

HAWK Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst
Hildesheim/Holzminde/Göttingen
Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit
B.Sc. - Studiengang Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie

Bachelorthesis

Logopädische Interventionen während der Betreuungszeit im Kindergarten - Entwicklung möglicher Versorgungsmodelle

Erstprüferin: Wencke Reßler, M.Sc.
Zweitprüferin: Prof. Dr. Ulla Beushausen

Annika Hecht
6. Semester
Matrikel-Nr.: 722456
annika.hecht@stud.hawk.de

Abgabedatum: 13.02.2019

HAWK Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst
Holzminden/Hildesheim/Göttingen
Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit
B.Sc. - Studiengang Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie

Annika Hecht, Matrikel-Nr. 722456, 6. Semester, Datum: 13.02.2019

Logopädische Interventionen während der Betreuungszeit im Kindergarten – Entwicklung möglicher Versorgungsmodelle

Hintergrund: Immer mehr Kinder werden ganztags in einem Kindergarten betreut. Notwendige logopädische Interventionen werden deshalb in den späten Nachmittag verlagert. Dies führt zu Engpässen bei der Vergabe von Nachmittagsterminen in ambulanten Praxen und zu langen Wartezeiten auf einen Therapieplatz. Daher sollte darüber nachgedacht werden, die Therapie während der Betreuungszeit im Kindergarten zu erlauben.

Ziel: Es soll herausgearbeitet werden, auf welche Art und Weise die logopädische Versorgung von Kindergartenkindern während der Betreuungszeit im Kindergarten ermöglicht werden kann.

Methode: Auf der Grundlage einer Literaturrecherche wird analysiert, welche Chancen und Risiken die logopädische Intervention während der Betreuungszeit für Kinder, Eltern, den Kindergarten, die Therapeut/inn/en und die Kostenträger hätte. Unter Berücksichtigung der rechtlichen Rahmenbedingungen werden mögliche Versorgungsmodelle entworfen.

Ergebnisse: Für alle Beteiligten kann herausgestellt werden, dass die Chancen überwiegen. Sowohl die Finanzierung als auch die Zulassungsempfehlungen müssen an die Situation in Kindergärten angepasst werden, um die Therapie dort zu ermöglichen. Die Therapeut/inn/en könnten entweder beim Kindergarten(-träger) beschäftigt werden oder als Angestellte einer logopädischen Praxis Hausbesuche im Kindergarten durchführen.

Schlussfolgerung: Die Therapie im Kindergarten erscheint sinnvoll und ist mithilfe der herausgearbeiteten Versorgungsmodelle umsetzbar. Die Gesetzgeber sollten die rechtlichen Rahmenbedingungen anpassen, um Modellprojekte zu ermöglichen.

Schlüsselwörter: Logopädie, Sprachtherapie, Kinder, Kindergarten, Betreuungszeit, Versorgungsmodelle, rechtliche Rahmenbedingungen

HAWK University of Applied Sciences and Arts
Holzminden/Hildesheim/Göttingen
Faculty of Social Work and Health
B.Sc. – Degree Programme Occupational Therapy, Speech and Language
Therapy and Physiotherapy

Annika Hecht, matriculation number 722456, semester 6, date: 13.02.2019

Speech and language therapy interventions during the care period in the kindergarten - Development of possible care models

Background: More and more children are being looked after in a full-time childcare. Necessary speech and language therapy (SLT) interventions are therefore postponed to the late afternoon. In outpatient practices, this often leads to bottlenecks in the allocation of afternoon appointments and a long wait for a therapy. Therefore, it should be considered to admit therapy during care time in kindergarten.

Objective: The aim is to work out how SLT care for children in kindergarten can be made possible during care time.

Methods: Based on literature search, the chances and risks of SLT intervention during care time are being analysed for children, parents, kindergartens, therapists and payers. Considering the legal framework conditions, possible care models are designed.

Results: It can be highlighted that there are more chances than risks for all the participants. Both the financing and the approval recommendations have to be adjusted to the situation in kindergartens in order to allow therapy on site. The therapists could either be employed by the kindergarten or carry out home visits to the kindergarten as employees of a SLT practice.

Conclusion: The therapy in kindergarten appears to make sense and can be implemented using the mentioned care models. The legislators should adjust the legal framework in order to allow model projects.

Keywords: Speech and language therapy, SLT, children, kindergarten, care period, care models, legal framework conditions

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis

1	Einleitung	1
2	Derzeitige Interventionen im Kindergartenalter	3
2.1	Sprachförderung im Kindergarten	4
2.2	Abgrenzung Sprachförderung - Sprachtherapie	6
2.3	Sprachtherapie im Kindergartenalter	7
2.4	Schlussfolgerung/Problematik	9
3	Chancen und Risiken einer logopädischen Behandlung während der Betreuungszeit im Kindergarten	11
3.1	Chancen und Risiken für die Kinder	12
3.2	Chancen und Risiken für die Eltern	15
3.3	Chancen und Risiken für den Kindergarten	17
3.4	Chancen und Risiken für die Therapeut/inn/en	19
3.5	Chancen und Risiken für die Kostenträger	21
4	Rechtliche Rahmenbedingungen	23
4.1	Finanzierung	23
4.2	Räumliche und organisatorische Vorgaben für logopädische Interventionen	25
4.2.1	Allgemeine räumliche und organisatorische Vorgaben	25
4.2.2	Übertrag auf die Therapie im Kindergarten	26
5	Entwicklung möglicher Versorgungsmodelle	28
5.1	Modell 1: „Hausbesuche“ im Kindergarten	29
5.2	Modell 2: Therapie während der Betreuungszeit in einer ambulanten Praxis	32
5.3	Modell 3: Anstellung einer Logopädin/eines Logopäden im Kindergarten	33
6	Diskussion	33
7	Fazit und Ausblick	38
8	Literaturverzeichnis	41
	Anhang	

Abkürzungsverzeichnis

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BGBI.	Bundesgesetzblatt
CDU	Christlich Demokratische Union
dbl	Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.
HAWK	Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
I-Kind	Integrationskind
Kita	Kindertagesstätte
KiTaG	Gesetz über Tageseinrichtungen für Kinder
LKK	Landwirtschaftliche Krankenkasse
LRS	Lese-Rechtschreib-Schwäche
Nds. GVBl.	Niedersächsisches Gesetz- und Verordnungsblatt
SES	Sprachentwicklungsstörung
SGB	Sozialgesetzbuch
SPD	Sozialdemokratische Partei Deutschlands
vdek	Verband der Ersatzkassen

1 Einleitung

Die Kindergärten in Niedersachsen sind seit August 2018 beitragsfrei (Niedersächsisches Kultusministerium, 2018a), das Bundesfamilienministerium bringt verschiedene Investitionspakete für die Verbesserung und den Ausbau der Kindertagespflege auf den Weg¹ und es gibt z.B. von der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD) Forderungen, den Rechtsanspruch auf einen Betreuungsplatz auf einen Rechtsanspruch für eine ganztägige Betreuung auszuweiten (SPD Bundestagsfraktion, 2017). Die (Ganztags-)Betreuung im Kindergartenalter ist derzeit ein prominentes politisches Thema. Sieben bis acht Prozent aller Kinder in diesem Alter haben eine Sprachentwicklungsstörung (Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V., 2013), welche möglichst frühzeitig behandelt werden sollte, um Folgestörungen, z.B. eine Lese-Rechtschreib-Schwäche (LRS) zu verhindern (Wendlandt, 2017, S. 168; Ringmann und Beier, 2014, S. 97ff.). Diese Kinder benötigen eine logopädische Therapie, welche sie im Regelfall vor oder nach dem Kindergartenbesuch in ambulanten logopädischen Praxen erhalten. Die Therapie in Einrichtungen ist nach §11 Absatz 2 der Heilmittel-Richtlinie für die meisten Kinder verboten (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2017, S. 11). Der Deutsche Bundesverband für Logopädie e.V. veröffentlichte im Januar 2019 ein Positionspapier zu diesem Thema. Dort fordert der Verband aufgrund der steigenden Zahlen von ganztags betreuten Kindern, die Therapie von Kindern in Einrichtungen, wie z.B. Kindergärten, zu erlauben (Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V., 2019). Begründet wird die Forderung u.a. damit, dass die derzeitige Versorgungssituation „die Lebenswirklichkeit und die Bedürfnisse vieler Familien“ ignoriert, „für massive Engpässe in der Vergabe von Nachmittagsterminen in der Praxis“ sorgt und dadurch „zu unnötig langen Wartezeiten [führt], die den Beginn einer notwendigen Therapie verzögern“ (ebd.).

Auf logopädischer Seite gibt es zwar die Forderung, therapeutische Interventionen in Bildungseinrichtungen zu ermöglichen (ebd.), konkrete Umsetzungsvorschläge konnten im Rahmen der Recherche jedoch nicht gefunden werden. Daher wird in dieser Bachelorarbeit auf Grundlage einer Literaturrecherche der Frage nachgegangen, welche Möglichkeiten es gibt, Kinder im Kindergartenalter während der Betreuungszeit im Kindergarten logopädisch zu versorgen. Von den Regierungsparteien gibt es bisher keine Bestrebungen in diese Richtung (Deutscher Bundesverband für Logo-

¹ Gesetz zum weiteren qualitativen und quantitativen Ausbau der Kindertagesbetreuung: vom 29.06.2017 (Bundesgesetzblatt (BGBl.) I Nr. 40 S. 1893) und Gesetz zur Weiterentwicklung der Qualität und zur Teilhabe in der Kindertagesbetreuung: vom 19.12.2018 (BGBl. I Nr. 49 S.2696).

pädie e.V., 2017), weshalb die Relevanz des Themas in Kapitel 2 noch einmal verdeutlicht werden soll. Dafür wird aufgezeigt, wie der Ist-Zustand der Versorgung mit Sprachförder- und Sprachtherapiemaßnahmen im Kindergartenalter in Niedersachsen ist. Im dritten Kapitel werden die Chancen und Risiken einer logopädischen Intervention während der Betreuungszeit im Kindergarten beleuchtet. Anschließend werden im vierten Kapitel die rechtlichen Rahmenbedingungen erläutert. Im fünften Kapitel werden auf Basis der in den vorherigen Kapiteln gewonnenen Erkenntnisse drei mögliche Versorgungsmodelle skizziert, welche anschließend im sechsten Kapitel diskutiert werden sollen. Abschließend wird ein Ausblick gegeben.

Für die Erstellung dieser Bachelorarbeit wurden die Internetseiten verschiedener Landes- und Bundesministerien sowie die Internetseite des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie durchsucht und die Positionen und Gesetze der einzelnen Beteiligten zusammengetragen. Um die Position des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie e.V. noch genauer zu erfassen, wurde ein Telefongespräch mit der Präsidentin des Verbandes geführt. Zudem tauschte sich die Autorin dieser Bachelorarbeit mit einer langjährigen Praxisinhaberin aus. Die Protokolle zu den beiden Gesprächen sind im Anhang A und B zu finden. Die Recherche nach Studien und Reviews in den Datenbanken CINAHL, Cochrane Library und PubMed wurde mit den Suchbegriffen „speech therapy“, „children“ bzw. „child, preschool“, „setting“, „workplace“ und „kindergarten“ in verschiedenen Kombinationen durchgeführt. Durch diese konnten jedoch keine relevanten Volltexte gefunden werden. Außerdem wurde per Handsuche in der Bibliothek der Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst (HAWK) in Hildesheim Fachliteratur zusammengetragen.

Die im Titel genannten „logopädischen Interventionen“ beziehen sich in dieser Bachelorarbeit schwerpunktmäßig auf die Therapie von sämtlichen Kommunikations- und Schluckstörungen im Kindergartenalter. Darüber hinaus schließen sie laut der offiziellen europäischen Definition auch die „Förderung, Prävention [...] Beratung, Begleitung, [das] Management sowie [die] Rehabilitation im Gesundheits- und (Aus-)Bildungsbereich“ mit ein (Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V., 2011). Zudem sind die Diagnostik und interprofessionelle Zusammenarbeit wichtige Bausteine der logopädischen Arbeit (Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V., 2011; Körner und Dorn, 2016, S. 241).

Die gesamte Ausarbeitung beschränkt sich in Bezug auf den Kindergarten auf das Bundesland Niedersachsen, da die Bachelorarbeit an einer Hochschule dieses Bundeslandes verfasst wurde. Die Einbeziehung ande-

re Bundesländer wäre aufgrund der Heterogenität des Bildungswesens in Deutschland zu umfangreich für diese Bachelorarbeit gewesen. Es werden die Begriffe „Logopädin/Logopäde“, „Therapeut/in“ und „therapeutische Fachkraft“ verwendet. Diese sollen stellvertretend für alle sprachtherapeutisch relevanten Berufsgruppen (Logopäd/inn/en, akademische Sprachtherapeut/inn/en, Atem- Sprech- und Stimmlehrer/innen usw.) stehen. Des Weiteren wird der Begriff „Kindergarten“ anstatt des Begriffs „Kindertagesstätte“ (Kita) verwendet. Kitas betreuen Kinder im Alter von null bis 14 Jahren. Die Bachelorarbeit fokussiert sich auf das Kindergartenalter (drei Jahre bis Schuleintritt), daher ist „Kindergarten“ in diesem Zusammenhang der passendere Begriff. Viele der Aussagen, insbesondere die in Kapitel 3 erläuterten Chancen und Risiken lassen sich jedoch vermutlich auch auf Krippen- und Schulkinder und die Institutionen, die diese Kinder betreuen, übertragen.

2 Derzeitige Interventionen im Kindergartenalter

Fast alle Kinder in Deutschland werden zwischen ihrem dritten und dem fünften Lebensjahr tagsüber in einem Kindergarten betreut (Statistisches Bundesamt, 2018). Seit 2013 besteht nach §24 des Sozialgesetzbuchs (SGB) VIII ein Rechtsanspruch auf einen Betreuungsplatz ab dem ersten Lebensjahr². Dieser gilt bisher nur für Halbtagsplätze, einige Parteien, z.B. die SPD wünschen sich jedoch, den Rechtsanspruch in den nächsten Jahren auf Ganztagsplätze auszuweiten (SPD Bundestagsfraktion, 2017). Dafür soll das Ganztagsangebot in den nächsten Jahren noch weiter ausgebaut werden³. Die durchschnittliche Betreuungszeit im Kindergartenalter liegt aktuell bei 7,2 Stunden täglich (Statistisches Bundesamt, 2017b, S. 57). Damit werden viele Kinder in diesem Alter bereits ganztags betreut und verbringen fast ein Drittel des Tages in Kindergärten. Dies ist notwendig, da in immer mehr Familien beide Elternteile berufstätig sind (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2017, S. 87). Die Ganztagsangebote leisten somit einen wichtigen Anteil, um die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu erhöhen, was beispielsweise ein im aktuellen niedersächsischen Koalitionsvertrag von der SPD und der Christlich Demokratischen Union (CDU) festgeschriebenes Ziel ist (SPD Landesverband Niedersachsen und CDU in Niedersachsen, 2017, S. 7). Umso wichtiger ist

² SGB VIII – Kinder und Jugendhilfe: vom 26. Juni 1990 (BGBl. I S. 1163), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 19. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2696).

³ Gesetz zum weiteren qualitativen und quantitativen Ausbau der Kindertagesbetreuung: vom 29.06.2017 (BGBl. I Nr. 40 S. 1893).

es, dass die Kinder in der langen Zeit am Tag, die sie in Kindergärten verbringen, auch gut betreut und gefördert werden.

„Damit es jedes Kind packt!“-Das ist das Motto der aktuellen Bundesfamilienministerin Franziska Giffey, die mit einem Investitionsprogramm die frühkindliche Bildung und Betreuung sichern und verbessern möchte (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2018a). Neben der Erweiterung der Öffnungszeiten ist die Sprachförderung dabei ein wichtiger Bestandteil. Auch hierfür sollen in den kommenden Jahren nach §2 Nr. 7 Mittel aus dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Qualität und zur Teilhabe in der Kindertagesbetreuung („Gute-KiTa-Gesetz“) bereit stehen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2018b)⁴.

Aktuelle Zahlen über die sprachlichen Fähigkeiten der Kinder in Niedersachsen bei den Schuleingangsuntersuchungen zeigen, wie wichtig das Thema Sprache ist: 21,8% aller Vorschulkinder zeigten deutliche Auffälligkeiten im Bereich Sprache. Sie waren zum Zeitpunkt der Untersuchung bereits in logopädischer Behandlung oder bekamen eine Empfehlung für eine genauere Abklärung und eventuelle Aufnahme einer Therapie. Weitere 21% hatten leichtere sprachliche Defizite (Niedersächsisches Landesgesundheitsamt, 2017, S. 52f.).

In den folgenden Unterkapiteln soll dargelegt werden, wie Kinder mit leichteren und schwereren Sprachproblemen im Kindergartenalter aktuell versorgt und unterstützt werden. Zunächst wird in Kapitel 2.1 aufgezeigt, welche Angebote und Maßnahmen es zur Sprachförderung derzeit gibt und wie die politischen Bestrebungen zu diesem Thema sind. Des Weiteren soll in Kapitel 2.2 die meist durch Pädagog/inn/en durchgeführte Sprachförderung von der durch Logopäd/inn/en erbrachten Sprachtherapie abgegrenzt werden. Auf letztere wird in Kapitel 2.3 noch einmal genauer eingegangen, bevor in Kapitel 2.4 Schlussfolgerungen aus den in den vorherigen Kapiteln zusammengetragenen Informationen gezogen werden sollen.

2.1 Sprachförderung im Kindergarten

Im zweiten Kapitel wurde angesprochen, dass 2017 eine Vielzahl an Kindern bei der Schuleingangsuntersuchung, welche 15 Monate vor der Einschulung stattfindet, sprachliche Auffälligkeiten zeigten. Kinder, bei denen Sprachförderbedarf festgestellt wird, müssen verpflichtend bis zur Einschulung an einem Sprachförderprogramm teilnehmen (Niedersächsisches Institut für frühkindliche Bildung und Entwicklung, 2015). Bis zum Sommer

⁴ Gesetz zur Weiterentwicklung der Qualität und zur Teilhabe in der Kindertagesbetreuung: vom 19.12.2018 (BGBl. I Nr. 49 S.2696).

2018 fand diese vorschulische Sprachförderung in der Grundschule statt. Seit der am 01.08.2018 in Kraft getretenen Gesetzesänderung im Gesetz über Tageseinrichtungen für Kinder (KiTaG)⁵ sollen laut §18a Erzieher/innen im Kindergarten diese Aufgabe übernehmen. Neben dem besonderen Fokus auf sprachauffällige Kinder im letzten Jahr vor der Einschulung soll nach §2 KiTaG im Kindergarten allgemein alltagsintegrierte Sprachförderung durch die Erzieher/innen stattfinden⁶. Alltagsintegrierte Sprachförderung bedeutet, dass sprachförderliche Verhaltensweisen und sprachliche Angebote bewusst in der alltäglichen Interaktion mit dem Kind eingesetzt werden (Schrey-Dern, 2014, S. 228). Die Kinder sollen in den verschiedensten alltäglichen Situationen, z.B. beim Anziehen oder beim Tisch decken von den Pädagog/inn/en zum Sprechen angeregt werden. Dies geschieht z.B. durch das Stellen von offenen Fragen und durch Aktives Zuhören. Statt die Kinder direkt auf Fehler in ihren Äußerungen hinzuweisen, werden ihre Aussagen von den Pädagog/inn/en mittels korrektiven Feedbacks verbessernd wiederholt und ggf. erweitert (Schrey-Dern, 2010).

Für die Umsetzung der Sprachförderung existiert eine Vielzahl an Konzepten. Eine einheitliche Vorgabe, welche Konzepte verwendet werden sollen, gibt es nicht, sodass aktuell viele Kommunen eigene Konzepte entwickeln, um vom Land Niedersachsen Fördergelder für die Sprachförderung nach §18a KiTaG zu erhalten⁷. Zwar gilt alltagsintegrierte Sprachförderung insgesamt als wirksam (Lisker, 2011, S. 60ff.), die Wirksamkeit der einzelnen regionalen Konzepte zur Umsetzung der Sprachförderung sind jedoch meist nicht mit Studien belegt. In manchen Kommunen existiert zum jetzigen Zeitpunkt noch gar kein Konzept, sodass die Gesetzesänderung zur Sprachförderung insgesamt zu Verunsicherungen bei den Fachkräften führt (Zett, 2018). Zudem sind viele Erzieher/innen aktuell nicht oder nur unzureichend für die Sprachförderung ausgebildet (Kita-Stadtteilernrat Hannover, 2018, S. 3). Eine zusätzliche Herausforderung für die Umsetzung der Sprachförderung ist der bestehende Fachkräftemangel bei Erzieher/innen (Zett, 2018). Bis 2025 fehlen in Deutschland laut dem aktuellen Bildungsbericht 309.000 Erzieher/innen (Autorengruppe Bildungsberichterstattung, 2018).

Abgesehen von den aktuellen Unsicherheiten in Bezug auf die Umsetzung der Sprachförderung, wird es jedoch von den meisten Beteiligten

⁵ Gesetz über Tageseinrichtungen für Kinder (KiTaG): vom 7. Februar 2002 (Niedersächsisches Gesetz- und Verordnungsblatt (Nds. GVBl.) Nr. 6/2002 S. 57), zuletzt geändert durch Art. 6 des Gesetzes vom 18.12.2018 (Nds. GVBl. Nr. 18/2018 S. 317).

⁶ Ebd.

⁷ Ebd.

positiv gesehen, die Sprachförderung im letzten Jahr vor der Einschulung von der Grundschule in den Kindergarten zu verlagern. Studien belegten, dass die Sprachförderung direkt im Alltag der Kinder wirksamer ist, als eine gesonderte Förderung (Landesarbeitsgemeinschaft Elterninitiativen Niedersachsen/Bremen e.V., 2018, S. 3f.; Zett, 2018; Niedersächsisches Kultusministerium, 2018b; Lisker, 2011).

2.2 Abgrenzung Sprachförderung - Sprachtherapie

Wie im vorherigen Unterkapitel beschrieben, ist die Sprachförderung aktuell ein politisch bedeutsames Thema, in welches viel Geld investiert wird. Auf den ersten Blick betrachtet könnte angenommen werden, dass Sprachtherapie bei gut ausgebauten Sprachfördermaßnahmen nicht mehr notwendig sein könnte, Erzieher/innen also zukünftig die Rolle einer/eines Logopädin/Logopäden ersetzen könnten, wie es manche Fortbildungsinstitute, z.B. die Akademie für Kindergarten, Kita und Hort GmbH, suggerieren (Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. und Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten e.V., 2017). Um diese These zu widerlegen, sollen nun die Unterschiede zwischen Sprachförderung und Sprachtherapie verdeutlicht werden.

Sprachfördermaßnahmen, insbesondere im Sinne der alltagsorientierten Sprachförderung (siehe Kapitel 2.1), sind z.B. für Kinder sinnvoll, die in ihrer Muttersprache keinerlei Sprachauffälligkeiten zeigen, aber Unterstützung im Erwerb des Deutschen als Zweitsprache brauchen (Rupp, 2013, S. 90). Auch Kinder, deren Eltern z.B. wegen schwierigen sozialen und ökonomischen Bedingungen nicht die notwendige sprachliche Zuwendung aufbringen können, sind eine Zielgruppe von Sprachfördermaßnahmen (Schrey-Dern, 2014, S. 229). Hierbei sollen bereits vorhandene sprachliche Fähigkeiten weiter ausgebaut und gefördert werden. Die Angebote sind also auf die allgemeinen sprachlichen Fähigkeiten der Kinder ausgerichtet und haben das Ziel, den Kindern ein alters- und schulagemessenes Bildungsniveau zu ermöglichen (ebd., S. 231). Es wird hierbei in der Regel nicht auf die individuellen Defizite einzelner Kinder eingegangen (Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V., o.J.b). Für Kinder mit einer Sprachentwicklungsstörung, also z.B. Kinder, die sowohl im Deutschen als auch in ihrer Muttersprache inhaltliche oder zeitliche Abweichung von der normalen Sprachentwicklung im Kindesalter zeigen, sind diese Angebote nicht zielführend (Rupp, 2013, S. 90; Schrey-Dern, 2014, S. 90).

[Durch] die Teilnahme an für alle sprachauffälligen Kinder konzipierten Fördermaßnahmen kann eine echte Sprachentwicklungsstörung nicht überwunden werden. Es ist wissenschaftlich bewiesen, dass mit einer allgemeinen Sprachförderung bei Kindern mit Sprachstörungen nach dem dritten Lebensjahr keinerlei Aufholeffekte mehr zu erreichen sind. Trotzdem werden immer wieder Kinder, die eine Sprachtherapie brauchen, in eine allgemeine Sprachfördermaßnahme geschickt. (Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V., o.J.b)

Die Sprachtherapie zielt darauf ab, mit den betroffenen Kindern individuell an den einzelnen linguistischen Ebenen zu arbeiten, um eingeschränkte kommunikative Funktionen zu beheben und den Kindern zur bestmöglichen Partizipation im Alltag zu verhelfen. Die Sprachtherapie ist eine Leistung des Gesundheitswesens, während die Sprachförderung im Bildungswesen verankert ist und von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich gehandhabt wird (Schrey-Dern, 2014, S. 231; Niedersächsisches Institut für frühkindliche Bildung und Entwicklung, 2015). Um zu entscheiden, welches Kind welche Maßnahmen benötigt, bedarf es einer differenzierten Diagnostik (Bundesverband für Kinder- und Jugendärzte et al., 2014). Auf die Art, die Inhalte und den besten Zeitpunkt für eine Diagnostik und auf die Frage, wer eine solche Diagnostik durchführen sollte, wird jedoch in dieser Bachelorarbeit aus Platzgründen nicht weiter eingegangen. Stattdessen soll die Therapie von Kindern im Kindergartenalter im Fokus stehen.

2.3 Sprachtherapie im Kindergartenalter

Kinder im Kindergarten- und Grundschulalter stellen die mit Abstand größte Patient/inn/engruppe von Logopäd/inn/en in niedergelassenen Praxen dar (Wissenschaftliches Institut der AOK, 2018a, S. 15). Insbesondere im Alter von sechs Jahren, also während der Übergangsphase vom Kindergarten in die Grundschule erhalten 22,9% aller Jungen und 15,5% aller Mädchen logopädische Unterstützung (ebd., S. 6). Über die Hälfte aller logopädischen Verordnungen werden mit der Diagnose „Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache“ ausgestellt (ebd., S. 22). Laut der zehnten Revision der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) handelt es sich dabei „um Störungen, bei denen die normalen Muster des Spracherwerbs von frühen Entwicklungsstadien an beeinträchtigt sind.“ (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2018). In der Logopädie wird dieses Störungsbild als Sprachentwicklungsstörung (SES) bezeichnet. Eine SES kann eine oder mehrere linguistische Ebenen

betreffen. Dazu zählen die Aussprache, die Grammatik, die Erzählfähigkeit sowie der Wortschatz und das Sprachverständnis.

Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache ziehen oft sekundäre Folgen nach sich, wie Schwierigkeiten beim Lesen und Rechtschreiben, Störungen im Bereich der zwischenmenschlichen Beziehungen, im emotionalen und Verhaltensbereich. (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2018)

Daher sollte eine SES möglichst frühzeitig therapiert werden (Scharff Rethfeldt, 2017). Weitere logopädische Störungsbilder, die zu einem Therapiebedarf im Kindergartenalter führen können, sind unter anderem Redeflussstörungen, wie z.B. Stottern, myofunktionelle Störungen, z.B. ein pathologisches Schluckmuster, sowie Störungen der auditiven Wahrnehmung und Verarbeitung, die sich z.B. dadurch zeigen, dass die Betroffenen Probleme haben, Gesprächen in einer lauten Umgebung zu folgen (Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V., 2013).

Aktuell ist es der Regelfall, dass diese Kinder in Deutschland in ambulanten Praxen logopädisch therapiert werden (Statistisches Bundesamt, 2017b). Um eine Therapie bekommen zu können, muss zunächst eine Ärztin/ein Arzt, z.B. die Kinderärztin/der Kinderarzt, den Therapiebedarf feststellen und eine Verordnung ausstellen (Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V., o.J.a). Grundlage dafür sind die Heilmittel-Richtlinie und der Heilmittelkatalog (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2017). Mit der Verordnung werden die Kinder bzw. ihre Eltern in der Praxis vorgestellt, wo sie von der Logopädin/dem Logopäden diagnostiziert und therapiert werden (Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V., o.J.a).

Die Praxis, in der die Therapie stattfindet, muss speziellen räumlichen Anforderungen genügen, um eine Kassenzulassung zu bekommen und gesetzlich versicherte Patient/inn/en therapieren zu dürfen (vgl. Kapitel 4.2). Eine Therapie außerhalb der Praxis ist normalerweise nur möglich, wenn aus medizinischen Gründen, z.B. bei bettlägerigen Patient/inn/en, ein Hausbesuch verordnet wird (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2017, S. 11). Kindergartenkinder mit dem Bedarf an Sprachtherapie müssen also vor oder nach der Betreuungszeit im Kindergarten eine logopädische Praxis aufsuchen. Eine Therapie direkt im Kindergarten ist für gesetzlich versicherte Patient/inn/en in der Regel nicht erlaubt (ebd.).

Eine Ausnahme stellen sog. Integrationskinder (I-Kinder) dar. Auch diese bekommen von der Ärztin/vom Arzt zunächst eine Verordnung über die Therapie und suchen sich dann eine Therapeutin/einen Therapeuten.

Allerdings dürfen I-Kinder direkt in Einrichtungen therapiert werden, sofern diese ganztägig in einer auf ihre Förderung ausgerichteten Tageseinrichtung, also z.B. in einer integrativen Gruppe eines Regelkindergartens, untergebracht sind (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011, S. 8).

Die Regelung trägt der Lebenswirklichkeit behinderter Kinder bzw. deren Eltern Rechnung, denen es bei ganztägiger Unterbringung in den genannten Einrichtungen nur schwer möglich ist, die Praxis eines Heilmittelerbringers zur Inanspruchnahme verordneter Leistungen aufzusuchen. (ebd.)

In einer integrativen Gruppe sind zwei bis vier Kinder, die behindert oder von Behinderung bedroht sind (Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie, 2014). Diese werden gemeinsam mit nicht-behinderten Kindern, sog. Regelkindern betreut und erhalten zusätzlich spezielle heilpädagogische Förderung (ebd.).

Für die Therapie im Kindergarten wird nur die Therapiezeit vergütet, die Zeit für den Weg zum Kindergarten wird, anders als bei Hausbesuchen z.B. bei Pflegeheimpatient/inn/en, von den meisten Krankenkassen nicht bezahlt (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2017, S. 11). Räumliche Vorgaben für die Therapie der I-Kinder im Kindergarten gibt es, im Gegensatz zu der Therapie in der Praxis, nicht.

Neben den I-Kindern dürfen auch privat versicherte Kinder direkt im Kindergarten therapiert werden, da für diese die Heilmittel-Richtlinien nicht gelten. Privat versichert sind in Deutschland jedoch nur etwa 10% aller Versicherten, sodass diese Ausnahme nur auf wenige Kinder zutrifft (Statista, 2018). Die in derselben Gruppe ganztags betreuten gesetzlich versicherten Regelkinder hingegen dürfen, obwohl sie möglicherweise eine ebenso schwere Sprachentwicklungsstörung wie ein I-Kind oder ein privat versichertes Kind haben, keine logopädische Therapie direkt im Kindergarten erhalten. Sie müssen, wie oben beschrieben, eine ambulante logopädische Praxis aufsuchen. Begründet wird dies damit, dass die Qualität der Behandlung in der ambulanten Praxis höher sei.

2.4 Schlussfolgerung/Problematik

In Kapitel 2.3 wurde dargelegt, dass die logopädische Versorgung von sog. Regelkindern und I-Kindern unterschiedlich gehandhabt wird. Für beide Regelungen wurden Argumente angeführt, die kritisch zu betrachten sind. Auf der einen Seite gehen die Kostenträger davon aus, dass eine qualitativ hochwertige Therapie nur in der Praxis möglich ist, weshalb Regelkinder dort therapiert werden sollen. Im Umkehrschluss könnte aus die-

sem Argument interpretiert werden, dass eine qualitativ minderwertigere Therapie für I-Kinder von den Kostenträgern als hinnehmbar gesehen wird. Erhebungen, an welchem Ort die Therapie wirklich hochwertiger erbracht werden kann, gibt es bisher nicht. Dies soll im weiteren Verlauf der Bachelorarbeit noch ausführlicher betrachtet werden. Auf der anderen Seite wird für die Therapie von I-Kindern in Einrichtungen angeführt, dass es I-Kindern und ihren Eltern aufgrund der ganztägigen Betreuung nur schwer möglich ist, eine Praxis aufzusuchen. Dieses Argument ist nicht von der Hand zu weisen. Allerdings stellt sich die Frage, warum selbiges für gleichaltrige Regelkinder, die oftmals ebenfalls ganztags einen Kindergarten besuchen (vgl. Kapitel 2), als zumutbar betrachtet wird.

Bleibt der aktuelle Trend bestehen, so werden in den nächsten Jahren noch mehr Kinder ganztägig einen Kindergarten besuchen, während beide Elternteile berufstätig sind (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2017, S. 67). Wird davon ausgegangen, dass die meisten Kinder täglich von acht bis 16 Uhr einen Kindergarten besuchen und die Eltern aufgrund der Berufstätigkeit keine Möglichkeit haben, die Kinder früher aus dem Kindergarten abzuholen oder später hinzubringen, so lässt sich schnell feststellen, dass viele Familien nur am frühen Morgen und am späten Nachmittag zeitliche Kapazitäten für eine ambulante logopädische Therapie haben.

Wie in Kapitel 2.3 beschrieben, sind über die Hälfte aller Patient/inn/en einer logopädischen Praxis Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen. In Kapitel 2 wurde angesprochen, dass ein Ziel der verstärkten Ganztagsbetreuung die bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf sein soll (SPD Landesverband Niedersachsen und CDU in Niedersachsen, 2017). Für Logopäd/inn/en ist diese Vereinbarkeit ein Stück weit weniger gegeben, wenn diese über die Hälfte ihrer Patient/inn/en dann therapieren sollen, wenn der Kindergarten geschlossen hat. Die schlechten Arbeitszeiten sind ein Grund dafür, dass viele Logopäd/inn/en darüber nachdenken, den Beruf zu verlassen oder ihn bereits verlassen haben (Schwarzmann et al., 2018, S. 24). Es herrscht Therapeut/inn/enmangel (Bundesagentur für Arbeit Statistik/Arbeitsmarktberichterstattung, 2018, S. 19). Das führt dazu, dass die Wartelisten in vielen Praxen insbesondere für die späten Nachmittagstermine lang sind und Kindergartenkinder schon heute oft mehrere Monate auf einen Therapieplatz warten⁸. Dadurch geht Zeit verloren, die die Kinder benötigen, um die Sprachentwicklungsstörung bestmöglich zu

⁸ Persönliches Gespräch mit der Inhaberin einer logopädischen Praxis am 09.01.2019. Gesprächsprotokoll siehe Anhang B.

überwinden und ausreichende sprachliche Fähigkeiten für den Schulstart zu erlernen (Wendlandt, 2017, S. 168). Die Politik setzt dafür, wie in Kapitel 2.1 beschrieben, auf Sprachförderung im Kindergarten, die eine Sprachtherapie für Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen jedoch nicht ersetzen kann. Darüber hinaus wurde deutlich, dass zurzeit eine Vielzahl von Sprachförderkonzepten ohne Evidenzgrundlage angewendet werden und durch den Fachkräftemangel die Sprachförderung aktuell vielerorts nicht adäquat umgesetzt werden kann (vgl. Kapitel 2.1).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Qualität der Sprachförderung in Kindergärten aktuell als fraglich zu betrachten ist und davon ausgegangen werden kann, dass diese als alleinige Maßnahme für viele Kinder nicht ausreicht. In Bezug auf die Versorgung mit sprachtherapeutischen Leistungen lässt sich feststellen, dass eine Ungleichbehandlung zwischen I-Kindern und Regelkindern vorliegt und die Versorgung letzterer in ambulanten Praxen zukünftig voraussichtlich nicht sichergestellt werden kann. Um dem entgegen zu wirken, erscheint es sinnvoll, die Therapie von Regelkindern während der Betreuungszeit der Kindergartenkinder zu erlauben. Die Chancen und Risiken, die rechtlichen Rahmenbedingungen und mögliche Versorgungsmodelle dazu sollen im Folgenden dargelegt und diskutiert werden. Auf die Frage, inwiefern Logopäd/inn/en Erzieher/innen durch ihre Expertise im Bereich der Sprachförderung unterstützen könnten, soll nur am Rande eingegangen werden.

3 Chancen und Risiken einer logopädischen Behandlung während der Betreuungszeit im Kindergarten

Im folgenden Kapitel sollen nun Überlegungen dazu angestellt werden, welche Folgen die logopädische Behandlung direkt im Kindergarten bzw. während der Zeit, in der die Kinder im Kindergarten betreut werden, hätte. Dafür sollen die Chancen und Risiken für die beteiligten Parteien einzeln betrachtet werden. Begonnen wird mit den Kindern und ihren Eltern. Anschließend soll beleuchtet werden, wie sich die Zusammenarbeit mit einer Logopädin/einem Logopäden auf den Kindergarten sowie die dort angestellten Fachkräfte auswirken könnte. Danach wird auf die Vor- und Nachteile für die Therapeut/inn/en eingegangen. Abschließend wird erörtert, ob und in welcher Form die Kostenträger von einem solchen Versorgungsmodell profitieren würden. Wie genau mögliche Versorgungsmodelle aussehen könnten, wird in Kapitel 5 dargestellt. An dieser Stelle wird allgemein davon ausgegangen, dass es eine Kooperation zwischen einer logopädischen Fachkraft und einem Kindergarten gibt, wodurch die logo-

pädagogische Therapie während der Zeit, in der die Kinder im Kindergarten betreut werden, ermöglicht wird.

3.1 Chancen und Risiken für die Kinder

„Zugang zur Bildung für alle.“ Diese Forderung ist im aktuellen Koalitionsvertrag der niedersächsischen Landesregierung festgeschrieben (SPD Landesverband Niedersachsen und CDU in Niedersachsen, 2017). Auch wenn Logopädie offiziell ein Teil des Gesundheitswesens ist, ist die Sprachtherapie trotzdem ein wichtiger Beitrag zur Bildung. Nicht umsonst bezeichnete bereits Wilhelm von Humboldt (1767-1835) Sprache als Schlüssel zur Welt (Walter, 2007)(Wendlandt, 2017; Walter, 2007). Mithilfe von Sprache können Kinder soziale Kontakte knüpfen, sich Zusammenhänge erklären lassen und Informationen über sich selbst vermitteln (Specht-Tomann und Tropper, 2000, S. 22). Dies kann durch eine Sprachentwicklungsstörung deutlich erschwert sein, beispielsweise wenn die Äußerungen der Kinder aufgrund phonologischer Fehler unverständlich sind oder ihr rezeptiver Wortschatz nicht ausreicht, um ihre Mitmenschen zu verstehen. Daher ist der Zugang zur Sprachtherapie für die gesamte Entwicklung und Bildung der betroffenen Kinder bedeutsam. Es wurde bereits beschrieben, dass der Zugang zur Therapie im Kindergarten und damit auch zur gezielten Bildung im Bereich Sprache im Kindergarten I-Kindern vorbehalten ist. Sog. Regelkinder sind somit ein Stück weit vom „Zugang zur Bildung für alle“ ausgeschlossen.

In Kapitel 2.4 wurde schon angesprochen, dass durch die Ganztagsbetreuung viele Kinder erst am späten Nachmittag in die Praxis kommen können. Dadurch ist die Nachfrage für Termine am späten Nachmittag aktuell meist größer als das Angebot an freien Therapieplätzen (Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V., 2019). Viele Kinder müssen deshalb monatelang auf einen Therapieplatz warten (ebd.). Dies könnte umgangen werden, wenn es möglich wäre, die Kinder bereits während der Betreuungszeit im Kindergarten zu therapieren. Es würde ein zusätzliches Zeitfenster von ca. acht Stunden pro Tag entstehen, in denen es potentiell möglich wäre, einen Termin für die Therapie zu vereinbaren. Die Therapie könnte also vermutlich schneller begonnen werden. Unter Logopäd/inn/en besteht Einigkeit darüber, dass insbesondere Sprachentwicklungsstörungen möglichst frühzeitig (ab ca. dem 24. Lebensmonat) behandelt werden sollten (Wendlandt, 2017, S. 168). So können Folgestörungen, wie z.B. eine LRS bestmöglich verhindert werden (Ringmann und Beier, 2014, S. 97ff.). Dies ist für die betroffenen Kinder wichtig, um später in der Schule

möglichst gute Bildungschancen zu haben. Weitere Folgestörungen sind unter anderem Störungen des Sozialverhaltens, eine eingeschränkte kognitive Entwicklung und emotionale Belastungen (Wendlandt, 2017, S. 168). Auch diese sollten möglichst durch eine frühzeitige Therapie vermieden werden, da sie nicht nur zu Problemen auf dem weiteren Bildungsweg, sondern auch zu psychischen Erkrankungen führen können (Ringmann und Beier, 2014, S. 97ff.).

Neben dem frühzeitigeren Therapiebeginn könnte auch die Uhrzeit der Therapie einen Einfluss auf den Therapieerfolg haben. Es ist zu vermuten, dass Kinder vormittags im Kindergarten aufmerksamer und dadurch aufnahmefähiger sind, als nachmittags nach einem achtstündigen Kindergarten tag. Diese These lässt sich bisher leider auch nach intensiver Recherche in den Datenbanken Pubmed, CINAHL und Cochrane mit den Suchbegriffen „child, preschool“, „kindergarten“, „attention“, „periodicity“, „time-of-day“ und „learning curve“ nicht mit Studien belegen.

Eine weitere Chance durch die Therapie während der Betreuungszeit stellt die neu gewonnene Freizeit am Nachmittag dar. Das Wissenschaftliche Institut der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) warnt davor, Kinder durch eine Vielzahl an Therapieangeboten zeitlich zu sehr zu belasten (Wissenschaftliches Institut der AOK, 2018b). Wenn die Therapie während der Betreuungszeit im Kindergarten stattfinden würde, würde die zusätzliche zeitliche Belastung wegfallen. Die Kinder hätten am Nachmittag Zeit für Hobbys, für Treffen mit Freunden oder gemeinsame Unternehmungen mit der Familie.

Eine Herausforderung könnte sein, dass die Kinder aus dem Spiel im Kindergarten gerissen werden. Spielen ist für die Kinder ein wichtiger Lernprozess, indem sie z.B. Erlebtes im Spiel verarbeiten (Heimlich, 2015, S. 64). Es ist jedoch anzumerken, dass Kinder sowohl im Kindergarten als auch zuhause aufgrund der Tagesstruktur immer wieder ihr Spiel unterbrechen müssen, z.B. wenn sie aus dem Kindergarten abgeholt werden oder es Essen gibt. Es sollte für die Kinder transparent gemacht werden, wann sie Therapie haben, damit sie sich darauf einstellen können. Dies könnte beispielsweise im Morgenkreis des Kindergartens besprochen werden.

Des Weiteren ist zu bedenken, dass die Kinder durch die Sprachtherapie eine Sonderstellung im Kindergarten einnehmen. Dadurch könnte die Befürchtung aufkommen, dass die Kinder durch die Teilnahme an der Therapie im Kindergarten stigmatisiert werden. Kinder werden jedoch oft schon durch die sprachliche Auffälligkeit an sich stigmatisiert (Suchodoletz und Macharey, 2006, S. 715ff.), sodass fraglich ist, ob die Teilnahme an der

Therapie sich zusätzlich negativ auswirken würde. Die Erfahrung zeigt, dass viele Kinder stolz darauf sind, an der Therapie teilzunehmen und 45 Minuten lang die alleinige Aufmerksamkeit der Therapeutin/des Therapeuten haben zu dürfen⁹.

Eine weitere Chance, die durch die Therapie im Kindergarten entsteht, ist, dass die Therapie sich im Sinne der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) stärker an der Lebenswirklichkeit der Patient/inn/en orientieren kann. (Grötzbach et al., 2014, S. 289). In der Therapie soll laut Grötzbach et al. „großer Wert auf Alltagsnähe gelegt werden, d.h. die Therapie sollte realitätsnahe Kommunikationserfahrungen ermöglichen und viele In-vivo-Anteile enthalten“ (2014, S. 289). Dies ist im Kindergarten deutlich leichter umsetzbar als in der Praxis, weil die Therapie nun dort stattfindet, wo die Kinder einen großen Teil ihres Alltags verbringen. Der Übertrag von isolierten Übungen im Therapieraum auf den Kindergartenalltag wird dadurch erleichtert. Wurde beispielsweise im Therapieraum die Zungenruhelage erarbeitet, kann dies direkt im Anschluss z.B. beim Schaukeln auf dem Außenspielgelände im Beisein der Logopädin/des Logopäden umgesetzt werden. Wenn die Therapie in der Praxis stattfindet, müssen die Kinder den Übertrag auf den (Kindergarten-)Alltag in der Regel eigenständig, bzw. gemeinsam mit ihren Eltern meistern (vgl. Kapitel 3.2).

Die von Grötzbach et al. (2014, S. 289) angesprochenen „Realitätsnahe[n] Kommunikationserfahrungen“ könnten z.B. durch die Einbeziehung von Freunden in einzelne Therapiesequenzen geschaffen werden. Außerdem besteht vermehrt die Möglichkeit, Gruppentherapien durchzuführen, da die Kinder bereits zeitgleich an einem Ort sind, was die Terminfindung erleichtert. Gruppentherapien ermöglichen, dass die Kinder sich gegenseitig im Lernen unterstützen und motivieren (Bühling, 2013, S. 29). Darüber hinaus kann die zeitgleiche Therapie mehrerer Kinder die oft sehr lange Wartezeit auf einen Therapieplatz verkürzen (ebd., S. 20).

Insgesamt wurde deutlich, dass die Therapie während der Betreuungszeit im Kindergarten für die Kinder als positiv zu bewerten ist. Es besteht die Herausforderung, dass die Kinder für die Therapie den normalen Kindergartenalltag unterbrechen müssen. Auf der anderen Seite gibt es aber die Chancen, den Zugang zur Therapie zu verbessern, die Therapien frühzeitiger zu beginnen und die Effektivität durch die verstärkte Berücksichtigung des Lebensumfeldes der Kinder zu erhöhen. Darüber hinaus hätten die Kinder am Nachmittag mehr Freizeit.

⁹ Persönliches Gespräch mit der Inhaberin einer logopädischen Praxis am 09.01.2019. Gesprächsprotokoll siehe Anhang B.

3.2 Chancen und Risiken für die Eltern

36% aller Arbeitnehmer/inn/en wünschen sich mehr Zeit mit ihrer Familie (Bundesministerium für Arbeit und Soziales und YouGov, 2018, S. 2). Die Therapie der Kinder während der Betreuungszeit im Kindergarten könnte dazu beitragen. Statt das Kind vom Kindergarten abzuholen und es kurze Zeit später in einer logopädischen Praxis wieder abgeben zu müssen, hätten Eltern und Kinder die Chance, den Nachmittag ohne einen Therapietermin gemeinsam zu verbringen.

Wenn die Eltern das Kind nicht zur Therapie bringen und abholen besteht jedoch das Risiko, dass sie schlechter über die Inhalte und den Fortschritt der Therapie informiert sind. Die Elternarbeit ist wichtig, weil Eltern für ihre Kinder im Regelfall die wichtigsten Bezugspersonen und damit ein wichtiger Umweltfaktor im Sinne der ICF sind (Grötzbach et al., 2014, S. 14). Sie sollen dem Kind dabei helfen, die in der Therapie erlernten Fähigkeiten in den Alltag zu übertragen, indem sie Therapeutische Hausaufgaben mit dem Kind erledigen und sich im Alltag sprachfördernd verhalten (Westernacher, 2008, S. 15ff.). In der Praxis ist es der Regelfall, dass die Eltern am Ende einer Therapiestunde für ein kurzes Gespräch in den Therapieraum gebeten werden. So kann die Therapeutin/der Therapeut gemeinsam mit dem Kind über die Stundeninhalte berichten und die Therapeutischen Hausaufgaben erklären¹⁰. Die Eltern haben die Möglichkeit, Fragen zu stellen und von Problemen und Fortschritten im Alltag zu erzählen. Solche regelmäßige, kurze, persönliche Gespräche zwischen Eltern, Kind und Therapeut/in sind bei einer Therapie im Kindergarten schwer umsetzbar, da die Eltern während der Therapiezeit nicht anwesend sind. Stattdessen müssen andere Wege gefunden werden, um den Austausch zu gewährleisten. Eine Möglichkeit ist, die mündliche Kommunikation durch schriftliche Kommunikation zu ersetzen. Es könnte ein Austauschheft angelegt werden, in das die Therapeutin/der Therapeut am Ende jeder Stunde die wichtigsten Stundeninhalte sowie Anweisungen für zuhause hineinschreibt. Auch die Eltern können ihre Anliegen und Rückmeldungen an die therapeutische Fachkraft in diesem Heft notieren. Das Austauschheft wird in die Kindergartentasche des Kindes gelegt, sodass es für beide Seiten immer zugänglich ist. Solche Austauschhefte gewährleisten bereits die Kommunikation zwischen Eltern und Therapeut/inn/en in vielen Sprachheilkindergärten (Sprachheilkindergarten Degersen, 2016; Sprachheilkindergarten

¹⁰ Persönliches Gespräch mit der Inhaberin einer logopädischen Praxis am 09.01.2019. Gesprächsprotokoll siehe Anhang B.

garten Cuxhaven, 2016; Sprachheilzentrum Calw, 2009). Voraussetzung dafür ist, dass mindestens ein Elternteil oder ein/e nahe/r Angehörige/r die deutsche Sprache lesen und schreiben kann, was bei rund 7,5 Millionen funktionalen Analphabeten in Deutschland nicht immer gegeben ist (Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2016). Hier sind mündliche Kommunikationswege nötig. Auch bei Eltern mit normalen Lese- und Rechtschreibfähigkeiten sollte ein Austauschheft möglichst durch andere Kommunikationswege ergänzt werden, um einen umfassenden Austausch zu gewährleisten. Eine zusätzliche Möglichkeit ist, die Bezugserzieherin bzw. den Bezugserzieher des Kindes als Ansprechpartner/in und Informationsübermittler/in sowohl für Eltern als auch für die Logopädin/den Logopäden zu bestimmen. Die pädagogische Fachkraft sieht sowohl die Eltern als auch die Therapeutin/den Therapeuten regelmäßig. Allerdings birgt die Kommunikation über dritte immer die Gefahr, dass Informationen verloren gehen (GroNova AG, 2019), deshalb sollte diese Kommunikationsform nur eine Ergänzung zum direkten schriftlichen und/oder mündlichen Austausch zwischen Therapeut/in und Eltern sein. Im besten Fall ist die Logopädin/der Logopäde während der Bring- oder Abholphase im Kindergarten und hat zusätzlich zur Therapiezeit ein Zeitfenster für eine Art „Elternsprechstunde“. In dieser könnten alle Eltern, deren Kinder in logopädischer Behandlung sind, sich bei Bedarf einzeln kurz mit der Logopädin/dem Logopäden austauschen. Es ist jedoch fraglich, wie die zusätzliche Arbeitszeit der Logopädin/des Logopäden finanziert werden könnte und ob die Anwesenheit während der Bring-/Abholphase der Therapeutin/dem Therapeuten organisatorisch möglich ist (vgl. Kapitel 4.1 und Kapitel 6). Die mündliche Kommunikation wäre außerdem durch Telefontermine oder persönliche Treffen zwischen Eltern und Therapeut/in in regelmäßigen Abständen möglich. Auch der/die Bezugserzieher/in könnte einem persönlichen Treffen beiwohnen, sodass dabei sowohl über die allgemeine Entwicklung im Kindergarten als auch über die Fortschritte in der Therapie und die Situation zuhause gesprochen werden kann (vgl. Ausführungen zu interprofessioneller Arbeit in Kapitel 3.3). Der Austausch zwischen Eltern und Therapeut/in könnte bei einer Therapie also durch eine Kombination verschiedener Kommunikationswege gesichert werden. Wenn die Erzieher/innen in den Austausch mit einbezogen werden, könnte dieser sogar umfassender als in der ambulanten Praxis verlaufen. Der Bundesverband für Logopädie fordert für die interprofessionelle Arbeit entsprechende Vergütungsmöglichkeiten¹¹.

¹¹ Telefongespräch mit der Präsidentin des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie e.V. am 24.12.2018. Gesprächsprotokoll siehe Anhang A.

Ein weiteres Risiko, welches einige Logopäd/inn/en im Rahmen einer Landesverbandssitzung des Deutschen Bundesverbandes in Hamburg ansprachen, ist, dass die Therapeut/inn/enwahl eingeschränkt sein könnte, wenn eine feste Logopädin/ein fester Logopäde für eine Einrichtung zuständig wäre (Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. Landesverband Hamburg, 2018, S. 4). Dem ist entgegenzusetzen, dass es weiterhin ambulante Logopädiepraxen geben wird, welche die Patient/inn/en versorgen, die nicht im Kindergarten direkt behandelt werden. Sind Eltern mit der Logopädin/dem Logopäden im Kindergarten nicht zufrieden, steht es ihnen frei, ihr Kind auch weiterhin in einer ambulanten Praxis bei der Therapeutin/dem Therapeuten der Wahl behandeln zu lassen.

Insgesamt lässt sich also sagen, dass die Therapie während der Betreuungszeit im Kindergarten für Eltern die Risiken einer eingeschränkten Therapeut/inn/enwahl und eines mangelnden Austauschs mit sich bringt. Insbesondere der Austausch lässt sich jedoch mithilfe verschiedener Kommunikationswege und der Einbeziehung von Erzieher/innen so organisieren, dass er letztendlich sogar umfassender sein könnte, als es im Moment in der logopädischen Praxis der Regelfall ist. Darüber hinaus haben die Eltern die Chance, den Nachmittag ohne einen zusätzlichen Therapietermin gemeinsam mit ihrem Kind zu verbringen.

3.3 Chancen und Risiken für den Kindergarten

Im vorherigen Unterkapitel (3.2) wurde deutlich, dass der Austausch mit den Eltern sich bei einer Therapie während der Betreuungszeit im Vergleich zur Therapie in der ambulanten Praxis verändert. Die in Kapitel 3.2 dargestellte Möglichkeit, dass die Erzieher/innen als Informationsübermittler zwischen Eltern und Therapeut/in dienen, birgt die Gefahr, dass die Verantwortung für die Kommunikation an die Erzieher/innen abgegeben wird und diese dadurch eine zusätzliche Arbeitsbelastung erfahren. Hier sollten alle Parteien gut absprechen, inwiefern die verschiedenen Kommunikationswege für alle Beteiligten gewinnbringend und zumutbar sind.

Neben dem Austausch mit den Eltern kann auch der Austausch zwischen Therapeut/in und Erzieher/innen anders gestaltet werden, wenn Therapien während der Betreuungszeit stattfinden. Dies stellt eine große Chance für eine intensivere Zusammenarbeit dar. Bisher arbeiten pädagogische und therapeutische Fachkräfte meist im Sinne eines multiprofessionellen Teams (Körner und Dorn, 2016, S. 240). Dabei haben Erzieher/innen und Therapeut/inn/en jeweils eigene Ziele, die verfolgt werden (Körner und Dorn, 2016, S. 240). Einen direkten Austausch untereinander

gibt es bei Kindern, die in die Praxis kommen, meist nur im Bedarfsfall¹². Wenn die Therapien während der Betreuungszeit stattfinden, könnte dies den Austausch allein schon dadurch intensivieren, dass sich die pädagogischen und therapeutischen Fachkräfte regelmäßig sehen. Darüber hinaus wäre beispielsweise denkbar, dass die Logopädin/der Logopäde an Team-sitzungen des Kita-Personals teilnimmt, wenn dort über die Kinder, die sich in therapeutischer Behandlung befinden, gesprochen wird. Eine verstärkte Kommunikation untereinander wäre der erste Schritt hin zu einer interprofessionellen Zusammenarbeit. Dabei arbeiten alle beteiligten Parteien zusammen an einem gemeinsam festgelegten Ziel und tauschen sich regelmäßig darüber aus (ebd.). Es ist nachgewiesen, dass die Arbeit in interprofessionellen Teams effektiver ist als in multiprofessionellen Teams (ebd., S. 241). Dies zeigt sich unter anderem in einer höheren Zufriedenheit der Mitarbeiter/innen und Patient/inn/en. Außerdem ist der Behandlungserfolg größer (ebd., S. 242f.).

Neben der Zusammenarbeit in Hinblick auf die Therapie könnte die interprofessionelle Zusammenarbeit auch im Bereich Sprachförderung genutzt werden. Dadurch würden nicht nur die therapiebedürftigen Kinder, sondern alle Kinder im Kindergarten von der interprofessionellen Zusammenarbeit profitieren. So gibt es z.B. in Wolfsburg das Förderkonzept Sprachbildung, bei dem Logopäd/inn/en und andere qualifizierte Fachkräfte die Erzieher/innen zwei Jahre lang regelmäßig im Kindergarten begleiten (Risch, 2018). Die Logopädin/der Logopäde supervidiert und unterstützt die alltagsintegrierte Sprachförderung der pädagogischen Fachkräfte. Es werden gemeinsam Ziele erarbeitet und reflektiert, um beispielsweise den Morgenkreis sprachfördernder zu gestalten (ebd.).

Die zusätzliche Expertise im Bereich Sprache könnte insgesamt zu einer höheren Attraktivität des Kindergartens im Wettbewerb mit anderen Kindergärten führen. Wichtig ist, dass die Therapien organisatorisch in den Kindergartenalltag integriert werden. Es sollte für alle Beteiligten klar sein, wann die Therapien stattfinden. So kann gewährleistet werden, dass das Kind sich auf die Therapie einstellen kann und nicht völlig unerwartet aus dem Spiel gerissen wird. Zudem können die pädagogischen Fachkräfte dafür Sorge tragen, dass das Kind zu dieser Zeit für die Therapie verfügbar ist und nicht z.B. einen Spaziergang mit der Kindergartengruppe macht. Außerdem muss ein für die Therapiezeit ein geeigneter Therapieraum zur Verfügung stehen. Aktuell gibt es für die Therapie von I-Kindern keinerlei

¹² Persönliches Gespräch mit der Inhaberin einer logopädischen Praxis am 09.01.2019. Gesprächsprotokoll siehe Anhang B.

räumliche Vorgaben, was dazu führt, dass die Therapie oft in ungeeigneten Räumen durchgeführt werden muss, in denen es z.B. keine geeigneten Sitzmöglichkeiten gibt¹³. Um gesetzlich versicherte Regelkinder im Kindergarten zu therapieren, ist es nach aktuellem Recht notwendig, die Zulassung für einen Raum im Kindergarten zu beantragen. Hierbei gelten die Regeln, die auch für die Zulassung von Praxisräumen gelten. Diese beinhalten u.a. eine eigene Toilette und einen eigenen Eingang (GKV Spitzenverband, 2018, S. 7). Diese Vorgaben sind für Kindergärten weder als realistisch noch als notwendig zu betrachten. Hier muss ein für den Kindergarten räumlich umsetzbarer Mittelweg gefunden werden, welcher eine qualitativ hochwertige Therapie ermöglicht. Dies wird in Kapitel 4.2 noch ausführlicher dargelegt.

Abschließend lässt sich sagen, dass die verstärkte Zusammenarbeit mit Logopäd/inn/en für den Kindergarten abgesehen von den räumlichen Herausforderungen vor allem Chancen durch die zusätzliche Kompetenzen im Bereich Sprache mit sich bringt.

3.4 Chancen und Risiken für die Therapeut/inn/en

Im Folgenden soll überlegt werden, welche Auswirkungen die Therapie während der Betreuungszeit für die Therapeut/inn/en hätte. Es bedarf einiger rechtlicher Änderungen, was z.B. die Vergütung der Leistungen betrifft (vgl. Kapitel 4.1). Außerdem muss sichergestellt werden, dass zeitlicher Mehraufwand, der z.B. durch die in Kapitel 3.3 angesprochene Teilnahme an Teamsitzungen oder die in Kapitel 3.2 erwähnten Telefongespräche mit Eltern entstehen würde, auch entsprechend vergütet wird. Wie genau diese Teilbereiche der logopädischen Arbeit zukünftig finanziert werden könnten, müssen die zuständigen Kostenträger, z.B. die gesetzlichen Krankenkassen, entscheiden.

Im Zusammenhang mit den Auswirkungen auf die Erzieher/innen wurde bereits die Herausforderung angesprochen, dass ein geeigneter Raum im Kindergarten vorhanden sein sollte, was bei der Therapie von I-Kindern aufgrund fehlender Vorgaben bisher oft nicht der Fall ist.¹⁴ Darüber hinaus kann es für die Logopäd/inn/en herausfordernd sein, dass im Kindergarten meist weniger Therapiematerial vorhanden ist als in einer ambulanten Praxis. Es ist daher ratsam, dass der/die Therapeut/in sich einen Überblick über das Material des Kindergartens verschafft, sodass er/sie

¹³ Persönliches Gespräch mit der Inhaberin einer logopädischen Praxis am 09.01.2019. Gesprächsprotokoll siehe Anhang B.

¹⁴ Ebd.

z.B. Bücher und Spiele ggf. mitnutzen kann. Woher die Therapeut/inn/en spezifisches Therapiematerial wie z.B. Arbeitsblätter oder Diagnostikmaterial beziehen können, wird im Rahmen der Vorstellung der Versorgungsmodelle in Kapitel 5 erläutert.

In Kapitel 3.3 wurden außerdem die Vorteile von interprofessioneller Arbeit angesprochen. Diese gelten auch für Therapeut/inn/en. Durch den interprofessionellen Austausch könnte die Therapie im Sinne des Settingansatzes und der ICF noch stärker auf die aktuelle Lebenssituation des Kindes ausgerichtet werden (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2015; Grötzbach et al., 2014, S. 22f.).

Die bisher genannten Aspekte in diesem Unterkapitel bezogen sich auf die Therapie. Die Arbeit während der Betreuungszeit im Kindergarten hätte jedoch auch für die Therapeut/inn/en persönlich Konsequenzen. Es ist anzuführen, dass die Möglichkeit, Therapien bereits während der Betreuungszeit im Kindergarten durchzuführen, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf von Logopäd/inn/en erhöhen kann. Die aktuelle Regelung, dass Kinder nur in ambulanten Praxen therapiert werden dürfen, führt zwangsweise dazu, dass Logopäd/inn/en dann arbeiten sollen, wenn der Kindergarten geschlossen hat. Dies führt entweder dazu, dass Logopäd/inn/en Familie und Beruf schlechter mit einander vereinbaren können oder dazu, dass die Kinder, die erst am späten Nachmittag therapiert werden können, sehr lange auf einen Therapieplatz warten müssen, weil einige Therapeut/inn/en zu dieser Zeit vermutlich bereits Feierabend haben, um Zeit mit der eigenen Familie zu verbringen. Möglicherweise könnten das neue Arbeitsfeld „Kindergarten“ und die damit verbundenen Arbeitszeiten außerdem dazu beitragen, den Beruf für die an der Kindersprachtherapie interessierte Therapeut/inn/en wieder attraktiver zu machen.

Eine weitere Chance, die die Arbeit im Kindergarten bietet, ist die verstärkte Möglichkeit zur Spezialisierung auf den Bereich Kindersprache. Therapeut/inn/en mit diesem Schwerpunkt arbeiten aktuell überwiegend in ambulanten Praxen (Statistisches Bundesamt, 2017a). In Praxen müssen meist alle logopädischen Störungsbilder behandelt werden (GKV Spitzenverband, 2018, S. 7), sodass eine Spezialisierung auf nur einen Themenbereich vor allem in kleinen Praxen nur schwer möglich und ein oberflächlicheres Wissen über eine immer größer werdende Vielzahl an Störungsbildern notwendig ist.¹⁵ Es ist davon auszugehen, dass die Therapie an Qualität gewinnt, wenn die Therapeutin/der Therapeut auf das zu therapierende

¹⁵ Telefongespräch mit der Präsidentin des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie e.V. am 24.12.2018. Gesprächsprotokoll siehe Anhang A.

Störungsbild spezialisiert ist.¹⁶ Außerdem könnte durch die Arbeit im Kindergarten die Sprachförderung als neues Handlungsfeld für Logopäd/inn/en hinzukommen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Therapie während der Betreuungszeit für die Therapeut/inn/en die Chancen zur verstärkten interprofessionellen Arbeit, zur Spezialisierung auf die kindlichen Störungsbilder sowie zur verstärkten Arbeit im Handlungsfeld Sprachförderung mit sich bringt. Zudem wäre es möglich, mehr Kinder am Vormittag zu therapieren, was die Vereinbarkeit von Familie und Beruf für Therapeut/inn/en erhöhen könnte. Herausfordernd ist, dass zunächst neue gesetzliche Regelungen notwendig sind, um die Therapien im Kindergarten zu erlauben, adäquate Räumlichkeiten zu gewährleisten und die Finanzierung sicherzustellen. Dies wird in den Kapiteln 4-6 noch weiter thematisiert.

3.5 Chancen und Risiken für die Kostenträger

Finanzierung von interprofessioneller Zusammenarbeit, Kosten für die Schaffung vernünftiger Therapieräume, Einführung von „Elternsprechstunden“ und die Bezahlung von Fahrtkosten zum Kindergarten für die Therapeut/inn/en. Aufgrund dieser in den vorherigen Kapiteln genannten Forderungen könnte zunächst davon ausgegangen werden, dass eine optimale Therapie während der Betreuungszeit im Kindergarten zusätzliche Kosten verursacht.

Zwei Thesen über die Therapie während der Betreuungszeit im Kindergarten im Gegensatz zur Therapie in der Praxis sind zum einen ein früherer Therapiebeginn durch kürzere Wartezeiten auf einen Therapieplatz und zum anderen eine bessere Aufnahmefähigkeit der Kinder am Vormittag. Sollten diese beiden Thesen stimmen, so ist davon auszugehen, dass sich Therapieerfolge schneller einstellen und die Therapie somit insgesamt einen kürzeren Zeitraum andauert. Je weniger Therapiestunden benötigt werden, desto weniger Geld muss für die Therapie insgesamt ausgegeben werden. Im besten Fall können die sprachlichen Auffälligkeiten bereits im Kindergartenalter so weit überwunden werden, dass die Kinder später in der Schule die gleichen Bildungschancen wie Kinder ohne Sprachentwicklungsstörungen haben. Die gleichen Bildungschancen würden zusätzlich dadurch unterstützt, wenn es in den Kindergärten nachweislich wirksame Sprachfördermaßnahmen gäbe. Aktuell gibt das Land Niedersachsen nach

¹⁶ Ebd.

§18a KiTaG¹⁷ jährlich 32,5 Millionen Euro für die Sprachförderung im Kindergarten aus. Viele Kindergärten bekommen zwar aktuell die Fördergelder, haben jedoch aufgrund von Personalmangel und unzureichender Sprachförderkonzepte Probleme, die Mittel adäquat zu verwenden (Zett, 2018). Wie in Kapitel 3.3 und 3.4 beschrieben, könnten Logopäd/inn/en mit ihrer Sprachexpertise dazu beitragen, dass in den Kindergärten nachhaltige und wirksame Sprachförderkonzepte implementiert werden, sodass die Fördergelder sinnvoll genutzt werden.

Ein wichtiges Ziel von Sprachförder- und Sprachtherapieangeboten während der Betreuungszeit im Kindergarten ist die bestmögliche Vorbereitung auf die Schule, insbesondere auf den Schriftspracherwerb. Etwa die Hälfte aller Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen bilden später eine LRS aus (Kany und Schöler, 2014, S. 94). Eine bestehende, unbehandelte LRS erhöht das Risiko für einen funktionalen oder totalen Analphabetismus. Etwa 50% aller funktionalen Analphabeten haben keinen oder nur einen geringen Bildungsabschluss (Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2017). Menschen, die keinen oder nur einen geringeren Bildungsabschluss haben, bekommen später oft schlechter bezahlte Jobs, wodurch der Staat geringere Steuereinnahmen hat (Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit, 2014, S. 1). Darüber hinaus ist etwa jeder fünfte Analphabet erwerbslos und damit auf finanzielle Hilfe vom Staat angewiesen (Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2017). Sprachentwicklungsstörungen und das damit verbundene Risiko für eine LRS können dem Staat also langfristig viel Geld kosten. Im Umkehrschluss lässt sich sagen, dass eine frühzeitige Investition in Sprachförderung und Sprachtherapie dazu beitragen könnte, dass die Kinder durch weniger Probleme im Schriftspracherwerb einen besseren Bildungsabschluss schaffen. Dadurch könnten sie leichter eine gut bezahlte Arbeit bekommen und den Staat im Erwachsenenalter durch höhere Steuerabgaben unterstützen. Ob diese Rechnung wirklich aufgeht, müssen Studien zeigen.

Auch zu anderen, in den vorherigen Kapiteln genannten Argumenten, z.B. zur Aufnahmefähigkeit von Kindern, sind weitere Studien nötig. Aufgrund der vorhandenen Literatur lässt sich insgesamt zum Thema „Logopädische Interventionen während der Betreuungszeit im Kindergarten“ sagen, dass es für alle Parteien Risiken gibt, die sich jedoch größtenteils durch organisatorische, rechtliche oder finanzielle Umstrukturierungen lö-

¹⁷ Gesetz über Tageseinrichtungen für Kinder (KiTaG): vom 7. Februar 2002 (Nds. GVBl. Nr. 6/2002 S. 57), zuletzt geändert durch Art. 6 des Gesetzes vom 18.12.2018 (Nds. GVBl. Nr. 18/2018 S. 317).

sen lassen würden. Für alle Parteien konnten insgesamt mehr Chancen als Risiken herausgearbeitet werden. Alles in allem kann ein Versorgungsmodell, das eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen Logopäd/inn/en und Kindergärten ermöglicht, deshalb als sinnvoll betrachtet werden.

4 Rechtliche Rahmenbedingungen

In diesem Kapitel soll die Frage beantwortet werden, welche rechtlichen Rahmenbedingungen es für die ambulante logopädische Therapie von gesetzlich versicherten Patient/inn/en aktuell gibt. Außerdem soll auf die Finanzierung von niedersächsischen Kindergärten im Allgemeinen und den dort stattfindenden Sprachfördermaßnahmen im Speziellen eingegangen werden. Sowohl die Finanzierung von Kindergärten als auch die Finanzierung von logopädischen Interventionen wird in Kapitel 4.1 thematisiert. In Kapitel 4.2 werden die räumlichen Vorgaben für die logopädische Therapie erläutert und ihre Übertragbarkeit auf die Therapie im Kindergarten kritisch hinterfragt. Auf die rechtlichen Rahmenbedingungen für privat versicherte Patient/inn/en sowie für (teil-)stationäre logopädische Leistungen wird aus Platzgründen nicht eingegangen.

4.1 Finanzierung

Die Finanzierung der Heilmittelerbringer in ambulanten Praxen ist zurzeit im Umbruch, da diesbezüglich im Frühjahr 2019 ein neues Gesetz auf den Weg gebracht werden soll (Bundesministerium für Gesundheit, 2018b). Wie genau sich die Finanzierung dann ändern wird, ist noch nicht bekannt, weshalb nun die bisherige Finanzierung grob umrissen wird.

Grundsätzlich lässt sich sagen, dass die Finanzierung von logopädischen Interventionen in ambulanten Praxen, die über die gesetzliche Krankenversicherung abgerechnet werden, auf Grundlage des SGB V erfolgt. Die Verordnungen, die von der Ärztin/vom Arzt ausgestellt werden (vgl. Kapitel 2.3), werden nach Abschluss des Therapieblocks von den Therapeut/inn/en mit den zuständigen Krankenkassen abgerechnet. Damit werden therapeutische Leistungen aus dem Gesundheitsfond des Bundes bezahlt (Bundesministerium für Gesundheit, 2018a). Welche Leistungen in welchem Umfang verordnet werden dürfen, ist im Heilmittelkatalog festgeschrieben, der nach §92 SGB V vom Gemeinsamen Bundesausschuss erstellt wird¹⁸. Die Vergütung wird in jedem Bundesland einzeln zwischen

¹⁸ SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung; vom 20.12.1988 BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert durch Art. 4 G vom 17.8.2017 (BGBl. I S. 3214).

den Spitzenverbänden der Heilmittelerbringer und den Krankenkassen verhandelt und in den Rahmenverträgen nach §125 SGB V festgehalten¹⁹.

Während Therapien aus dem Gesundheitsfond vom Bund finanziert werden, werden Kindergärten und die dort stattfindende Sprachförderung als Teil des Bildungssystems gesehen und von den einzelnen Ländern finanziert. Die Finanzierung ist von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich und wird hier nur für das Land Niedersachsen beschrieben.

Die laufenden Kosten eines Kindergartens werden nach §16 und §16b KiTaG vom Land und den Trägern vor Ort (z.B. städtischer oder kirchlicher Träger) gemeinsam finanziert²⁰. Bis Juli 2018 waren auch die Eltern an der Finanzierung beteiligt, dies ist jedoch seit August 2018 nicht mehr der Fall, da Kinder ab dem 3. Lebensjahr nun nach §21 KiTaG bis zu acht Stunden am Tag beitragsfrei einen Kindergarten besuchen können²¹. Wie schon in Kapitel 2.1 beschrieben, ist die Sprachförderung Aufgabe der Kindergärten. Auch diese wird nach §18a KiTaG vom Land Niedersachsen finanziert²². Aktuell beteiligt sich auch der Bund an der Finanzierung von Kindergärten, indem für einen begrenzten Zeitraum Fördergelder bereitgestellt werden. Bis 2020 bekommen die Länder vom Bund Mittel, um das Betreuungsangebot, z.B. durch den Neubau von Kindergärten zu erweitern²³. Außerdem wird mit dem in Kapitel 2 bereits erwähnten „Gute-KiTa-Gesetz“ bis 2022 nach §2 u.a. Geld für die Erweiterung der Öffnungszeiten, die Gestaltung der Räume in Kindergärten, die Sprachförderung und die Qualifizierung der Fachkräfte zur Verfügung gestellt²⁴. Wie genau das Geld genutzt wird, haben die Länder nach §4 des „Gute-KiTa-Gesetzes“ einzeln mit dem Bund verhandelt²⁵. In Niedersachsen wird das Geld zum Großteil genutzt, um die Beitragsfreiheit refinanzieren zu können (Niedersächsisches Kultusministerium, 2018c).

Insgesamt lässt sich sagen, dass die Finanzierung von logopädischen Interventionen im Kindergarten ein sehr komplexes Thema ist, da sich hier zum einen die Bereiche Bildung und Gesundheit überschneiden

¹⁹ SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung: vom 20.12.1988 BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert durch Art. 4 G vom 17.8.2017 (BGBl. I S. 3214).

²⁰ Gesetz über Tageseinrichtungen für Kinder (KiTaG): vom 7. Februar 2002 (Nds. GVBl. Nr. 6/2002 S. 57), zuletzt geändert durch Art. 6 des Gesetzes vom 18.12.2018 (Nds. GVBl. Nr. 18/2018 S. 317).

²¹ Ebd.

²² Ebd.

²³ Gesetz zum weiteren qualitativen und quantitativen Ausbau der Kindertagesbetreuung: vom 29.06.2017 (BGBl. I Nr. 40 S. 1893).

²⁴ Gesetz zur Weiterentwicklung der Qualität und zur Teilhabe in der Kindertagesbetreuung: vom 19.12.2018 (BGBl. I Nr. 49 S.2696).

²⁵ Ebd.

und zum anderen verschiedene Verwaltungsebenen (Bund, Länder, Kommunen) an der Finanzierung beteiligt wären. Es ist daher wichtig, dass die verschiedenen Kostenträger gemeinsam beraten, wer an welchen Bereichen der Finanzierung mitwirkt. Zu klären wäre dies vor allem für die Vergütung von logopädischen Leistungen, die über die eigentliche Therapie hinausgehen, z.B. die interprofessionelle Zusammenarbeit mit Erzieher/innen, zusätzliche Zeit für Elterngespräche und die Schaffung von geeigneten Therapieräumen im Kindergarten.

4.2 Räumliche und organisatorische Vorgaben für logopädische Interventionen

Dieses Kapitel fokussiert sich auf die räumlichen und organisatorischen Vorgaben für die ambulanten logopädischen Interventionen bei gesetzlich versicherten Patient/inn/en. Die Vorgaben, die in Kapitel 4.2.1 beschrieben werden, müssen bei der Neueröffnung einer Praxis erfüllt werden, um eine Kassenzulassung zu erhalten. In Kapitel 4.2.2 werden Überlegungen angestellt, inwiefern sich diese Vorgaben auf Therapieräume in Kindergärten übertragen lassen.

4.2.1 Allgemeine räumliche und organisatorische Vorgaben

Die räumlichen und organisatorischen Vorgaben für Therapiepraxen werden von den gesetzlichen Krankenkassen bestimmt und sind in den Zulassungsempfehlungen nach § 124 Abs. 4 SGB V für Heilmittelerbringer festgeschrieben²⁶.

Die Praxis muss einen Behandlungsraum mit einer Fläche von mindestens 20m² haben. Für jede weitere, gleichzeitig tätige therapeutische Fachkraft wird ein mindestens 12m² großer Raum benötigt (GKV Spitzenverband, 2018, S. 16f.). Es muss eine ungestörte Therapie gewährleistet sein, weshalb die Therapieräume keine Durchgangsräume sein dürfen (ebd., S. 16). Die Therapieräume dürfen nicht einsehbar sein (ebd., S. 3). Zudem müssen die Räume über die Möglichkeit zur Be- und Entlüftung sowie über eine ausreichende Beheizung und Beleuchtung verfügen (ebd., S. 17). Die Raumhöhe muss durchgehend mindestens 2,40m betragen. Ausgestattet sein muss eine Praxis mit einem Artikulationsspiegel, einer Matte o.Ä. für Entspannungstherapie, Diagnostikmaterial, therapeutischem Bild- und Spielmaterial, Material für die verschiedenen Wahrnehmungsbe-

²⁶ SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung: vom 20.12.1988 BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert durch Art. 4 G vom 17.8.2017 (BGBl. I S. 3214).

reiche, z.B. zur auditiven Wahrnehmung, und einer „technischen Vorrichtung zur Aufnahme und Wiedergabe von Stimme, Sprechen oder Sprache“ (GKV Spitzenverband, 2018, S. 17). Zusätzlich zu den Behandlungsräumen muss die Praxis über einen Wartebereich mit ausreichend Sitzgelegenheiten, eine Toilette mit Waschbecken und der Möglichkeit zur Händedesinfektion sowie einen Verbandskasten verfügen (ebd., S. 7)(GKV Spitzenverband, 2018, S. 7). Die Praxis sollte öffentlich zugänglich und von privaten Räumen getrennt sein.

Sofern während der Öffnungszeiten in der Praxis oder angrenzend an die Praxis weitere Leistungen außerhalb der Heilmitteldisziplin angeboten werden, muss neben einer ungestörten Heilmittelabgabe gewährleistet sein, dass der Patient die für diese Leistungen separat vorzuhaltenden Räume oder Bereiche nicht betreten muss. (ebd.)

Dies bedeutet im Regelfall, dass die Praxis einen eigenen Eingang haben muss. Außerdem soll der Zugang behindertengerecht sein (ebd., S. 7).

Neben den räumlichen Voraussetzungen muss die Praxis maßgeblich an der Heilmittelversorgung beteiligt sein, um eine Zulassung zu erhalten. Dies bedeutet, dass die Praxis mindestens 30 Stunden in der Woche geöffnet sein muss (ebd.). Zudem muss eine für die sprachtherapeutische Arbeit ausgebildete fachliche Leitung, z.B. eine Logopädin/ein Logopäde, für mindestens 30 Stunden in der Woche in der Praxis arbeiten. Die fachliche Leitung trägt die Verantwortung dafür, dass die Therapien auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft qualitativ hochwertig durchgeführt werden (ebd., S. 5).

Erteilt werden die Kassenzulassungen nach § 124 Abs. 5 SGB V durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen²⁷. Die Zulassung können entweder natürliche oder juristische Personen, ggf. also auch der Träger eines Kindergartens, beantragen (ebd., S. 3).

4.2.2 Übertrag auf die Therapie im Kindergarten

Nach der derzeitigen Rechtslage besteht die einzige Möglichkeit, um alle therapiebedürftigen Kinder eines Kindergartens regulär dort therapieren zu dürfen, darin, eine Kassenzulassung für einen Raum im Kindergarten zu bekommen²⁸. Damit würde aus rechtlicher Sicht eine Praxis im Kindergarten eröffnen, wodurch theoretisch Patient/inn/en aller Störungsbilder

²⁷ SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung: vom 20.12.1988 BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert durch Art. 4 G vom 17.8.2017 (BGBl. I S. 3214).

²⁸ Telefongespräch mit einem Mitarbeiter der Rechtsberatung des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie e.V. am 21.01.2019.

und Altersklassen dort behandelt werden dürften (GKV Spitzenverband, 2018, S. 7) (ebd.). Eine rechtliche Grundlage für die Therapie in Einrichtungen, die es ermöglichen würde, eine Zulassung nur für die dort untergebrachten Patient/inn/en zu bekommen, gibt es bisher nicht (Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V., 2014a). Wie oben beschrieben gehören zu einer Kassenzulassung neben der geeigneten Raumgröße und –ausstattung auch ein eigener Eingang, ein Wartebereich und eine Toilette. Laut der Rechtsberatung des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie müssen die Toilette und der Wartebereich separat vom Rest des Kindergartens vorgehalten werden, weil nach den Zulassungsempfehlungen gewährleistet sein muss, dass die Praxisräumlichkeiten zusammenhängend sind und die Bereiche des Kindergartens von den Patient/inn/en nicht betreten werden müssen²⁹. Es bedarf keiner langen Überlegung, um festzustellen, dass ein Kind, das in dem Kindergarten, in dem es regulär betreut wird, für die Wahrnehmung des Therapietermins keine extra Toilette und abgesehen von der Tür, hinter der sich der Therapieraum befindet, auch keinen eigenen Eingang braucht. Ein Wartebereich ist ebenfalls nicht nötig, da die Logopädin/der Logopäde das Kind für die Therapie direkt aus dem Gruppenraum zu sich bitten kann. Bezüglich des Therapieraums kann darüber nachgedacht werden, ob wirklich ein 20m² großer Raum für die Zulassung notwendig ist oder ob nicht auch eine Therapiefläche von 12m² genügend wäre. In den Zulassungsempfehlungen wird diese Raumgröße für jeden weiteren Therapieraum gefordert (GKV Spitzenverband, 2018, S. 16f.). Daraus lässt sich schließen, dass 12m² für Therapieräume generell ausreichend sind. Fraglich ist außerdem, wie entscheidend eine durchgehende Raumhöhe von 2,40m ist, wenn die Patient/inn/en im Regelfall nicht größer als 1,27m sind (Robert Koch-Institut, 2013, S. 20).

Die weiteren Punkte bezüglich der räumlichen Mindestvoraussetzungen und der Grundausstattung erscheinen sinnvoll und auf den Kindergarten übertragbar. Zusätzlich zu der Pflichtausstattung sollte es im Therapieraum einen Tisch, einen kindgerechten Stuhl sowie einen Stuhl, der für die Therapeutin/den Therapeuten eine physiologische Sitzhaltung ermöglicht, geben. Außerdem wäre ein abschließbarer Materialschrank wünschenswert, um zu gewährleisten, dass die zum Teil sehr teuren Materialien nicht verloren gehen³⁰ und die Akten den Datenschutzanforderungen nach Art. 5

²⁹ Telefongespräch mit einem Mitarbeiter der Rechtsberatung des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie e.V. am 21.01.2019.

³⁰ Persönliches Gespräch mit der Inhaberin einer logopädischen Praxis am 09.01.2019. Gesprächsprotokoll siehe Anhang B.

der Datenschutzgrundverordnung³¹ entsprechend gelagert werden. Um zu gewährleisten, dass die Therapieräume nicht einsehbar sind, sollten an Glastüren und Fenstern Vorhänge angebracht sein.

Die Vorgabe, dass der Zugang zur Praxis auch für Patient/inn/en im Rollstuhl möglich ist, ist im Setting Kindergarten nur dann sinnvoll, wenn der gesamte Kindergarten barrierefrei gestaltet ist, sodass die Betreuung gehbehinderter Kinder möglich ist. Werden keine gehbehinderten Kinder im Kindergarten betreut, so werden auch keine gehbehinderten Kinder die Therapieräume direkt in diesem Kindergarten nutzen.

Als letzte Barriere für eine Kassenzulassung im Kindergarten sind die Öffnungszeiten und die Anwesenheit der fachlichen Leitung von mindestens 30 Stunden in der Woche zu nennen. Es ist nicht davon auszugehen, dass die Therapie aller therapiebedürftigen Kinder insbesondere in kleineren Kindergärten 30 Stunden in der Woche einnehmen wird. Daher sollte insbesondere die zeitliche Vorgabe für Kindergärten nicht gelten.

Insgesamt lässt sich sagen, dass es einiger Änderungen der Zulassungsempfehlungen bedarf, um die Therapie aller therapiebedürftigen Kinder in Kindergärten zu ermöglichen. Im Zuge dessen sollte diskutiert werden, ob die Zulassungsempfehlungen nur für die Therapie in Kindergärten oder allgemein für Praxen in manchen Punkten, z.B. bezüglich der durchgehenden Raumhöhe, gelockert werden könnten. Die Präsidentin des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie e.V. spricht sich dafür aus, dass kein unterschiedliches Recht bei der Kassenzulassung für Kindergärten und Praxen geschaffen werden sollte³². Wenn es Zulassungsempfehlungen für den Kindergarten gäbe, sollten diese für I-Kinder und sog. Regelkinder gleichermaßen gelten, um gleichwertige, qualitativ hochwertige Therapiebedingungen für alle Kinder zu ermöglichen.

5 Entwicklung möglicher Versorgungsmodelle

Welche Möglichkeiten gibt es, Kinder im Kindergartenalter während der Betreuungszeit im Kindergarten logopädisch zu versorgen? Diese Forschungsfrage wurde zu Beginn der Bachelorarbeit gestellt. Nachdem die aktuelle Versorgungssituation, die Chancen und Risiken sowie die rechtlichen Rahmenbedingungen in den letzten Kapiteln ausführlich darge-

³¹ Verordnung (EU) des europäischen Parlaments und des Rates zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung): vom 27. April 2016 (2016/679).

³² Telefongespräch mit der Präsidentin des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie e.V. am 24.12.2018. Gesprächsprotokoll siehe Anhang A.

legt wurden, soll nun auf dieser Grundlage damit begonnen werden, die Forschungsfrage zu beantworten. Dafür werden in diesem Kapitel drei mögliche Versorgungsmodelle dargelegt, die anschließend im sechsten Kapitel diskutiert werden sollen. Begonnen wird mit einem Modell, das der derzeitigen Versorgung von I-Kindern ähnelt. Eine in einer Praxis angestellte Logopädin/ein angestellter Logopäde sucht den Kindergarten in Form eines Hausbesuchs auf, um die Kinder dort zu therapieren. Das zweite Modell geht auf die in Kapitel 4.2 beschriebenen Herausforderungen mit den Zulassungsempfehlungen ein. Es wird die Möglichkeit aufgezeigt, die Therapie während der Betreuungszeit in einer logopädischen Praxis durchzuführen. Abschließend wird in Kapitel 5.3 das Modell dargelegt, eine Logopädin/einen Logopäden direkt im Kindergarten bzw. beim Träger des Kindergartens anzustellen.

Es wird bei allen Versorgungsmodellen davon ausgegangen, dass der Kindergarten mit einer Logopädin bzw. einer Logopädiepraxis kooperiert. Die Möglichkeit, dass Logopäd/inn/en aus verschiedenen Praxen die im Kindergarten betreuten Kinder therapieren, würde zwar die freie Therapeut/inn/enwahl stärker aufrechterhalten, ist jedoch rechtlich und organisatorisch schwer umsetzbar. Falls Eltern eine andere Therapeutin/einen anderen Therapeuten für die Behandlung ihres Kindes wünschen, wird erneut auf die Möglichkeit verwiesen, das Kind am Nachmittag in der gewünschten Praxis therapieren zu lassen.

5.1 Modell 1: „Hausbesuche“ im Kindergarten

Wie zuvor bereits erwähnt, orientiert sich dieses Versorgungsmodell an der bereits bestehenden Versorgung von I-Kindern im Kindergarten. In den meisten Fällen kommt hier eine Logopädin/ein Logopäde in den Kindergarten, um die Therapie in dessen Räumlichkeiten durchzuführen. Die Therapeut/inn/en sind normalerweise Angestellte oder Inhaber/innen einer ambulanten Praxis und führen die Therapie im Sinne eines Hausbesuchs durch. Bei einem Hausbesuch werden die privaten Räumlichkeiten der Patient/inn/en, oder im Falle von I-Kindern die Räume der Einrichtung, für die Therapie genutzt. Das benötigte Material und die Qualitätssicherung durch die fachliche Leitung kommen von Seiten der Praxis.

Für einen Hausbesuch im klassischen Sinne gibt es keine räumlichen Vorgaben, da es hier vordergründig darum geht, sicherzustellen, dass Patient/inn/en, die eine Praxis aus medizinischen Gründen nicht aufsuchen können, therapeutisch versorgt werden. Der Deutsche Bundesverband für Logopädie e.V. (2019) spricht sich im aktuellen Positionspapier zum Thema

„Logopädie für Kinder in Ganztageseinrichtungen“ klar dafür aus, dass die Räumlichkeiten in Einrichtungen den Zulassungsempfehlungen entsprechen sollten. Es darf gegenüber der Therapie in Praxen keine Qualitäts- oder Effizienzverluste geben (ebd.). Um zu gewährleisten, dass die Räumlichkeiten den Zulassungsempfehlungen entsprechen, müsste dies von den entsprechenden Zulassungsstellen geprüft werden. In Niedersachsen ist dafür der Verband der Ersatzkassen (vdek) zuständig (vdek - Verband der Ersatzkassen e. V., 2019). Es gibt in diesem Zusammenhang jedoch einige offene Fragen: Beantragt der Kindergarten oder die logopädische Praxis die Zulassung? Wer finanziert den Raum und eventuell notwendige Umbaumaßnahmen? Wer sorgt für die Pflichtausstattung? Bedarf es einer fachlichen Leitung für die Therapien im Kindergarten und wenn ja, in welchem Umfang? Kann der Kindergarten den Raum außerhalb der Therapiezeiten für andere Zwecke nutzen?

Auf diese Fragen gibt es verschiedene Antwortmöglichkeiten. Festzustellen ist, dass die Zulassungsempfehlungen für das Versorgungsmodell „Hausbesuche im Kindergarten“ angepasst werden müssten. Nachfolgend soll ein möglicher Vorschlag gemacht werden, um das Versorgungsmodell zu ermöglichen. Ob dieser Vorschlag rechtlich umsetzbar ist, müssen die verantwortlichen Entscheidungsträger prüfen.

Der Kindergarten bzw. der Träger ist verantwortlich für die Räume im Kindergarten. Daher erscheint es sinnvoll, dass der Kindergarten auch die Verantwortung für den Raum hat, in dem die Therapien durchgeführt werden. Somit müsste der Kindergarten die Zulassung für den Raum beantragen und für die entsprechende Raumgröße, Beleuchtung, Be- und Entlüftung sowie Beheizung sorgen. Ferner sollte der Kindergarten das feste Mobiliar, insbesondere einen Tisch und zwei geeignete Stühle zur Verfügung stellen. Um sicherzustellen, dass der Raum auch dafür genutzt wird, um alle Kinder mit sprachtherapeutischem Bedarf zu therapieren, könnte der Kindergarten einen Kooperationsvertrag mit einer zugelassenen logopädischen Praxis abschließen. Die Praxis erklärt sich in dem Vertrag dazu bereit, die Versorgung der Kinder des Kindergartens zu gewährleisten.

In dem Moment, in dem eine logopädische Praxis zugelassen ist, verfügt sie über die Pflichtausstattung, die für Therapien in der Praxis und beim Hausbesuch benötigt werden. Ferner verfügt sie über eine fachliche Leitung, die dafür sorgt, dass die Therapie qualitativ hochwertig und nach den aktuellen medizinischen Erkenntnissen geleistet wird. Daher würde der Kindergarten selbst weder eine eigene Pflichtausstattung noch eine fachliche Leitung benötigen, da dies über die Praxis abgedeckt wäre, die die

Hausbesuche im Kindergarten durchführt. Die Zulassungsstelle wäre dann zum einen dafür zuständig, den Raum im Kindergarten zu begutachten. Zum anderen müsste geprüft werden, ob es sich bei der Praxis, mit der der Kindergarten ein Vertrag abgeschlossen hat, um eine zugelassene Praxis handelt.

Ob der Raum außerhalb der Therapiezeiten vom Kindergarten anderweitig genutzt werden darf, müsste ebenfalls die Zulassungsstelle entscheiden. Es sollte sichergestellt werden, dass sich eine anderweitige Nutzung des Raumes nicht negativ auf die Qualität der Therapie auswirkt. Dies könnte beispielsweise dann der Fall sein, wenn der Raum als Materialraum genutzt wird und durch offene Materialschränke bzw. -regale des Kindergartens sehr ablenkend gestaltet ist.

Die Finanzierung der Therapien wäre vergleichbar mit der Finanzierung von normalen Hausbesuchen. Die logopädische Praxis erhält von der zuständigen Krankenkasse das Geld für die geleisteten Therapien und den Weg zum Kindergarten. Wie bereits beschrieben wird der Weg vom und zum Kindergarten bisher nur von der Landwirtschaftlichen Krankenkasse (LKK) vergütet (Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V., 2014b, S. 2). Eine Vergütung des Wegegeldes von allen Krankenkassen wäre wünschenswert. Hierbei wäre zu überlegen, ob auf den Verordnungen ein Feld „Therapie in Einrichtung“ angelegt werden sollte, sodass klar ist, dass die Therapie nicht bei dem Kind zuhause durchgeführt werden darf, sondern nur in einer dafür zugelassenen Einrichtung.

Ob der Kindergarten für die Nutzung und Instandhaltung des Therapieraums Miete von der Praxis verlangt, müssten Kindergärten und Praxen individuell in den Verträgen klären. Die Verträge könnten außerdem regeln, ob und inwiefern die Logopädin/der Logopäde die sprachtherapeutische Expertise auch in anderen Bereichen des Kindergartens mit einbringen könnte und wie dies vergütet wird. Denkbar wäre zum Beispiel, dass die Logopädin/der Logopäde die Erzieher/innen in der Sprachförderung unterstützt. Die Finanzierung müsste mit den Trägern der Kindergärten geklärt werden. Möglicherweise können Fördergelder beantragt werden, hier muss jedoch beachtet werden, dass z.B. die Fördergelder für Sprachförderung nach §18a KiTaG³³ aktuell nicht für die Einstellung von Therapeut/innen sondern nur für die Einstellung von pädagogischen Fachkräften genutzt werden dürfen.

³³ Gesetz über Tageseinrichtungen für Kinder (KiTaG): vom 7. Februar 2002 (Nds. GVBl. Nr. 6/2002 S. 57), zuletzt geändert durch Art. 6 des Gesetzes vom 18.12.2018 (Nds. GVBl. Nr. 18/2018 S. 317).

5.2 Modell 2: Therapie während der Betreuungszeit in einer ambulanten Praxis

Die Schaffung eines geeigneten Therapieraums wird in manchen Kindergärten auch mit gelockerten Zulassungsbedingungen ggf. nicht möglich sein. Es ist davon auszugehen, dass nicht jeder Kindergarten über Räume verfügt, die für die normale Betreuung entbehrlich sind. Das zweite Versorgungsmodell stellt daher eine Alternative zur Raumnutzung im Kindergarten dar. Statt im Kindergarten neue Therapieräume zu schaffen, könnten die bereits vorhandenen Praxisräume für die Therapien genutzt werden. Die Kinder könnten während der Betreuungszeit in die Praxis gebracht werden. Eine Praxisinhaberin berichtete, dass dies bereits in einem Kindergarten praktiziert wird, welcher sich in unmittelbarer Nachbarschaft ihrer logopädischen Praxis befindet³⁴. Die I-Kinder werden von der heilpädagogischen Fachkraft zu Fuß in die Praxis gebracht und dort wieder abgeholt. Um Zeit und Wege zu sparen, wird bei der Abholung eines Kindes gleichzeitig ein anderes Kind in die Praxis gebracht³⁵. Je nachdem, wie viele Räume und Angestellte die Praxis hat, könnten auch mehrere Kinder parallel therapiert werden.

Bezüglich der Finanzierung der Therapien und der Kassenzulassung wären bei diesem Versorgungsmodell keine Änderungen notwendig. Der Ablauf in der logopädischen Praxis wäre identisch mit dem bisherigen Ablauf am Nachmittag. Zu klären wäre jedoch, wer den Transport der Kinder von und zur Praxis übernimmt. Aufgrund des Fachkräftemangels bei Erzieher/innen ist es eher unwahrscheinlich, dass ein Kindergarten eine pädagogische Fachkraft für diese Aufgabe entbehren kann. Wenn Therapeut/innen diese Aufgabe übernehmen würden, würde zu viel Zeit der eigentlichen Therapie verloren gehen. Möglicherweise könnten Ehrenamtliche, Personen im Freiwilligen Sozialen Jahr oder im Bundesfreiwilligendienst den Transport übernehmen, sofern die Eltern dem zustimmen.

Auch bei diesem Modell könnte die Kooperation zwischen Kindergarten und Praxis vertraglich festgehalten werden. Die Möglichkeit zur Mitwirkung der Therapeut/innen an der Sprachförderung wäre identisch mit dem ersten Versorgungsmodell (vgl. Kapitel 5.1).

³⁴ Persönliches Gespräch mit der Inhaberin einer logopädischen Praxis am 09.01.2019. Gesprächsprotokoll siehe Anhang B.

³⁵ Ebd.

5.3 Modell 3: Anstellung einer Logopädin/eines Logopäden im Kindergarten

Ein drittes Modell wäre, die logopädische Versorgung komplett in den Kindergarten zu verlagern, indem die Logopädin/der Logopäde dort angestellt wird. Bei diesem Versorgungsmodell würde der Kindergarten den Raum und das Material bereitstellen, die Kassenzulassung für die Therapien der Kindergartenkinder beantragen und die Logopädin/den Logopäden als fachliche Leitung einsetzen. Der Kindergarten als „Praxisinhaber“ würde das Geld für die verordneten Therapien erhalten und dadurch die Stelle der therapeutischen Fachkraft finanzieren. Zusätzlich zu den Therapien könnte die Logopädin/der Logopäde an der Sprachförderung mitwirken, indem z.B. Erzieher/innen supervidiert werden (vgl. Kapitel 3.3). Wie diese zusätzlichen Tätigkeiten finanziert werden können, ist vom jeweiligen Träger des Kindergartens zu prüfen und kann im Rahmen der Bachelorarbeit leider nicht abschließend beantwortet werden.

Die Anstellung könnte entweder bei einem einzelnen Kindergarten oder bei dem Träger des Kindergartens erfolgen. In letzterem Fall bestünde die Möglichkeit, dass die Logopädin/der Logopäde mehrere Kindergärten versorgt. Hier wäre jedoch für jeden Kindergarten eine eigene Kassenzulassung nötig, um zu gewährleisten, dass in jedem Kindergarten ein geeigneter Raum zur Verfügung steht. Es wäre mit der Zulassungsstelle zu klären, ob es erlaubt wird, dieselbe Therapeutin/denselben Therapeuten für mehrere Standorte als fachliche Leitung zu bestimmen und ob sich die Standorte Teile der Pflichtausstattung, z.B. das oft sehr kostenintensive Diagnostikmaterial, teilen dürften.

6 Diskussion

Nachdem im vorherigen Kapitel drei mögliche Modelle für die Versorgung von Kindergartenkindern während der Betreuungszeit im Kindergarten vorgestellt wurden, sollen diese nun miteinander verglichen werden. Dabei wird zunächst noch einmal ein kurzer Blick auf die Räume und die Materialnutzung geworfen. Anschließend werden verschiedene Aspekte aufgegriffen, die bereits im Kapitel „Chancen und Risiken“ erwähnt wurden. Hierzu zählen der Übertrag der Therapieinhalte in den Kindergartenalltag, die Zusammenarbeit mit Eltern und Erzieher/inne/n sowie die Spezialisierung der Logopäd/inn/en. Alle weiteren Aspekte, die im dritten Kapitel dargelegt wurden, sind für alle Versorgungsmodelle gleichermaßen gültig und werden daher hier nicht erneut aufgegriffen. Darüber hinaus sollen die Möglichkeiten zum disziplinären Austausch von Logopäd/inn/en unterei-

einander sowie die Vertretung der Logopäd/inn/en im Krankheits- oder Urlaubsfall und der Umgang mit niedrigen Patient/inn/enzahlen thematisiert werden. Abschließend wird die Umsetzbarkeit der einzelnen Versorgungsmodelle hinterfragt.

Bezüglich der Raumzulassung ist insbesondere in Kapitel 4.2.2 bereits angeklungen, dass diese an die Situation in Einrichtungen angepasst werden müssen, um die Therapie dort zu ermöglichen. Hierbei ist das zweite Modell, bei dem die Therapie in den Praxisräumen stattfindet, räumlich am leichtesten umsetzbar. Zudem würden Inhaber/innen von logopädischen Praxen das zweite Modell insofern begrüßen, dass die angemieteten Praxisräume auch am Vormittag gut ausgelastet wären (Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. Landesverband Hamburg, 2018, S. 4f.). Bei den anderen beiden Versorgungsmodellen wäre die Raumauslastung vermutlich schlechter, da Kinder, die vorher in den Praxisräumen therapiert wurden, nun im Kindergarten behandelt werden würden. Hamburger Logopäd/inn/en kritisierten diesbezüglich, dass Logopäd/inn/en für die Zulassung eine Praxis anmieten müssten, die sie beim Versorgungsmodell „Hausbesuche“ dann jedoch kaum nutzen würden (ebd.).

Auch bei der Materialnutzung bietet das zweite Versorgungsmodell für die Therapeut/inn/en Vorteile, da sie das komplette Praxismaterial in der Therapiesituation zur Verfügung haben und somit flexibler auf die Bedürfnisse des Kindes eingehen können. Beim ersten Versorgungsmodell („Hausbesuche“ im Kindergarten) müssen die Logopäd/inn/en im Vorhinein auswählen, welches Material mit in den Kindergarten genommen werden kann. Je nachdem, wie viele Kinder in dem Kindergarten therapiert werden, könnte darüber nachgedacht werden, einen Materialschrank für das Therapiematerial und ggf. die Akten der Kinder anzuschaffen. Beides kann jedoch auch in der Praxis gelagert werden. Beim dritten Versorgungsmodell ist ein abschließbarer Materialschrank für die Verwahrung des Therapiematerials und der Akten der Patient/inn/en notwendig. Das Therapiematerial müsste vom Kindergarten bzw. vom Träger angeschafft werden. Daher könnte es weniger umfangreich sein als bei einer schon länger bestehenden logopädischen Praxis, weil Therapiematerial mit hohen Anschaffungskosten verbunden ist. Sowohl beim ersten als auch beim dritten Versorgungsmodell könnten ergänzend Materialien des Kindergartens mitbenutzt werden (vgl. Kapitel 3.4).

In Kapitel 3.1 wurde bereits beschrieben, dass der Übertrag der Therapieinhalte in den Kindergartenalltag im Beisein der Therapeutin/des Therapeuten möglich wäre. Zudem können Freund/inn/e/n in die Therapie

einbezogen werden. Beide Aspekte sind bei den Versorgungsmodellen eins und drei besser umsetzbar als beim zweiten Versorgungsmodell, da die Therapie beim zweiten Modell nicht direkt im Kindergarten stattfindet.

Die interprofessionelle Zusammenarbeit ist ebenfalls beim zweiten Versorgungsmodell erschwert. Geht man davon aus, dass die Person, die die Kinder zur Praxis bringt, kein/e Erzieher/in ist, so lässt sich daraus schließen, dass sich Erzieher/in und Therapeut/in bei diesem Versorgungsmodell selten sehen. Dies ist einer der großen Nachteile des zweiten Versorgungsmodells. Das Kind wird möglicherweise von einer Person zur Therapie gebracht, mit der es im Alltag nur wenig zu tun hat. Dadurch hat die Logopädin/der Logopäde direkt vor/nach der Therapie keine/n geeignete/n Ansprechpartner/in, der/die über die sprachlichen Fortschritte im (Kindergarten-)Alltag berichten kann. Die Kommunikation sowohl mit den Erzieher/inne/n als auch mit den Eltern muss schriftlich, telefonisch oder an gesonderten Terminen stattfinden. Beim ersten Versorgungsmodell sind zumindest die Erzieher/innen als Austauschpartner/innen vor Ort, was, wie in Kapitel 3.3 beschrieben, der erste Schritt hin zu interprofessioneller Zusammenarbeit wäre. Wenn die Logopädin/der Logopäde fest im Kindergarten angestellt wäre, wie es im dritten Versorgungsmodell vorgesehen ist, kann die interprofessionelle Zusammenarbeit vermutlich noch intensiver verlaufen. Es ist davon auszugehen, dass die Therapeutin/der Therapeut sich die Arbeitszeit freier einteilen kann und daher möglicherweise leichter Zeitfenster für den interprofessionellen Austausch gefunden werden können. Die Finanzierung des interprofessionellen Austauschs ist, wie bereits in Kapitel 4.1 angesprochen, bei allen Versorgungsmodellen bisher noch ungeklärt. Beim dritten Modell könnte diese insofern vereinfacht sein, dass Erzieher/innen und Therapeut/in dieselbe Arbeitgeberin/denselben Arbeitgeber hätten. Die in Kapitel 3.2 angesprochenen „Elternsprechstunden“ in der Bring-/Abholphase sind ebenfalls beim dritten Modell am besten umsetzbar, da die Logopädin/der Logopäde den gesamten Arbeitstag im Kindergarten verbringt.

Das dritte Versorgungsmodell bietet zudem die besten Möglichkeiten für Therapeut/inn/en, sich auf kindliche Störungsbilder zu spezialisieren. Eine Spezialisierung auf diese Störungsbilder ist zwar theoretisch auch bei einer Anstellung in einer Praxis möglich, jedoch müssen Praxen offiziell die Versorgung aller gesetzlich versicherten Patient/inn/en sicherstellen (GKV Spitzenverband, 2018, S. 7), was die Spezialisierung auf eine bestimmte Altersgruppe erschweren kann.

Ein weiterer Aspekt, der bisher noch nicht angesprochen wurde, ist der Austausch von Logopäd/inn/en untereinander. Dieser ist sehr wertvoll, um fachliche Unterstützung und Ermutigung in schwierigen Therapiesituationen zu bekommen (Schraner-Schmid, 2009). Beim ersten und zweiten Versorgungsmodell ist der Austausch für gewöhnlich durch Teamsitzungen innerhalb der logopädischen Praxis, in der die Therapeut/inn/en angestellt sind, gesichert³⁶. Beim dritten Versorgungsmodell hingegen hat die Logopädin/der Logopäde im Regelfall nur Kolleg/inn/en, die kein therapeutisches Wissen haben und deshalb keinen fachlichen Rat geben können.

Wenn nur eine einzelne Logopädin/ein einzelner Logopäde im Kindergarten angestellt ist, führt dies außerdem dazu, dass die Kinder keine Therapie erhalten, wenn die Logopädin/der Logopäde krank oder im Urlaub ist. Beim ersten und zweiten Versorgungsmodell könnte vertraglich festgehalten werden, dass die logopädische Praxis in solchen Fällen für eine Vertretung sorgen muss. Mithilfe eines entsprechenden Vertrages wäre die regelmäßige therapeutische Versorgung der Kinder durch eine externe Praxis vermutlich besser gesichert als beim dritten Versorgungsmodell.

Auch beim Umgang mit geringeren Patient/inn/enzahlen unterscheidet sich das dritte Versorgungsmodell von den ersten beiden. Es ist davon auszugehen, dass die Patient/inn/enzahlen im Kindergarten nicht konstant sind. Ist die Logopädin/der Logopäde im Kindergarten angestellt, so trägt der Kindergarten bei geringen Patient/inn/enzahlen das wirtschaftliche Risiko. Dauerhaft geringe Patient/inn/enzahlen könnten möglicherweise die Finanzierung der Stelle der Therapeutin/des Therapeuten gefährden. Es ist fraglich, wie die therapeutische Fachkraft in solchen Fällen eingesetzt werden würde. Im schlechtesten Fall könnte der Kindergarten sie für normale pädagogische Tätigkeiten einsetzen, für die die Therapeutin/der Therapeut jedoch nicht ausgebildet ist oder die Stunden der Logopädin/des Logopäden reduzieren. Daher sollte im Vorhinein abgewägt werden, ob ein einziger Kindergarten dauerhaft logopädische Interventionsmöglichkeiten für die angestellte Logopädin/den angestellten Logopäden bietet. Gerade bei kleinen Kindergärten erscheint es daher sinnvoller, die Therapeutin/den Therapeuten beim Träger des Kindergartens anzustellen und für mehrere Kindergärten einzusetzen.

Bei den anderen beiden Versorgungsmodellen würde die Praxis die wirtschaftliche Verantwortung bei geringen Patient/inn/enzahlen tragen. Da die Praxis wesentlich mehr potentielle Patient/inn/en als ein Kindergarten

³⁶ Persönliches Gespräch mit der Inhaberin einer logopädischen Praxis am 09.01.2019. Gesprächsprotokoll siehe Anhang B.

hat, ist davon auszugehen, dass die Praxis die geringeren Patient/inn/enzahlen im Kindergarten durch andere Patient/inn/engruppen ausgleichen kann³⁷.

Insgesamt wird deutlich, dass alle Versorgungsmodelle Stärken und Schwächen aufweisen. Bei allen Versorgungsmodellen ist insbesondere die Finanzierung zu prüfen. In Kapitel 3.5 und 4.1 wurde dargelegt, dass die Finanzierung zwar neu geregelt werden muss, die Gesamtkosten, die für Kinder mit logopädischen Störungsbildern entstehen, jedoch auf lange Sicht gesehen möglicherweise sogar sinken könnten.

Alle Versorgungsmodelle sind theoretisch umsetzbar. Das zweite Modell, bei dem die Kinder während der Betreuungszeit in einer Praxis therapiert werden, ist jedoch nur als realistisch zu sehen, wenn die Praxis vom Kindergarten aus schnell und unkompliziert (möglichst fußläufig) erreichbar ist. Zudem muss hierfür zusätzliches Personal gefunden werden, welches das Bringen und Abholen der Kinder übernimmt. Das dritte Versorgungsmodell hat neben der Schaffung eines geeigneten Therapieraums die Schwächen, dass der Austausch von Therapeut/inn/en untereinander und die Vertretung im Krankheitsfall nicht gegeben wären. Beides wäre dann möglich, wenn ein großer Kindertagenträger (z.B. die Stadt) mehrere Logopäd/inn/en beschäftigen würde. Wenn dies der Fall wäre, dann würde das dritte Versorgungsmodell am meisten Vorteile bieten, da insbesondere die interprofessionelle Zusammenarbeit mit Erzieher/inne/n sowohl in Bezug auf Sprachtherapie als auch bezüglich der alltagsintegrierten Sprachförderung vermutlich am unkompliziertesten möglich ist. Zudem ist die Möglichkeit der Spezialisierung der Therapeutin/des Therapeuten auf kindliche Störungsbilder bei diesem Versorgungsmodell am größten. Bis genug Kindergärten eines Trägers den räumlichen Anforderungen für die Therapie genügen und die Finanzierung dieser Stellen geregelt ist, wird jedoch vermutlich noch etwas Zeit vergehen. Daher ist mittelfristig das erste Versorgungsmodell („Hausbesuche“ im Kindergarten) zu bevorzugen. Dies knüpft an dem derzeitigen Versorgungsmodell der I-Kinder an und hat abgesehen von der Raumzulassung keine elementaren Schwächen. Einige Punkte, z.B. die Raumauslastung der Praxisräume und die Organisation der interprofessionellen Zusammenarbeit sind hier allerdings nicht optimal. Beides sollte von den Beteiligten im Vorhinein besprochen werden, um eine bestmögliche, für alle Seiten zufriedenstellende Umsetzung des ersten Versorgungsmodells zu gewährleisten.

³⁷ Persönliches Gespräch mit der Inhaberin einer logopädischen Praxis am 09.01.2019. Gesprächsprotokoll siehe Anhang B.

Abschließend lässt sich sagen, dass die Möglichkeiten, Kinder während der Betreuungszeit logopädisch zu versorgen, vielfältig sind. Die Versorgung während der Betreuungszeit im Kindergarten bietet viele Vorteile gegenüber der Versorgung der Kinder am Nachmittag nach dem Kindergarten (vgl. Kapitel 3) und lässt sich insbesondere mithilfe des ersten und dritten Versorgungsmodells umsetzen.

7 Fazit und Ausblick

Es ist deutlich geworden, dass die Chancen für die Therapie während der Betreuungszeit im Kindergarten überwiegen. Allerdings sollten die herausgearbeiteten Risiken nicht außer Acht gelassen werden. Für die meisten Risiken, z.B. die Elternarbeit oder die Unterbrechung der Kinder im Spiel, konnten zwar Lösungsmöglichkeiten aufgezeigt werden, diese müssen jedoch von allen Beteiligten mitgetragen werden. Daher sollte die Entscheidung für logopädische Interventionen während der Betreuungszeit im Kindergarten von allen Beteiligten bewusst getroffen werden. Von Seiten des Kindergartens muss die Bereitschaft da sein, der Logopädin/dem Logopäden für die Therapiezeit einen geeigneten Raum zur Verfügung zu stellen. Darüber hinaus müssen sowohl die Erzieher/innen als auch die Therapeut/inn/en sich auf die interprofessionelle Zusammenarbeit einlassen, um hier im Sinne des Kindes konstruktiv zusammen arbeiten zu können. Dazu zählt zum einen der Austausch über die pädagogische und therapeutische Sichtweise auf die betroffenen Kinder. Zum anderen sollte genau abgesprochen werden, wie die Therapie zeitlich bestmöglich in den Kindergartenalltag integriert werden kann. Den Eltern muss deutlich gemacht werden, dass sie für die Übertragung der Therapieinhalte in den Alltag verantwortlich sind, auch wenn sie während der Therapiezeit nicht anwesend sind. Alternative Kommunikationswege, z.B. das Austauschheft oder die „Elternsprechstunde“ sollten sowohl von Seiten der Therapeutin/des Therapeuten als auch von Seiten der Eltern regelmäßig genutzt werden.

Möglicherweise könnte die „Elternsprechstunde“ im Kindergarten auch als Modellprojekt für den Direktzugang genutzt werden. Eltern, die sich Sorgen um die Sprachentwicklung ihrer Kinder machen, könnten diese ohne eine Verordnung vom Arzt/von der Ärztin bei der Logopädin/beim Logopäden vorstellen und sich darüber beraten lassen, ob die Aufnahme einer logopädischen Therapie indiziert ist. Darüber hinaus könnten Logopäd/inn/en im Kindergarten Maßnahmen zur Früherkennung von Sprachentwicklungsstörungen durchführen, da diese aktuell meist zu spät erkannt

werden (Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V., 2016). Sowohl der Direktzugang als auch die Früherkennung von Sprachentwicklungsstörungen sind zentrale Forderungen des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie (Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V., 2018). Für die Umsetzung im Kindergarten bedarf es einer Erweiterung der im Rahmen dieser Bachelorarbeit vorgestellten Versorgungsmodelle, wobei unter anderem die Finanzierung zu klären wäre.

Darüber hinaus könnten die Versorgungsmodelle auch auf die Bereiche Krippe, Ganztagschule und Hort ausgeweitet werden. Bei Krippenkindern müsste bedacht werden, dass die Elternarbeit hier eine noch größere Rolle spielt, als dies bei Kindergarten- oder Schulkindern der Fall ist, da sprachtherapeutische Frühinterventionen zum Teil elternbasiert sind und nicht immer direkt am Kind ansetzen (Hecking und Schlesiger, 2010, S. 13). Die Versorgung von Schulkindern ist insofern herausfordernd, dass diese am Vormittag Unterricht verpassen würden, wenn sie in dieser Zeit logopädische Therapie erhalten würden. Insbesondere Ganztagsgrundschulkindern haben jedoch am frühen Nachmittag meist keinen Unterricht, sondern nehmen Freizeitangebote oder Angebote zur Hausaufgabenbetreuung in der Schule oder im Hort wahr. In dieser Zeit ist die Versorgung mit logopädischer Therapie durchaus denkbar. Im Rahmen des dritten Versorgungsmodells wäre es beispielsweise möglich, dass eine Logopädin/ein Logopäde, die/der bei einem kommunalen Träger angestellt ist, am Vormittag Kindergartenkinder und am frühen Nachmittag Ganztagsschul- bzw. Hortkinder versorgt.

Es wurde bereits erwähnt, dass es rechtlicher Änderungen bedarf, um die Therapie in Bildungseinrichtungen, wie z.B. Kindergärten zu ermöglichen. Zu nennen ist hier vor allem §11 Abs. 2 der Heilmittel-Richtlinie, welcher die Therapie in Einrichtungen für sog. Regelkinder aktuell verbietet (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2017, S. 11). Da die Heilmittelrichtlinie für alle Heilmittelerbringer, also auch für Ergotherapeut/inn/en und Physiotherapeut/inn/en gilt (ebd.), würde eine Änderung der Richtlinie theoretisch auch diesen Therapieberufen die Therapie in Einrichtungen ermöglichen. Da für diese beiden Berufsgruppen andere Zulassungsempfehlungen gelten (GKV Spitzenverband, 2018), müsste hier jedoch noch einmal separat durchdacht werden, inwiefern sich Ergo- und Physiotherapie während der Betreuungszeit im Kindergarten umsetzen ließe und ob die Notwendigkeit dafür genauso groß ist, wie die Erfordernis von logopädischen Interventionen.

Abschließend lässt sich sagen, dass die logopädische Versorgung von Kindern in Kindergärten und anderen Bildungseinrichtungen aufgrund des in Kapitel 1 und 2 beschriebenen immer größer werdenden Ganztagsangebotes erprobt werden sollte. In Modellprojekten könnten die vorgeschlagenen rechtlichen Änderungen (vgl. Kapitel 4) evaluiert werden. Insbesondere die Änderungen der Zulassungsempfehlungen sollten darauf untersucht werden, ob diese nun im Kindergarten anwendbar sind oder ob es weiterer Anpassungen bedarf. Hierbei müssen zum einen die bestehende räumliche Situation in Kindergärten und zum anderen die Wahrung von hohen qualitativen Standards für die logopädischen Interventionen berücksichtigt werden. Darüber hinaus könnte im Rahmen von Studien sowohl qualitativ als auch quantitativ überprüft werden, ob und inwiefern sich die Therapie während der Betreuungszeit im Kindergarten von der Therapie in der Praxis unterscheidet. Verglichen werden könnten hierbei die im dritten Kapitel ausgearbeiteten Chancen und Risiken. Quantitativ erfassen ließen sich z.B. die Wartezeit auf einen Therapieplatz und die Gesamtdauer der Therapie. Zudem könnten die Kosten in Langzeitstudien erfasst werden. Darüber hinaus wäre zu untersuchen, inwiefern sich die Uhrzeit und das Setting der Therapie auf die Aufnahmefähigkeit und den Therapieerfolg der Kinder auswirken. Veränderungen in der interprofessionellen Zusammenarbeit und der Elternarbeit könnten z.B. durch Interviews erfasst werden.

Alle vorgeschlagenen weiterführenden Studien sollten dabei ebenso wie die herausgearbeiteten Versorgungsmodelle (vgl. Kapitel 5 und 6) vorrangig das Wohl der Kinder berücksichtigen. Viele Kinder sind auf eine hochwertige ganztägige Betreuung angewiesen, damit ihre Eltern für eine gute wirtschaftliche Situation der Familie und des gesamten Landes sorgen können. Es muss gewährleistet sein, dass alle sprachauffälligen Kinder, egal ob ganztags oder halbtags betreut, ob I-Kind oder Regelkind, ob gesetzlich oder privat versichert, den gleichen Zugang zu logopädischen Interventionen erhalten. „Damit es jedes Kind packt!“, um es mit den Worten der Bundesfamilienministerin zu sagen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2018a).

8 Literaturverzeichnis

Autorengruppe Bildungsberichterstattung (2018). Bildung in Deutschland kompakt 2018. Zentrale Befunde des Bildungsberichts. Online verfügbar unter <https://www.bildungsbericht.de/de/bildungsberichte-seit-2006/bildungsbericht-2018/pdf-bildungsbericht-2018/bbe18-kompakt.pdf>, zuletzt geprüft am 14.12.2018.

Bühling S. (2013). Logopädische Gruppentherapie für Kinder und Jugendliche. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.

Bundesagentur für Arbeit Statistik/Arbeitsmarktberichterstattung (2018). Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt – Fachkräfteengpassanalyse. Nürnberg: Bundesagentur für Arbeit.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales; YouGov (2018). Vorsätze für 2019 - 45% der Angestellten wünschen sich flexiblere Arbeitszeiten. Eine repräsentative Umfrage vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales in Kooperation mit YouGov. Online verfügbar unter https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Thema-Arbeitsrecht/bmas-umfrage-mit-yougov.pdf?__blob=publicationFile&v=2, zuletzt geprüft am 05.01.2019.

Bundesministerium für Bildung und Forschung (2016). Dekade für Alphabetisierung. Online verfügbar unter <https://www.bmbf.de/de/nationale-strategie-fuer-alphabetisierung-und-grundbildung-erwachsener-1373.html>, zuletzt geprüft am 07.01.2019.

Bundesministerium für Bildung und Forschung (2017). Zahlen und Fakten - BMBF Lesen & Schreiben - Mein Schlüssel zur Welt. Online verfügbar unter <https://www.xn--mein-schlssel-zur-welt-0lc.de/de/zahlen-und-fakten-1719.html>, zuletzt geprüft am 13.01.2019.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2017). Familienreport 2017. Leistungen, Wirkungen, Trends. Online verfügbar unter <https://www.bmfsfj.de/blob/119524/f51728a14e3c91c3d8ea657bb01bbab0/familienreport-2017-data.pdf>, zuletzt geprüft am 13.12.2018.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2018a). "Damit es jedes Kind packt!". Online verfügbar unter <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/presse/pressemitteilungen/-damit-es-jedes-kind-packt--/123114>, zuletzt geprüft am 16.01.2019.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2018b). Das Gute-KiTa-Gesetz: Mehr Qualität, weniger Gebühren (Gesetz zur Weiterentwicklung der Qualität und Teilhabe in der Kindertagesbetreuung). Online

verfügbar unter

<https://www.bmfsfj.de/blob/128296/78f6b2e4291939ccac9337689ac195af/act-sheet-gute-kita-gesetz-data.pdf>, zuletzt geprüft am 23.12.2018.

Bundesministerium für Gesundheit (2018a). Gesundheitsfonds. Online verfügbar unter

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/gesundheitsfonds.html>, zuletzt geprüft am 24.01.2019.

Bundesministerium für Gesundheit (2018b). Heilmittelversorgung stärken – Arbeitsbedingungen verbessern. Online verfügbar unter

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/verbesserungen-heilmittelerbringer.html>, zuletzt geprüft am 20.01.2019.

Bundesverband für Kinder- und Jugendärzte; Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.; Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten e.V.; Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik; Berufsverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes (BVÖG) (2014). Konsensuspapier. Empfehlungen zu bundeseinheitlichen Sprachstandserhebungen und Sprachförderung in Kindertagesstätten. Online verfügbar unter <https://www.dbl-ev.de/fileadmin/Inhalte/Dokumente/Service/Meldungen/2014/Konsensuspapier.pdf>, zuletzt geprüft am 27.12.2018.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2015). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Settingansatz/Lebensweltansatz. Online verfügbar unter <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/settingansatz-lebensweltansatz/>, zuletzt geprüft am 12.01.2019.

Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (o.J.a). Logopädie wird verordnet. Wie ist der Weg vom Arzt zum Logopäden? Online verfügbar unter <https://www.dbl-ev.de/kommunikation-sprache-sprechen-stimme-schlucken/stoerungen-bei-kindern/logopaedie-wird-verordnet.html>, zuletzt geprüft am 19.12.2018.

Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (o.J.b). Sprachförderung oder Sprachtherapie? Online verfügbar unter <https://www.dbl-ev.de/kommunikation-sprache-sprechen-stimme-schlucken/foerderung-der-sprachentwicklung/sprachfoerderung-oder-sprachtherapie.html>, zuletzt geprüft am 15.12.2018.

Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (2011). Definition der Logopädie: Ergebnis einer internationalen Zusammenarbeit auf CLOL-Ebene. Online verfügbar unter <https://www.dbl->

ev.de/service/meldungen/einzelansicht/article/definition-der-logopaedie-ergebnis-einer-internationalen-zusammenarbeit-auf-cplol-ebene.html, zuletzt geprüft am 02.02.2019.

Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (2013). Störungen bei Kindern. Störungsbereiche. Online verfügbar unter <https://www.dbl-ev.de/kommunikation-sprache-sprechen-stimme-schlucken/stoerungen-bei-kindern/stoerungsbereiche.html>, zuletzt geprüft am 24.01.2019.

Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (2014a). Behandlung in Einrichtungen (Kitas, Familienzentren, Schulen). Informationsblatt des Deutschen Bundesverbands für Logopädie e.V. Frechen: Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.

Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (2014b). Fragen- und Antwortenkatalog zu Therapie in Einrichtungen (Stand Juni 2014). Online verfügbar unter <https://www.dbl-ev.de/service/meldungen/einzelansicht/datum/2014/july/16/article/bfk-erstellt-frage-antwort-katalog-zu-therapie-in-einrichtungen.html>, zuletzt geprüft am 15.12.2018.

Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (2016). Früherkennung von Sprachentwicklungsstörungen. dbI-Positionspapier (März 2016). Online verfügbar unter https://www.dbl-ev.de/fileadmin/Inhalte/Dokumente/der_dbl/Positionspapiere/Positionspapier_Fruherkennung_von_Sprachentwicklungsstoerungen.pdf, zuletzt geprüft am 09.02.2019.

Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (2017). Bundestagswahl 2017: Was sagen die Parteien zu unseren Forderungen? In: Forum Logopädie 31 (5), S. 38–42.

Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (2018). Logopädie hilft! Wer hilft der Logopädie? Logopädie am Gängelband. Online verfügbar unter <https://www.dbl-ev.de/service/heilmittel-in-bewegung-aktuelle-aktionen/probleme-und-forderungen.html>, zuletzt geprüft am 09.02.2019.

Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (2019). Logopädie für Kinder in Ganztageseinrichtungen (Schule, KITA, Hort). dbI-Positionspapier (Stand Januar 2019). Online verfügbar unter https://www.dbl-ev.de/fileadmin/Inhalte/Dokumente/der_dbl/Positionspapiere/Logopaedie_fuer_Kinder_in_Ganztageseinrichtungen_1_2019.pdf, zuletzt geprüft am 25.01.2019.

Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.; Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten e.V. (2017). Offener Brief zum

„Fernlehrgang zum Sprachentwicklungsexperten“. Online verfügbar unter https://www.dbl-ev.de/fileadmin/Inhalte/Dokumente/Service/Meldungen_nur_fuer_Mitglieder/2017/Offener_Brief_zum_Fernlerngang_Sprachentwicklungsexperten.pdf., zuletzt geprüft am 12.12.2018.

Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. Landesverband Hamburg (2018). Landesverbandsprotokoll Hamburg. Hamburg: internes Landesverbandsprotokoll.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2018). F80.- Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache - ICD10. Online verfügbar unter <http://www.icd-code.de/icd/code/F80-.html>, zuletzt geprüft am 03.01.2019.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2011). Zusammenfassende Dokumentation zum Beratungsverfahren gemäß § 92 Abs. 1 S. 2, zur Neufassung der Heilmittel-Richtlinie. Online verfügbar unter https://www.g-ba.de/downloads/40-268-1581/2011-01-20_HeilM-RL_Neufassung_ZD.pdf, zuletzt geprüft am 20.12.2018.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2017). Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung. Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL. Online verfügbar unter https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1484/HeilM-RL_2017-09-21_iK-2018-01-01.pdf, zuletzt geprüft am 14.12.2018.

GKV Spitzenverband (2018). Zulassungsempfehlung nach § 124 Abs. 4 SGB V für Heilmittelerbringer in der Fassung vom: 26.11.2018. Online verfügbar unter https://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/heilberufe/zulassung/heilmittel_zulassungsempfehlungen.pdf, zuletzt geprüft am 26.12.2018.

GroNova AG (2019). Die Krux der Schnittstelle. Online verfügbar unter <https://www.gronova.org/blog/die-krux-der-schnittstelle/>, zuletzt geprüft am 18.01.2019.

Grötzbach H.; Hollenweger Haskell J.; Iven C. (2014). ICF und ICF-CY in der Sprachtherapie. Umsetzung und Anwendung in der logopädischen Praxis. 2., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Idstein: Schulz-Kirchner (= Das Gesundheitsforum).

Hecking M.; Schlesiger C. (2010). Late Bloomer oder Sprachentwicklungsstörung? Diagnostik und Beratung für Familien mit Late Talkern nach dem Dortmunder Konzept. In: Forum Logopädie 24 (1), S. 6–15.

Heimlich U. (2015). Einführung in die Spielpädagogik. 3., aktualisierte und erweiterte Auflage. Bad Heilbrunn, Stuttgart: Klinkhardt (= UTB; 4199).

Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit (2014). Lebensverdienste nach Qualifikation: Bildung lohnt sich ein Leben lang. In: IAB Kurzbericht 23 (1).

Kany W.; Schöler H. (2014). Merkmale und Ausschlusskriterien einer spezifischen Sprachentwicklungsstörung (SSES). In: Fox-Boyer A. (Hrsg.): Handbuch Spracherwerb und Sprachentwicklungsstörungen. Kindergartenphase. München: Elsevier Urban & Fischer (Handbuch Spracherwerb und Sprachentwicklungsstörungen, 2), S. 89–99.

Kita-Stadt Elternrat Hannover (2018). Sprachförderung angehender Erstklässler als weiteres Aufgabengebiet der Kitas. In: KitaZ, S. 2–3.

Körner M.; Dorn M. (2016). Reha-Team und Teamentwicklung. In: Bengel J., Mittag O. (Hrsg.): Psychologie in der medizinischen Rehabilitation. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 239–249.

Landesarbeitsgemeinschaft Elterninitiativen Niedersachsen/Bremen e.V. (2018). Stellungnahme der lagE zum KiTaG. Online verfügbar unter http://lage-ev.de/fileadmin/pdf/Stellungnahme_der_lagE_zum_KiTaG_Mai_2018.pdf, zuletzt geprüft am 18.12.2018.

Lisker A. (2011). Additive Maßnahmen zur Sprachförderung im Kindergarten. Eine Bestandsaufnahme in den Bundesländern. Online verfügbar unter https://www.dji.de/fileadmin/user_upload/bibs/Expertise_Sprachfoerderung_Lisker_2011.pdf, zuletzt geprüft am 15.12.2018.

Niedersächsisches Institut für frühkindliche Bildung und Entwicklung (2015). Sprachstandserhebungen mit Fokus. Niedersachsen. Online verfügbar unter <https://www.nifbe.de/component/themensammlung?view=item&id=286:sprachstandserhebungen-im-fokus-niedersachsen&catid=76>, zuletzt geprüft am 28.12.2018.

Niedersächsisches Kultusministerium (2018a). Beitragsfreiheit für Kindergartenkinder. Online verfügbar unter https://www.mk.niedersachsen.de/startseite/fruehkindliche_bildung/traeger/

etztes-kindergartenjahr-vor-der-einschulung-beitragsfrei-6213.html, zuletzt geprüft am 15.12.2018.

Niedersächsisches Kultusministerium (2018b). Neuausrichtung der vorschulischen Sprachförderung – Kultusminister Tonne: „Wir rücken die Bildungsarbeit in den Kindertagesstätten in den Blick und fördern Kinder dort, wo sie sich tagtäglich aufhalten“ | Nds. Kultusministerium. Online verfügbar unter

<https://www.mk.niedersachsen.de/startseite/aktuelles/presseinformationen/neuausrichtung-der-vorschulischen-sprachfoerderung--kultusminister-tonne-wir-ruecken-die-bildungsarbeit-in-den-kindertagesstaetten-in-den-blick-und-foerdern-kinder-dort-wo-sie-sich-tagtaeglich-aufhalten-164193.html>, zuletzt geprüft am 29.12.2018.

Niedersächsisches Kultusministerium (2018c). Statement des Niedersächsischen Kultusministers Grant Hendrik Tonne zum Gute-KiTa-Gesetz Kultusministerium. Online verfügbar unter

<https://www.mk.niedersachsen.de/startseite/aktuelles/presseinformationen/-statement-des-niedersaechsischen-kultusministers-grant-hendrik-tonne-zum-gute-kita-gesetz-172311.html>, zuletzt geprüft am 20.01.2019.

Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie (2014). Förderung von Kindern mit Behinderung in Integrativen Gruppen von Regel-Kindergärten (3. Geburtstag bis zur Einschulung). Online verfügbar unter

https://www.soziales.niedersachsen.de/startseite/behinderte_menschen/eingliederungshilfe_behinderte_menschen/kinder_und_jugendliche/im_vorschulalter/gruppenintegration_im_regelkindergarten/foerderung-von-kindern-mit-behinderung-3-geburtstag-bis-zur-einschulung-in-integrativen-gruppen-von-regel-kindergaerten-17528.html, zuletzt geprüft am 28.12.2018.

Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (2017). Kindergesundheit im Einschulungsalter. Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung 2017. Online verfügbar unter

http://www.nlga.niedersachsen.de/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsberichte/schuleingangsuntersuchung_seu/berichte_zur_kindergesundheit_im_einschulungsalter/spezialberichte-133588.html, zuletzt geprüft am 29.12.2018.

Ringmann S.; Beier J. (2014). Beschreibung von Sprachentwicklungsstörungen bei Jugendlichen und Erwachsenen mit der ICF. In: Ringmann S., Siegmüller J. (Hrsg.): Handbuch Spracherwerb und Sprachentwicklungs-

störungen. Jugend- und Erwachsenenalter. 1. Auflage. München: Urban & Fischer, S. 95–113.

Risch M. (2018). Förderkonzept Sprachbildung. Alltagsintegrierte Sprachbildung und Sprachförderung in Wolfsburger Kindertagesstätten. Wolfsburg: Bildungshaus Volkshochschule.

Robert Koch-Institut (2013). Referenzperzentile für anthropometrische Maßzahlen und Blutdruck aus der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS). 2., erweiterte Auflage. Berlin: Robert Koch-Institut.

Rupp S. (2013). Semantisch-lexikalische Störungen bei Kindern. Sprachentwicklung: Blickrichtung Wortschatz. Berlin: Springer (= Praxiswissen Logopädie).

Scharff Rethfeldt W. (2017). Die Therapie kommt viel zu spät. Online verfügbar unter https://www.weser-kurier.de/bremen/bremen-stadt_artikel,-die-therapie-kommt-viel-zu-spaet-_arid,1648811.html, zuletzt aktualisiert am 18.09.2017, zuletzt geprüft am 03.01.2019.

Schraner-Schmid J. (2009). Kollegiale Beratung und Supervision im logopädischen Berufsfeld, zwei Möglichkeiten der beruflichen Reflexion. In: SAL-Bulletin (131), S. 21–29.

Schrey-Dern D. (2010). Grundprinzipien alltagsorientierter Sprachförderung. Online verfügbar unter <https://www.dbl-ev.de/kommunikation-sprache-sprechen-stimme-schlucken/foerderung-der-sprachentwicklung/sprachfoerderung-in-der-kita/alltagsintegrierte-sprachfoerderung-das-dbl-konzept-sprachreich-c.html>, zuletzt geprüft am 15.12.2018.

Schrey-Dern D. (2014). Sprachförderung vs. Sprachtherapie - eine Abgrenzung aus logopädischer Sicht. In: Fox-Boyer A. (Hrsg.): Handbuch Spracherwerb und Sprachentwicklungsstörungen. Kindergartenphase. München: Elsevier Urban & Fischer (Handbuch Spracherwerb und Sprachentwicklungsstörungen, 2), S. 221–231.

Schwarzmann A.-L.; Gerlach S.; Rohde-Schweizer R.; Straßer B.; Paul S.; Hammer S. (2018). "Ich bin dann mal weg!". Eine Studie zur Berufsfucht von LogopädInnen. In: Forum Logopädie 32 (3), S. 22–27.

SPD Bundestagsfraktion (2017). Rechtsanspruch auf Ganztagsbetreuung von Kita- und Grundschulkindern einführen | SPD-Bundestagsfraktion. Online verfügbar unter <https://www.spdfraktion.de/presse/pressemitteilungen/rechtsanspruch->

ganztagsbetreuung-kita-grundschulkindern-einfuehren, zuletzt geprüft am 13.12.2018.

SPD Landesverband Niedersachsen; CDU in Niedersachsen (2017). Gemeinsam für ein modernes Niedersachsen. Für Innovation, Sicherheit und Zusammenhalt. Koalitionsvereinbarung zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD) Landesverband Niedersachsen und der Christlich-Demokratischen Union (CDU) in Niedersachsen für die 18. Wahlperiode des Niedersächsischen Landtages 2017-2022. Online verfügbar unter <https://www.ndr.de/home/niedersachsen/groko230.pdf>, zuletzt geprüft am 15.12.2018.

Specht-Tomann M.; Tropper D. (2000). Hilfreiche Gespräche und heilsame Berührungen im Pflegealltag. Berlin, Heidelberg: Springer.

Spracheilkindergarten Cuxhaven (2016). AWO Spracheilkindergarten Cuxhaven. Leitbild und Konzeption. Online verfügbar unter <https://www.spracheilkindergarten-cuxhaven.de/Konzeption-SPKG-Cuxhaven-2016.pdf>, zuletzt geprüft am 05.01.2019.

Spracheilkindergarten Degersen (2016). Konzeption des Spracheilkindergartens Degersen. Online verfügbar unter https://www.spracheilkindergarten-degersen.de/uploads/media/Konzeption_Spracheilkindergarten_Degersen.pdf, zuletzt geprüft am 05.01.2018.

Spracheilzentrum Calw (2009). Konzeption des Spracheilkindergartens. Online verfügbar unter https://www.spracheilzentrum-calw.de/upload/Konz_kindergarten.pdf, zuletzt geprüft am 05.01.2019.

Statista (2018). Anzahl der Mitglieder und Versicherten der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung in den Jahren 2012 bis 2018 (in Millionen). Online verfügbar unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/155823/umfrage/gkv-pkv-mitglieder-und-versichertenzahl-im-vergleich/>, zuletzt geprüft am 30.12.2018.

Statistisches Bundesamt (2017a). Gesundheit. Personal. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Gesundheitspersonal/PersonalPDF_2120731.pdf%3F__blob%3DpublicationFile, zuletzt geprüft am 15.12.2018.

Statistisches Bundesamt (2017b). Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe. Kinder und tätige Personen in Tageseinrichtungen und in öffentlich geför-

derter Kindertagespflege am 01.03.2017. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Soziales/KinderJugendhilfe/TageseinrichtungenKindertagespflege5225402177004.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 14.12.18.

Statistisches Bundesamt (2018). Betreuungsquoten der Kinder unter 6 Jahren in Kindertagesbetreuung am 01.03.2018 nach Ländern. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Soziales/Sozialleistungen/Kindertagesbetreuung/Tabellen/Tabellen_Betreuungsquote.html;jsessionid=C86A740F3E1736B53181DD5630B8F3BE.InternetLive1, zuletzt geprüft am 13.12.2018.

Suchodoletz W.; Macharey G. (2006). Stigmatisierung sprachgestörter Kinder aus Sicht der Eltern. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 55 (9), S. 711–723.

vdek - Verband der Ersatzkassen e. V. (2019). Zulassung als Heilmittelanbieter. vdek - Verband der Ersatzkassen e. V. Online verfügbar unter <https://www.vdek.com/vertragspartner/heilmittel/zulassung.html>, zuletzt geprüft am 31.01.2019.

Walter G. (2007). Sprache - der Schlüssel zur Welt. Spiele und Aktionen zur ganzheitlichen Sprachförderung. 5. Aufl. Freiburg im Breisgau: Herder.

Wendlandt W. (2017). Sprachstörungen im Kindesalter. Materialien zur Früherkennung und Beratung. 8., überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag KG (= Forum Logopädie).

Westernacher T. (2008). Elternarbeit in der Sprachtherapie. Praxisorientierte Grundlagen und empirische Elternbefragung. Saarbrücken: VDM-Verlag Dr. Müller.

Wissenschaftliches Institut der AOK (2018a). Heilmittelbericht 2018. Ergotherapie, Sprachtherapie, Physiotherapie, Podologie. Berlin: KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.

Wissenschaftliches Institut der AOK (2018b). Pressemitteilung: Heilmittelbericht 2018. Sprach- und Bewegungstherapien bei Schulanfängern leicht rückläufig. Online verfügbar unter https://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/pressemitteilungen/archiv/2018/pm__wido_heilmittelbericht_2018.pdf, zuletzt geprüft am 19.12.2018.

Zett C. (2018). Sprachförderung: Viele Kitas müssen im ersten Jahr ohne Konzept improvisieren. Online verfügbar unter <http://www.haz.de/Umland/Springe/Die-Kitas-uebernehmen-ab-August-die-Sprachfoerderung-und-haben-noch-kein-Personal-und-keine-Konzepte>, zuletzt geprüft am 29.12.2018.

Anhang

A Telefongespräch mit Dagmar Karrasch, Präsidentin des dbI	A-2
B Persönliches Gespräch mit der Inhaberin einer logopädischen Praxis	A-5
C Zusammenfassung der Kapitel 3 und 6	A-8

A Telefongespräch mit Dagmar Karrasch, Präsidentin des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie e.V. (dbl)

Datum: 24.12.2018

Gesprächsdauer: 36 Minuten

Wie steht der dbl zum Thema „Therapie in Einrichtungen“, insbesondere in Kindergärten?

- Verband hat bewegte Historie zu dem Thema „Therapie in Einrichtungen“
- Viele Selbstständige waren lange dagegen, da es durch die Behandlung in Einrichtungen zu Leerständen in Praxen kommt
- Früher galt häufig die Einschätzung, dass die beste Therapie in der ambulanten Praxis erbracht werden kann, das hat sich geändert, weil Patienten und gesellschaftliche Rahmenbedingungen sich auch geändert haben
- Krankenkassen hatten zwischenzeitlich Bestrebungen, für Therapie in Einrichtungen weniger zu zahlen, das wird vom dbl abgelehnt, da dies nicht dem Zusatzaufwand, den Therapeut/inn/en haben, gerecht wird
- Positionspapier 2009: Therapie in Einrichtungen in Hinblick auf Inklusion und den demographischen Wandel sinnvoll, Versorgung muss sichergestellt werden
- Mitte Januar 2019 soll ein neues Positionspapier des dbl zu Therapien in Einrichtungen erscheinen
- dbl spricht sich grundsätzlich für Therapie von Ganztagskindern in Einrichtungen aus, allerdings darf es keine Wettbewerbsverzerrung und Qualitätseinbußen in der Behandlung zwischen Praxen und Einrichtungen geben
 - o Es muss einheitliche Richtlinien geben, die sowohl für Praxen als auch für Einrichtungen gelten → Kein unterschiedliches Recht schaffen!
 - o Die Therapeut/inn/en müssen für Therapien in Einrichtungen finanziell abgesichert sein, aktuell wird beispielsweise der Weg in die Einrichtungen von den meisten Krankenkassen nicht vergütet, Ausnahme: LKK, hier darf Therapie in Einrichtungen als Hausbesuch abgerechnet werden (Möglicherweise Änderungen durch neue Gesetzgebung im April)
 - o Eigentlich ist es so gedacht, dass Kitas die Inklusionspauschale, die sie bekommen, auch an Therapeut/inn/en weitergeben, dies passiert allerdings häufig nicht

- Problem bei Therapien in Einrichtungen: Viele Einrichtungen legen sich auf eine/n Therapeuten/Therapeutin fest, was die freie Therapeut/inn/enwahl einschränkt
- Vorgaben der Heilmittelrichtlinie müssen auch für Kitas gelten → Raum muss groß genug und ungestört sein, gute Ausstattung (Tisch/Stühle, aber auch genug Platz, um sich zu bewegen)
- Krankenkassen legen die Vorgaben fest, wenn sie für Kindergarten gelockert/verändert werden, sollte dies auch für Praxen geschehen → Hinterfragung der Vorgaben sinnvoll, insbesondere mit Einbeziehung der Therapeut/inn/en vor Ort!
- Qualitätssicherung der Therapien steht im Vordergrund
- Gerade für den Transfer von Leistungen kann Therapie direkt im Gruppenraum der Kita oder in einem separaten Raum zusammen mit Freunden des Kindes sinnvoll sein
- Patient/inn/enklientel in Praxen verändert sich: Früh morgens Kinder, vormittags Erwachsene, ab dem Mittag/Nachmittag wieder Kinder
- Möglicherweise behandeln Therapeut/inn/en aktuell regelwidrig Regelkinder in Einrichtungen, es liegt im Aufgabenbereich der Krankenkassen für alle geltenden Regeln einzusetzen oder Einzelfallgenehmigungen zu erteilen
- Manche Kolleg/inn/en haben Teilzulassungen für die Arbeit im Kindergarten, dies sieht der dbl wegen der Ungleichbehandlung zwischen Kindergarten und Praxis kritisch
- Frage, wie Kinder optimal versorgt werden können, sollte im Mittelpunkt stehen
- Prävention als Handlungsfeld in der Kita
- Arbeit nach dem Settingansatz in Kita möglich
- Voraussetzungen für interprofessionelles Arbeiten möglicherweise besser, wenn Therapeut/inn/en in Kita angestellt sind
- Vergütung für interprofessionelle Arbeit ist notwendig
- Partizipation und interdisziplinäres Arbeiten sind in Heilmittelrichtlinie bisher nicht vorgesehen → Heilmittel-Richtlinie sollte diesbezüglich angepasst werden, Therapeut/inn/en bei Anpassung einbeziehen!
- Kritisch, dass es für I-Kinder aktuell keinerlei Regelungen gibt, was z.B. die räumlichen Voraussetzungen in der Kita oder die Finanzierung angeht
- Studien, die eine erhöhte Effektivität für die Behandlung direkt in der Kita nachweisen, wären wünschenswert

Welche Art der Versorgung halten Sie für sinnvoll? Eine Anstellung der Therapeut/inn/en direkt in der Kita bzw. bei deren Träger oder die Versorgung der Patient/inn/en durch ambulante Praxen, die Hausbesuche in Einrichtungen durchführen?

- Beides möglich
- Anstellung bei Kita(-träger) kann die Versorgung der Patient/inn/en in der Einrichtung sicherstellen
- Anstellung bietet Vorteile für niedrigschwellige Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen Pädagog/inn/en und Therapeut/inn/en
- Spezialisierungen innerhalb der Logopädie sind sinnvoll, da Störungsbilder oft so komplex sind, dass nicht jede Therapeutin/jeder Therapeut über jedes Störungsbild alles wissen kann → in Praxen müssen grundsätzlich alle Störungsbilder behandelt werden, durch die Anstellung in der Kita können sich Therapeut/inn/en besser auf die Kindersprache spezialisieren, Kinder erhalten Therapie bei spezialisierter Logopädin/spezialisiertem Logopäden
- Angemessene Vergütung und die Sicherstellung der Patient/inn/enversorgung ist Aufgabe der Kostenträger, Anpassungen wurden versäumt, daher ist aktueller Therapeut/inn/enmangel hausgemachtes Problem, welches die Versorgung nun stark gefährdet → Erhebungen zu Wartezeiten auf einen Therapieplatz geplant, in Hamburg laufen Erhebungen bereits

Sollten Therapeut/inn/en auch in den Bereich Sprachförderung stärker eingebunden werden?

- Ja! Therapeut/inn/en sind Spezialist/inn/en für Sprachentwicklung, sollten Ansprechpartner/innen für die Sprachförderung sein
- Sprachförderung als Handlungsfeld der Prävention in der Logopädie

B Persönliches Gespräch mit der Inhaberin einer logopädischen Praxis

Datum: 09.01.2019

Gesprächsdauer: 28 Minuten

Wie lange müssen Patient/inn/en aktuell ungefähr auf einen Therapieplatz warten?

- Ca. 3 Monate, je nach Flexibilität, flexible Patient/inn/en können schneller untergebracht werden als Patient/inn/en, die z.B. nur am späten Nachmittag können

Wie sehen Kooperationen mit Kindergärten aktuell aus?

- I-Kinder und Privatpatient/inn/en werden im Kindergarten therapiert, wenn die Eltern dies wünschen
- In den meisten Fällen führen die Logopäd/inn/en die Therapien in den Räumlichkeiten des Kindergartens durch
- Besonderheit in einem Kindergarten: Der Kindergarten ist in der gleichen Straße wie die Praxis. Die I-Kinder werden an einem Vormittag in der Woche nacheinander von der Heilpädagogin in die Praxis gebracht und dort therapiert. Meist therapieren zwei Therapeutinnen parallel zwei Kinder, wenn diese Kinder abgeholt werden, erfolgt kurzer Austausch mit den Heilpädagoginnen, die zeitgleich ein bis zwei neue Kinder zur Therapie in die Praxis bringen.
- Grundsätzlich sind die Kindergärten an der Therapie interessiert, zum Teil haben sie aber nicht die richtigen Räume. Die Räume sind teilweise klein, laut und chaotisch. Für die Therapien ist ein ordentlicher Lernrahmen notwendig, das ist hier oft nicht gegeben. Eine Mitarbeiterin berichtet oft über Rückenschmerzen, weil der Stuhl im Therapieraum im Kindergarten so unbequem sei. In manchen Kindergärten gibt es keine Möglichkeit, Therapiesequenzen auf dem Boden durchzuführen, weil entweder kein Platz dafür ist oder der Boden zu dreckig ist.
- Vor zwei Jahren haben wir auf Wunsch einer großen Kita versucht, einen Raum für die Therapie der dort betreuten Kinder zu mieten. Der Raum war ca. 20m² groß und in unseren Augen für die Therapie gut geeignet. Die Zulassung haben wir trotzdem nicht bekommen, weil wir keinen eigenen Eingang, keine separate Toilette und keinen Wartebereich hatten.

Wie erleben Kinder die Therapie im Kindergarten?

- Viele Kinder stolz darauf, an Therapie teilzunehmen; Kinder, die nicht therapiert werden, fragen, ob sie auch bei der Therapie dabei sein dürfen
- Kinder genießen es oft, alleinige Aufmerksamkeit der Therapeutin/des Therapeuten zu haben, im Kindergartenalltag müssen sie die Aufmerksamkeit der Erzieher/innen meist mit anderen Kindern teilen
- Manchmal keine Lust, wenn sie gerade etwas spannendes spielen

Findet ein regelmäßiger Austausch mit Erzieher/inne/n statt?

- Bei I-Kindern persönlich direkt im Kindergarten vor/nach Therapie
- Bei Therapie im Kindergarten können Erzieher/innen hospitieren (wenn Zeit dafür ist) und die Therapieinhalte mit aufgreifen
- Bei Regelkindern nur im Bedarfsfall, wenn meist telefonisch, seltener auch runde Tische
- → Bei I-Kindern ist Austausch meist intensiver als bei Regelkindern

Wie verläuft die Elternarbeit im Kindergarten im Gegensatz zur Praxis?

- In der Praxis Austausch mit Eltern am Ende der Therapiestunde, Kind wird mit einbezogen, Therapeutische Hausaufgaben werden besprochen
- Sowohl im Kindergarten als auch in der Praxis Anlegen eines Heftes →chronologischer Verlauf der Therapie nachvollziehbar, Kinder können zuhause Eltern und anderen Bezugspersonen zeigen, was sie gelernt haben. Bei Therapie im Kindergarten wird das Heft zusätzlich für den schriftlichen Austausch zwischen Therapeut/inn/en und Eltern genutzt.
- Wichtig ist, dass Eltern auch bei Therapien im Kindergarten mit einbezogen werden und ihren Kindern zeigen, dass die Therapie wichtig ist.
- Im Kindergarten meist zusätzlich separate Termine für Elterngespräche in regelmäßigen Abständen. Zum Teil sind hierbei auch Heilpädagog/inn/en anwesend.

Was ist für die Therapie im Kindergarten wichtig?

- Geeignete Therapieräume!!
- Im Raum muss es möglichst leise sein
- Möglichst wenig Ablenkung durch andere Materialien und Kinder bzw. Erzieher/innen, die den Raum während der Therapie betreten
- ausreichendes Material

- Im Bewusstsein der Kinder kein „Mehrzweckraum“ → es muss klar sein, dass dort jetzt Therapie stattfindet, das ist problematisch, wenn der Raum sonst z.B. als Turnraum genutzt wird
- Möglichkeit zur Material- und Aktenlagerung → abschließbarer Materialschrank
- Vernünftiger Tisch & Stühle (kindgerechter Stuhl für das Kind)
- Glastüren und Fenster sollten mit Vorhängen ausgestattet sein, wegen Ablenkbarkeit der Kinder und Datenschutz
- → Kassenzulassungen aufweichen

Wie stehen Sie als Praxisinhaberin dazu, logopädische Interventionen während der Betreuungszeit im Kindergarten auch bei sog. Regelkindern durchzuführen?

- Grundsätzlich positiv, Praxis würde von Kooperationen profitieren
- Wenn jeder Kindergarten eine eigene Logopädin/einen eigenen Logopäden anstellt, gibt es keinen Austausch mit anderen Logopädi/innen
- Möglich, dass gering qualifizierte Logopäd/innen in Kindergärten arbeiten, keine „Kontrolle“ durch andere Logopäd/inn/en → Gefahr für Qualität, Fortbildungspflicht erforderlich
- Logopäd/inn/en in Praxen „kontrollieren“ sich gegenseitig, Austausch im Rahmen von Teamsitzungen, daher Qualität hier eher gegeben
- Praxen können qualifizierte Leute hinschicken, außerdem können sie Vertretungen organisieren
- Kindergarten sollte Teilnahme an Dienstbesprechungen finanzieren
- Wenn Logopädin/Logopäde direkt im Kindergarten angestellt ist, besteht die Gefahr, dass nicht genug Verordnungen da sind. Eine Praxis kann dies leichter durch andere Patient/inn/engruppen (z.B. Schulkinder, neurologische Patient/inn/en) ausgleichen.

C Zusammenfassung der Kapitel 3 und 6

Im Folgenden findet sich eine stichpunktartige Auflistung der Chancen und Risiken für die einzelnen Beteiligten (vgl. Kapitel 3.1 - 3.4) sowie eine Gegenüberstellung der Vor- und Nachteile der einzelnen Versorgungsmodelle (vgl. Kapitel 6). Diese Übersicht ist kein ursprünglicher Bestandteil der Bachelorarbeit, sondern wurde erst im Nachhinein von der Autorin der Bachelorarbeit erstellt. Daher wird in den oben genannten Kapiteln nicht darauf verwiesen.

Die Quellen sind in dieser stichpunktartigen Übersicht nicht noch einmal einzeln aufgelistet. Die Quellen zu den einzelnen Argumenten sind im Fließtext der Bachelorarbeit sowie im dazugehörigen Literaturverzeichnis angegeben. Bei Fragen wenden Sie sich gern an die Autorin der Bachelorarbeit.

Zusammenfassung der Kapitel 3 und 6

Kapitel 3: Chancen und Risiken einer
logopädischen Behandlung während der
Betreuungszeit im Kindergarten
Kapitel 6: Diskussion der Versorgungsmodelle

Bachelorthesis Annika Hecht, 2019

Chancen & Risiken einer logopädischen Behandlung während der Betreuungszeit im Kindergarten

Bachelorthesis Annika Hecht, 2019

3.1 Chancen & Risiken für Kinder

- + Gleichbehandlung von I-Kindern und Regelkindern
- + mehr Freizeit am Nachmittag
- + Therapieinhalte können in den Kindergartenalltag integriert werden (In-Vivo-Übungen)
- + ggf. Gruppentherapien leichter möglich
- + ggf. kürzere Wartezeiten auf einen Therapieplatz → Folgestörungen, z.B. LRS können besser vorgebeugt werden
- + ggf. bessere Aufnahmefähigkeiten der Kinder am Vormittag
- Kinder werden aus dem Spiel gerissen → Thematisierung z.B. im Morgenkreis, damit Kinder sich darauf einstellen können
- Kinder nehmen durch Therapie Sonderstellung im Kindergarten ein (keine Belege, dass dies ihnen schadet)

Bachelorthesis Annika Hecht, 2019

3

3.2 Chancen & Risiken für Eltern

- + am Nachmittag kein zusätzlicher Therapietermin → weniger Terminstress, mehr Zeit mit den Kindern
- Eltern & Therapeut/in sehen sich seltener → Gefahr, dass Eltern weniger in Therapie einbezogen werden → alternative Kommunikationswege, z.B. Telefongespräche, Hefte oder separate Elternsprechstunden notwendig
- freie Therapeutenwahl eingeschränkt, wenn es eine feste Therapeutin/einen festen Therapeuten im Kindergarten gibt (Möglichkeit, am Nachmittag Praxis aufzusuchen)

Bachelorthesis Annika Hecht, 2019

4

3.3 Chancen & Risiken für den Kindergarten

- + höhere Attraktivität des Kindergartens im Wettbewerb mit anderen Kindergärten
- + Austausch zw. Therapeut/in und Erzieher/in leichter möglich, arbeiten an gemeinsamen Zielen
 - Austausch sowohl über Sprachtherapie als auch über Sprachförderung möglich
- Verantwortung für Kommunikation zw. Eltern & Therapeut/in darf nicht an Erzieher/innen abgegeben werden
- Therapien müssen organisatorisch in Kindergartenalltag integriert werden
- geeigneter Therapieraum muss vorhanden sein

3.4 Chancen & Risiken für die Therapeut/inn/en

- + verstärkter interprofessioneller Austausch mit Erzieher/innen
- + Therapie stärker auf Lebenssituation der Kinder ausrichten
- + erhöhte Vereinbarkeit von Familie und Beruf durch bessere Arbeitszeiten
- + neues Handlungsfeld
→ könnte Beruf für Logopäd/inn/en im Kindersprachbereich attraktiver machen
- + Verstärkte Möglichkeit zur Spezialisierung auf die Kindersprache
- rechtliche Änderungen, z.B. bzgl. des Therapieraums und der Vergütung notwendig
- geeigneter Therapieraum muss vorhanden sein
- ggf. weniger Material als in ambulanter Praxis verfügbar
→ Kiga-Material mitnutzen?

Vor- und Nachteile der Versorgungsmodelle

Für eine genauere Beschreibung der Versorgungsmodelle siehe Kapitel 5. Die Erläuterungen der Vor- und Nachteile der Versorgungsmodelle sind in Kapitel 6 zu finden.

Bachelorthesis Annika Hecht, 2019

Modell 1: „Hausbesuche“ im Kindergarten

- + Übertrag in den Kiga-Alltag gut möglich
 - + Mitnutzung des Kiga-Materials
 - + Einbezug von Freund/inn/en in die Therapie
 - + In-Vivo-Übungen im Kiga-Alltag möglich
- + interprofessionelle Zusammenarbeit mit Erzieher/innen erleichtert
- + Austausch mit anderen Logopäd/inn/en
- + Vertretung im Krankheits-/Urlaubsfall möglich
- + bei geringen Patient/inn/enzahlen Ausgleich durch andere Patient/inn/en
- ~ nur begrenzte Menge an Material kann mit in den Kiga genommen werden
- ~ flexible Anpassung der Therapiezeiten an den Kiga-Alltag kaum möglich
- ~ reine Spezialisierung auf Kindersprache ggf. nicht möglich
- geeigneter Raum im Kiga notwendig
- Auslastung der Praxisräume geringer

Bachelorthesis Annika Hecht, 2019

8

Modell 2: Therapie während der Betreuungszeit in einer ambulanten Praxis

- + vorhandene Praxisräume werden genutzt
- + komplettes Praxismaterial verfügbar
- + Austausch mit anderen Logopäd/inn/en
- + Vertretung im Krankheits-/Urlaubsfall möglich
- + bei geringen Patient/inn/enzahlen Ausgleich durch andere Patient/inn/en
- ~ flexible Anpassung der Therapiezeiten an den Kiga-Alltag kaum möglich
- ~ reine Spezialisierung auf Kindersprache ggf. nicht möglich
- Übertrag in den Kindergartenalltag eingeschränkt
- interprofessionelle Zusammenarbeit mit Erzieher/innen erschwert
- zusätzliches Personal fürs Bringen/Abholen benötigt
- räumliche Nähe Kiga-Praxis notwendig
- noch zu klären, wie die Kinder auf dem Hin- und Rückweg versichert wären

Bachelorthesis Annika Hecht, 2019

9

Modell 3: Anstellung einer Logopädin/eines Logopäden im Kindergarten

- + Übertrag in den Kiga-Alltag gut möglich
 - + Mitnutzung des Kiga-Materials
 - + Einbezug von Freund/inn/en in die Therapie
 - + In-Vivo-Übungen im Kiga-Alltag möglich
- + beste Voraussetzungen für interprofessionelle Zusammenarbeit mit Erzieher/innen
- + Spezialisierung auf Kindersprache am besten möglich
- ~ flexible Anpassung der Therapiezeiten an den Kiga-Alltag eher möglich
- ~ Materialauswahl evtl. kleiner als in der Praxis
- Kiga/Träger muss kostenintensives Material z.B. Tests anschaffen
- geeigneter Raum im Kiga notwendig
- vermutlich wenig Austausch mit anderen Logopäd/inn/en
- keine Vertretung im Krankheits-/Urlaubsfall
- Kiga trägt wirtschaftliches Risiko bei geringen Patient/inn/enzahlen

Bachelorthesis Annika Hecht, 2019

10