusammenarbeit wird nicht gezielt gefördert und Arbeitsabläufe werden nur manchmal mit Angehörigen anderer Berufsgruppen abgestimmt.

2 Die Tendenz „trifft zu“ umfasst die Antwortmöglichkeiten „immer“ und „oft“, die Tendenz „trifft nicht/kaum zu“ schließt die Antworten „selten“ und „nie“ ein.

5 Diskussion

5.1 Diskussion der Ergebnisse

Multiprofessionelle Zusammenarbeit schließt monoprofessionelle Zusammenarbeit nicht aus. Die Ergebnisse der Fragebogenerhebung deuten darauf hin, dass berufsübergreifende Kooperation in der ambulanten Praxis stattfindet (Anzahl der Berufsgruppen, mit denen die befragten Sprachtherapeut*innen kooperieren: $\bar{x} = 3,47$). Die Befragten arbeiten dabei größtenteils nach multiprofessionellen Modellen. Die Merkmale für eine interprofessionelle Zusammenarbeit werden im Falle der befragten Sprachtherapeut*innen nicht erfüllt. Doch insbesondere im Hinblick auf die Multimorbidität und die Arbeit nach der ICF sind berufsübergreifende Gespräche über (gemeinsame) Patient*innen von großer Bedeutung. Die Patient*innen stehen oft im Mittelpunkt eines komplexen Systems aus verschiedensten Ärzt*innen, Therapeut*innen und anderen (Berufs-)Gruppen. Ein Austausch untereinander würde zu einer effektiveren und effizienteren Arbeitsweise aller Beteiligten und schnelleren Therapieerfolgen führen, wie es auch der SVR (2007) beschreibt. Der derzeitige Versorgungsvertrag über die Versorgung mit Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie (GKV-Spitzenverband, 2022) sieht eine entsprechende Vergütung des notwendigen interprofessionellen Austauschs jedoch nicht vor, sodass fachliche Gespräche und/oder Fallbesprechungen in der ambulanten Praxis aufgrund fehlender Rahmenbedingungen kaum umgesetzt werden können.

80% ($n = 24$) der befragten Sprachtherapeut*innen arbeiten in einer rein sprachtherapeutischen Einrichtung, nur 20% ($n = 6$) arbeiten in einer multiprofessionellen Praxis. Die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen unterscheidet sich dabei teilweise stark voneinander: Mit Psycholog*innen kooperieren bspw. lediglich jene Befragten, die in multiprofessionellen Praxen tätig sind, und auch die Zusammenarbeit mit Ergo- und Physiotherapeut*innen ist in gemischten Praxen deutlich höher. Dass kürzere Wege und die tägliche

Zusammenarbeit in einer multiprofessionellen Praxis die berufsübergreifende Kooperation positiv beeinflussen, verwundert nicht.

Dass die befragten Sprachtherapeut*innen durchschnittlich mit 3,47 Berufsgruppen kooperieren, zeigt, dass ein berufsübergreifender Austausch in der ambulanten Praxis stattfindet. Die Bewertungen der Zusammenarbeit legen jedoch nahe, dass Verbesserungspotenzial besteht. Die durchgeführte Befragung gibt einen Überblick über den Ist-Zustand und lässt Gründe für die lediglich als „befriedigend“ bewertete Zusammenarbeit nur vermuten. Aus dem Arbeitsalltag berichtete Hindernisse sind bspw. fehlende Zeit für Austausch, fehlendes Wissen übereinander, fehlende Vergütung und mangelnde Kommunikation (Collasius, 2019). Mögliche Barrieren, aber auch Förderfaktoren, müssen durch qualitative Forschungsansätze erhoben und Lösungsansätze für eine gelingende Kooperation erarbeitet werden.

5.2 Limitationen der Untersuchung

Die beschriebene Online-Befragung wurde im November/Dezember 2017 durchgeführt. Das Thema ist jedoch auch 2022 von großer Aktualität, was aktuelle Publikationen und auch die Forderung nach einer Akademisierung der Therapieberufe für eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe bestätigen (u. a. Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe, 2021; Roesner & Szikszay, 2022; Sallat et al., 2022).

Aufgrund der geringen Stichprobengröße müssen die Ergebnisse mit Vorsicht interpretiert werden und erlauben keinesfalls Rückschlüsse auf die Gesamtheit der in Deutschland tätigen Sprachtherapeut*innen. Die vorliegenden Ergebnisse von 30 Studienteilnehmenden zeigen jedoch eine Tendenz und können einen Anstoß für weitere Forschungsvorhaben geben.

Bezüglich des methodischen Vorgehens ist kritisch anzumerken, dass der erstellte Fragebogen zwar an zwei Kolleginnen erprobt wurde, jedoch nicht alle Stufen der Testentwicklung berücksichtigt

wurden. Insbesondere in Hinblick auf die Indexbildung würden eine Item- und eine Faktorenanalyse eine höhere Qualität des eingesetzten Fragebogens gewährleisten. Die statistische Auswertung der in der Praxis zu beobachtenden Kooperationsmodelle hätte noch ausdifferenzierter erfolgen können, um den gewonnenen Erkenntnissen mehr Aussagekraft verleihen zu können.

Trotz der beschriebenen methodischen Unvollständigkeiten konnte die Arbeit aufzeigen, dass auch quantitative Befragungen von ambulant tätigen Sprachtherapeut*innen einen Rückschluss auf den aktuellen Stand der berufsübergreifenden Kooperation zulassen.

6 Fazit und Ausblick

Größtenteils arbeiteten die befragten Sprachtherapeut*innen nach multiprofessionellen Modellen der berufsübergreifenden Kooperation. Die Zusammenarbeit mit den angrenzenden Berufsgruppen wurde von der Stichprobe im Durchschnitt mit der Schulnote 3,04 (befriedigend) bewertet. Am besten wurde die Zusammenarbeit mit Lehrkräften und Erzieher*innen ($\bar{x} = 2,5$) bewertet, am schlechtesten die mit Ärzt*innen ($\bar{x} = 3,62$).

Die geforderte interprofessionelle Zusammenarbeit scheint in der ambulanten sprachtherapeutischen Praxis (noch) nicht angekommen zu sein. Damit von *interprofessioneller Kooperation* gesprochen werden kann, müssen bspw. professionsübergreifende Besprechungen stattfinden, die jedoch im aktuellen Versorgungsvertrag nicht vorgesehen sind und damit in der Praxis kaum umgesetzt werden.

Diese Arbeit bietet keine Lösungsansätze, wie zukünftig ein verbesserter Austausch zwischen verschiedenen Berufsgruppen stattfinden kann. Sie zeigt aber auf, nach welchen Modellen gegenwärtig in ambulanten sprachtherapeutischen Praxen gearbeitet wird und leistet somit einen kleinen Beitrag zur Beschreibung der aktuellen Situation.

Für eine tiefere Auseinandersetzung mit diesem Thema sind z. B. folgende Fragen interessant:

- Erleichtert die Arbeit in einem multiprofessionellen Team die berufsübergreifende Kooperation?
- Welche Faktoren und Strukturen fördern bzw. hindern die berufsübergreifende Kooperation in ambulanten sprachtherapeutischen Praxen?
- Aus welchen Gründen werden die Kooperationen mit angrenzenden Berufsgruppen lediglich mit „befriedigend“ und nicht besser bewertet?
- Wie bewerten angrenzende Berufsgruppen die Zusammenarbeit mit Sprachtherapeut*innen?

Für diese Arbeit wurde ein quantitativer Ansatz gewählt. Die Stichprobengröße ist mit $n = 30$ sehr gering. Um das Thema der berufsübergreifenden Kooperation in der ambulanten sprachtherapeutischen Praxis näher zu beleuchten, sind dringend Untersuchungen mit größeren Stichproben sowie qualitative Arbeiten notwendig.

7 Literatur

- Antoni, C. H. (2010). Interprofessionelle Teamarbeit im Gesundheitsbereich. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 104(1), 18–24. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2009.12.027>
- Barzel, A., Ketels, G., Schön, G. & van den Bussche, H. (2011). Erste deutschlandweite Befragung von Physio- und Ergotherapeuten zur Berufssituation. *physioscience*, 7(3), 91–98. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1281620>
- Büscher, A. (2011). Internationale Modelle interdisziplinärer Praxis. In Robert Bosch Stiftung (Hrsg.), *Ausbildung für die Gesundheitsversorgung von morgen* (63–67). Schattauer.

- Collasius, V. (2019). *Berufsübergreifende Kooperation: Barriere- und Förderfaktoren in der ambulanten sprachtherapeutischen Praxis*. Unveröffentlichtes Poster.
- GKV-Spitzenverband (2022). *Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V über die Versorgung mit Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie. Entscheidung der Schiedsstelle vom 15.03.2021 einschließlich der Änderungsvereinbarung in der Fassung vom 01.12.2022*. Abgerufen am 06.08.2023 unter https://www.gkv-heilmittel.de/media/dokumente/heilmittel_vertraege/vertraege_ssst/20221201_vertrag_125_ssst_Lesefassung.pdf
- GKV-Spitzenverband (2021). *Anlage 5 Zulassungsvoraussetzungen zum Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V über die Versorgung mit Leistungen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie und deren Vergütung vom 15.03.2021*. Abgerufen am 06.08.2023 unter https://www.gkv-heilmittel.de/media/dokumente/heilmittel_vertraege/vertraege_ssst/anlagen_1/20210325_vertrag_125_ssst_anlage_5_zulassung_endfassung.pdf
- Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe e.V. (Hrsg.) (2021). *Positionspapier der Fachkommission Interprofessionalität*. Abgerufen am 06.08.2023 unter https://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/wp-content/uploads/Positionspapier_final_2021-1.pdf
- Kälble, K. (2004). Berufsgruppen- und fachübergreifende Zusammenarbeit – Terminologische Klärungen. In L. Kaba-Schönstein & K. Kälble (Hrsg.), *Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen. Eine Herausforderung für die Ausbildung in der Medizin, der Sozialen Arbeit und der Pflege (Ergebnisse des Forschungsprojektes MESOP)* (29–41). Mabuse-Verlag.
- Müller, C., Zimmermann, L. & Körner, M. (2014). Förderfaktoren und Barrieren interprofessioneller Kooperation in Rehabilitationskliniken – Eine Befragung von Führungskräften. *Die Rehabilitation*, 53 (6), 390–395. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1375639>

- Roesner, A. & Szikszay, T. (2022). Professionen auf dem Weg in die Interprofessionalität. *Der Schmerz*, 36 (4), 231–232. <https://doi.org/10.1007/s00482-022-00657-7>
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007). *Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung*. Abgerufen am 06.08.2023 unter <https://dserver.bundestag.de/btd/16/063/1606339.pdf>
- Sallat, S., Busch, M., Helbing, N., Hahn, S. & Eikerling, M. (2022). SprachNetz: Digitale interdisziplinär vernetzte Planung von sprachlicher Bildung, Sprachförderung und Sprachtherapie. In M. Spreer, M. Wahl & H. Beek (Hrsg.), *Sprachentwicklung im Dialog: Digitalität – Kommunikation – Partizipation* (395–409). Schulz-Kirchner.
- Sallat, S. & Siegmüller, J. (2016). Interdisziplinäre Kooperation zwischen Institutionen und Professionen. In M. Grohnfeldt (Hrsg.), *Kompendium der akademischen Sprachtherapie und Logopädie. Band 1: Sprachtherapeutische Handlungskompetenzen* (247–265). Kohlhammer.
- Schupp, W. (1996). Rehabilitationsziele und organisatorische Abläufe. In H.-C. Mäurer & H.-C. Diener (Hrsg.), *Der Schlaganfall: Praxisbezogene, aktive Konzepte für Prävention, Diagnostik, Akutbehandlung und Rehabilitation* (130–134). Thieme.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (Hrsg.) (2017). *Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit. Studie im Auftrag der SAMW*. Abgerufen am 06.08.2023 unter https://www.samw.ch/dam/jcr:45678758-579e-4d42-9511-a4d224fd48a9/studie_samw_interprofessionalitaet_2017.pdf

- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2022). *Statistischer Bericht: Mikrozensus – Arbeitsmarkt 2021 (Erstergebnis)*. Abgerufen am 06.08.2023 unter https://www.statistischebibliothek.de/mir/receive/DEHeft_mods_00143653
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2017). *Gesundheit Personal 2015*. Fachserie 12 Reihe 7.3.1. Abgerufen am 06.08.2023 unter https://www.statistischebibliothek.de/mir/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00031017/2120731157004.pdf
- Voelker, C. (Hrsg.) (2011). *Physiotherapie. Berufliches Selbstverständnis*. Cornelsen.
- World Health Organization (Hrsg.) (2001). *International classification of functioning, disability and health: ICF*. Abgerufen am 06.08.2023 unter <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9241545429-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Kontakt

Valerie Collasius
mail@logopaedie-collasius.de

Die Basalganglien bei der Lautstärkeverarbeitung

Tena Grahovac

Universität Potsdam, Charité – Universitätsmedizin Berlin

ABSTRACT: Der neurodegenerativen Erkrankung Morbus Parkinson (MP) liegt der Zerfall von Neuronen in den Basalganglien (BG) zugrunde, der mitunter zu kognitiv-sprachlichen Einschränkungen führt. Dies betrifft beispielsweise die Lautstärkeproduktion und -wahrnehmung. Betroffene sprechen signifikant leiser und weisen eine verringerte Wahrnehmungsspanne für Lautstärke auf. Dieses Wahrnehmungsdefizit und die Tatsache, dass die BG die betroffene neurologische Struktur bei MP sind, lässt eine Beteiligung dieser bei der Lautstärkeverarbeitung von Gesunden vermuten.

Um die Rolle der BG bei der Lautstärkeverarbeitung zu untersuchen, wurde eine generalisierte lineare Modellanalyse durchgeführt. Anhand von fMRT-Daten von gesunden Proband*innen, erhoben von Erb et al. (2020), wurde nach linearen Regressionen zwischen den präsentierten Lautstärkewerten und dem BOLD-Signal in acht BG-Regionen gesucht. Hierfür wurden Daten von 63 Proband*innen im Alter zwischen 18 und 78 Jahren (Durchschnitt: 43,4 Jahre) genutzt.

Im linken und rechten Putamen angrenzend zum Globus pallidus pars externa war eine positive lineare Regression beobachtbar. Eine negative lineare Regression zeigte sich im Kopf des Nucleus caudatus beider Hemisphären.

Teile der BG scheinen somit möglicherweise eine Rolle bei der Verarbeitung von Lautstärke zu spielen. In Bezug auf MP besteht die Möglichkeit, dass ihre neuronale Degeneration mitursächlich für die Wahrnehmungseinschränkungen ist. Dies sowie der Einfluss dieses rezeptiven Lautstärkedefizits auf die produktiven sprachlichen Einschränkungen sollten Gegenstand zukünftiger Untersuchungen sein. Es ist gut möglich, dass die Ursache der produktiven Lautstärkedefizite nicht motorischer, sondern rezeptiver Natur ist. Dies hätte einen großen Einfluss auf künftige sprachtherapeutische Konzepte bei der Behandlung produktiver Sprachstörungen bei MP.

KEYWORDS: Morbus Parkinson, Basalganglien, Lautstärkeverarbeitung, Dysarthrie

1 Einführung

Monotones, leises Sprechen mit rauher und heiserer Stimme ist charakteristisch für Personen mit Morbus Parkinson (MP) und erschwert die Kommunikation in Alltagssituationen. Es kommt zu Missverständnissen, die in Frustration bei Betroffenen und deren Mitmenschen enden können. Erschwert werden solche Situationen durch das fehlende Störungsbewusstsein der Betroffenen aufgrund einer verzerrten Eigenwahrnehmung. Diese sind sich ihrer reduzierten Sprechlautstärke meistens nicht bewusst und können daraus resultierende Kommunikationsprobleme nicht nachvollziehen.

Welche Rolle spielen die bei MP betroffenen Basalganglien (BG) bei der Lautstärkeverarbeitung? Und was könnte uns dieser Erkenntnisgewinn über die Lautstärkeverarbeitung bei Personen mit MP sagen?

Um der Antwort auf diese Fragen näher zu kommen, wurde mittels einer generalisierten linearen Modellanalyse von fMRT-Daten untersucht, welche Rolle die BG bei der Verarbeitung von Lautstärke spielen.

2 Was macht Morbus Parkinson mit dem Gehirn?

2.1 Struktur der Basalganglien

Die BG sind eine Gruppierung verschiedener subkortikaler Kerne aus grauer Substanz. Sie sind v.a. für ihre motorischen Funktionen bekannt und sind für die Initiation, Selektion, Verarbeitung und Kontrolle von Bewegungen zuständig (Graybiel, 2000).

Folgende Strukturen sind mit inbegriffen (Albin et al., 1989; Graybiel, 2000; Herrero et al., 2002):

- Das Striatum, das in den Nucleus caudatus (Ca) und das Putamen (Pu) unterteilt wird. Es bildet die Input-Struktur der BG und sendet über den Globus pallidus pars externa (GPe) Signale zum Globus pallidus pars interna (GPi) und zur Substantia nigra pars reticulata (SNr). Es projiziert zudem zur Substantia nigra pars compacta (SNc).
- Der Nucleus accumbens erhält unter anderem Signale von der Substantia nigra und projiziert zum Globus pallidus.
- Der Globus pallidus, der in pars interna und pars externa untergliedert wird. Der externe Teil projiziert zum Nucleus subthalamicus (STN).
- Die Substantia nigra (SN), die in Substantia nigra pars reticulata (SNr) und pars compacta (SNc) unterteilt wird. Die SNc sendet Signale an das Striatum zurück.
- Der Nucleus subthalamicus, der zum GPi und zur SNr projiziert. Er sendet zudem Signale an den GPe zurück.

2.2 Was ist Morbus Parkinson?

MP ist eine neurodegenerative Erkrankung, bei der es zum Zerfall von Nervenzellen in den BG kommt. Dabei degenerieren Dopamin produzierende Neuronen in der Substantia nigra weshalb es zu einer Reduktion der Dopaminkonzentration im Striatum kommt. Dies resultiert in einer Beeinträchtigung kortiko-striato-thalamo-kortikaler Modulationen und endet in motorischen Defiziten bei den Erkrankten. Die drei motorischen Kardinalsymptome bei MP sind Rigor (Muskelsteifheit), (Ruhe-)Tremor (unwillkürliches Zittern) und Bradykinese (Bewegungsarmut) (Graybiel, 2000; Rodríguez-Ferreiro et al., 2009; Ziegler & Vogel, 2010).

Aufgrund dieser vorherrschenden motorischen Symptome wird MP als eine motorische, neurodegenerative Erkrankung klassifiziert.

Hierbei werden jedoch die zahlreichen nicht-motorischen Symptome außer Acht gelassen. Darunter fallen auch die charakteristischen Veränderungen des Sprechens, die unter dem Begriff „rigid-hypokinetische Dysarthrie“ (Ziegler & Vogel, 2010) zusammengefasst werden.

2.3 Rigid-hypokinetische Dysarthrie – Wie sprechen Personen mit Morbus Parkinson?

2.3.1 Ausprägungen der rigid-hypokinetischen Dysarthrie

Über 70 % aller Personen mit MP weisen Veränderungen in der Sprache und im Sprechen auf (Hartelius & Svensson, 1994). Die häufigsten sprachlichen Symptome sind unter der rigid-hypokinetischen Dysarthrie zusammengefasst (Darley et al., 1969; Ziegler & Vogel, 2010). Hierzu zählen kurze Sprechbeschleunigungen und damit einhergehend eine fluktuierende Sprechrates, sowie eine raue, heisere Stimme, die Verwendung kurzer Phrasen, eine unpräzise Artikulation, monotones Sprechen sowie eine reduzierte Betonung und Lautstärke (Rodríguez-Ferreiro et al., 2009; Ziegler & Vogel, 2010). Vor allem letzteres beeinträchtigt die Verständlichkeit der Betroffenen und führt zur Verminderung in der sozialen Teilhabe und der Lebensqualität (Miller et al., 2006).

2.3.2 Sprechlautstärke bei Personen mit Morbus Parkinson

Wie bereits oben erwähnt, sprechen Personen mit MP signifikant leiser als Personen ohne MP.

Das Ausmaß der Lautstärkereduktion variiert studienabhängig. So wird von einer verringerten Lautstärke von 2,0 bis 4,0 dB für sprachliches und nicht-sprachliches verbales Verhalten berichtet (Clark et al., 2014; de Keyser et al., 2016; Fox & Ramig, 1997; Ho et al., 1999; Holmes et al., 2000; Leszcz, 2012). Zusätzlich zu einer

größeren progressiven Lautstärkeabnahme innerhalb eines Satzes ist die maximale Sprechlautstärke bei Personen mit MP um 6,0 bis 7,0 dB geringer im Vergleich zu gleichaltrigen gesunden Personen (Adams et al., 2006; Ho et al., 2001). Auch die Lautstärkeregelung in Abhängigkeit von Hintergrundgeräuschen weicht bei Betroffenen von der Norm ab. So weisen Personen mit MP unabhängig von der Präsenz und Intensität der Hintergrundgeräusche eine geringere Sprechlautstärke von 2,0 bis 3,0 dB (Adams et al., 2006; Leszcz, 2012) bzw. 5,0 dB (Dykstra et al., 2012) auf.

Die Betroffenen zeigen eine geringere Reaktion auf sich veränderndes individuelles Lautstärkefeedback als gesunde Proband*innen. Sie haben Probleme, die Lautstärke in Gesprächskontexten zu regulieren (Senthinathan et al., 2021).

2.4 Wie hören Personen mit Morbus Parkinson?

Die Ergebnisse von Senthinathan et al. (2021) deuten bereits an, dass sich MP nicht nur auf die eigene Sprechlautstärke, sondern auch auf die auditive Wahrnehmung von Lautstärke auswirkt.

So zeigen Studienergebnisse eine erhöhte Sensitivität für die eigene Sprechlautstärke bei Personen mit MP. Diese nehmen sich selbst sowohl beim Lesen als auch in freien Gesprächssituationen lauter wahr als sie es tatsächlich sind (Ho et al., 2000).

Die allgemeine Wahrnehmungsspanne für Lautstärke im Bereich von 60 bis 80 dB scheint bei Personen mit MP eingeschränkt zu sein. Reize in einer Lautstärke von 60/65 dB (normale Sprechlautstärke) werden von den Betroffenen lauter wahrgenommen als sie es tatsächlich sind, wohingegen Reize mit einer Lautstärke von 75/80 dB als leiser empfunden werden. Dies ist sowohl für intern als auch für extern generierte auditive Reize beobachtbar (Clark et al., 2014; de Keyser et al., 2016; Kwan & Whitehill, 2011).

3 Fragestellung

Es steht fest, dass Teile der BG bei MP degenerieren und Personen mit MP eine veränderte Lautstärkewahrnehmung aufweisen (siehe 2.4). Dies lässt vermuten, dass die BG in irgendeiner Weise auch bei gesunden Personen in die auditive Verarbeitung von Lautstärke involviert sind. Auf Grundlage des klinischen Bildes und dieser Vermutung wurde folgende Fragestellung entwickelt:

Welche Rolle spielen die Basalganglien bei der Lautstärkeverarbeitung von auditiven Reizen?

Alle BG-Strukturen wurden daraufhin auf eine lineare Regression zwischen ihrem BOLD-Signal und der präsentierten Lautstärke analysiert.

4 Methode

Für die Studie wurden bereits erhobene fMRT-Daten von Erb et al. (2020) verwendet. Diese haben in ihrer Studie den altersbedingten Rückgang temporaler Aktivität im auditiven Kortex untersucht. Den Proband*innen wurden parallel zwei auditive Sequenzen präsentiert: Ein Hörbuch und natürliche Hintergrundgeräusche.

In der aktuellen Studie wurden diese fMRT-Daten für die BG analysiert. Hierfür bildete die Kombination des Hörbuchs und der Hintergrundgeräusche den variierenden Lautstärkewert, dargestellt in RMS, dessen Einfluss auf das BOLD-Signal in den BG untersucht wurde. Es wurden Daten von 63 Proband*innen im Alter zwischen 18 und 78 Jahren (Durchschnitt: 43,4 Jahre) eingeschlossen. Mit dem Programm SPM12 (Friston et al., 2007) wurde eine generalisierte lineare Modell-Analyse durchgeführt, um die Daten auf multiple lineare Regressionen zu untersuchen. Zur Visualisierung und

Lokalisierung signifikant aktivierter Voxelcluster¹ wurde der *CIT168 Reinforcement Learning Atlas (Pauli 2017)* (Pauli et al., 2018) verwendet. Dabei wurde eine Maske erstellt, die die acht subkortikalen Strukturen der Basalganglien (Regions of Interest) umfasst und diese, sowie die in diesen Bereichen signifikant aktivierten Voxelcluster, bei der anschließenden statistischen Analyse abbildet. Zur Ermittlung der statistischen Signifikanz wurde das Signifikanzniveau zuvor auf $p = .05$ festgelegt.

5 Ergebnisse

Es konnten vier Voxelcluster ermittelt werden, bei denen eine lineare Regression zwischen ihrem BOLD-Signal und den präsentierten Lautstärkeniveaus vorherrscht (siehe Tab. 1).

Tabelle 1

Signifikant aktivierte Voxelcluster während der Lautstärkeverarbeitung. Anmerkung. Voxelcluster in den BG, die keine signifikante Aktivierung zeigten, werden hier nicht präsentiert. Pu = Putamen, GPe = Globus pallidus pars externa, Ca = Nucleus caudatus.

Lineare Regression	Cluster-Level		Peak-Level		Voxel-Koordinaten (x, y, z) in mm	BG-Strukturen	Hemisphäre
	Cluster-Größe (Voxelzahl)	p-Wert (FDR-korr.)	B-Wert	90%-CI			
Positiv	386	.001	+4.00	[+3.00, +5.00]	-22, -6, 4	Pu GPe	links
	303	.001	+3.30	[+2.30, +4.30]	26, -4, -4	Pu GPe	rechts
Negativ	140	.006	-3.60	[-2.80, -4.40]	-16, 26, -2	Ca	links
	205	.004	-4.10	[-3.20, -5.00]	16, 24, -4	Ca	rechts

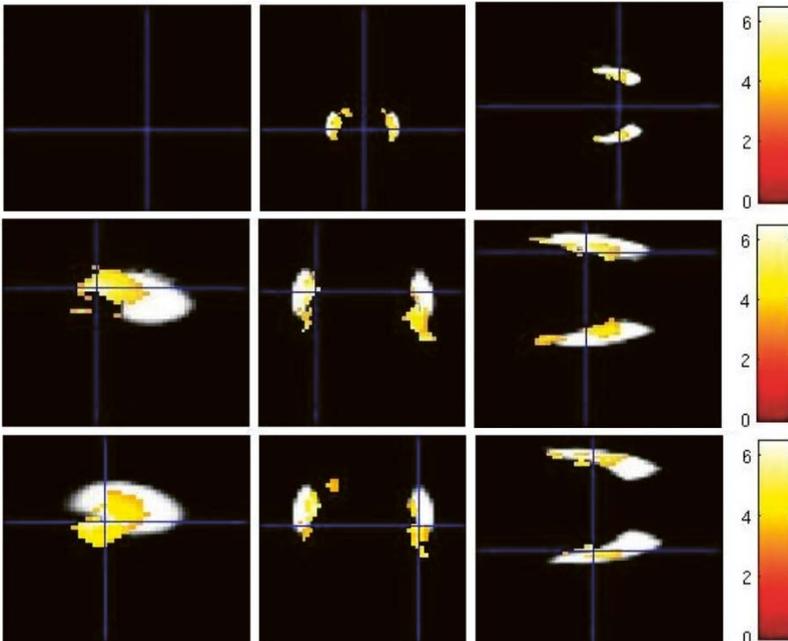
1 Ein Voxel beschreibt eine Rastereinheit im 3-dimensionalen Volumen. Eine Gruppierung dieser wird als Voxelcluster bezeichnet (Hummel, 2018).

Die ersten beiden Cluster befanden sich überwiegend im Putamen der rechten und linken Hemisphäre. Beide grenzten an den Globus pallidus pars externa und waren zu einem geringen Teil auch dort zu lokalisieren (siehe Abb. 1 und 2).

Abbildung 1

Aktiviere Voxelcluster (gelb) im rechten und linken Putamen (weiß).

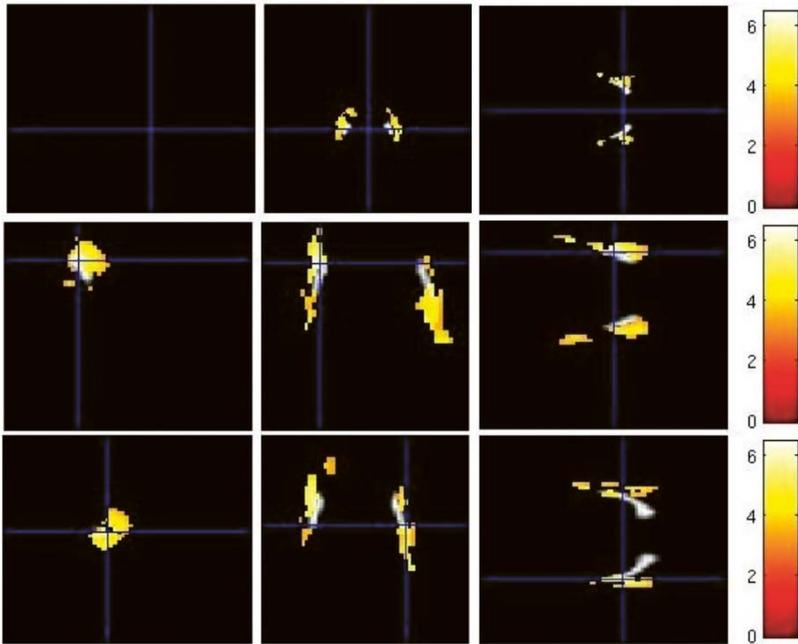
Anmerkung: Schnittebenen: sagittal (links), koronal (mittig), horizontal (rechts); Koordinaten des Cursors [0, 0, 0] (oben), [-22, -6, 4] (mittig), [26, -4, -4] (unten).



Diese zwei Voxelgruppen wiesen eine positive lineare Regression von $B = +4.00$ (links) und $B = +3.30$ (rechts) zwischen ihrem BOLD-Signal und den präsentierten Lautstärkeniveaus auf ($p/ = .001$; $pr = .001$). Ihre Aktivierung stieg somit mit zunehmender und sank mit abnehmender Lautstärke.

Abbildung 2

Aktivierte Voxelcluster (gelb) im rechten und linken Globus pallidus pars externa (weiß). Anmerkung: Schnittebenen: sagittal (links), koronal (mittig), horizontal (rechts); Koordinaten des Cursors $[0, 0, 0]$ (oben), $[-22, -6, 4]$ (mittig), $[26, -4, -4]$ (unten).

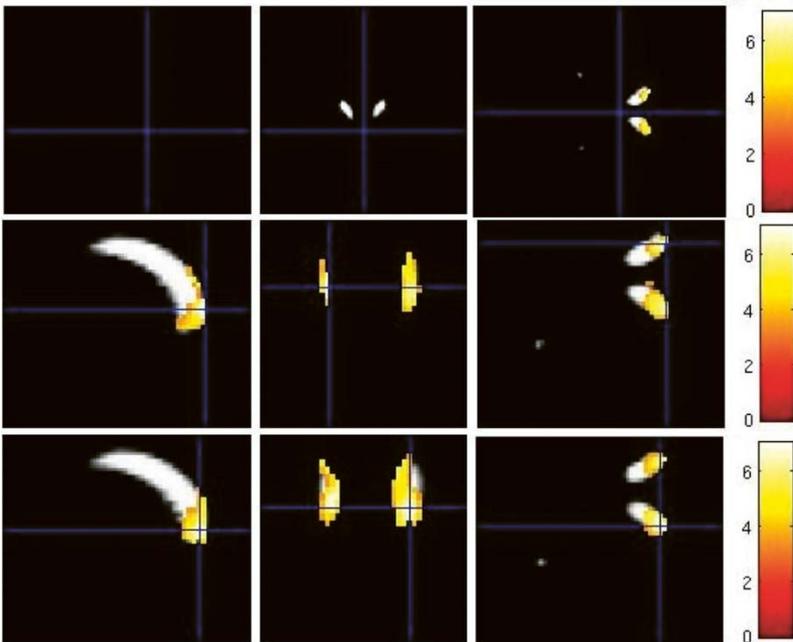


Die anderen zwei Voxelgruppierungen ließen sich im anterioren Teil des rechten und linken Nucleus caudatus verorten (siehe Abb. 3).

Für diese zwei Voxelcluster konnte jeweils eine negative lineare Regression $B = -3.60$ (links) und $B = -4.10$ (rechts) zwischen dem BOLD-Signal und der präsentierten Lautstärke festgestellt werden ($p_{links} = .006$; $p_{rechts} = .004$). Die Aktivierung in den beiden Clustern stieg somit bei abnehmender und sank bei zunehmender Lautstärke.

Abbildung 3

Aktivierte Voxelcluster (gelb) im rechten und linken Nucleus caudatus (weiß). Anmerkung: Schnittebenen: sagittal (links), koronal (mittig), horizontal (rechts); Koordinaten des Cursors $[0, 0, 0]$ (oben), $[-16, 26, -2]$ (mittig), $[16, 24, -4]$ (unten).



6 Was könnten die striatalen Aktivierungen während der Lautstärkeverarbeitung bedeuten?

Diese Ergebnisse unterstützen die Annahme, dass die BG – zumindest teilweise – an der Verarbeitung von Lautstärke beteiligt sein könnten.

Die Aktivierungen ließen sich durch direkte thalamo-striatale Projektionen innerhalb des Centrum-medianum-Nucleus-parafascicularis-striatalen Systems erklären.

Hierbei senden die beiden thalamischen Kerne Centrum medianum (CM) und Nucleus parafascicularis (Pf) – die Hauptquellen thalamo-striataler Projektionen – Signale an das Putamen und den Nucleus caudatus (Galvan & Smith, 2011; Kimura et al., 2004; Sadiкот et al., 1992; Smith et al., 2009).

Die beiden thalamischen Kerne reagieren stark auf auditive sensorische Reize. Dabei sendet der CM-Pf-Komplex diese Signale weiter an das Striatum und spielt in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle bei der Handlungsorientierung in Abhängigkeit von der auditiven Stimulusquelle (Matsumoto et al., 2001; Minamimoto & Kimura, 2002).

Dies könnte für eine mögliche Beteiligung der BG bei der Handlungs- und Bewegungsorientierung und -adaption in Abhängigkeit von der auditiven Reizquelle sprechen. Vermehrte striato-kortikale Projektionen aus dem Putamen würden hierbei auf eine laute und somit evtl. in der Nähe befindlichen Geräuschquelle schließen lassen. Striato-kortikale Signale, die vorwiegend dem Nucleus caudatus entstammen, würden für eine leisere und folglich möglicherweise weiter entfernte Geräuschquelle sprechen. Je nachdem, um welche Geräusche es sich hier handelt, orientiert sich der Körper und dessen Bewegungen in Richtung oder entgegengesetzt zur Quelle.

7 Was bedeutet das für Personen mit MP?

Die Ergebnisse dieser Studie geben lediglich einen Hinweis darauf, dass die Basalganglien in unserer Lautstärkewahrnehmung eine Rolle spielen könnten. Ist dies der Fall, könnte die Degeneration dieser subkortikalen Strukturen mitunter ursächlich für perzeptive Defizite in der Lautstärke bei MP sein. Um detailliertere Aufschlüsse über den zeitliche Zusammenhang zwischen Lautstärke und neurophysiologischen Aktivitäten in den Basalganglien zu erhalten, sollte dieser in zukünftigen Studien untersucht werden. Dabei sollte das Studiendesign spezifischer und präziser auf die Lautstärkemedulationen und

deren neurophysiologischen Einfluss auf die Basalganglien angepasst werden. Auch sollte in Form klinischer Studien der direkte Vergleich zwischen gesunden Personen und denen mit MP gezogen werden, um mögliche neurophysiologische Unterschiede im Bezug auf die Verarbeitung von Lautstärke zu ermitteln. Wichtig ist, bereits jetzt die Förderung rezeptiver Fähigkeiten bei der Sprechtherapie zu berücksichtigen, da ein Wahrnehmungsdefizit von Lautstärke bei Morbus Parkinson vorhanden ist. Dieses sollte neben der produktiven Sprechtherapie auch einen Teilaspekt der sprachtherapeutischen Intervention bilden und nicht vernachlässigt werden.

8 Literatur

- Adams, S.G., Moon, B.H., Dykstra, A., Abrams, K., Jenkins, M. & Jog, M. (2006). Conversational speech intensity. *Journal of Medical Speech-Language Pathology*, 14 (4), 221–228.
- Albin, R. L., Young, A. B. & Penney, J. B. (1989). The functional anatomy of basal ganglia disorders. *Trends in Neurosciences*, 12(10), 366–375. [https://doi.org/10.1016/0166-2236\(89\)90074-X](https://doi.org/10.1016/0166-2236(89)90074-X)
- Clark, J. P., Adams, S. G., Dykstra, A. D., Moodie, S. & Jog, M. (2014). Loudness perception and speech intensity control in Parkinson's disease. *Journal of Communication Disorders*, 51, 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2014.08.001>
- Darley, F.L., Aronson, A. E. & Brown, J.R. (1969). Differential diagnostic patterns of dysarthria. *Journal of Speech and Hearing Research*, 12 (2), 246–269. <https://doi.org/10.1044/jshr.1202.246>
- de Keyser, K., Santens, P., Bockstael, A., Botteldooren, D., Talsma, D., de Vos, S., van Cauwenberghe, M., Verheugen, F., Corthals, P. & de Letter, M. (2016). The relationship between speech production and speech perception deficits in Parkinson's disease. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 59 (5), 915–931. https://doi.org/10.1044/2016_JSLHR-S-15-0197

- Dykstra, A. D., Adams, S. G. & Jog, M. (2012). Examining the conversational speech intelligibility of individuals with hypophonia associated with Parkinson's disease. *Journal of Medical Speech-Language Pathology*, 20 (4), 53–59.
- Erb, J., Schmitt, L.-M. & Obleser, J. (2020). Temporal selectivity declines in the aging human auditory cortex. *ELife*, 9. <https://doi.org/10.7554/eLife.55300>
- Fox, C. M. & Ramig, L. O. (1997). Vocal sound pressure level and self-perception of speech and voice in men and women with idiopathic Parkinson Disease. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 6 (2), 85–94. <https://doi.org/10.1044/1058-0360.0602.85>
- Friston, K., Ashburner, J., Kiebel, S., Nichols, T. & Penny, W. (Hrsg.). (2007). *Statistical Parametric Mapping. The Analysis of Functional Brain Images*. Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-372560-8.X5000-1>
- Galvan, A. & Smith, Y. (2011). The primate thalamostriatal systems: Anatomical organization, functional roles and possible involvement in Parkinson's disease. *Basal Ganglia*, 1 (4), 179–189. <https://doi.org/10.1016/j.baga.2011.09.001>
- Graybiel, A. M. (2000). The basal ganglia. *Current Biology*, 10 (14), R509–R511. [https://doi.org/10.1016/s0960-9822\(00\)00593-5](https://doi.org/10.1016/s0960-9822(00)00593-5)
- Hartelius, L. & Svensson, P. (1994). Speech and swallowing symptoms associated with Parkinson's disease and multiple sclerosis: A survey. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, 46 (1), 9–17. <https://doi.org/10.1159/000266286>
- Herrero, M.-T., Barcia, C. & Navarro, J. M. (2002). Functional anatomy of thalamus and basal ganglia. *Child's Nervous System*, 18 (8), 386–404. <https://doi.org/10.1007/s00381-002-0604-1>
- Ho, A. K., Bradshaw, J. L. & Ianssek, R. (2000). Volume perception in Parkinsonian speech. *Movement Disorders*, 15 (6), 1125–1131. [https://doi.org/10.1002/1531-8257\(200011\)15:6<1125::AID-MDS1010>3.0.CO;2-R](https://doi.org/10.1002/1531-8257(200011)15:6<1125::AID-MDS1010>3.0.CO;2-R)

- Ho, A. K., Bradshaw, J. L., Iansek, R. & Alfredson, R. (1999). Speech volume regulation in Parkinson's disease: Effects of implicit cues and explicit instructions. *Neuropsychologia*, *37* (13), 1453–1460. [https://doi.org/10.1016/S0028-3932\(99\)00067-6](https://doi.org/10.1016/S0028-3932(99)00067-6)
- Ho, A. K., Iansek, R. & Bradshaw, J. L. (2001). Motor instability in Parkinsonian speech intensity. *Neuropsychiatry, Neuropsychology and Behavioral Neurology*, *14* (2), 109–116.
- Holmes, R. J., Oates, J. M., Phyland, D. J. & Hughes, A. J. (2000). Voice characteristics in the progression of Parkinson's disease. *International Journal of Language & Communication Disorders*, *35* (3), 407–418.
- Hummel, C. (2018. Juni). SPM12 Einführung in fMRI-Datenanalyse [PDF]. Uniklinikum Dresden. Abruf am 27.07.2023 unter https://www.uniklinikum-dresden.de/de/das-klinikum/kliniken-polikliniken-institute/hno/forschung/interdisziplinaeres-zentrum-fuer-riechen-und-schmecken/downloads/downloads/SPM12_Einfuehrung.pdf
- Kimura, M., Minamimoto, T., Matsumoto, N. & Hori, Y. (2004). Monitoring and switching of cortico-basal ganglia loop functions by the thalamo-striatal system. *Neuroscience Research*, *48* (4), 355–360. <https://doi.org/10.1016/j.neures.2003.12.002>
- Kwan, L. C. & Whitehill, T. L. (2011). Perception of speech by individuals with Parkinson's disease: A review. *Parkinson's Disease*, *2011*, 389767. <https://doi.org/10.4061/2011/389767>
- Leszcz, T. M. (2012). *The effect of multitalker background noise on speech intelligibility in Parkinson's disease and controls*. Abgerufen am 02.01.2023 unter <https://ir.lib.uwo.ca/etd/628>
- Matsumoto, N., Minamimoto, T., Graybiel, A. M. & Kimura, M. (2001). Neurons in the thalamic CM-Pf complex supply striatal neurons with information about behaviorally significant sensory events. *Journal of Neurophysiology*, *85* (2), 960–976. <https://doi.org/10.1152/jn.2001.85.2.960>

- Minamimoto, T. & Kimura, M. (2002). Participation of the thalamic CM-Pf complex in attentional orienting. *Journal of Neurophysiology*, *87* (6), 3090–3101. <https://doi.org/10.1152/jn.2002.87.6.3090>
- Miller, N., Noble, E., Jones, D. & Burn, D. (2006). Life with communication changes in Parkinson's disease. *Age and Ageing*, *35* (3), 235–239. <https://doi.org/10.1093/ageing/afj053>
- Pauli, W. M., Nili, A. N. & Tyszka, J. M. (2018). A high-resolution probabilistic in vivo atlas of human subcortical brain nuclei. *Scientific Data*, *5*, 180063. <https://doi.org/10.1038/sdata.2018.63>
- Rodríguez-Ferreiro, J., Menéndez, M., Ribacoba, R. & Cuetos, F. (2009). Action naming is impaired in Parkinson disease patients. *Neuropsychologia*, *47* (14), 3271–3274. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2009.07.007>
- Sadikot, A. F., Parent, A. & François, C. (1992). Efferent connections of the centromedian and parafascicular thalamic nuclei in the squirrel monkey: A PHA-L study of subcortical projections. *The Journal of Comparative Neurology*, *315* (2), 137–159. <https://doi.org/10.1002/cne.903150203>
- Senthinathan, A., Adams, S., Page, A. D. & Jog, M. (2021). Speech intensity response to altered intensity feedback in individuals with Parkinson's disease. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, *64* (6S), 2261–2275. https://doi.org/10.1044/2021_JSLHR-20-00278
- Smith, Y., Raju, D., Nanda, B., Pare, J.-F., Galvan, A. & Wichmann, T. (2009). The thalamostriatal systems: Anatomical and functional organization in normal and Parkinsonian states. *Brain Research Bulletin*, *78* (2/3), 60–68. <https://doi.org/10.1016/j.brainresbull.2008.08.015>
- Ziegler, W. & Vogel, M. (2010). Dysarthrie: verstehen – untersuchen – behandeln. *Forum Logopädie*. Thieme. <https://doi.org/10.1055/b-0034-25353>

Kontakt

Tena Grahovac

tena.grahovac@charite.de

Das 16. Herbsttreffen Patholinguistik mit dem Schwerpunktthema »Schnittstelle Alltag: Transfer und Teilhabe in der Sprachtherapie« fand am 19.11.2022 als Online-Veranstaltung statt. Das Herbsttreffen wird seit 2007 jährlich vom Verband für Patholinguistik e. V. (vpl), seit 2021 vom Deutschen Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie (dbs) in Kooperation mit der Universität Potsdam durchgeführt. Der vorliegende Tagungsband beinhaltet die Vorträge zum Schwerpunktthema sowie die Posterpräsentationen zu weiteren Themen aus der sprachtherapeutischen Forschung und Praxis.

