

Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik Zürich

Logopädie 1619

Bachelor-Arbeit

Therapie neuropsychologischer Funktionen in der Logopädie?

Bestehende Vorgehensweisen, Möglichkeiten und Visionen

Eingereicht von:

Lorena Ficht & Martina Kaufmann

Begleitung:

Prof. Dr. habil. Jürgen Steiner

Datum der Abgabe: 13.12.2018

Abstract

Diese Arbeit befasst sich mit kognitiven Defiziten hirngeschädigter Erwachsener und den daraus resultierenden Anforderungen an die Sprachtherapie. Da die Bearbeitung kognitiver Funktionen im Kompetenzbereich der Neuropsychologie liegt, entsteht die Frage nach der Zusammenarbeit der beiden Professionen Neuropsychologie und Logopädie. In der Arbeit soll dafür argumentiert werden, dass die Logopädie stärker in die Therapie kognitiver Funktionen eingebunden werden sollte. Eine Umfrage unter logopädisch Praktizierenden im ambulanten Setting zeigt, dass Zusammenarbeit auf diagnostischer und therapeutischer Ebene gewünscht, aber nicht praktiziert wird. Zudem verdeutlicht das Ergebnis, dass die Befragten kognitive Fähigkeiten bei hirngeschädigten Personen explizit oder implizit bearbeiten. Anhand zweier Therapiematerialien wird die Möglichkeit für die Logopädie diskutiert, kognitive Fähigkeiten zu trainieren.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
2	Methodik	3
3	Gedächtnis, Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit, Konzentration und geteilte Aufmerksamkeit	3
4	State of the art	7
5	Befragung	9
5.1	Aufbau der Befragung	9
5.2	Ergebnisse aus der Befragung	10
5.3	Interpretation und Fazit aus der Befragung	18
6	Kognitives Training in der Logopädie	22
6.1	Kriterien für ein Therapiematerial	23
6.2	Therapiematerial für kognitives Training	25
6.3	Logopädisches Therapiematerial	30
7	Zusammenfassung und Ausblick	34
8	Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	36
9	Literaturverzeichnis	37
10	Anhang	I
10.1	Befragung.....	I
10.2	Ergebnisse der Befragung.....	IV

1 Einleitung

Die Themenwahl beruht auf einer Projektidee, in der Studierende der Hochschule für Heilpädagogik Zürich konkrete Vorschläge für Übungen zu Basisfunktionen für Sprache erarbeiten sollten, die dann in Übungsheften veröffentlicht hätten werden können. Das Projekt wurde von den Studierenden nicht weiterverfolgt. Das Thema hat aber die Bedeutung der kognitiven Fähigkeiten und das Gebiet der Neuropsychologie für Sprache und Logopädie deutlich gemacht. Daraus entstand dann eine Bachelorarbeit, die sich aufgrund der gebotenen Kompetenzüberschneidung mit dem Thema der interdisziplinären Zusammenarbeit der beiden Gebiete in der stationären Rehabilitation beschäftigte (Erni & Imboden, 2018). Daraufhin erfolgte der Entschluss der Autorinnen, eine weiterführende Bachelorarbeit zum Thema Neuropsychologie und Logopädie im ambulanten Bereich zu schreiben. Ziel der Arbeit ist dafür zu argumentieren, dass die Logopädie stärker in die Therapie kognitiver Funktionen eingebunden werden sollte. Des Weiteren werden konkrete Schritte in diese Richtung vorgeschlagen.

Durch erworbene Hirnschädigungen entstehen viele Beeinträchtigungen, unter anderem die eingeschränkte Funktion von kognitiven Fähigkeiten wie der Aufmerksamkeit und der Konzentration. Wie in Kapitel 3 gezeigt wird, haben kognitive Funktionen wie die Genannten einen direkten Einfluss auf den erfolgreichen Gebrauch von Sprache. In der stationären Rehabilitation besteht eine neuropsychologische Betreuung, die Frage stellt sich nun, wie die Therapiesituation für Klienten und Klientinnen der Logopädie in der ambulanten Rehabilitation aussieht.

Da der Zusammenhang kognitiver Funktionen und Sprache auf der Hand liegt und Voraussetzung für eine gelingende Sprachtherapie ist, kann davon ausgegangen werden, dass die kognitiven Funktionen nach erworbener Beeinträchtigung trainiert werden müssen.

Daraus ergeben sich folgende Fragestellungen:

1. *Wird der Verbesserung sprachrelevanter kognitiver Funktionen durch eine intensive interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Neuropsychologie und Logopädie auf diagnostischer und therapeutischer Ebene im ambulanten Bereich Rechnung getragen?*
2. *Soll die Logopädie bei unzureichenden Möglichkeiten für eine Zusammenarbeit mit der Neuropsychologie kognitive Funktionen selbstständig fördern?*

3. *Welche Möglichkeiten stehen im Hinblick auf die Evidence Based Practice für eine Integration von sprachrelevanten neuropsychologischen Aspekten in die ambulante Logopädietherapie zur Verfügung?*

Zur Beantwortung der Fragestellungen wird in einem ersten Schritt der State of the Art der Zusammenarbeit von Logopädie und Neuropsychologie in der stationären Rehabilitation eruiert. Dazu werden die Ergebnisse aus der Bachelorarbeit von Erni und Imboden (2018) zusammengefasst und interpretiert. Für die Erhebung des aktuellen Stands in der ambulanten Rehabilitation wurde eine Befragung durchgeführt. Dazu wird logopädisches Fachpersonal in ambulanten Praxen nach Bedarf und aktueller Abdeckung an kognitivem Training bei ihrer Klientel, nach der interdisziplinären Zusammenarbeit mit der Neuropsychologie und der Zufriedenheit mit jener Zusammenarbeit befragt. Die Ergebnisse werden in einem zweiten Schritt ausgewertet und Schlussfolgerungen gezogen. In einem weiteren Schritt werden Kriterien zum Aufbau und Durchführung eines Therapiematerials für kognitive Funktionen aufgestellt. Ein bestehendes Material wird daraufhin untersucht und beurteilt. Zum Schluss wird ein bestehendes Logopädiematerial auf dessen Anteil an impliziten kognitiven Trainings mit einem spezifischen Material verglichen.

Aus Kapitel 3 ersichtlich, beschränkt sich diese Arbeit auf die kognitiven Funktionen Gedächtnis, Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit, Konzentration und geteilte Aufmerksamkeit, welche in der Studie von Hochstenbach, Prigatano, Mulder (2005) von Stroke Patienten und Patientinnen in der postakuten Phase als am häufigsten vorkommende kognitive Einschränkungen genannt werden. Die Arbeit bezieht sich auf durch erworbene Hirnschädigung sprachbeeinträchtigte Menschen.

2 Methodik

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde eine Querschnittstudie anhand einer Umfrage durchgeführt, die den Ist-Zustand aufzeigen soll. Um herauszufinden, ob und wie Zusammenarbeit zwischen Neuropsychologie und Logopädie im ambulanten Bereich stattfindet, wurde über die Umfrage eine quantitative Untersuchung mit qualitativen Ergänzungen durchgeführt. Als Grundlage dafür diente der Blick in die aktuelle Forschung. Anschliessend wurde eine Umfrage erstellt, die in einem Pretest von einer Gruppe von fünf Personen getestet wurde. Nach Einarbeitung vorgeschlagener Verbesserungen wurde ein Fragebogen mit Microsoft Forms erstellt und an 80 logopädisch Therapierende, die in einer freien Praxis arbeiten, per Mail versandt. Für die Stichprobe wurden keine Praktizierenden befragt, die in einem Spital oder einer Rehaklinik arbeiten. Voraussetzung sollte ebenfalls sein, dass die Therapierenden mit Personen mit einer Hirnfunktionsschädigung arbeiten. Zur Beantwortung der zehn gestellten Fragen wurde ein Zeitfenster von 20 Tagen eingeräumt. Eine genaue Beschreibung der Befragung findet sich in Kapitel 5. Die Auswertung der so erhobenen Daten erfolgte ebenfalls mit dem Programm Microsoft Forms und wird in Kapitel 5.2 dargestellt und deskriptiv erläutert. Im Kapitel 5.3 werden die Daten interpretiert und eine qualitative Auswertung vorgenommen. Mit dem Wissen über die Resultate wurde eine Recherche zu bestehendem Therapiematerial für kognitives Training vorgenommen, Sollkriterien aufgestellt, exemplarisch ein Material darauf analysiert und mit einem herkömmlichen logopädischen Therapiematerial für Aphasie verglichen.

3 Gedächtnis, Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit, Konzentration und geteilte Aufmerksamkeit

Der Begriff der kognitiven Fähigkeiten ist sehr breit und wird verschieden ausgelegt. So wird aktuell zum Beispiel der Begriff der exekutiven Funktionen diskutiert. Im Folgenden werden Begriffe differenziert, Zusammenhänge mit erfolgreichem Sprachgebrauch aufgezeigt und für diese Arbeit definiert.

Verschiedene Autoren weisen darauf hin, dass eine klare Definition der Exekutivfunktionen schwierig ist, so sagt Götze (2015): „Das »dysexekutive Störungsbild« ist nicht klar definiert, sondern setzt sich vielmehr aus verschiedenen Symptomen zusammen, die in variablen Konstellationen auftreten“ (S. 80). Nach Müller (2013) weisen auffällige Verhaltensweisen wie z.B. erhöhte Ablenkbarkeit, eingeschränkte Aufmerksamkeit und die Unfähigkeit zu multi-tasking auf eine dysexekutive Störung hin

(vgl. Müller, 2013, Beilageblatt „Checkliste auffälliger Verhaltensweisen“). In einer Studie von Hochstenbach et al. (2005) wurden Stroke Patienten und Patientinnen und deren Angehörige in der postakuten Phase (9 Monate nach dem Ereignis) zu ihrem Empfinden über kognitive Einschränkungen befragt. In Tabelle 1 ist ersichtlich, dass „forgetfulness“ am häufigsten genannt wird, gefolgt von „mental slowness“, „poor concentration“ und „inability to do two things simultaneously“ (ebd., S. 1588). Diese vier Komponenten werden in Tabelle 2 von Frommelt (2010) wie folgt übersetzt: „Vergesslichkeit, geistige Verlangsamung, mangelnde Konzentration und Unfähigkeit, zwei Dinge zugleich zu erledigen“ (S. 652).

Tabelle 1: Percentage of Patients and Relatives Reporting Cognitive Complaints About the Patient (Hochstenbach et al., 2005, S. 1588)

Complaint	% Patients (n = 172)	% Relatives (n = 143)
Abstract		
Forgetfulness	60.5	58.7
Mental slowness	56.4	63.6
Poor concentration	55.2	53.8
Inability to do 2 things simultaneously	53.2	64.3
Aphasia	31.6	39.9
Defects of orientation	19.8	26.6
Defect consciousness	7.0	17.5
Apraxia	5.8	9.1
Agnosia	1.7	0.7
Concrete		
Difficulty in writing	55.8	53.1
Difficulty in reading	47.7	47.9
Difficulty in mental calculations	28.5	28.1
Difficulty in using the telephone	26.3	33.6
Difficulty in watching TV	23.8	25.2
Difficulty in handling abstract money (accounts)	22.1	31.1
Difficulty in handling concrete money (cash)	16.3	24.8

Tabelle 2: Häufigkeit von Klagen über kognitive Einschränkungen von Patienten und Angehörigen (Frommelt, 2010, S. 652)

Funktionen	% der Patienten	% der Angehörigen
Vergesslichkeit	61	59
Geistige Verlangsamung	56	64
Mangelnde Konzentration	55	54
Unfähigkeit, zwei Dinge zugleich zu erledigen	53	64
Aphasie	32	40
Orientierungsstörungen	20	27

Bewusstseinsstörungen	7	18
Apraxie	6	9
Schwierigkeiten beim Schreiben	56	53
Schwierigkeiten beim Lesen	48	48
Schwierigkeiten beim Telefonieren	27	34
Schwierigkeiten mit Bankangelegenheiten	22	33
Schwierigkeiten, das Fernsehprogramm zu verfolgen	24	25

Auf die kognitiven Fähigkeiten übertragen bedeutet das eine Beeinträchtigung des Gedächtnisses, der Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit, der Konzentration und der geteilten Aufmerksamkeit.

Neben der fehlenden Definition von Exekutivfunktionen geben Müller und Münte (2009) auch zu bedenken, dass eine „saubere inhaltliche Abgrenzung von exekutiven Funktionen zur fluiden Intelligenz, zu Teilaspekten der Aufmerksamkeit und zu manchen sprachlichen Fähigkeiten [...] nicht möglich“ ist (Müller & Münte zitiert nach Büttner, 2014, S. 49)

Dies legt den Schluss nahe, dass die in der Studie von Hochstenbach et al. (2005) am häufigsten genannten kognitiven Einschränkungen in einem Zusammenhang mit einem erfolgreichen Sprachgebrauch stehen. Aus Tabelle 2 geht aus dem unteren Teil hervor, dass dadurch konkret sprachliche Aktivitäten wie Lesen, Schreiben, Telefonieren und Fernsehen beeinträchtigt sind. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass logopädisches Fachpersonal, um an der Verbesserung der sprachlichen Aktivitäten arbeiten zu können, auch die genannten kognitiven Einschränkungen bearbeiten müssten. Davon ausgehend, dass die Patienten und Patientinnen die genannten Einschränkungen als störend empfinden, sollten sich therapeutische Fachpersonen, die sich dem Prinzip des Shared Decision Making (SDM) verpflichtet sehen, der Verbesserung dieser Einschränkungen annehmen (vgl. Steiner, 2016, S. 14).

Auch Heidler (2017) zeigt, dass Komponenten wie Langzeitgedächtnis, Kurzzeitgedächtnis - was von den Befragten der Hochstenbach-Studie mit Vergesslichkeit angegeben wurde - sowie Aufmerksamkeit auf unterschiedliche Prozesse der Sprachverarbeitung Einfluss haben und deshalb auf jeden Fall mit in die Therapie einbezogen werden sollten, bzw. schon vorgängig therapiert werden müssen, um eine Sprachtherapie zu ermöglichen (vgl. S. 5).

„Da das Sprachvermögen eine der wichtigsten kognitiven Funktionen überhaupt ist, sollten sich im Idealfall beide Berufsgruppen [Neuropsychologie und Logopädie, Anm. d. Verf.] gleichermassen zuständig fühlen Voraussetzung hierfür ist eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit und eine Implementierung neuropsychologischer Grundlagen in das Ausbildungscurriculum von Sprachtherapeuten“ (Heidler, 2017, S. 7).

Aus den Darlegungen der verschiedenen Autoren in der Kombination mit der Studie von Hochstenbach et al. (2005) wird in dieser Arbeit der Schwerpunkt auf Beeinträchtigungen von den vier in Abbildung 1 ersichtlichen Komponenten kognitiver Funktionen gelegt.

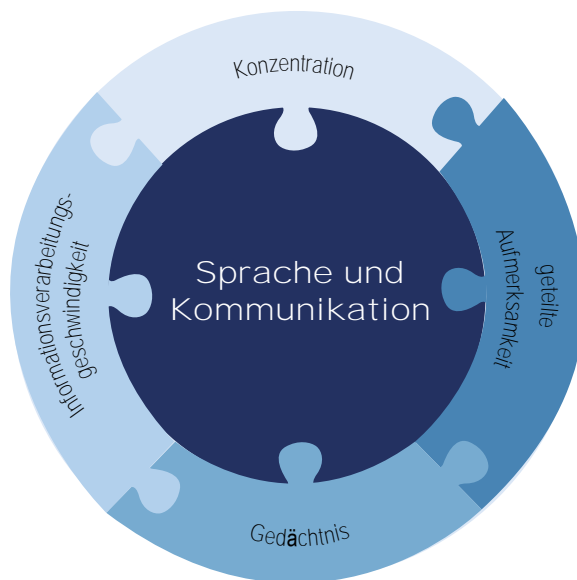


Abbildung 1: Zusammenhang Sprache & Kommunikation und kognitive Funktionen (eigener Entwurf Ficht & Kaufmann, grafisch umgesetzt von Schwendemann S., 2018)

Die oben aufgeführten kognitiven Funktionen werden in der Literatur wie folgt beschrieben:

Gedächtnis

Die Vergesslichkeit kann sich auf mehrere Funktionen unseres Gedächtnisses beziehen, nämlich auf das Aufrechterhalten von aktuellen Informationen, auf das Abspeichern von neuen Informationen oder das Abrufen schon verknüpfter Informationen. Schweizer und Müller (2017) unterscheiden zwischen dem Kurzzeit- bzw. Arbeitsgedächtnis und dem Langzeitgedächtnis. Der Unterschied ist, dass Informationen im Kurzzeitgedächtnis kaum kognitiv verarbeitet, während Informationen im Langzeitgedächtnis strukturiert abgelegt werden.

„Das Gedächtnis umfasst die Fähigkeit, Informationen abrufbar abzulegen und so abzuspeichern, dass sie unterschiedlich kombiniert in neuen Situationen wieder verwendet werden können“ (Schweizer & Müller, 2017, S. 7).

Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit

Prosiegel und Böttger (2007) beschreiben die allgemeine Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit auch als kognitive Leistungsgeschwindigkeit, welche sich bei einer Beeinträchtigung als kognitive Verlangsamung manifestiert (vgl. S. 88).

In Grohnfeldt (2007) wird die Informationsverarbeitung als ein Prozess des Speicherns, Analysierens, Gliederns, in Beziehung setzen, Organisierens und Umwandeln dargestellt. Geistige Verlangsamung ist demnach die reduzierte Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung (vgl. S. 154).

Konzentration

„Die **selektive Aufmerksamkeit** wird oft identisch mit dem Begriff der Konzentrationsfähigkeit verwendet“ (Schweizer und Müller, 2017, S. 9).

Konzentrationsfähigkeit bedingt, dass man sich auf relevante Informationen fokussiert und Störquellen oder für die jeweilige Situation irrelevante Informationen ausblendet. Nur so ist ein zielführendes Reagieren möglich (vgl. Rüsseler 2009, S. 133 & Schweizer und Müller, 2017, S. 9).

Geteilte Aufmerksamkeit

„Die geteilte Aufmerksamkeit beinhaltet die Fähigkeit, mehrere Reize gleichzeitig zu beachten oder mehrere Tätigkeiten parallel durchzuführen, z.B. Telefonieren und dabei Notizen machen, Autofahren und gleichzeitig sprechen“ (Schweizer & Müller, 2017, S. 9). Erschwerend kommt bei Patienten und Patientinnen mit erworbenen Hirnschädigungen dazu, dass sie für vorher automatisierte Prozesse wie z.B. Gehen zusätzliche Aufmerksamkeit benötigen (vgl. Prosiegel & Böttger, 2007, S. 88).

4 State of the art

Um die aktuelle Situation der Zusammenarbeit von Neuropsychologie und Logopädie darzustellen, wird auf ein Forschungsprojekt von Haid und Steiner (2016) Bezug genommen. Grundsätzlich geht es darum, die Realität der Umsetzung der International Classification of Functioning, Disability and Health der WHO, kurz ICF zu erheben.

Dazu wurden in drei Schritten 45 Leitende von Rehakliniken in Deutschland, Österreich und der Schweiz befragt, deren Aufgabengebiet die postakute Versorgung von Aphasiepatienten und Aphasiepatientinnen ist. Die Fragen fünf bis sieben des herausgegebenen Fragebogens interessieren im Rahmen dieser Bachelorarbeit besonders, weil es um die interprofessionelle Zusammenarbeit geht. Haid und Steiner (2016) beschreiben, dass die Institutionen interprofessionelle Meetings bereitstellen, also Zeitgefässe für Austausch Realität sind. Allgemeine Zielfindung für den Patienten und die Patientinnen sowie gemeinsame Dokumentation sind gelingende Faktoren in der Zusammenarbeit. Wenn aber nach konkreten Formen der Zusammenarbeit der Professionen gefragt wird, bleiben die Antworten vage (vgl. S. 39 – 44).

Anknüpfend an diese Studie konzentrieren sich Erni und Imboden (2018) in ihrer Bachelorarbeit auf die interprofessionelle Zusammenarbeit speziell zwischen Neuropsychologie und Logopädie im Kontext von Aphasie. Obwohl in der Literatur ihren Recherchen zu Folge ein grosses Einvernehmen darüber herrscht, dass Interprofessionalität gerade bei hirngeschädigten Menschen unabdingbar ist, und Konsens darüber besteht, dass man sich austauscht und ein gemeinsames übergeordnetes Ziel für das Individuum festlegt, wird über konkrete Zusammenarbeit nichts gesagt. Beim Einblick in die „Good practice“ einer Klinik über ein Experteninterview stellen sie fest, dass gemeinsamer Austausch über Rapporte, tägliche morgendliche Besprechung, Hauptzielsetzung für Patienten und Patientinnen sehr gut funktioniert und dafür auch Zeitfenster zur Verfügung stehen. Allerdings wird Zusammenarbeit ausserhalb des Austausches im Interview nicht weiter erfragt oder konkretisiert und es entsteht deshalb der Eindruck, Zusammenarbeit wird als reiner Austausch definiert. Damit deckt sich ihre Erkenntnis weitgehend mit der Studie von Haid und Steiner (2016). Erni und Imboden (2018) bemängeln, dass es weder in der Literatur noch in der Praxis ein konkretes Konzept für die Umsetzung von Interprofessionalität gibt. Zudem stellen sie fest, dass bei der ambulanten Therapie an der befragten Klinik interprofessioneller Austausch nur auf Wunsch einer behandelnden Disziplin stattfindet.

Wenn dieser Tatbestand nach Erni und Imboden (2018) schon im Rahmen einer Rehabilitationsklinik auftritt, wo sich die unterschiedlichen Professionen in einem Haus befinden, ist fraglich wie die Situation der interprofessionellen Zusammenarbeit aussieht, wenn Patienten und Patientinnen nach dem Rehabilitationsaufenthalt in einer ambulanten Praxis weiterbetreut werden.

5 Befragung

Nach dem Blitzlicht auf den Forschungsstand zur interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Neuropsychologie und Logopädie im stationären Setting wird nun, mit dem Ziel der Beleuchtung der Situation, ein Blick in den ambulanten Bereich aus Sicht der Logopädie geworfen.

Mit einer Befragung soll festgestellt werden, ob und wenn ja, wie die Zusammenarbeit zwischen Neuropsychologie und Logopädie aussieht, wenn die zwei Disziplinen nicht unter einem Dach vereint sind. Zudem soll herausgefunden werden, ob die Befragten bei unzureichender Zusammenarbeit eigenständig mit ihrer Klientel an den kognitiven Funktionen arbeiten. Zur Beantwortung ist die Befragung deshalb bewusst auf logopädische Praxen in der Deutschschweiz ausgelegt. Obwohl sich die Arbeit nicht auf Menschen mit Aphasie beschränkt, wird davon ausgegangen, dass Logopäden und Logopädinnen, die Menschen mit Aphasie betreuen, auf jeden Fall mit Erwachsenen mit erworbener Hirnschädigung arbeiten. Aus diesem Grund richtet sich die Befragung an alle von aphasie suisse gelisteten Therapierenden, die nicht in einer Klinik arbeiten. Ausserdem kann durch die Verwendung der Adressen von aphasie suisse (n.d.) ein hohes N erreicht werden.

5.1 Aufbau der Befragung

Um die gängige Vorgehensweise im ambulanten Bereich zu evaluieren und erste Antworten auf die Fragestellungen zu erhalten, wird in der Befragung folgendes erhoben:

- Anteil der Patienten und Patientinnen mit Hirnfunktionsstörungen wie Beeinträchtigung des Gedächtnisses, der Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit, der Konzentration und der geteilten Aufmerksamkeit
- Schweregrad der Beeinträchtigung der Hirnfunktionsleistungen
- Durchführung von Therapie der genannten Beeinträchtigungen
- Erfahrung interprofessioneller Zusammenarbeit mit der Neuropsychologie
- Wünsche und Visionen zur Zusammenarbeit

Für das Konkretisieren der Umfrage, werden die Ergebnisse aus der Studie von Hochstenbach et al. (2005) herangezogen und nach den in Kapitel drei genannten Hirnfunktionsstörungen gefragt.

Nach dem Erstellen der Fragen, wird die Umfrage an eine Pretest Gruppe mit N = 5 verschickt. Die Gruppe besteht aus Logopädinnen, die nicht in die Befragungsgruppe

fallen und Studierenden der Hochschule für Heilpädagogik in Zürich. Die Rückmeldungen der Pre-Testing Gruppe waren sehr hilfreich und die Umfrage konnte präzisiert werden. Nach der Überarbeitung wurde die definitive Fassung an 80 logopädische Praxen in der Deutschschweiz per Mail versandt und in einem Zeitraum von 20 Tagen zur Bearbeitung freigeschaltet.

5.2 Ergebnisse aus der Befragung

Während den 20 Tagen haben 31 Personen die Umfrage beantwortet. Zwei der Befragten betreuen keine Menschen mit Hirnfunktionsstörung und haben die Befragung deshalb nach Frage zwei beendet. Die Fragen drei bis zehn wurden somit von 29 Personen beantwortet, was rund 35% der von aphasie suisse gelisteten Therapeuten entspricht und somit durchaus einen Einblick in die aktuelle Praxis gewährt.

Der genaue Wortlaut der Fragen (S. I – III) und die Rohdaten (S. IV ff.) finden sich im Anhang.

Frage 1

In der ersten Frage wird nach der Lage der logopädischen Praxis gefragt, wobei zwischen einem ländlichen und einem städtischen Raum unterschieden wird. Die Begriffe werden nicht genauer spezifiziert, da die Einwohnerzahl im Zusammenhang mit der Fläche der Gemeinden sehr variabel ist. Die Beantwortung bleibt somit eine Eigeneinschätzung.

Es nehmen 18 Personen (58,1%) aus einem ländlichen und 13 Personen (41,9%) aus einem städtischen Raum teil.

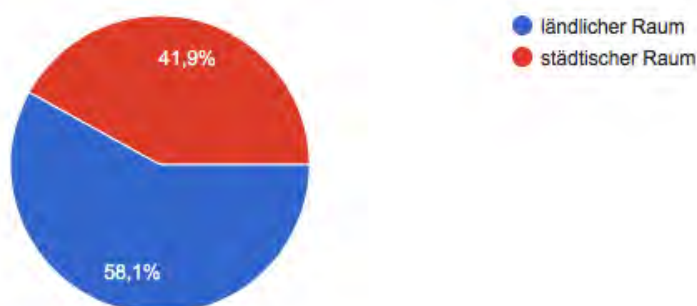


Abbildung 2: Diagramm zur Frage 1

Frage 2

Die zweite Frage verlangt eine Bestimmung des Anteils der Patienten und Patientinnen, die eine Hirnfunktionsstörung wie die Beeinträchtigung des Gedächtnisses, der Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit, der Konzentration und der geteilten Aufmerksamkeit haben. Ausser zwei geben alle Befragten an, Menschen mit einer Hirnfunktionsstörung zu betreuen. Bei fast der Hälfte der Befragten (48,4%) beträgt der Anteil an Patienten und Patientinnen mit Hirnfunktionsstörung 50% und mehr.

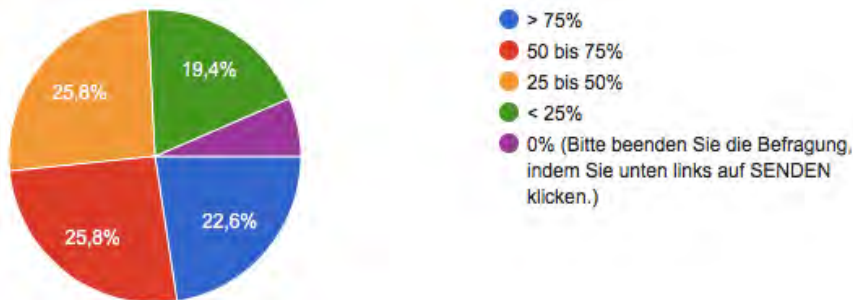


Abbildung 3: Diagramm zur Frage 2

Frage 3

Die dritte Frage eruiert, ob die befragte Person am Beginn ihrer Berufslaufbahn steht, schon etwas Erfahrung gesammelt hat oder bereits fünf oder mehr Jahre mit Menschen mit Hirnfunktionsstörung arbeitet und somit schon erfahrener ist. Das Ergebnis zeigt, dass fast alle Befragten fünf oder mehr Jahre Erfahrung in der Arbeit mit Menschen mit einer Hirnfunktionsstörung haben und sich nur eine befragte Person im Berufseinstieg befindet.

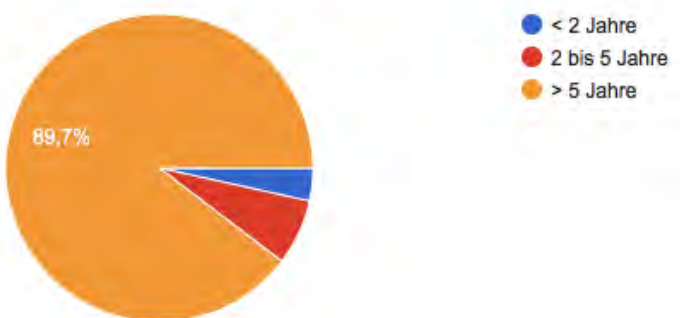


Abbildung 4: Diagramm zur Frage 3

Frage 4

Die vierte Frage erhebt den jeweiligen Schweregrad der Beeinträchtigung bezogen auf die einzelnen kognitiven Funktionen. Dafür schätzen die Befragten die durchschnittliche Beeinträchtigung ihrer Patienten und Patientinnen auf einer Skala von eins für *nicht beeinträchtigt* bis fünf für *sehr schwer beeinträchtigt* ein. Rechnet man die Mittelwerte aus, wird die geteilte Aufmerksamkeit ($M=3,7$) als am schwersten beeinträchtigt eingestuft, gefolgt von der Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit ($M=3,4$), der Konzentration ($M=3,1$) und dem Gedächtnis ($M=2,9$).

Beeinträchtigung Gedächtnis

29 Antworten

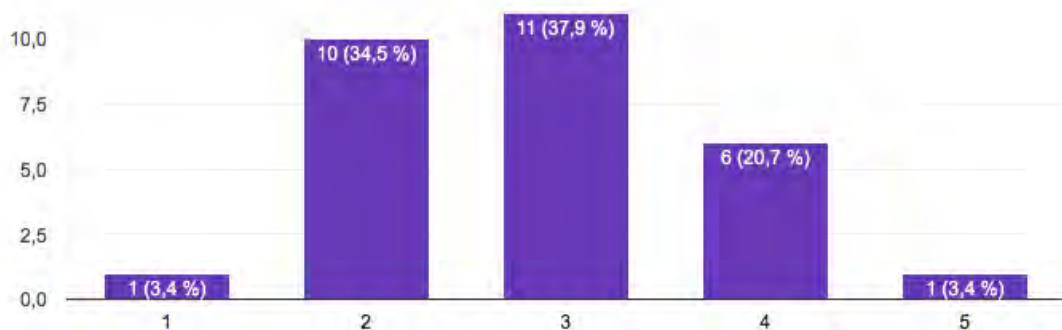


Abbildung 5: Diagramm zur Frage 4, Gedächtnis

Beeinträchtigung Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit

29 Antworten

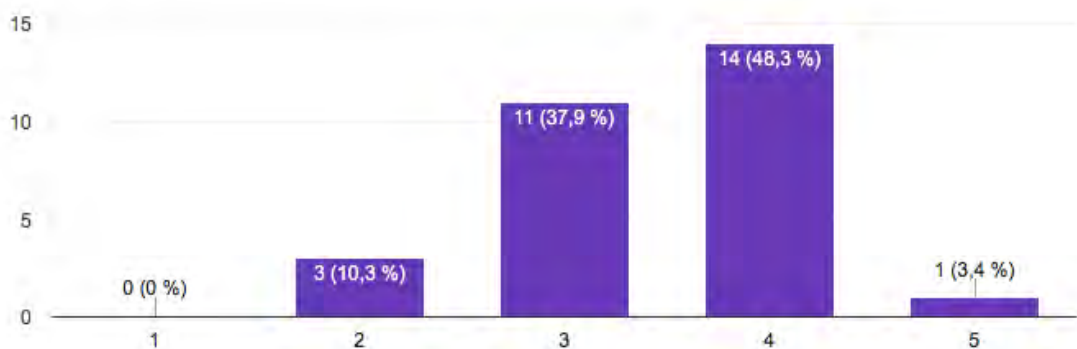


Abbildung 6: Diagramm zur Frage 4, Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit

Beeinträchtigung Konzentration

29 Antworten

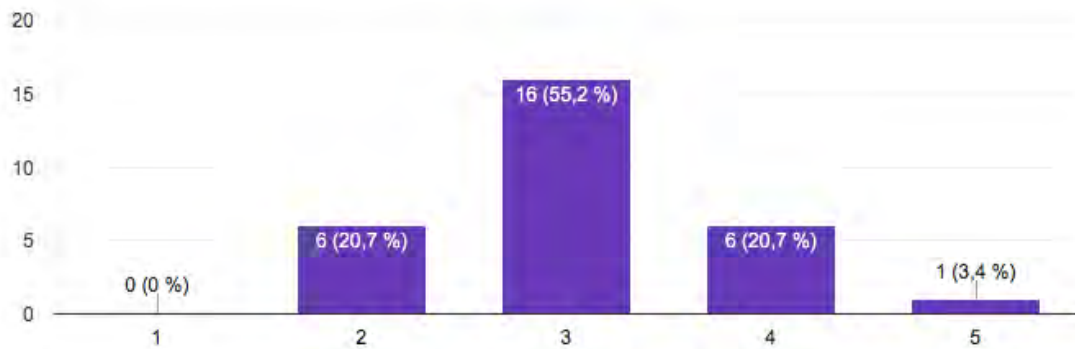


Abbildung 7: Diagramm zur Frage 4, Konzentration

Beeinträchtigung geteilte Aufmerksamkeit

29 Antworten

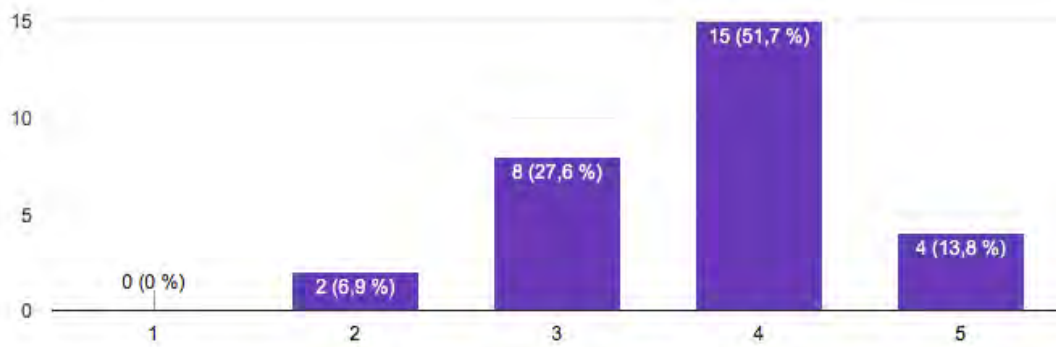


Abbildung 8: Diagramm zur Frage 4, geteilte Aufmerksamkeit

Frage 5

Mit der fünften Frage wird eruiert, ob die Logopädinnen und Logopäden es als ihre Aufgabe sehen, die kognitiven Funktionen Gedächtnis, Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit, Konzentration und geteilte Aufmerksamkeit explizit zu therapieren. Bejaht haben dies mit 55,2% etwas mehr als die Hälfte.

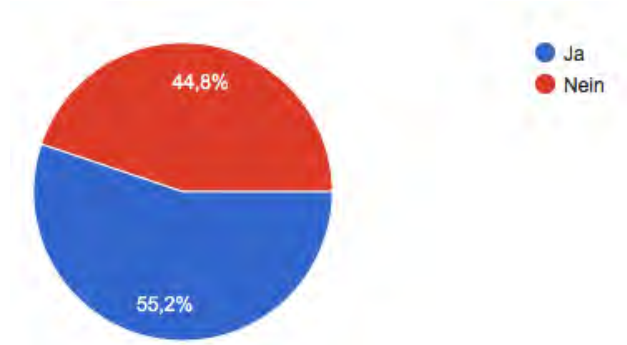


Abbildung 9: Diagramm zur Frage 5

Zusammenfassung der 15 qualitativen Kommentare:

- falls möglich soll die Neuropsychologie agieren, sonst kann die Logopädie unterstützen (direkt oder indirekt)
- kommt darauf an, auf welchen Bereich und welche Funktionen die Beeinträchtigung eine Auswirkung hat → entsprechende Disziplin soll handeln (Neuropsychologie, Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie)
- Sprache/Kommunikation oder Schlucken soll im Vordergrund der Logopädietherapie stehen
- kognitive Funktionen sind Voraussetzung für Sprache und Kommunikation
- Therapie v.a. an geteilter Aufmerksamkeit, da wichtig für den Sprachgebrauch
- mindestens einer der Bereiche wird bei sprachlichen Aufgaben immer automatisch mittherapiert
- keine explizite Therapie der Bereiche, jedoch Sensibilisierung zur Neudefinition der Möglichkeiten

Frage 6

Hier wird gefragt, ob in der Therapie jeweils an mindestens einem der vier Bereiche Gedächtnis, Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit, Konzentration und geteilte Aufmerksamkeit gearbeitet wird. Es gilt eine Einschätzung von eins für *nie* bis fünf für *immer* zu machen. Dabei zeigt sich, dass alle Befragten an den vier Bereichen arbei-

ten. Rund drei Fünftel aller Befragten gaben an, dass sie fast immer (Angabe 4) bis immer (Angabe 5) an den genannten Bereichen arbeiten. Im Durchschnitt wird ein Wert von $M = 3,7$ angegeben. Der dazugehörige qualitative Kommentar fragt nach Herausforderungen bei der Arbeit an den kognitiven Funktionen.

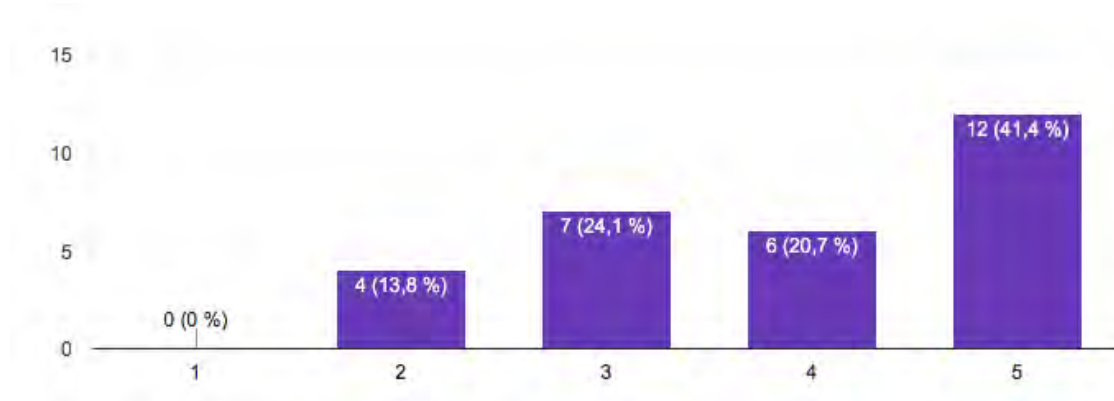


Abbildung 10: Diagramm zur Frage 6

Zusammenfassung der acht qualitativen Kommentare:

- sich überhaupt an den Bereich zu wagen
- Ermüdung und Belastbarkeit der Patienten
- Gedächtnisleistung der Patienten
- Prioritäten setzen
- fehlende Ideen und Therapiematerialien
- Motivation für Eigenarbeit

Frage 7

Die siebte Frage möchte herausfinden, welche Materialien zur Therapie von Gedächtnis, Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit, Konzentration und geteilte Aufmerksamkeit verwendet werden. Dazu werden Beispiele zur Auswahl gegeben und es besteht die Möglichkeit, eigene Materialien aufzulisten. Am häufigsten werden Arbeitsblätter gefolgt von Apps und Karten- und Brettspielen zum Einsatz gebracht. Über die Hälfte der Befragten arbeitet mit ihren Klienten und Klientinnen auch am Computer. Des Weiteren gab es acht Einzelnennungen, die in der folgenden Grafik ersichtlich sind.

Es bleibt zu fragen, ob das genannte Material explizit auf die kognitiven Funktionen ausgerichtet ist oder ob es sich um allgemeines logopädisches Therapiematerial handelt, mit dem implizit an den kognitiven Funktionen gearbeitet wird.

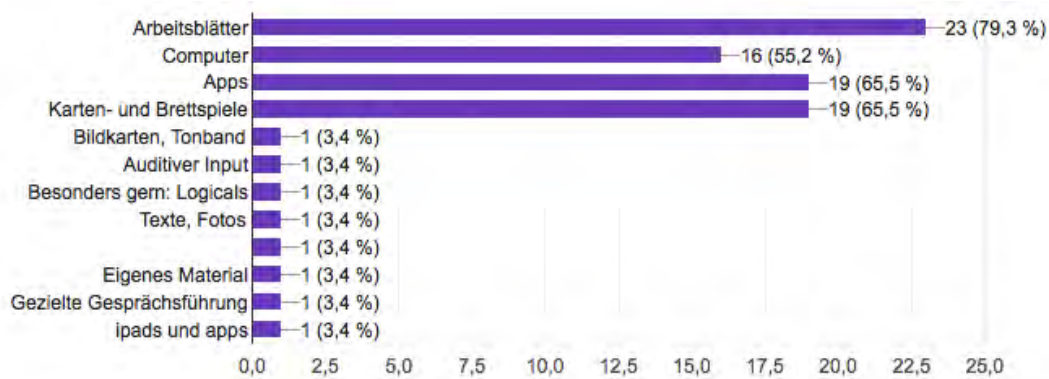


Abbildung 11: Diagramm zur Frage 7

Frage 8

Hier wird ermittelt, ob die zu Behandelnden mit Hirnfunktionsstörung zusätzlich neuropsychologisch betreut werden. Aus den Antwortmöglichkeiten konnten mehrere ausgewählt werden. Herausgekommen ist, dass mehr als die Hälfte (57,1%) keine zusätzliche neuropsychologische Therapie erhält. Es wird ebenfalls Platz gegeben für qualitative Kommentare.

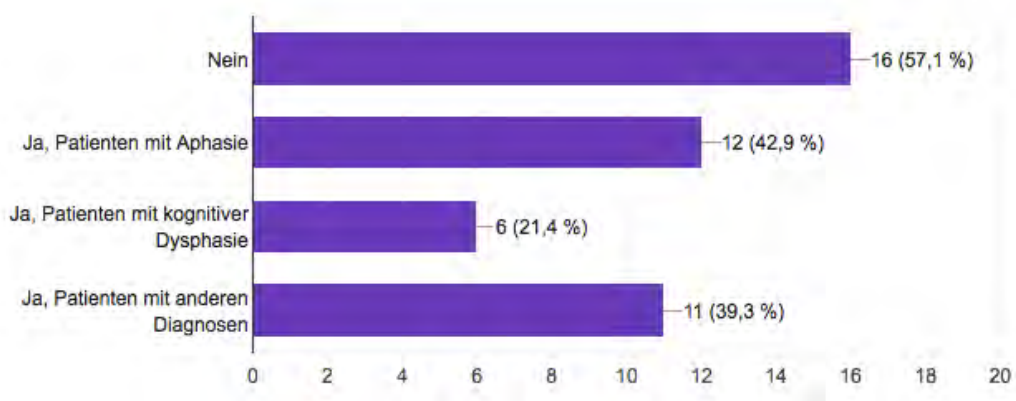


Abbildung 12: Diagramm zur Frage 8

Zusammenfassung der elf qualitativen Kommentare:

- neuropsychologische Abklärung, aber keine Therapie
- keine neuropsychologische Abklärung
- Therapie kognitiver Funktionen durch die Ergotherapie

- abhängig vom Ort der vorangegangenen Hospitalisierung
- Patient möchte nicht
- keine Möglichkeit
- Versicherungslage unterstützt Therapie nicht

Frage 9

Mit der neunten Frage wird eruiert, wie intensiv sich die Befragten mit der Neuropsychologie über ihre Klientel austauschen. Die Skala reicht dabei von eins für *überhaupt* nicht bis fünf für *sehr intensiv*. Als Ergebnis kam heraus, dass fast 20% aller Befragten keinen Austausch mit der Neuropsychologie pflegen. Gibt es einen Austausch, scheint er eher sporadisch stattzufinden. Keiner der Befragten schätzt seinen Austausch als sehr intensiv ein. Gefragt wird zusätzlich nach der Art und Weise wie dieser Austausch stattfindet.

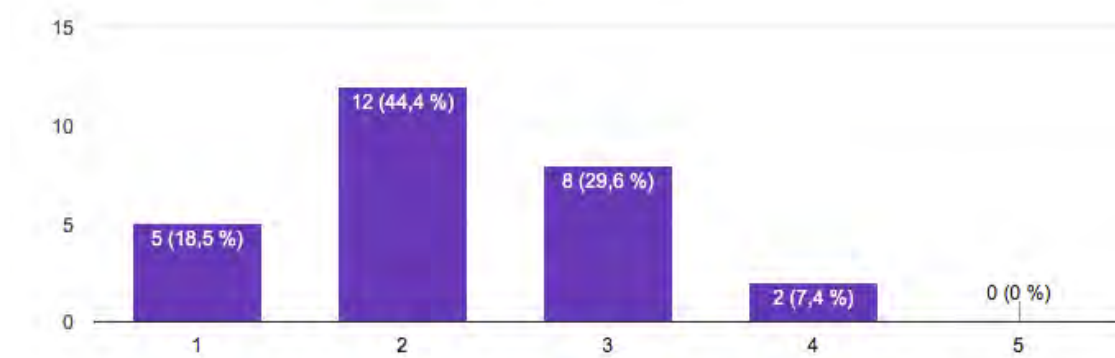


Abbildung 13: Diagramm zur Frage 9

Zusammenfassung der 20 qualitativen Kommentare:

- telefonisch mit Initiative der Logopädie
- telefonisch
- Erhalt von Berichten
- Rücksprachen mit überweisender Institution
- interdisziplinäre Treffen, Rapport, runder Tisch, Netzwerk-Kolloquium
- bei Therapie durch Ergotherapeuten guter Austausch
- Mail
- Austausch mit privat bekannten Neuropsychologen

Frage 10

Mit der abschliessenden zehnten Frage wird nach Visionen und Wünschen im Hinblick auf die Zusammenarbeit von Neuropsychologie und Logopädie gefragt. Dabei wurden 25 qualitative Kommentare verfasst.

Zusammenfassung der qualitativen Kommentare:

- engere Zusammenarbeit (Absprache über Therapie)
- mehr Therapiemöglichkeiten durch NeuropsychologInnen (Neuropsychologie-Stellen, freischaffende NeuropsychologInnen)
- mehr therapeutische Ausrichtung bei den NeuropsychologInnen
- Wissen bei LogopädInnen um neurologische Leistungen, deren Wichtigkeit, deren Training (Weiterbildungsangebot, Teil der Ausbildung)
- mehr Bereitschaft der NeuropsychologInnen, auf LogopädInnen zuzugehen (direkter Versand der Berichte, Initiative zum Austausch durch Neuropsychologie, Wissen über die Arbeit der Logopädie)
- intensivere Zusammenarbeit (Gemeinschaftspraxis, gemeinsame Weiterbildungen)
- Finanzierung (Leistung der obligatorischen Krankenversicherung)
- mehr bezahlte Zeit für Austausch

5.3 Interpretation und Fazit aus der Befragung

Nach der Darstellung der Ergebnisse werden sie in diesem Abschnitt in Beziehung gesetzt und interpretiert. Mit den Fragen zum Anteil an Patienten und Patientinnen mit erworbener Hirnschädigung und Arbeitserfahrung der Therapierenden (Frage 2 und 3) wird die Aussagekraft dieser Umfrage gestützt. Folgende Fragestellungen und Annahmen werden mit der Umfrage zu beantworten versucht.

a. *Besteht in städtischem Gebiet eher die Möglichkeit neuropsychologische Therapie zu erhalten?*

Von den 17 der Befragten, die im ländlichen Gebiet arbeiten, geben 12 an, dass ihre Klientel keine zusätzliche neuropsychologische Therapie erhält. Das entspricht einem Anteil von 70,6%. Dem entgegen geben von den Therapierenden aus städtischem Gebiet nur 4 von 12 an, dass deren Klientel keine neuropsychologische Betreuung erhält. Dies entspricht mit 33,3% nur etwa der Hälfte der Klientel aus ländlichem Gebiet, die keine neuropsychologische Therapie erhält (Frage 1 und 8).

Entsprechend der Erwartung lässt dies vermuten, dass das Angebot für neuropsychologische Therapie regional unterschiedlich ist.

- b. *Bestätigen sich die in der Studie von Hochstenbach et al. (2005) am häufigsten genannten kognitiven Beeinträchtigungen auch in der Praxis der Befragten?*

Es bestätigt sich insofern, dass alle Komponenten als beeinträchtigt eingeschätzt werden. Die Einschätzung der Therapierenden über die Intensität der Einschränkungen der einzelnen Bereiche unterscheidet sich allerdings von der Einschätzung der Befragten aus der Studie von Hochstenbach et al. (2005) wie folgt:

Tabelle 3: Vergleich der Intensität der Einschränkung kognitiver Funktionen

	Einschätzung Betroffene	Einschätzung Therapierende
1.	Gedächtnis	Geteilte Aufmerksamkeit
2.	Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit	Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit
3.	Konzentration	Konzentration
4.	Geteilte Aufmerksamkeit	Gedächtnis

- c. *Die Mehrheit der Befragten denkt, dass die Logopädie kognitive Funktionen explizit therapieren soll.*

Diese Annahme bestätigt sich durch die Zahlen (16 Zustimmende vs. 13 Ablehnende) weniger deutlich als erwartet (Frage 5).

- d. *Da das Angebot an neuropsychologischer Therapie im ländlichen Gebiet rarer ist (siehe a.), sieht das dort tätige logopädische Fachpersonal es vermehrt als Teil ihrer Aufgabe, die kognitiven Funktionen ebenfalls zu therapieren.*

58,8% (10 von 17) aller Befragten aus ländlichem Gebiet und 50,0% (6 von 12) der Befragten aus städtischem Gebiet sind der Meinung, dass es explizit ihre Aufgabe ist, die kognitiven Fähigkeiten ebenfalls zu therapieren. Es zeigt sich also nicht einmal ein Unterschied von 10%, womit kein eindeutiger Unterschied festgestellt wird (Frage 1 und 5). Die Annahme wird damit nicht bestätigt.

- e. *Die Befragten mit der Meinung, dass kognitive Funktionen von der Logopädie therapiert werden müssen, integrieren dies bereits vermehrt in ihre Arbeit.*

Auf einer Skala von eins für *nie* und fünf für *immer* geben die Befragten, die der Meinung sind, es ist ihre Aufgabe die kognitiven Fähigkeiten zu therapieren, einen durchschnittlichen Wert von $M = 4,1$ an. Das bedeutet, dass die kognitiven Fähigkeiten von dieser Gruppe fast immer therapiert werden. Interessanterweise ergeben die Antworten der Gruppe, die es nicht explizit als ihre Aufgabe ansieht,

die kognitiven Fähigkeiten zu therapieren, dass diese die genannten Fähigkeiten trotzdem mit einem durchschnittlichen Wert von $M = 3,7$ trainieren (Frage 5 und 6). Daraus lässt sich folgern, dass unabhängig von der Meinung, ob die Therapie kognitiver Funktionen Teil der Logopädie sein soll, diese integriert wird.

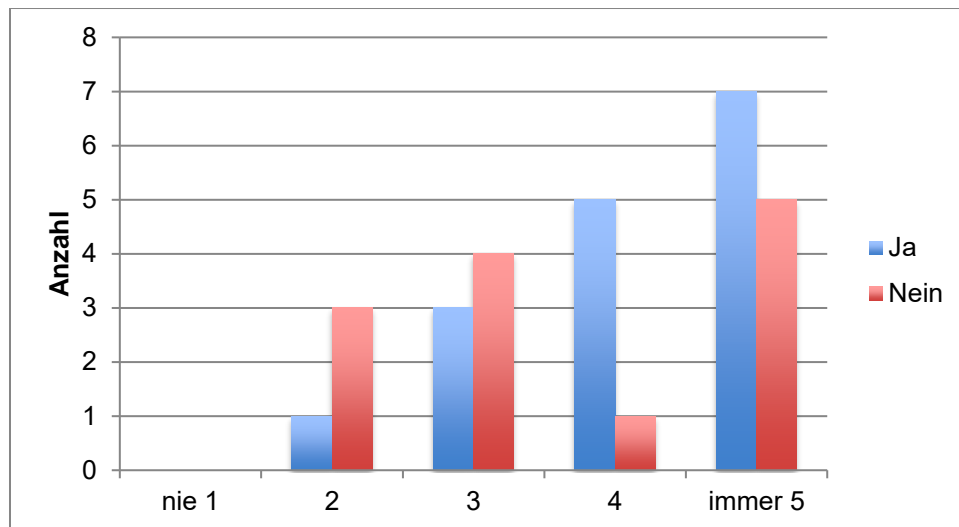


Abbildung 14: Vergleich der Häufigkeit der Integration Therapie kognitiver Funktionen bei Therapeuten, die es explizit als ihre Aufgabe sehen (Ja) oder nicht (Nein)

- f. *Erhalten Patienten und Patientinnen von Befragten, die die Therapie kognitiver Funktionen als Aufgabe der Logopädie sehen, keine zusätzliche neuropsychologische Therapie?*

Diese Frage stellt sich unter der Annahme, dass sich bei fehlender neuropsychologischer Therapie die Logopädie verantwortlich für die Übernahme der Therapie fühlt. Bedingt durch die Wahlmöglichkeit mehrerer Antworten (störungsbildspezifisch) in Frage 8, die auch von vielen Befragten genutzt wurde (Ja und Nein), kann keine eindeutige Zuordnung zur Antwort der Frage 5 vollzogen werden und somit keine Aussage getroffen werden (Frage 5 und 8).

- g. *Zur Therapie von kognitiven Funktionen werden hauptsächlich Arbeitsblätter verwendet.*

Die Annahme, dass hauptsächlich Arbeitsblätter verwendet werden, beruht darauf, dass diese mit geringem Aufwand individualisiert und eingesetzt werden können. Das Ergebnis von 79,3% für den Einsatz von Arbeitsblättern bestätigt diese Annahme. Erfreulich ist, dass an zweiter und dritter Stelle neben Karten- und Brettspielen Computer (55,2%) und Apps (65,5%) verwendet werden. Erfreulich deshalb, da der Verwendung neuer Medien Rechnung getragen wird.

Die qualitativen Kommentare ergeben leider nicht die erhoffte Konkretisierung zu den verwendeten Materialien (Frage 7).

- h. Da sich die interprofessionelle Zusammenarbeit im stationären Bereich bereits auf einen Austausch beschränkt, wird dieser im ambulanten Bereich eine noch grössere Herausforderung sein.*

Gemäss dieser Annahme ist die Erwartung zur Intensität des Austausches im ambulanten Bereich gering. Dies bestätigt sich insofern, dass 18,5% der Befragten keinen Austausch mit der Neuropsychologie pflegen. Nimmt man das Mittel aller Befragten, ergibt sich ein Wert von $M = 2,1$ wobei eins für *keinen* und fünf für einen *sehr intensiven* Austausch steht. Dieser Wert darf als minimalster Austausch gewertet werden, was die Annahme bestätigt (Frage 9).

- i. Die Visionen und Wünsche für die interprofessionelle Zusammenarbeit gehen über einen Austausch hinaus.*

Aus den qualitativen Kommentaren ist zu entnehmen, dass eine interdisziplinäre Zusammenarbeit grundsätzlich erwünscht ist. Neben dem Wunsch nach regelmässigem Austausch mit Initiative beider Seiten, besteht der Wunsch nach mehr Therapiemöglichkeiten durch die Neuropsychologie und einer intensiveren Zusammenarbeit. Konkret vorgeschlagen wird zum Beispiel eine Gemeinschaftspraxis oder interdisziplinäre Weiterbildung. Als Hemmnisse zur Umsetzung stehen die Ressourcen Zeit und Geld im Raum (Frage 10).

Nach der Interpretation der Ergebnisse lässt sich zusammenfassend sagen, dass beeinträchtigte kognitive Funktionen in der Logopädie durchaus ein Thema sind. Alle abgefragten Bereiche werden von den Therapierenden als beeinträchtigt eingeschätzt und zumindest implizit therapiert. Explizit an den genannten kognitiven Funktionen zu arbeiten, wird jedoch nicht klar als eine Aufgabe der Logopädie verstanden. Offen bleibt, wie diese Arbeit in der Praxis aussieht. Aus der Befragung wird deutlich, dass der Austausch der zwei Disziplinen wenig intensiv stattfindet, vermehrt Therapie durch die Neuropsychologie gewünscht wird und die Vision zur Zusammenarbeit durchaus vorhanden ist. Solange sich die Situation um die Zusammenarbeit nicht optimiert, soll die Logopädie mehr Verantwortung für die Therapie sprachrelevanter kognitiver Funktionen übernehmen. Obwohl dies nach den Resultaten der Befragung nicht der Meinung aller Befragten entspricht, geben trotzdem alle an, dass sie mindestens implizit an den kognitiven Funktionen arbeiten. Um diese Diskrepanz zu

überbrücken, soll im Folgenden mit der Analyse von spezifischem Therapiematerial für kognitives Training und einem Vergleich zu herkömmlichen Aphasiematerial aufgezeigt werden, dass Logopädie zu Recht Therapie an kognitiven Funktionen zu ihrem Aufgabenbereich zählen darf.

6 Kognitives Training in der Logopädie

„Ziel des Neurotrainings ist es, eine Wiederherstellung gestörter Hirnfunktionen zu erreichen, d. h. den Patienten in die Lage zu versetzen, möglichst viele seiner früheren Aktivitäten wieder ausführen zu können“ (Schweizer und Müller, 2017, S. 3).

Wie die Umfrage zeigt, wird in der Praxis schon oft an den kognitiven Funktionen gearbeitet, es gibt aber kaum Material, das spezifisch für die Logopädie ausgerichtet ist. Dies wird in Frage sechs der Befragung als Herausforderung beschrieben. Der Mangel an Material zwingt Therapierende zur selbstständigen Erarbeitung aus der eigenen beruflichen **Erfahrung**. Im Hinblick auf die Evidence Based Practice stellt sich jedoch die Frage nach der **externen Evidenz**.



Abbildung 15: Evidence Based Practice

Um externe Evidenz überhaupt zu ermöglichen, braucht es festgehaltene und überprüfbare Kriterien. Schweizer und Müller (2017) haben beispielsweise „Grundprinzipien des Neurotrainings“ wie die Vielseitigkeit, die Förderung der gut erhaltenen Funktionen, der Aufbau der gestörten Funktionen, klare Aufgabenstellungen, der Übertragung des Gelernten auf andere Situationen, die Vermittlung von Erfolgserleb-

nissen bzw. die Vermeidung von Frustration und die Selbstkontrolle festgehalten. Als Voraussetzung braucht es eine Krankheitseinsicht seitens der Klientel, ein Vertrauensverhältnis und ein partnerschaftliches Aushandeln der Inhalte und Ziele (vgl. S.10-14). Dies passt auch zur Evidence Based Practice, die als dritte Säule die **Sicht der Betroffenen** einschliesst. Unablässig für ein kognitives Training in der Logopädie ist ebenfalls eine Diagnostik durch die Neuropsychologie und die gemeinsame Besprechung der Resultate und der Ableitung der daraus folgenden Therapie.

Im Folgenden wird ein Versuch skizziert, Kriterien für ein kognitives Training in der Logopädie aufzustellen, die es zu erfüllen gilt, um die Arbeit zu professionalisieren. Exemplarisch wird ein Verfahren darauf untersucht.

6.1 Kriterien für ein Therapiematerial

Damit ein Therapiematerial für kognitives Training im Sinne der Evidence Based Practice genutzt werden kann, muss es gewissen Kriterien standhalten, um alle drei Bereiche (externe Evidenz, Erfahrung und Wissen der Praktizierenden und Präferenzen der Betroffenen) in ein Gleichgewicht zu bringen. Zu diesen Kriterien gehören verschiedene Kategorien. Basierend auf den Lerninhalten des Studiengangs Logopädie der Hochschule für Heilpädagogik Zürich werden sie hier als Grundlagen, Organisation, Individualisierung und Benutzerfreundlichkeit aufgeführt.

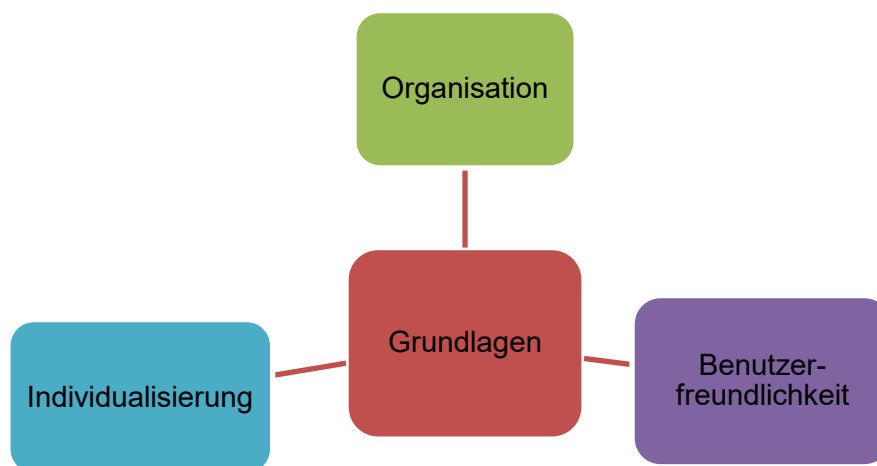


Abbildung 16: Kriterien für Therapiematerial (eigener Entwurf Ficht & Kaufmann, 2018)

Grundlagen

Theorie, Konzept

Zielgruppe definiert

Evidenz

Zu den Grundlagen eines Therapiematerials gehört eine zu Grunde liegende Theorie, auf welcher ein Konzept aufgebaut wird. Diese theoretische Basis braucht es, um ein gemeinsames Verständnis zu schaffen. Es kann auf einer Vorstellung von Abläufen, auf einem Verarbeitungsmodell beruhen. Festhalten soll dieses Konzept auch, welche kognitiven Funktionen therapiert werden können. Des Weiteren soll eine Zielgruppe festgehalten sein, auf welche das Material ausgerichtet ist. Dabei soll definiert sein, welche Störungen vorliegen können und welches Ziel verfolgt wird. Zu den Grundlagen gehört im besten Fall eine externe Evidenz, die durch eine Studie oder Untersuchung stattgegeben ist.

Organisation

Therapiesetting

- *Einzeltherapie*
- *Gruppentherapie*
- *Eigenarbeit*

Häufigkeit, Dauer

Verlaufskontrolle möglich

Um das Therapiematerial erfolgreich zu nutzen, brauchen die Therapierenden Informationen über das mögliche bzw. erprobte Setting und über das angedachte Intervall und die Intensität. Um eine Stagnation bzw. Fortschritte festzustellen, wäre eine integrierte Verlaufskontrolle hilfreich.

Individualisierbarkeit

Leistungsniveau

- *kognitive Fähigkeiten*
- *sprachliche Modalität (Wort, Satz, Text)*

Alltagsrelevanz, Transfer

Interesse

Menschen und deren Beeinträchtigungen sind unterschiedlich, so kann eine Therapie auch nicht immer nach einem bestimmten Schema ablaufen. Um Erfolge zu erzielen muss das Material auf das entsprechende Leistungsniveau anpassbar sein, dies integriert im Fall der Logopädie die kognitive Fähigkeit sowie die sprachlichen Modalitäten. Über die Einteilung in die sprachlichen Modalitäten Wort, Satz und Text hinaus, würde der Aufbau nach rezeptiven, produktiven und transformativen Leistungen die Individualisierbarkeit noch präzisieren. So können Erfolgserlebnisse erzielt und Frustration vermieden werden. Um Motivation zu schaffen, soll ein Material auch auf Interessen und die jeweilige Alltagsrealität des zu Behandelnden angepasst werden können.

Benutzerfreundlichkeit

Vorbereitung

- *Zeit*
- *Material*

Durchführung

- *Zeit*
- *Material*

Kosten

Ein weiteres Kriterium ist die Benutzerfreundlichkeit eines Therapiematerials. In diesem Bereich spielen die Faktoren Zeit und Geld eine grosse Rolle. Oft fehlt in der Praxis die Zeit für intensives Vorbereiten, Material muss verständlich gestaltet und schnell umsetzbar sein. Die Anschaffungskosten sollen im Verhältnis zum Nutzen des Materials stehen.

6.2 Therapiematerial für kognitives Training

Als kognitives Training wird hier die Stengel-Methode nach in Kapitel 6.1 aufgestellten Kriterien analysiert. Es wird exemplarisch untersucht, da es von den Autoren unter anderem für den Einsatz in der Logopädie empfohlen wird. Ausserdem entspricht das Format der Arbeitsblätter der bevorzugten Arbeitsweise der Befragten wie in Frage 7 des Kapitels 5.1 ersichtlich. Ebenfalls wird explizit aufgeführt, dass die Methode auf das Training von Hirnleistungen ausgelegt ist. Dazu zählen Ladner-Merz und Stengel (2016b) Konzentration, Wahrnehmung, Informationsverarbeitung, Denken, Gedächtnis und Sprache (vgl. S.10). Vergleicht man das mit den in dieser Arbeit

fokussierten Fähigkeiten ergibt sich eine Überschneidung in den Bereichen Konzentration und Gedächtnis, die Bereiche geteilte Aufmerksamkeit und Verarbeitungsgeschwindigkeit werden nicht explizit aufgeführt.

Das kognitive Training nach Stengel basiert auf den pädagogischen Leitgedanken des Trainingserfolges, der Motivation und der Förderung sozialer Kontakte. Für das Erreichen dieser Komponenten werden im Trainerhandbuch Methoden dargestellt. Das Training umfasst acht Spielrunden mit jeweils sechs bis acht Übungen. Jede Übung wird einer Spielart zugeordnet, welche im Anhang des Trainerhandbuches erklärt werden. Es gibt 36 verschiedene Spielarten, die teils eine konkrete Lösung fordern und teils zu einer partnerschaftlichen Lösungssuche animieren. Geläufige Beispiele sind unter anderem Anagramme, Gegensätze, Homonyme, Logical, Sprichwörter und Zuordnungsaufgaben. Fast alle Spielarten basieren stark auf dem Sprachgebrauch. Auf den jeweiligen Kopiervorlagen zu den Übungen werden die zu trainierenden Hirnleistungen mit Abkürzungen angegeben. Durchführungsanweisungen, Lösungen und Kommentare zum Transfer in den Alltag finden sich ebenfalls im Trainerhandbuch. Die Spielrunden mit den Übungen können der Reihe nach durchgeführt werden, wobei der Schwierigkeitsgrad nicht aufbauend ist. Eine andere Möglichkeit ist das gezielte Auswählen der Übungen nach Schwierigkeitsgrad, Übungsform und thematischem Inhalt durch die Therapierenden (vgl. Ladner-Merz und Stengel, 2016a & 2016b).

In Tabelle 4 wird die Stengel-Methode auf die in Kapitel 6.1 festgelegten Kriterien analysiert.

Tabelle 4: Betrachtung der Stengel-Methode anhand der definierten Kriterien

<p>Grundlagen <i>Theorie, Konzept</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Im Therapiematerial selbst ist keine zugrunde liegende Theorie genannt. - Auf der Webseite des memo-verlag findet sich ein eigenes Konzept „Die fünf Säulen eines Kognitiven Trainings“ nach der Stengel-Methode. „Die „Fünf Säulen des Kognitiven Trainings“ bestehen aus 1. Kognitives Training von Dr. med. Franziska Stengel,
--	--

	<p>2. in diese Trainingsform eingebettete kognitive Strategien und Mnemotechniken,</p> <p>3. gezielt eingesetzten äußeren Gedächtnishilfen,</p> <p>4. Verhaltenstraining des Patienten und</p> <p>5. der Angehörigenberatung und –anleitung“ (Ladner-Merz, n.d., a).</p> <p>- Das Kognitive Training nach Stengel ist sozial-kommunikativ und gesundheitsorientiert.</p>
<p><i>Zielgruppe definiert</i></p>	<p>- Zur Therapie von Hirnleistungsstörungen und zur neuropsychologischen Rehabilitation in der sensorisch-perzeptiven, psychisch-funktionellen Behandlung und der kognitiv-orientierten Sprachtherapie. Ebenfalls kann es in der Therapie körperlicher Erkrankungen und in der ganzheitlichen, aktivierenden Pflege eingesetzt werden.</p> <p>- Kann bei Menschen aller Altersgruppen eingesetzt werden.</p>
<p><i>Evidenz</i></p>	<p>Über die Stengel-Methode gibt es drei veröffentlichte Studien. Untersucht wurden Gruppen mit einer Suchterkrankung, mit einer Erkrankung des Bewegungsapparates und Betroffene nach Schlaganfall ohne Aphasie. Alle Studien wurden vom memo verlag initiiert und veröffentlicht. In der Studie zur Langzeitrehabilitation nach Schlaganfall ist herausgekommen, dass zusätzliches kognitives Training nach der Stengel-Methode einen positiven Einfluss auf die allgemeine Befindlichkeit und den Gesundheitszustand hat. Des Weiteren entstanden keine neuen kognitiven Defizite. Das kognitive Leistungstempo, exekutive Funktionen und Wortflüssigkeit wurden verbessert, wobei Ersteres auch ohne zusätzliches Training verbessert wurde (vgl. Ladner-Merz, S., Löw, N., Wendt, T., Heydekorn, A. & Lange, U., 2012).</p>

<p>Organisation</p> <p><i>Therapiesetting</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Einzeltherapie ➤ Gruppentherapie ➤ Eigenarbeit 	<p>Das Training ist hauptsächlich für die Gruppentherapie konzipiert (sozial-kommunikatives Training), wird aber auch für die Einzeltherapie und Eigenarbeit empfohlen. Angedacht sind in der Eigenarbeit selbstständig organisierte Gruppentreffen und vor- bzw. nachbereitende Aufgaben.</p> <p>Für ein Training als Eigenarbeit wird auf weitere Bücher hingewiesen.</p>
<p><i>Häufigkeit, Dauer</i></p>	<p>keine Angaben</p>
<p><i>Verlaufskontrolle möglich</i></p>	<p>Verlaufskontrollen sind nicht vorgesehen, jedoch wird eine neurologische und neuropsychologische Diagnostik gefordert. Diese könnte auch als Verlaufsdagnostik eingesetzt werden.</p>

<p>Individualisierbarkeit</p> <p><i>Leistungsniveau</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>kognitive Fähigkeiten</i> ➤ <i>sprachliche Modalität (Wort, Satz, Text)</i> 	<p>drei Kategorien: leicht, mittel, schwer</p> <p>Die Kategorien werden bei der jeweiligen Übung ausgewiesen und im Anhang des Trainerhandbuches findet sich eine Auflistung nach Schwierigkeitsgrad.</p> <p>Es finden sich keine ausgewiesenen sprachlichen Niveaus, solche könnten aber eingeteilt werden, wobei das sprachliche Niveau eher hoch ist. Die Auswahl des Wortschatzes beinhaltet komplexe Wörter und viele Übungen sind auf Textniveau.</p>
<p><i>Alltagsrelevanz, Transfer</i></p>	<p>Für einige Übungen gibt es im Trainerhandbuch einen Text zum Transfer in den Alltag. Zum Teil wird erklärt was trainiert wird und zum Teil gibt es erweiterte Aufgaben für das Training im Alltag.</p>
<p><i>Interesse</i></p>	<p>Im Anhang des Trainerhandbuches gibt es eine Auflistung nach Übungsgegenstand, dies erleichtert die thematisch orientierte Auswahl der Übungen.</p>

<p>Benutzerfreundlichkeit</p> <p><i>Vorbereitung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Zeit</i> ➤ <i>Material</i> 	<p>Bei vorgesehener Nutzung ist der Aufwand hoch, da nach Stengel eine Ausbildung absolviert werden muss, um die Methode anzuwenden.</p> <p>Die konkrete Vorbereitung ist eher kurz, da im Trainerhandbuch klare Anweisungen zur Durchführung und Lösungen vorgegeben sind.</p> <p>Alle benötigten Arbeitsblätter sind als Kopiervorlage vorhanden. Für Wahrnehmungsübungen muss Material zusammengestellt werden.</p>
<p><i>Durchführung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Zeit</i> ➤ <i>Material</i> 	<p>Da die Übungen im Gruppengespräch bearbeitet werden, braucht es für die Durchführung genügend Zeit. In der Einzelarbeit können Teilaufgaben auch als kürzere Einheit bearbeitet werden.</p> <p>Je nach Aufgabe braucht es Arbeitsblatt und Stift, Material für Wahrnehmungsübungen oder kein Material.</p>
<p><i>Kosten</i></p>	<p>Trainerhandbuch: 39.90 Euro</p> <p>Kopiervorlagen: 59.95 Euro</p> <p>Neben dem Material wird die Ausbildung „Fachtherapeut / Fachtherapeutin für kognitive Sprachtherapie KOS und Kognitives Training – mit Zertifikat“ nahegelegt.</p> <p>3 Module à 4 Tage zu je 695 Euro plus Material (Ladner-Merz, n.d., b)</p>

Nach der Analyse lässt sich zusammenfassend sagen, dass sich das Kognitive Training nach Stengel gut in die logopädische Therapie eingliedern lässt, da viele Übungen auf Sprache basieren und es sehr anwenderfreundlich ist. Das sprachliche Level der Übungen ist dabei eher hoch. Positiv ist, dass das Training auf Gruppen ausgelegt ist, da es wenig Materialien für Gruppentherapie gibt. Die Organisation einer solchen Gruppe wird in der ambulanten Praxis jedoch nicht ganz einfach sein. Bedingung wären mehrere im gleichen Zeitraum zu Behandelnde mit Beeinträchtigung

kognitiver Funktionen. Die Spielarten lassen sich durch die Therapierenden auf andere Themen und Schwierigkeitsgrade transferieren, sodass eine Individualisierung gewährleistet ist. Offen bleiben genauere Informationen über die zu Grunde liegende Theorie, die scheinbar den Kursteilnehmenden exklusiv vermittelt wird. Ebenfalls kritisch zu betrachten sind die Wirksamkeitsstudien, sie wurden vom verlegenden Verlag durchgeführt. Eine unabhängige Prüfung der Evidenz wäre wünschenswert.

Die in Kapitel 3 behandelten kognitiven Funktionen Aufmerksamkeit und Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit werden in der Stengel-Methode nicht explizit bearbeitet. Das Training der Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit könnte durch Zeitmessung und Vergleiche in die Übungen integriert werden. Dies entspricht jedoch nicht den pädagogischen Grundsätzen von Stengel, in denen Stress und Leistungsdruck explizit vermieden werden, um keinen Druck aufzubauen. Die Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit sollte mit Bedacht und Rücksicht auf die Belastbarkeit der Klientel ins kognitive Training integriert werden, denn im Hinblick auf eine berufliche Reintegration könnte diese Funktion von Wichtigkeit sein.

6.3 Logopädisches Therapiematerial

Auf die Frage fünf der Befragung (Kapitel 5.1), ob es die Aufgabe der Logopädie ist, explizit an den kognitiven Fähigkeiten zu arbeiten, war eine knappe Mehrheit dieser Meinung. In den qualitativen Kommentaren wurde vier Mal zum Ausdruck gebracht, dass in der klassischen logopädischen Therapie die kognitiven Fähigkeiten implizit mittherapiert werden. Diese Aussage wird durch das Ergebnis der Frage sechs unterstützt, welches zeigt, dass alle Befragten das Training der kognitiven Fähigkeiten in ihre Therapie mit einbeziehen. Diese Aussagen lassen schlussfolgern, dass mit gängigem logopädischem Therapiematerial die kognitiven Fähigkeiten mittherapiert werden können. Im Folgenden wird ein logopädisches Therapiematerial auf die impliziten Therapiekomponenten der kognitiven Fähigkeiten hin untersucht, indem Parallelen zur Stengel-Methode herausgearbeitet werden.

Exemplarisch für ein logopädisches Material wurde der Aphasiekoffer (Dörr & Okreu, n.d.) ausgewählt, weil er wie das Material aus *Merken, Denken, Erinnern 2* der Stengel-Methode sehr anwenderfreundlich gestaltet und vielseitig einsetzbar ist. Darüberhinaus erwähnen Dörr und Okreu (n.d.), dass das Material auch für Hirnleistungstraining eingesetzt werden kann.

Der Aphasiekoffer von Dörr und Okreu aus dem Prologverlag ist für Einzel- und Gruppentherapie bei Aphasie jeden Schweregrads konzipiert. Er beinhaltet acht Kar-

tensets und ein Textheft und ist für Übungen auf Wort-, Satz- und Textebene geeignet. Jedes Kartenset beinhaltet eine Auflistung der enthaltenen Wörter oder Bilder, eine Anleitung zur Anwendung und therapeutische Varianten. In der Beschreibung wird darauf verwiesen, dass das Material auch für Hirnleistungstraining im Hinblick auf sprachliches Gedächtnis, gedankliche Flexibilität und Wortfindung genutzt werden kann. Genauere Angaben zum Einsatz des Materials für Hirnleistungstraining fehlen. Es wird angegeben, dass das Material auch kommunikativ eingesetzt werden kann.

Tabelle 5: Vergleich Logopädiematerial und kognitives Training¹

Aphasiekoffer	Denken, Merken, Erinnern 2, Spielarten
Kartensatz Anagramme <ul style="list-style-type: none"> - neue Wortbilder suchen - alleine - im Team oder gegeneinander auf Zeit - Sätze zu den Begriffen bilden 	<ul style="list-style-type: none"> - Anagramm: Ein Wort ist vorgegeben, daraus werden durch Umstellen und Weglassen von Buchstaben neue Begriffe gebildet. - Dreieck: Drei Begriffe werden mit Hilfe eines Satzes in einen sinnvollen Zusammenhang gebracht.
Kartensatz Synonyme <ul style="list-style-type: none"> - Finden - Sätze bilden - passende Verben finden - Unterbegriffe finden - Geschichten erzählen 	<ul style="list-style-type: none"> - Unterordnung: Gegeben sind Oberbegriffe, gesucht sind dazu passende Unterbegriffe. - Dreieck
Kartensatz Homonyme <ul style="list-style-type: none"> - Lesen - Sätze bilden, die den Unterschied deutlich machen - doppelter Kartensatz: Begriff wird erklärt, das Gegenüber muss den Begriff finden 	<ul style="list-style-type: none"> - Doppelsinn: Doppelsinnwörter oder Homonyme haben mehrere Bedeutungen. Diese gilt es zu finden. <p>Homonymstecker: Eine Beschreibung, mit deren Hilfe ein Homonym gesucht wird [ist schwieriger als eigene Umschreibungen, Anm. d. Verf.].</p>
Kartensatz Teil-Ganzes (je zwei zueinander gehörende Karten, Bsp.: Karte 1: Stängel – Blüte – Blätter - Gras, Karte 2: Blume) <ul style="list-style-type: none"> - Lesen - semantischen Ablenker finden - zuordnen zu Suchbegriff - zu Suchbegriff Begriffe finden 	<ul style="list-style-type: none"> - Aussenseiter: Vier Begriffe sind gegeben, die durch einen gemeinsamen Oberbegriff verbunden sind. Einer davon passt nicht in die Gruppe. - Überordnung: Gegeben sind vier Begriffe, gesucht ist der engste gemeinsame Oberbegriff. - Unterordnung

¹ In Tabelle 5 wird wörtlich nach Dörr & Okreu (n.d.) und Ladner-Merz & Stengel (2016b, S. 284-287) zitiert.

<ul style="list-style-type: none"> - Wortfindungsübungen im sematischen Feld 	
<p>Kartensatz Reihensprechen: Monate, Wochentage, Zahlen 0-31</p> <ul style="list-style-type: none"> - In die richtige Reihenfolge bringen - aktuelles Datum legen lassen - zeitliche Orientierung - was fehlt in der Reihe - einfaches Rechnen 	
<p>Kartensatz Berufe: Karten mit Berufen und passendem Begriff (Produkte, Dienstleistungen)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zuordnung - weitere Unterbegriffe finden - Kommunikation über Berufe (Was macht der Schreiner sonst noch?, andere Berufe?) - Sätze bilden 	<ul style="list-style-type: none"> - Zuordnen: Zwei zusammengehörende Begriffe werden einander zugeordnet. - Überlegensfragen: Diese laden dazu ein, über interessante Dinge nachzudenken. - Dreierauswahl: Drei Antwortmöglichkeiten zu einer Frage sind gegeben. Welche ist richtig? - Unterordnung
<p>Kartensatz Tiere: (Alltagsbezug?): Bilder von Tieren und Verben (Geräusche)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bilder benennen - Wortkarten zuordnen - weitere Tiere nennen - Oberbegriffe suchen - Kommunikation über Tiere - Verben beugen - Sätze bilden 	<ul style="list-style-type: none"> - Überordnung - Zuordnen - Dreieck - Überlegensfragen
<p>Kartensatz Tätigkeiten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tätigkeiten auf Fotos benennen - Zuordnung von passender Wortkarte - Kommunikation darüber - Verben beugen - Sätze bilden - kurze Geschichte erzählen 	<ul style="list-style-type: none"> - Bildspiele: Bilder werden betrachtet und über die gestellten Fragen nachgedacht. - Überlegensfragen - Zuordnen - Dreieck
<p>Textsammlung: 5 Fabeln, 9 Sachtexte, jeweils unterschiedlich lang und komplex</p> <ul style="list-style-type: none"> - Text im Ganzen, - Text in Sätzen gegliedert zum Zerschneiden und Ordnen - Text mit Lücken für Nomen - Text mit Lücken für Verben - Nacherzählen 	<ul style="list-style-type: none"> - Redewendungen ergänzen: Es wird der Anfang bzw. das Ende einer Redewendung gegeben, diese soll dann vervollständigt werden. - Mach's richtig!: In einen Satz ist ein falsches Wort eingefügt, das ähnlich klingt, wie das eigentlich Passende. Dieses wird gesucht und durch den richtigen Begriff ersetzt.

<ul style="list-style-type: none"> - darüber diskutieren und reflektieren - eigene Erfahrungen und Ansichten 	<ul style="list-style-type: none"> - Mach's richtig! – Sprichwörteralat: Der Anfang eines Sprichwortes und das Ende eines zweiten Sprichwortes sind zusammengefügt. Wie lautet jedes der beiden Sprichwörter korrekt und vollständig? - Überlegensfragen
--	--

Der Vergleich der beiden Materialien zeigt, dass 14 der 32 Spielarten des Kognitiven Trainings nach der Stengel-Methode in ähnlicher Weise mit dem Aphasiekoffer durchführbar sind. Die Übungen sind in Art der Durchführung vergleichbar, unterschiedlich ist jedoch oft das Schwierigkeitslevel, welches bei Denken, Merken, Erinnern 2 in der Regel höher ist. Wie aus der Tabelle 5 ersichtlich, können und werden teils die kognitiven Funktionen auch mit dem logopädischen Material trainiert, allerdings nicht gleich umfassend wie mit dem Material des Kognitiven Trainings. Jedoch zeigt der Vergleich, dass mit dem logopädischen Material durchaus kognitive Funktionen trainiert werden. Dies bestätigt die Aussagen der Befragten, dass kognitive Funktionen in der Logopädie implizit therapiert werden. Es stellt sich also die Frage, wieso logopädisches Material nicht auch für diesen Bereich ausgewiesen und danach kategorisiert ist, obwohl diese Bereiche Grundlage für einen erfolgreichen Sprachgebrauch sind. Aufgrund einer neuropsychologischen Diagnose kann logopädisches Fachpersonal neben den sprachlichen Zielsetzungen auch explizite Ziele für den kognitiven Bereich definieren und bearbeiten. Der Professionalität zu Gute käme eine detaillierte Zielsetzung in der interprofessionellen Zusammenarbeit mit der Neuropsychologie. Um nur mit logopädischem Material an neuropsychologischen Einschränkungen zu arbeiten, wäre im Hinblick auf Evidence Based Practice zusätzliche Wirksamkeitsforschung nötig, weil bis jetzt die praktische Erfahrung der Therapeuten, wie in der Befragung ersichtlich wurde, den grössten Teil ausmacht.

7 Zusammenfassung und Ausblick

Ausgehend von der Tatsache, dass erfolgreicher Sprachgebrauch *kognitive Funktionen* wie Konzentration, Gedächtnis, geteilte Aufmerksamkeit und Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit voraussetzt, sind sie Grundvoraussetzungen für eine logopädische Therapie. Da diese Voraussetzungen bei der Klientel der Logopädie mit erworbenen Hirnschädigungen nach Einschätzung der befragten Praktizierenden mit beeinträchtigt sind, muss deren Bearbeitung sichergestellt werden. Sowohl aus der Literatur als auch in der Umfrage wurde deutlich, dass sich *Zusammenarbeit mit der Neuropsychologie* momentan auf einen Austausch und die Erstellung von Grobzielen beschränkt. Gerade im ambulanten Bereich findet nach Aussagen der Befragten wenig Austausch und meist nur auf Initiative der Logopädie statt. Zudem bemängeln die Befragten, dass die Neuropsychologie neben umfangreicher Diagnostik kaum therapeutisch arbeitet. Obwohl von Seiten der logopädisch Therapierenden gewünscht, steht nur selten eine neuropsychologische Therapiemöglichkeit zur Verfügung.

Kognitive Funktionen werden nach Aussage der Befragten schon *in die logopädische Therapie integriert*, ob implizit oder explizit ist aus der Befragung nicht ableitbar. Qualitative Kommentare lassen auf Unsicherheiten in Bezug auf Wissen und Material schliessen. Andererseits zeigt das Bejahen der Frage, ob daran gearbeitet wird, das Bewusstsein dafür, dass die Notwendigkeit besteht. Allerdings ist ebenfalls ersichtlich, dass sich ein Teil der Befragten die *Kompetenzhöhe* für diesen Bereich nicht zuschreiben will und sie eher bei der Neuropsychologie sieht. Damit zeigt sich auf die Fragestellung, ob die Logopädie kognitive Funktionen explizit fördern soll, keine eindeutige Antwort. Einerseits scheint es gängige Praxis zu sein, an den kognitiven Funktionen zu arbeiten, andererseits kann für die explizite Therapie in der Logopädie kein aussagekräftiges, definitives Votum bei den Befragten erreicht werden.

Bei Recherchen wurde *Material zur Bearbeitung kognitiver Funktionen* entdeckt, das als für die Logopädie nutzbar ausgewiesen ist. Dieses Material wurde mit den im Hinblick auf *Evidence Based Practice* erstellten Kriterien auf die Einsetzbarkeit in der Logopädie überprüft. Das Material scheint in vielen Belangen anwendbar, wenn auch auf einem Niveau, das für einen grossen Teil der Klientel vereinfacht werden müsste. Nach Aussagen von Befragten wird in logopädischen Übungen implizit an kognitiven Funktionen gearbeitet. Um dies greifbar zu machen, wurde in einem nächsten Schritt ein Vergleich zwischen dem untersuchten kognitiven Training und einem bestehenden spezifischen *Logopädiematerial* angestellt.

Daraus ergaben sich viele Parallelen, die beweisen, dass logopädische Therapie kognitive Funktionen mittherapiert. Um spezifisch auf kognitive Funktionen ausgelegte Ziele zu verfolgen, ist das Ausweisen der therapierten kognitiven Funktionen jedoch notwendig, was bisher nicht praktiziert wird. Wünschenswert wäre ein kognitives Training spezifisch für die logopädische Therapie, welches die sprachlichen Ebenen berücksichtigt. Nichtsdestotrotz lassen sich mit therapeutischer Erfahrung und dem Bewusstsein dafür kognitive Funktionen auch mit logopädischem Material trainieren.

Um die Notwendigkeit von Wissen über kognitive Funktionen und deren Therapie im Hinblick auf den erfolgreichen Sprachgebrauch zu untermauern, ist die Integration dessen in der Ausbildung notwendig. Weiter braucht es neben spezifischem Material mehr Mut, für die Kompetenz der Logopädie zur Therapie kognitiver Funktionen einzustehen. Als Grundpfeiler für die angesprochenen Entwicklungsmöglichkeiten in der logopädischen Therapie steht die Ausarbeitung einer, für den zu Behandelnden, gewinnbringenden Zusammenarbeit zwischen der Neuropsychologie und Logopädie noch aus.

8 Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1: Percentage of Patients and Relatives Reporting Cognitive Complaints About the Patient (Hochstenbach et al., 2005, S. 1588).....	4
Tabelle 2: Häufigkeit von Klagen über kognitive Einschränkungen von Patienten und Angehörigen (Frommelt, 2010, S. 652)	4
Tabelle 3: Vergleich der Intensität der Einschränkung kognitiver Funktionen.....	19
Tabelle 4: Betrachtung der Stengel-Methode anhand der definierten Kriterien	26
Tabelle 5: Vergleich Logopädiematerial und kognitives Training	31
Abbildung 1: Zusammenhang Sprache & Kommunikation und kognitive Funktionen (eigener Entwurf Ficht & Kaufmann, grafisch umgesetzt von Schwendemann S., 2018)	6
Abbildung 2: Diagramm zur Frage 1	10
Abbildung 3: Diagramm zur Frage 2.....	11
Abbildung 4: Diagramm zur Frage 3.....	11
Abbildung 5: Diagramm zur Frage 4, Gedächtnis.....	12
Abbildung 6: Diagramm zur Frage 4, Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit	12
Abbildung 7: Diagramm zur Frage 4, Konzentration.....	13
Abbildung 8: Diagramm zur Frage 4, geteilte Aufmerksamkeit.....	13
Abbildung 9: Diagramm zur Frage 5.....	14
Abbildung 10: Diagramm zur Frage 6.....	15
Abbildung 11: Diagramm zur Frage 7	16
Abbildung 12: Diagramm zur Frage 8.....	16
Abbildung 13: Diagramm zur Frage 9.....	17
Abbildung 14: Vergleich der Häufigkeit der Integration Therapie kognitiver Funktionen bei Therapeuten, die es explizit als ihre Aufgabe sehen (Ja) oder nicht (Nein). 20	
Abbildung 15: Evidence Based Practice	22
Abbildung 16: Kriterien für Therapiematerial (eigener Entwurf Ficht & Kaufmann, 2018)	23

9 Literaturverzeichnis

aphasie suisse (n.d.). *Therapeutinnenliste*. Zugriff am 9.9.2018 unter <http://www.aphasie.org/de/betroffene-angehorige/therapeutinnenliste>

Büttner, J. (2014). *Sprache und Kognition. Diskurspragmatik und Textverarbeitung bei Exekutivstörungen*. Tübingen: Stauffenburger Verlag Brigitte Narr GmbH.

Dörr, U. & Okreu, S. (n.d.). *Der Aphasiekoffer*. Köln: ProLog.

Erni, L. & Imboden, D. (2018). *Zum Verhältnis von Neuropsychologie und Logopädie im Kontext Rehabilitation bei Aphasie*. Unveröffentlichte Bachelorarbeit, Hochschule für Heilpädagogik, Zürich.

Frommelt, P. (2010). Rehabilitation von Personen mit einem Schlaganfall. In P. Frommelt & H. Lösslein (Hrsg.), *NeuroRehabilitation. Ein Praxisbuch für interdisziplinäre Teams*. (S. 633 – 672). Berlin: Springer.

Götze, R. (2015). *Neuropsychologisches Befundsystem für die Ergotherapie*. Berlin: Springer.

Grohnfeldt, M. (Hrsg.). (2007). *Lexikon der Sprachtherapie*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

Haid, A. & Steiner, J. (2016). ICF-Vorgabe als Leitidee und reale Praxis. Ergebnis einer Befragung im deutsch-sprachigen Raum. In J. Steiner (Hrsg.), *Aphasie im Kontext. Einführung in die Praxis des alltagsorientierten Empowerments* (S.39-51). Bern: Stiftung Schweizer Zentrum für Heil- und Sonderpädagogik (SZH).

Heidler, M.-D. (2017). Kognitive Dysphasien – Neuer Wein in alten Schläuchen?. *Aphasie und verwandte Gebiete*, 1/2017, 3-9.

Hochstenbach, J., Prigatano, G. & Mulder, T. (2005). Patients`and Reatives`Reports of Disturbances 9 Months After Stroke: Subjective Changes in Physical Functioning, Cognition, Emotion, and Behavior. *Arch Phys Med Rehabil*, 86, 1587 – 93.

Ladner-Merz, S. (n.d., a). *Die fünf Säulen eines Kognitiven Training nach Schlaganfall oder Demenz*. Zugriff am 26.10.2018 unter <https://kognitives-training.de/page72/page2/index.html>

Ladner-Merz, S. (n.d., b). *Fachtherapeut für kognitiv-orientierte Sprachtherapie KOS*. Zugriff am 26.10.2018 unter <https://kognitives-training.de/page1/page0/page26/index.html>

Ladner-Merz, S., Löw, N., Wendt, T., Heydekorn, A. & Lange, U. (2012). *Langzeit-Rehabilitation nach Schlaganfall: Effekte eines Kognitiven Trainings nach Stengel in Gruppen. Die ApKog-Studie*. Stuttgart: memo verlag.

Ladner-Merz, S. & Stengel, F. (2016a). *Merken Denken Erinnern 2. Kognitives Training nach der Stengel-Methode. Kopiervorlagen und Overhead-Folien*. Stuttgart: memo verlag.

Ladner-Merz, S. & Stengel, F. (2016b). *Merken Denken Erinnern 2. Kognitives Training nach der Stengel-Methode. Trainerhandbuch*. Stuttgart: memo verlag.

Müller, S.V. (2013). *Störungen der Exekutivfunktionen. Fortschritte der Neuropsychologie*. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co.KG.

Prosiegel, M. & Böttger, S. (2007). *Neuropsychologische Störungen und ihre Rehabilitation*. München: Pflaum Verlag.

Rüsseler, J. (2009). *Neuropsychologische Therapie. Grundlagen und Praxis der Behandlung kognitiver Störungen bei neurologischen Erkrankungen*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH & CoKG.

Schweizer, V. & Müller, S. (2017). *Neurotraining. Therapeutische Arbeit im kognitiven Bereich mit hirngeschädigten Erwachsenen*. Berlin: Springer.

Steiner, J. (2016). Aphasie auf dem Weg zum Kontext. Eine neue Sicht auf die Symptomatik, Diagnostik und Therapieplanung. In J. Steiner (Hrsg.), *Aphasie im Kontext. Einführung in die Praxis des alltagsorientierten Empowerments* (S.13-33). Bern: Stiftung Schweizer Zentrum für Heil- und Sonderpädagogik (SZH).

10 Anhang

10.1 Befragung

Begleittext im Mail:

Guten Tag

Im Rahmen unserer Bachelorarbeit im Studiengang Logopädie der HfH beschäftigen wir uns mit der Zusammenarbeit von Neuropsychologie und Logopädie bei PatientInnen mit Hirnfunktionsstörungen im ambulanten Bereich. Mit dieser Befragung (unter logopädischen Fachpersonen in der Schweiz) erheben wir den Ist-Zustand in der Praxis und wären Ihnen sehr verbunden, wenn Sie uns durch das Ausfüllen bis am Montag, 8. Oktober 2018 unterstützen.

Die Befragung beinhaltet zehn Fragen. Die Beantwortung dauert maximal zehn Minuten. Die erhobenen Daten sind anonym und werden ausschliesslich für unsere Bachelorarbeit verwendet.

Wir danken für Ihre Teilnahme.

Mit freundlichen Grüssen

Martina Kaufmann & Lorena Ficht

Fragen

Umfrage zur Zusammenarbeit von Neuropsychologie & Logopädie bei PatientInnen mit Hirnfunktionsstörungen im ambulanten Bereich

1. Wo befindet sich Ihre Praxis?
 - ländlicher Raum
 - städtischer Raum

2. Wie hoch ist der Anteil an PatientInnen mit Hirnfunktionsstörungen wie Beeinträchtigung des Gedächtnisses, der Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit, der Konzentration und der geteilten Aufmerksamkeit in Ihrer Praxis?
 - > 75%
 - 50 bis 75%
 - 25 bis 50%
 - < 25%
 - 0% (Bitte beenden Sie die Befragung, indem Sie unten links auf SENDEN klicken.)

3. Wie lange arbeiten Sie bereits mit PatientInnen mit einer Hirnfunktionsstörung?
 - < 2 Jahre
 - 2 bis 5 Jahre
 - > 5 Jahre

4. Wie schwer sind folgende Bereiche bei Ihren PatientInnen mit Hirnfunktionsstörungen durchschnittlich beeinträchtigt?

Bereiche:

- Gedächtnis (Skala 1 bis 5 gar nicht bis sehr schwer)
- Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit (Skala 1 bis 5 gar nicht bis sehr schwer)
- Konzentration (Skala 1 bis 5 gar nicht bis sehr schwer)
- geteilte Aufmerksamkeit (Skala 1 bis 5 gar nicht bis sehr schwer)

5. Ist es Ihrer Meinung nach die Aufgabe der Logopädie die Bereiche Gedächtnis, Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit, Konzentration und geteilte Aufmerksamkeit explizit zu therapieren?
 - ja
 - nein
 - Anmerkungen

6. Arbeiten Sie mit Ihren KlientInnen mit Hirnfunktionsstörungen an mindestens einem der vier Bereiche: Gedächtnis, Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit, Konzentration, geteilte Aufmerksamkeit?
 - Skala 1 bis 5, nie bis immerGibt es bei der Arbeit an den oben genannten Bereichen besondere Herausforderungen? Wenn ja, welche?

7. Welche Materialien verwenden Sie für die Therapie von Gedächtnis, Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit, Konzentration und geteilte Aufmerksamkeit? (mehrere Antworten möglich)
 - Arbeitsblätter
 - Computer
 - Apps
 - Karten- und Brettspiele
 - weitere
 - Qualitativer Kommentar

8. Werden Ihre KlientInnen mit Hirnfunktionsstörungen zusätzlich neuropsychologisch betreut? (mehrere Antworten möglich)
 - nein
 - Ja, Patienten mit Aphasie
 - Ja, Patienten mit kognitiver Dysphasie
 - Ja, Patienten mit anderen Diagnosen
 - Anmerkungen

9. Wie intensiv tauschen Sie sich interprofessionell mit der Neuropsychologie über Ihre PatientInnen aus?
 - Skala 1 bis 5, überhaupt nicht bis sehr intensivAuf welche Art und Weise findet der Austausch statt?
 - Qualitative Antwort

10. Welche Visionen und Wünsche haben Sie im Hinblick auf die Zusammenarbeit von Neuropsychologie und Logopädie?

➤ Qualitativer Kommentar

10.2 Ergebnisse der Befragung

Zeitstempel	1. Wo befindet sich Ihre Praxis?	2. Wie hoch ist der Anteil an PatientInnen mit Hirnfunktionsstörungen wie Beeinträchtigung des Gedächtnisses, der Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit, der Konzentration und der geteilten Aufmerksamkeit in Ihrer Praxis?	3. Wie lange arbeiten Sie bereits mit PatientInnen mit einer Hirnfunktionsstörung?
9.18.2018 12:57:13	städtischer Raum	25 bis 50%	2 bis 5 Jahre
9.18.2018 12:57:46	ländlicher Raum	25 bis 50%	> 5 Jahre
9.18.2018 13:37:37	ländlicher Raum	50 bis 75%	> 5 Jahre
9.18.2018 14:12:42	ländlicher Raum	> 75%	> 5 Jahre
9.18.2018 15:25:02	ländlicher Raum	25 bis 50%	> 5 Jahre
9.18.2018 15:26:34	städtischer Raum	> 75%	> 5 Jahre
9.18.2018 15:38:12	ländlicher Raum	50 bis 75%	> 5 Jahre
9.18.2018 17:04:02	ländlicher Raum	< 25%	> 5 Jahre
9.18.2018 18:18:47	städtischer Raum	> 75%	> 5 Jahre
9.18.2018 22:10:18	ländlicher Raum	25 bis 50%	> 5 Jahre
9.19.2018 5:02:39	städtischer Raum	0% (Bitte beenden Sie die Befragung, indem Sie unten links auf SENDEN klicken.)	
9.19.2018 8:11:43	ländlicher Raum	> 75%	> 5 Jahre
9.19.2018 8:52:17	ländlicher Raum	< 25%	> 5 Jahre
9.19.2018 10:43:47	städtischer Raum	50 bis 75%	> 5 Jahre
9.19.2018 14:08:20	städtischer Raum	50 bis 75%	> 5 Jahre
9.19.2018 16:32:32	ländlicher Raum	25 bis 50%	> 5 Jahre
9.19.2018 17:15:37	städtischer Raum	< 25%	> 5 Jahre
9.19.2018 20:46:51	ländlicher Raum	25 bis 50%	> 5 Jahre
9.19.2018 21:51:44	ländlicher Raum	> 75%	> 5 Jahre
9.20.2018 8:01:53	ländlicher Raum	> 75%	> 5 Jahre
9.20.2018 10:37:43	städtischer Raum	< 25%	> 5 Jahre
9.20.2018 11:10:24	städtischer Raum	25 bis 50%	< 2 Jahre
9.20.2018 15:56:27	städtischer Raum	50 bis 75%	> 5 Jahre
9.21.2018 11:20:53	ländlicher Raum	0% (Bitte beenden Sie die Befragung, indem Sie unten links auf SENDEN klicken.)	
9.24.2018 7:14:05	ländlicher Raum	50 bis 75%	> 5 Jahre
9.24.2018 21:23:34	städtischer Raum	25 bis 50%	> 5 Jahre
9.27.2018 18:32:59	ländlicher Raum	< 25%	> 5 Jahre
9.30.2018 17:36:21	ländlicher Raum	> 75%	> 5 Jahre
9.30.2018 21:48:47	ländlicher Raum	50 bis 75%	2 bis 5 Jahre
10.2.2018 7:14:58	städtischer Raum	< 25%	> 5 Jahre
10.6.2018 13:11:34	städtischer Raum	50 bis 75%	> 5 Jahre

Zeitstempel	Beeinträchtigung Gedächtnis	Beeinträchtigung Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit	Beeinträchtigung Konzentration	Beeinträchtigung geteilte Aufmerksamkeit
9.18.2018 12:57:13	3	3	2	2
9.18.2018 12:57:46	2	5	4	5
9.18.2018 13:37:37	4	3	3	4
9.18.2018 14:12:42	5	3	5	5
9.18.2018 15:25:02	2	2	2	3
9.18.2018 15:26:34	4	4	3	4
9.18.2018 15:38:12	3	4	4	4
9.18.2018 17:04:02	3	4	4	4
9.18.2018 18:18:47	3	4	3	4
9.18.2018 22:10:18	2	4	3	4
9.19.2018 5:02:39				
9.19.2018 8:11:43	3	3	3	3
9.19.2018 8:52:17	2	3	3	3
9.19.2018 10:43:47	3	3	3	4
9.19.2018 14:08:20	4	3	3	3
9.19.2018 16:32:32	4	4	3	3
9.19.2018 17:15:37	4	3	4	4
9.19.2018 20:46:51	2	3	2	3
9.19.2018 21:51:44	4	4	3	4
9.20.2018 8:01:53	3	4	3	5
9.20.2018 10:37:43	2	3	3	4
9.20.2018 11:10:24	2	4	3	4
9.20.2018 15:56:27	3	4	2	4
9.21.2018 11:20:53				
9.24.2018 7:14:05	3	3	4	5
9.24.2018 21:23:34	2	4	3	4
9.27.2018 18:32:59	2	2	3	2
9.30.2018 17:36:21	2	4	2	3
9.30.2018 21:48:47	3	4	2	4
10.2.2018 7:14:58	3	4	4	3
10.6.2018 13:11:34	1	2	3	4

Zeitstempel	5. Ist es Ihrer Meinung nach die Aufgabe der Logopädie die Bereiche Gedächtnis, Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit, Konzentration und geteilte Aufmerksamkeit explizit zu therapieren?	Anmerkungen:
9.18.2018 12:57:13	Ja	
9.18.2018 12:57:46	Ja	sind teilweise Voraussetzungen für Kommunikation im Alltag
9.18.2018 13:37:37	Ja	
9.18.2018 14:12:42	Ja	
9.18.2018 15:25:02	Nein	
9.18.2018 15:26:34	Ja	
9.18.2018 15:38:12	Ja	Ich arbeite mit den Patienten, die auf hohem Niveau in der Wortfindung Schwierigkeiten haben, sehr oft an der geteilten Aufmerksamkeit im Sprachgebrauch (z. Bsp. Aufmerksamkeitsübung am PC und gleichzeitig Wörter zu einem bestimmten semantischen Feld aufzählen oder Wörter mit dem gleichen Anfangsbuchstaben aufzählen)
9.18.2018 17:04:02	Ja	
9.18.2018 18:18:47	Nein	Meines Erachtens kommt es darauf an, in welchen Bereichen und Funktionen sich oben genannte Symptome auswirken: da sind Neuropsychologie, Ergotherapie und gewissermassen selbst die Physiotherapie ebenfalls neben der Logopädie gefragt. Geht es z.B. Vor allem oder ausschliesslich um das Sprachlautgedächtnis, liegt der Schwerpunkt der Therapie sicher bei der Logo, sonst eher bei der Ergo und , sofern im Spital oder Privatpraxis verfügbar bei der Neuropsychologie.
9.18.2018 22:10:18	Nein	
9.19.2018 5:02:39		
9.19.2018 8:11:43	Ja	
9.19.2018 8:52:17	Ja	
9.19.2018 10:43:47	Ja	Mindestens einer dieser Bereiche wird immer "mittherapiert" wenn man sprachliche Aufgaben mit den Patienten übet / löst
9.19.2018 14:08:20	Ja	
9.19.2018 16:32:32	Ja	
9.19.2018 17:15:37	Nein	Wenn eine neuropsychologische Therapie angeboten werden kann, soll die Logopädie auslaufen. Wenn dies nicht möglich ist, kann die Logopädie unterstützen.
9.19.2018 20:46:51	Nein	
9.19.2018 21:51:44	Ja	Habe beobachtet, dass sich Verbesserungen in diesen Bereichen sich auch auf sprachliche /bzw. kommunikative Bereiche auswirkt

9.20.2018 8:01:53	Nein	Diese Funktionen werden im Rahmen der weiteren logopäd. Behandlung trotzdem indirekt oder bei starkem Ausmass mitzufördern sein, da meist keine andere Förderstelle (Neuropsychologie) vorhanden ist.
9.20.2018 10:37:43	Nein	Wenn keine Neuropsychologie oder Ergotherapie erfolgt, dann schon
9.20.2018 11:10:24	Ja	
9.20.2018 15:56:27	Nein	Nicht explizit, hängt jedoch vom Angebot der Neuropsychologie/Ergotherapie ab.
9.21.2018 11:20:53		
9.24.2018 7:14:05	Ja	Innerhalb der Sprachtherapie wird MIT behandelt. Sprache / Kommunikation oder Schlucken steht aber klar im Vordergrund
9.24.2018 21:23:34	Nein	Diese Bereiche gehören auch zur Sprachverarbeitung!
9.27.2018 18:32:59	Nein	Aber ich nehme diese Einschränkungen wahr und es ist mir in der therapeutischen, logopädischen Arbeit wichtig, die Menschen so zu unterstützen, dass die Patienten ihre Beeinträchtigungen beachten können und lernen, mit ihnen umzugehen oder ihnen Rechnung zu tragen.
9.30.2018 17:36:21	Nein	Das wäre Arbeit der Neuropsychologie
9.30.2018 21:48:47	Nein	
10.2.2018 7:14:58	Ja	Gedächtnis ist ein wichtiger Teil der Informationsverarbeitung
10.6.2018 13:11:34	Nein	Nicht explizit, aber man therapiert dies automatisch mit.

Zeitstempel	6. Arbeiten Sie mit Ihren KlientInnen mit Hirnfunktionsstörungen an mindestens einem der vier Bereiche: Gedächtnis, Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit, Konzentration, geteilte Aufmerksamkeit?	Gibt es bei der Arbeit an den oben genannten Bereichen besondere Herausforderungen? Wenn ja, welche?	7. Welche Materialien verwenden Sie für die Therapie von Gedächtnis, Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit, Konzentration und geteilte Aufmerksamkeit? (mehrere Antworten möglich)	Anmerkungen:2
9.18.2018 12:57:13	2		Arbeitsblätter, Karten- und Brettspiele	
9.18.2018 12:57:46	5	Ja, aber individuell sehr verschieden	Arbeitsblätter, Computer, Apps, Karten- und Brettspiele	
9.18.2018 13:37:37	4		Arbeitsblätter, Karten- und Brettspiele	
9.18.2018 14:12:42	5		Arbeitsblätter, Bildkarten, Tonband	
9.18.2018 15:25:02	3		Arbeitsblätter, Computer, Apps, Karten- und Brettspiele	
9.18.2018 15:26:34	5		Arbeitsblätter, Computer, Apps, Karten- und Brettspiele	
9.18.2018 15:38:12	4		Computer, Apps	
9.18.2018 17:04:02	3		Arbeitsblätter, Computer, Apps, Karten- und Brettspiele	
9.18.2018 18:18:47	5	Das ist logopädischer Alltag in Klinik und Praxis mit erwachsenen, im weitesten Sinne hirnerkrankten Menschen! Logischer Aufbau: Ablenkung von 0-100 % steigern; Qualität und Quantität des zu erlernenden Inputs steigern,	Arbeitsblätter, Computer, Karten- und Brettspiele, Auditiver Input	
9.18.2018 22:10:18	2		Arbeitsblätter, Apps	
9.19.2018 5:02:39				
9.19.2018 8:11:43	5		Arbeitsblätter, Apps, Karten- und Brettspiele	
9.19.2018 8:52:17	5		Arbeitsblätter, Apps, Karten- und Brettspiele	

9.19.2018 10:43:47	5		Arbeitsblätter, Apps, Karten- und Brettspiele, Besonders gern: Logicals	
9.19.2018 14:08:20	4		Arbeitsblätter, Apps, Karten- und Brettspiele, Texte, Fotos	
9.19.2018 16:32:32	3		Arbeitsblätter, Apps, Karten- und Brettspiele, individuell zusammengestelltes Arbeitsmaterial meist aus dem Erfahrungsbereich der Patienten	
9.19.2018 17:15:37	5		Arbeitsblätter, Computer, Apps, Karten- und Brettspiele	
9.19.2018 20:46:51	3		Arbeitsblätter, Computer, Eigenes Material	
9.19.2018 21:51:44	4	Sich an diese Bereich überhaupt zu wagen.	Computer, Apps, Karten- und Brettspiele	
9.20.2018 8:01:53	5	Ermüdung und Belastbarkeit der Patienten	Arbeitsblätter, Gezielte Gesprächsführung	
9.20.2018 10:37:43	5		Computer, Karten- und Brettspiele	
9.20.2018 11:10:24	3		Arbeitsblätter	
9.20.2018 15:56:27	5		Computer, Apps	
9.21.2018 11:20:53				
9.24.2018 7:14:05	5	Gedächtnis	Computer, Apps, Karten- und Brettspiele	
9.24.2018 21:23:34	3	Welche Prioritäten setzen?	Arbeitsblätter, Computer, Apps	Karten- und Brettspiele eher in Gruppentherapie
9.27.2018 18:32:59	4	In den Bereichen Gedächtnis und Konzentration habe ich mehr Ideen / Therapiematerial / Software, die mich unterstützen, die anderen Bereiche sind für mich unklarer, wie ich vorgehen würde, um Informations-verarbeitungsgeschw. und geteilte Aufmerksamkeit zu fördern.	Computer, Apps	
9.30.2018 17:36:21	2		Arbeitsblätter, Karten- und Brettspiele	
9.30.2018 21:48:47	2		Arbeitsblätter, Karten- und Brettspiele	
10.2.2018 7:14:58	4	Schauen, dass der Patient auch zu Hause daran arbeitet (Computerprogramme, Aufgaben auf iPad, die zugeschickt werden etc.)	Arbeitsblätter, Computer, Apps, Karten- und Brettspiele, ipads und apps	
10.6.2018 13:11:34	3		Arbeitsblätter, Computer, Apps	

Zeitstempel	8. Werden Ihre KlientInnen mit Hirnfunktionsstörungen zusätzlich neuropsychologisch betreut? (mehrere Antworten möglich)	Anmerkungen:3	9. Wie intensiv tauschen Sie sich interprofessionell mit der Neuropsychologie über Ihre PatientInnen aus?	Auf welche Art und Weise findet der Austausch statt?
9.18.2018 12:57:13	Ja, Patienten mit Aphasie	nur sehr wenige besuchen eine nps-therapie	2	
9.18.2018 12:57:46	Nein	Manche haben neuropsych. Abklärung, aber keine Therapie	2	Ich rufe an bei spezifischen Fragen, Neuropsych. ruft mich nie an
9.18.2018 13:37:37	Ja, Patienten mit Aphasie, Ja, Patienten mit anderen Diagnosen		2	
9.18.2018 14:12:42	Nein		3	Berichte, Rücksprachen mit Überweisenden Kliniken, Ärzten, Ergos, Physios
9.18.2018 15:25:02	Nein		1	
9.18.2018 15:26:34	Ja, Patienten mit Aphasie		3	Interdisziplinäre Treffen
9.18.2018 15:38:12	Ja, Patienten mit kognitiver Dysphasie, Ja, Patienten mit anderen Diagnosen		2	
9.18.2018 17:04:02	Ja, Patienten mit Aphasie		1	
9.18.2018 18:18:47	Ja, Patienten mit Aphasie, Ja, Patienten mit kognitiver Dysphasie, Ja, Patienten mit anderen Diagnosen	Leider allerdings nur durch die Ergotherapie, da therapierende Neuropsychologen nach wie vor rar sind. Sie betätigen sich mehr nur in der Diagnostik.	3	Interdisziplinärer Rapport Logo/Neurologe/Neuropsychologe/Gedächtnistrainerin
9.18.2018 22:10:18	Nein		2	Telefonisch
9.19.2018 5:02:39				
9.19.2018 8:11:43	Nein		2	Telefongespräche

9.19.2018 8:52:17	Nein			Aktuell betreue ich lediglich 3 Patient/innen mit der erw. Problematik, und keine/r hat zusätzlich neuropsychologische Unterstützung (nur Ergotherapie - hier findet der Austausch intensiv statt). Wenn dies der Fall ist, findet der Austausch mit der betr. Fachperson natürlich immer statt.
9.19.2018 10:43:47	Ja, Patienten mit Aphasie		3	Per Telefon
9.19.2018 14:08:20	Ja, Patienten mit kognitiver Dysphasie, Ja, Patienten mit anderen Diagnosen		2	Mail, runder Tisch, Berichte
9.19.2018 16:32:32	Ja, Patienten mit Aphasie, Ja, Patienten mit anderen Diagnosen	nicht alle Patienten, es hängt davon ab, wo sie hospitalisiert waren	3	telefonisch oder an Rundtischgesprächen
9.19.2018 17:15:37	Nein, Ja, Patienten mit kognitiver Dysphasie, Ja, Patienten mit anderen Diagnosen	Nicht alle Pat. möchten oder können eine neurologische Therapie besuchen.	3	Ich organisiere Abklärungsberichte der Neuropsychologie, ich informiere mich über den Pat. über Fortschritte, weil diese mehr messbare Aufgaben zur Verfügung haben.
9.19.2018 20:46:51	Ja, Patienten mit Aphasie, Ja, Patienten mit kognitiver Dysphasie, Ja, Patienten mit anderen Diagnosen		4	meist telefonisch
9.19.2018 21:51:44	Nein	Selten hatten die Pat. vor meinem Therapiestart neuropsycholog. Therapie oder Abklärungen.	1	
9.20.2018 8:01:53	Nein	Keine Möglichkeit		
9.20.2018 10:37:43	Ja, Patienten mit Aphasie, Ja, Patienten mit kognitiver Dysphasie, Ja, Patienten mit anderen Diagnosen		3	Sitzungen, Telefon, Mail
9.20.2018 11:10:24	Nein		1	

9.20.2018 15:56:27	Nein, Ja, Patienten mit anderen Diagnosen	Im Moment nicht, kam aber auch schon vor.	2	telefonisch
9.21.2018 11:20:53				
9.24.2018 7:14:05	Nein	Aufgrund der Versicherungslage sehr selten obwohl nötig!	4	Im privaten Rahmen mit Bekannten, die NP sind. Ich stelle Fragen zu meinen Möglichkeiten in der Therapie
9.24.2018 21:23:34	Nein, Ja, Patienten mit Aphasie, Ja, Patienten mit anderen Diagnosen	Das ist ganz unterschiedlich! Ich sehe aber in meiner Praxis nur Erwachsene.	2	E-Mail, Telefon, Netzwerk-Kolloquium
9.27.2018 18:32:59	Nein		2	Es hat mich schon eine Psychologin kontaktiert, um ihre Beobachtungen zu teilen. Ebenfalls eine Mitarbeiterin der psychologischen SPITEX.
9.30.2018 17:36:21	Nein, Ja, Patienten mit Aphasie		2	telefonisch
9.30.2018 21:48:47	Nein		1	
10.2.2018 7:14:58	Ja, Patienten mit Aphasie, Ja, Patienten mit anderen Diagnosen		2	Tel, Gespräche, Berichte
10.6.2018 13:11:34		Dies ist sehr unterschiedlich und nicht von der logopädischen Diagnose abhängig.	3	Neuropsychologische Therapie in den von Ihnen genannten Bereichen wird meiner Erfahrung nach sehr selten von Neuropsycholog/innen angeboten, sondern allermeistens von Ergotherapeut/innen. Mit diesen tausche ich mich nach Bedarf aus.

Zeitstempel	10. Welche Visionen und Wünsche haben Sie im Hinblick auf die Zusammenarbeit von Neuropsychologie und Logopädie?
9.18.2018 12:57:13	
9.18.2018 12:57:46	grundsätzlich engere Zus.arbeit und mehr Therapiemöglichkeiten durch Neuropsych.
9.18.2018 13:37:37	
9.18.2018 14:12:42	Dass Wissen um die unter Pkt 2 erwähnten neurologischen Leistungen, deren Wichtigkeit, deren Training, resp. Techniken zur Verbesserung derselben in die „Handwerkskiste“ der Logopädinnen gelangt.
9.18.2018 15:25:02	Mehr therapeutische Ausrichtung bei den NPs, mehr Bereitschaft, aktiv auf Logo zuzugehen. Mehr NP-Stellen
9.18.2018 15:26:34	Intensivierte Zusammenarbeit
9.18.2018 15:38:12	Ein regerer Austausch mit den NP wäre sehr wünschenswert, ist aber in der freien Praxis manchmal fast nicht möglich.
9.18.2018 17:04:02	keine

9.18.2018 18:18:47	S.o. Neuropsychologen sollten mehr therapieren,, das tät ihnen auch für ihre diagnostische Arbeit gut!
9.18.2018 22:10:18	Mehr freischaffende Neuropsychologen, welche über die Krankenkassen abrechnen können.
9.19.2018 5:02:39	
9.19.2018 8:11:43	Engere Zusammenarbeit und besseres Weiterbildungsangebot
9.19.2018 8:52:17	
9.19.2018 10:43:47	Dass es mehr freie Kapazitäten bei den Neuropsychologen gibt.
9.19.2018 14:08:20	Gemeinschaftspraxis
9.19.2018 16:32:32	Als Logopädin im Verteiler der Berichtskopien sein, da öfter therapierelevante Erkenntnisse bereits erfasst wurden und während der logopädischen Intervention nicht nochmals "getestet" werden müssten. Die Initiative zur interdisziplinären Zusammenarbeit dürfte auch einmal von der Seite der Neuropsychologie kommen.
9.19.2018 17:15:37	
9.19.2018 20:46:51	guter gegenseitiger Informationsaustausch
9.19.2018 21:51:44	mehr Vernetzung; überhaupt von einander wissen. Mehr Neuropsychologinnen
9.20.2018 8:01:53	
9.20.2018 10:37:43	Gemeinsame WB könnten Grundlage für Begegnung schaffen
9.20.2018 11:10:24	Oft haben die Patienten keine Neuropsychologie wegen der Finanzierung, was bedauerlich ist. Eine Zusammenarbeit wäre wünschenswert.
9.20.2018 15:56:27	Absprache, d.h. viele neuropsychologische Übungen werden mit Sprachmaterial gemacht, und da ist es für die PatientInnen manchmal nicht nachvollziehbar, was der Unterschied zwischen den Therapien ist
9.21.2018 11:20:53	
9.24.2018 7:14:05	NP sollte Leistung der obl. Krankenversicherung werden, damit mehr Patienten von spezifischer Therapie profitieren könnten. Zusammenarbeit wäre dann der nächste Schritt. In Rehakliniken funktioniert diese sehr gut!
9.24.2018 21:23:34	Bessere Zusammenarbeit, resp. finanzielle Mittel, um dies zu ermöglichen!!
9.27.2018 18:32:59	Da ich auf dem Land arbeite und die Patienten auch vom Land kommen, ist eine spezielle zusätzliche Behandlung oft sehr aufwändig für sie. Schon um die Logopädie zu besuchen, nehmen viele eine Fahrzeit von über zwei Stunden (hin- und zurück) auf sich, was eine grosse Belastung darstellt. (Müdigkeit / Zeit der Angehörigen / Organisation) Wenn ich Fragen habe, kann ich mich an die Mitarbeiter der Insel Bern wenden und mich beraten lassen. Sonst arbeiten wir mit dem was möglich ist und für den Patienten leistbar ist. Mich würde eine Information unterstützen, wie ich mich mit Fachfragen an eine Neuropsychologin wenden kann.
9.30.2018 17:36:21	eine engere Zusammenarbeit wäre spannend und wünschenswert
9.30.2018 21:48:47	Ein Austausch wäre schon sinnvoll, v.a. um die Schweregrade der verschiedenen Bereiche und ihren Einfluss auf die Verwendung der Sprache besser einschätzen zu können. Aber das macht im Verlaufe der Therapie nur Sinn, wenn der Klient auch neuropsychologische Unterstützung erhält. Ein anderes Problem ist, dass diese Zeiten des Austausches NIE genügend mit der Viertelstunde Vor- und Nachbereitung (Tarifziffer 7503) abgegolten sind. Da muss man sich schon überlegen, ob man gratis arbeiten will. Man arbeitet mit allen Telefonaten und sonstigen Absprachen schon zu oft gratis...im Verhältnis zur effektiv bezahlten Zeit.
10.2.2018 7:14:58	Mehr Kenntnisse von Neuropsychologie in der Ausbildung und Fortbildungen. Mehr Kenntnisse von Neurologen der Arbeit der Logopädinnen
10.6.2018 13:11:34	Für mich wäre es vor allem wichtig, neuropsychologische Abklärungsberichte zu erhalten, was leider selten geschieht.