

6-Tage-Intensiv-Camp für Kinder mit Lippen-Kiefer-Gaumen-Segel-Fehlbildung

Grundlagen, Aufbau und erste Evidenzen

Caroline König, Bianca Specht-Moser & Sandra Neumann

Abstract

Die Implementierung der ICF-CY (WHO, 2007) fordert die Erweiterung der sprachtherapeutischen Interventionen in Bezug auf die soziale Partizipation, kommunikative Teilhabe und sprachliche Aktivität von Kindern mit Lippen-Kiefer-Gaumen-Segel-Fehlbildung (LKGSF). Hierbei können Erfolge von Lernprozessen in Gruppentherapien eine große Chance bieten. Kinder mit LKGSF haben weniger engeren Kontakt zu betroffenen Gleichaltrigen, daher ist das sprachliche Ausprobieren in der Peergruppe in seiner Wirkung nicht zu unterschätzen. Ferner weisen Studien zu Intensiv-Therapien bei LKGSF auf gute Ergebnisse hin, vor allem in Hinblick auf „therapieresistente“ Aussprachestörungen. Seit 2015 findet einmal jährlich ein 6-Tage-Intensiv-Camp für Kinder mit LKGSF in der Nähe von Salzburg statt. Zwölf Kinder im Alter von fünf bis zehn Jahren erhalten täglich zwei Mal 30 Minuten Einzeltherapie und drei Mal eine Stunde Gruppentherapie. Dabei wird ein kombinierter phonetisch-phonologischer und senso-motorischer Therapieansatz angewendet. Die Eltern erhalten Gruppen- sowie Einzelberatung und werden in Übungen für Zuhause geschult. Zusätzlich zu den Therapiestunden besteht das Angebot psychologischer Beratungen sowie erlebnispädagogischer Freizeitgestaltung. Seit 2017 wird das Camp durch die Universität zu Köln wissenschaftlich auf konzeptueller Ebene begleitet sowie evaluiert. Erste Ergebnisse bestätigen die positive Wirksamkeit des Camps in Hinblick auf eine signifikant verbesserte Aussprache und Verständlichkeit im Kontext.

Schlüsselwörter

Lippen-Kiefer-Gaumen-Segel-Fehlbildung — Gruppen-Intensiv-Therapie — Sprachtherapie-Camp

Einleitung

Bei Kindern mit einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Segel-Fehlbildung (LKGSF) bestehen seit der intrauterinen Entwicklung der Fehlbildung funktionelle Störungen, die sich im Bereich der Nahrungsaufnahme, der Gesichtsmimik, des Gehörs, des Kieferwachstums, der Atmung und der Sprechentwicklung zeigen. Falsche Zungenlage und Schluckmuster, Resonanzstörungen sowie Zahn- und Kieferanomalien sind organisch bedingte Folgen. Durch die Dysfunktion der gestörten Gaumensegelmuskulatur kommt es häufig zu Mittelohrergüssen, aus welchen Einschränkungen in der Hörentwicklung resultieren (Howard & Lohmander, 2011; Kummer, 2008).

Caroline König, MA absolvierte ihre Ausbildung zur Logopädin am Klinikum der Friedrich-Schiller-Universität in Jena und arbeitete dort in der Phoniatrie. Parallel dazu schloss sie ihr Studium als Sozial-/ Organisationspädagogin in Hildesheim ab. Nach mehreren Jahren Auslandstätigkeit in der Ukraine und Tadschikistan begann sie 2011 als Logopädin an der MKG-Chirurgie, Universitätsklinikum Salzburg. Ihre Arbeitsschwerpunkte liegen am „Zentrum für LKGS-F und Kraniofaziale Anomalien“ sowie in der Behandlung von Oropharynxkarzinosen. Seit 2012 begleitet sie regelmäßig Ausbildungen von Logopädinnen sowie logopädische Therapie von Kindern mit LKGSF in Tadschikistan und Kirgistan. Intensiv-Camps für Kinder mit LKGSF führt sie gemeinsam mit Bianca Specht-Moser seit 2015 jährlich durch.

Bianca Specht-Moser, MSc studierte Fonoaudiologie an der Katholischen Universität von São Paulo, Brasilien und Neurorehabilitation an der Donau-Universität Krems. Sie arbeitete als selbstständige Logopädin in São Paulo, Kiel, Innsbruck und Salzburg. Sie war 19 Jahre Logopädin im Behandlungsteam für LKGS-F des Universitätsklinikums Salzburg – MKG-Chirurgie. Sie lehrte von 1990 bis 2014 die Inhalte Padovan-Methode, MFT und LKGSF bzw. Dysglossien.



Foto: bereitgestellt

Dr. Sandra Neumann arbeitet als akademische Röfin an der Universität zu Köln. Über Jahre hinweg hat sie sich mit dem Bereich der Diagnostik und Therapie bei Kindern mit Lippen-Kiefer-Gaumen-Segel-Fehlbildungen beschäftigt. Hierzu entwickelte sie das erste deutsche sprachliche Diagnostikmaterial LKGSF komplex. International arbeitete sie in diversen Arbeitsgruppen zur Standardisierung der LKGSF-Diagnostik mit und leitete von 2013-2017 die Workgroup Study Guidelines in Cleft Palate Speech. Ihr aktueller Forschungsschwerpunkt liegt in der Untersuchung von kommunikativer Partizipation und Lebensqualität von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit unterschiedlichen Sprachstörungen.



Foto: bereitgestellt

Aufgrund der veränderten anatomischen Strukturen entsteht bei vielen betroffenen Kindern eine Sprechentwicklungsstörung, die durch phonetisch phonologische Auffälligkeiten, wie z.B. Vor- oder Rückverlagerungen, gekennzeichnet sind. Des Weiteren können mimische Mitbewegungen, eine hyperfunktionelle Dysphonie oder Auffälligkeiten in der Prosodie auftreten (Howard & Lohmander, 2011).

Um den Kindern mit LKGSF eine gleichberechtigte Teilhabe in der Gesellschaft zu ermöglichen, stellt die Sprachtherapie neben der Mund-, Kiefer- und

Gesichtschirurgie, Kieferorthopädie und HNO einen wichtigen Grundpfeiler in der interprofessionellen Behandlung dar. Häufig sind die Kinder jahrelang in Sprachtherapie, was sehr kosten- und zeitaufwändig ist.

Phonetisch-phonologische Auffälligkeiten

Kinder mit einer LKGSF zeigen Sprech-auffälligkeiten und orofaziale Dysfunktionen (Kummer, 2008; Peterson-Falzone, Trost-Cardamone, Karnell & Hardin-Jones, 2006), die nicht in Abhängigkeit oder Vorhersagbarkeit zu Art und Ausprägung der Fehlbildung stehen (Kühn & Möller, 2000). Nach Chapman und Willadsen (2011) treten passive Lautstörungen auf, wenn Kinder mit LKGSF und velopharyngaler Insuffizienz keine Anstrengungen unternehmen, die nasalen Luftentweichungen zu verringern. Zu diesen zählen nasale Durchschläge (hörbar, nicht hörbar), Hypernasalität und Nasalierung von Ziellauteen (Morley, 1966). Andere Kinder versuchen instinktiv mittels aktiver Strategien den nasalen Luftentweichungen durch eine Verlagerung der Artikulationsstelle nach non-oral entgegen zu wirken (Chapman & Willadsen, 2011; Kummer, 2006). Zu diesen werden nasale Frikativierung, pharyngale Rückverlagerungen sowie glottale Artikulationen gezählt. Sie werden in der frühen Sprachentwicklung zur Kompensation der strukturellen Hindernisse habituiert (Hutters & Bronsted, 1987) und deshalb auch als kompensatorische Strategien bezeichnet. Mit Hilfe dieser wird das Phoninventar mit nicht für das Deutsche typischen Lauten erweitert, wodurch eine Verbesserung der Verständlichkeit angestrebt wird (Neumann, 2011; Wohlleben, 2004). Diese aktiven kompensatorischen Artikulationsfehler gehören zu der Gruppe der phonetisch-motivierten phonologischen Störungen (Howard & Lohmander, 2011). Aufgrund der eingeschränkten Funktion des Velums ist zudem der Öffnungsmechanismus der Tuba auditiva gestört, weshalb die Hörfähigkeit von Kindern mit LKGSF beeinträchtigt wird. Die Folge kann eine Verzögerung oder gar Störung der Hörbahnreifung sein, welche auch die phonologische Entwicklung beeinträchtigen kann.

Therapieinhalte bei Kindern mit LKGSF

In Anlehnung an Neumann und Meinusch (2013) lassen sich die folgenden Therapieinhalte für die sprachtherapeutische Betreuung bei LKGSF definieren:

- Trainings des adäquaten velopharyngalen Abschlusses bei Artikulation
- Normalisierung der Resonanz (Abbau der Hyper- oder Hyponasalität)
- Abbau von nasalem Durchschlag/ nasaler Turbulenz
- Überwindung von phonetisch-phonologischen Störungen (Cleft type characteristics/ CTC's)
- Reduzierung mimischer Mitbewegungen
- Aufbau einer costo-abdominalen Atmung

Bei gleichzeitiger orofazialer Störung:

- Orofaziale Stimulation
- Eutonisierung der Zungen- & Lippenmuskulatur
- Erwerb eines (konstanten) Mundschlusses
- Erwerb einer physiologischen Zungenruhelage
- Verbesserung der oralen Stereognosefähigkeit
- Erwerb und Transfer eines physiologischen Schluckmusters
- Habitabbau
- Bei Säuglingen: Sondenentwöhnung

Das „andere“ Aussehen, die beeinträchtigte Artikulation sowie eine auffällige Stimmgebung können dazu führen, dass Kinder mit einer LKGSF aus der Gesellschaft ausgegrenzt werden (Peterson-Falzone, Hardin-Jones & Karnell, 2001). Daher stellen die uneingeschränkte Partizipation [Teilhabe] und sprachliche Aktivität von Kindern mit LKGSF weitere wichtige Therapieziele dar (Howard & Lohmander, 2011).

Sprachtherapeutisches Vorgehen bei LKGS-Fehlbildung

Nach Verschluss des Gaumens benötigen 68% der Betroffenen eine sprachtherapeutische Betreuung (Hardin-Jones & Jones, 2005). Aktuell liegen jedoch keine Studienergebnisse vor, die einen speziellen Therapieansatz aufgrund ihrer Effektivität bevorzugen würden (Hartmann, 2012; Peterson-Falzone et al., 2006). In zwei unabhängig voneinander durchgeföhrten Reviews von Bessell, Sell, Whiting, Roulstone, Albery & Persson et al. (2013) und Neumann und Meinusch (2013) zur Sprachtherapie bei LKGSF können aktuell noch keine eindeutigen Evidenzen festgestellt werden. Deutlich wurde jedoch, dass sowohl traditionelle Artikulationstherapie als auch rein phonologisch-orientierte Therapie als Intensiv-Setting große Chancen für Kinder mit LKGSF aufweisen.

Die Kinder mit LKGSF sollten nach Ortiz-Monasterio, Olmedo, Trigos, Yudovich, Velazquez & Fuente-Del-Campo (1974) zum Zeitpunkt der Sprachtherapie nicht älter als 12 Jahre sein. Der größte Erfolg wird der Sprachtherapie nach dem Verschluss der LKGSF zwischen dem fünften und 12. Lebensjahr zugesprochen. Je früher eine sprachtherapeutische Betreuung einsetzt, desto besser. Ganz allgemein wird zur Behandlung der Cleft-type characteristics vor allem die klassische Artikulationstherapie nach Charles Van Riper (1963) angewendet (Neumann, 2011; Peterson-Falzone et al., 2017). Nach dem Paradigmenwechsel hin zur phonologischen Betrachtungsweise werden seit Beginn der 90er Jahre Kinder mit LKGSF auch mit phonologischen Ansätzen therapiert (Neumann, 2011; Peterson-Falzone et al., 2017). Im deutschsprachigen Raum hat sich hierbei die psycholinguistisch-orientierte Phonologie-Therapie (P.O.P.T.) von Fox-Boyer (2015) durchgesetzt.

Steht bei Kindern mit phonologischen Störungen die phonematische Merkmalsdifferenzierung und Kontrastierung im Vordergrund, liegt der Fokus bei Kindern mit LKGSF auf

der speziellen Kontrastierung von oral- bzw. nasal gebil deten Lauten, also dem Merkmal Oralität versus Nasalität (Neumann, 2011, 2013a).

Auf Grundlage des Sprachverarbeitungsmodells nach Stackhouse und Wells (1997) ist besonders die Verbesserung der phonematischen Differenzierung wichtig. Um einen Laut korrekt zu artikulieren bzw. ihn neu zu bilden, muss die falsche Realisation vom Kind zuerst wahrgenommen werden. Diese Fähigkeit gelingt bei anderen leichter als bei sich selbst und wird als Fremdhören bezeichnet. In der Gruppentherapie zeigt sie wirkungsvolle Effekte und führt zu einer verbesserten Eigenkontrolle.

Vorteile von Gruppentherapien

In der konventionellen Sprachtherapie wird als gewöhnliches Therapie-Setting die ambulante Einzeltherapie eingesetzt. Während im anglo-amerikanischen Raum bereits seit den 50er Jahren der Gruppentherapie Bedeutung zugemessen wurde (Masoud, 2009), sind im deutschsprachigen Raum diese erst ab den 90er Jahren im Rahmen von Stottertherapien eingesetzt worden.

Bekannte Gruppentherapien mit Kindern und Jugendlichen, die sich aktuell im deutschsprachigen Raum etabliert haben, sind die Folgenden:

- Mundmotorische Förderung in der Gruppe (Burhop, Dermann, Dirks & Schmüllung, 1995)
- Gruppentherapie mit stotternden Kindern und Jugendlichen (Katz-Bernstein, 2002)
- SIGMA-PLUS: Gruppenkonzept zur Behandlung von Sigmatismus (Grossstück, 2010)

Ein starker positiver Aspekt in der Gruppentherapie besteht im gemeinsamen Üben und Sprechen in/ bzw. vor der Gruppe. Durch diese sozialen und sprachlichen Interaktionen wird die Entwicklung neuer sprachlicher und sozialer Fähigkeiten ermöglicht (Homolka & Rieder, 1983). Niebel (2017) stellt fest, dass die Kinder in Gruppentherapien insbesondere durch die große Interaktion voneinander lernen, wodurch die gewünschten Verbesserungen eintreten. Natürlich kann in Gruppentherapien nicht so intensiv auf den Einzelnen eingegangen werden wie in Einzeltherapien. Auch die persönlichen charakterlichen Unterschiede der Teilnehmenden können explizit auf die Gruppendynamik einwirken. Während es manchen Kindern schwerfällt, sich in der Gruppe zu öffnen und an Übungen teilzunehmen, müssen andere lernen, sich zurückzunehmen und anzupassen.

Katz-Bernstein (2002) hebt die Dynamik der Gruppe im Vergleich zur Einzeltherapie hervor. „Der Moment der Konkurrenz und der Solidarität, die Konfrontation mit anderen Kindern (...) sowie die Dynamik der Beziehungen, die daraus resultiert, gibt der Trainings- und Übungsarbeit eine ganz andere Motivationsdynamik“ (Katz-Bernstein, 2002, S. 43). Die Kinder können in der Gruppe im Vergleich feststellen, dass andere die gleichen Schwierigkeiten haben

wie sie selbst. Hieraus entsteht ein deutlicher emotionaler Abbau des Störungsbewusstseins und parallel dazu eine Steigerung des Selbstwertgefühls beim betroffenen Kind. Aus der Arbeit mit Kindern in Gruppen zeigt sich, dass Kinder sehr gut durch gegenseitige Beobachtung lernen. In der Gruppe haben sie die Möglichkeit ihre Peers zu beobachten und nachzuahmen – dies gelingt oft mit mehr Interesse und Spaß als in der 1:1-Situation mit erwachsenen Sprachtherapeuten. „Lernen am Modell“ zeigt daher in der Gruppentherapie eine viel größere Wirkung als in der Einzeltherapie (Bandura, 1976).

Der Therapiezugang in der Gruppentherapie ist eher nach konstruktivistischen Lern-Prinzipien gestaltet, indem verschiedene Wahrnehmungskanäle (visuell, auditiv, propriozeptiv) selbsterklärend und ausführend angeregt werden und die Kinder Lernformen wählen können, die ihnen am besten liegen (Siebert, 2008). Allein durch die Anregung unterschiedlicher Wahrnehmungskanäle in der Gruppentherapie steigt die Aussicht auf Erfolg.

Als weitere Besonderheiten stellt Bühling (2013) für Gruppentherapien heraus:

- Echtheit der therapeutischen Situation und der therapeutischen Methoden durch die Lebendigkeit und Kreativität einer Gruppe
- Schutzraum bieten
- Therapeutische Arbeit im Hier und Jetzt.

Durch das Ausprobieren des Sprechens in der Gruppe entsteht ein permanenter unbewusster Vergleich zu anderen. Dadurch wird die individuelle Wahrnehmungsfähigkeit gefördert, jedoch bleibt die Frustration aus, da die Kinder zwar gegenseitig ihre Schwächen, aber auch ihre Stärken sehen. Das Verhalten, etwas nachzuahmen kommt besonders am Anfang der Therapie zum Tragen. Auch die Eltern werden über das Lernen am Modell motiviert, in Austausch mit anderen Eltern zu kommen und sich weiter zu engagieren.

Internationale Evidenzen zu Intensiv-Sprachcamps bei Kindern mit LKGSF

Im Rahmen der sprachtherapeutischen Ansätze bei LKGSF gibt es international bisher wenige Versuche Intensiv- mit Gruppentherapien zu kombinieren und die Effektivität dieser Therapieform nachzuweisen. Teilweise wurden auch nur Einzeltherapien integriert.

Van Demark und Hardin führten schon 1986 ein Intensiv-Sprachcamp mit 13 betroffenen Kindern über sechs Wochen durch, wobei die Kinder täglich eine Stunde nach dem Ansatz der klassischen Artikulationstherapie therapiert wurden. Die Ergebnisse des Camps zeigten signifikante Verbesserungen im Bereich der Artikulation (Van Demark & Hardin, 1986). Pamplona, Ysunza, Patino, Ramirez, Drucker und Mazon (2005) konnten nach einem dreiwöchigen Sprachcamp ebenfalls Artikulationsverbesserungen im Sinne von Abbau kompensatorischer Artikulationsfehler

nachweisen. Die Kinder wurden in Form einer Gruppentherapie fünf Tage die Woche à vier Stunden mit einem phonologischen Therapieansatz therapiert. Albery und Enderby (1984) führten im Rahmen eines Randomized Controlled Trial (RCT) ein sechswöchiges Intensivsprachcamp durch. Die Kinder des Sprachcamps ($n = 26$) erhielten zweimal täglich eine Einzeltherapie á 30 Minuten und eine Gruppentherapie. Die Ergebnisse der Studie zeigten, dass bei Kindern des Sprachcamps signifikante Artikulationsverbesserungen im Vergleich zu einer Kontrollgruppe erzielt werden konnten. In der Fallstudie von Grunwell und Dive (1988) wurde die Effektivität von Intensiv-Sprachcamps untersucht. Insgesamt nahmen sechs Kinder mit LKGSF an einem zweiwöchigen Camp teil. Die Sprachtherapie fand an fünf Tagen die Woche in Form von Einzeltherapien á zwei Stunden und Gruppentherapie á drei Stunden pro Tag statt. Der sprachtherapeutische Fokus lag hierbei auf der phonologischen Kontrastierung. Grunwell und Dive (1988) geben an, dass sich sowohl die Artikulation als auch das phonologische System der Kinder mit LKGSF verbessert hat. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Intensivtherapie bei Kindern mit LKGSF durchaus positive Evidenzen zeigt. Zudem werden in den Bereichen Stottersymptomatik, Artikulationsstörungen und orofaziale Störungen erfolgreich Gruppentherapien angewendet. Daher lässt sich annehmen, dass Gruppentherapie auch für die sprachtherapeutische Betreuung von Kindern mit einer LKGSF als Therapie-Setting mit guten Resultaten eingesetzt werden kann.

Die ICF-CY (WHO, 2007) als Rahmen der Sprachtherapie bei LKGSF

Gemäß der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF-CY; WHO, 2007) ist eine Beurteilung von Gesundheit allein anhand der Körperstrukturen und ihren Funktionen nicht ausreichend, sondern verlangt den therapeutischen Fokus auch auf die Beeinträchtigungen in den Bereichen Partizipation [Teilhabe] und Aktivität in Abhängigkeit der Umweltfaktoren zu verschieben.

Bereits vor der Entwicklung des ICF-CY wurde die Persönlichkeitsentwicklung der Kinder bis zu einem gewissen Maße beobachtet. Es war bekannt, dass das Bewusstsein der Kinder mit LKGSF über ihr anderes Aussehen und Sprechen zu einem eingeschränkten Selbstbewusstsein bzw. einem gestörten Sozialverhalten (z.B. Rückzug, Aggression) führen kann (Neumann & Romonath, 2008).

Auch die Beziehung zwischen Eltern und Kind ist in ihrer Bedeutung nicht zu unterschätzen. Laut Wegener (2009) führen Abwehr und jahrelange Schuldgefühle der Eltern „häufig zu Über- oder Unterprotektion des Heranwachsenden mit nicht als gering einzuschätzendem Einfluss auf seine emotionale, kognitive und sprachliche Entwicklung“ (2009, S. 29).

Mit der Implementierung der ICF-CY in die sprachtherapeutische Praxis wird demzufolge eine rein linguistisch-ori-

entierte sprachtherapeutische Behandlung der Kinder mit LKGSF nicht mehr gerecht. Ein ICF-CY-Core-Set bei LKGSF wurde bereits von Neumann und Romonath (2008) vorgestellt. Speziell für orofaziale Störungen wurde ein MFS-Core-Set von Adamer und Specht-Moser (2013) erarbeitet. Die Förderung der sprachlichen Aktivität und kommunikativen Partizipation [Teilhabe] und die Fokussierung auf die kommunikativen Ressourcen des Kindes übt einen positiven Einfluss auf das Kind und seine Familie aus, weil das Hauptaugenmerk nicht mehr ausschließlich auf den Defiziten ruht (Neumann, 2011). Dies kann insbesondere in einer Gruppentherapie umgesetzt werden. Der Austausch zwischen den betroffenen Eltern einerseits und den Kindern untereinander andererseits beeinflusst mit der daraus entstehenden individuellen Anregung durch andere Gruppenmitglieder die Auseinandersetzung mit sich selbst und führt zu einer Stärkung des Selbstbewusstseins. Die Auseinandersetzung mit dem Störungsbild und ggf. dessen Akzeptanz wird auch angeregt, wenn die Kinder und die Betreuungspersonen in der Gruppe detaillierte Auskunft zu den Sprechaffälligkeiten bei LKGSF erhalten und unterschiedliche Fragen dazu stellen können.

Eine weitere Voraussetzung zu erfolgreicher Partizipation und zum intrinsisch motivierten Lernen in der Therapie ist, dass Spaß und Lust erhalten bleiben und positive Lernerfolge und -situationen geschaffen werden (Siebert, 2008). Tatsächlich haben viele der teilnehmenden Kinder häufig negative Erfahrungen mit verbaler Kommunikation gemacht, weil sie durch die LKGSF in ihrer Kommunikation auffällig sind (z.B. durch mimische Mitbewegungen) und zudem schlecht verstanden werden. Häufig sind die Kinder in vielen wöchentlichen Therapiestunden an der Verbesserung ihrer Artikulation gescheitert. Nur mit Spaß und Freude können dann diese negativen Lernbiografien der Kinder ins Positive umgewandelt werden. Häufig sind die Kinder sozial eher exkludiert, was in der Camp-Zeit, vielleicht für sie zum ersten Mal, nicht der Fall ist.

Das 6-Tage-Intensiv-Camp für Kinder mit LKGS-Fehlbildung: Insel der sprechenden Tiere

Inklusionskriterien

Seit 2015 kommen zum Therapie-Camp je zwölf Kinder mit LKGSF bzw. Hypernasalität im Alter von fünf bis zehn Jahren. Begleitet werden sie von einem Elternteil. Während in den ersten beiden Jahren auch jüngere bzw. ältere Kinder teilnahmen, wurde auf Grund zu hoher bzw. zu niedriger kognitiver Anforderungen die Altersspanne seit 2016 eingeschränkt. Am Camp teilnehmen können Kinder, die prinzipiell in der Lage sind, einen velopharyngalen Abschluss herzustellen und somit die Möglichkeit besteht, ihre phonetisch-phonologischen Störungen abzubauen. Ohne velopharyngalen Abschluss können sprachtherapeutisch keine

Erfolge erzielt werden. Vielmehr muss in diesem Fall über eine sprechverbessernde Korrektur-Operation (sekundäre Velopharynxplastik) nachgedacht werden (Peterson-Falzone et al., 2001). Daher wurde seit 2017 der Nachweis eines velopharyngalen Abschlusses bei mindestens einem Laut eingeführt, um den Erfolg der Therapie zu gewährleisten.

Ablauf

Die Familien reisen an einem Sonntag auf der Sonneninsel Seekirchen an. Am Abend stellen sich die Logopädinnen vor. Die Kinder werden nach Alter in zwei Gruppen zu je sechs Kindern aufgeteilt. Am Montag beginnen die Therapien. Vorab erfolgt eine ausführliche Sprachdiagnostik mit der Psycholinguistischen Analyse kindlicher Aussprachestörungen (PLAKSS-II; Fox-Boyer, 2014), dem NasalView® (Bressmann, 1999) und einer Hauchspiegelprobe nach Czermak (Andrä, 1996). Bis zum darauffolgenden Samstag erhalten die Kinder täglich vormittags 30 Minuten Einzeltherapie und zwei Stunden Gruppentherapie mit sechs Kindern. Nachmittags finden weitere 30 Minuten Einzeltherapie und eine Stunde Gruppentherapie in der Großgruppe mit allen statt. Nach der Großgruppe werden verschiedene Freizeitangebote wie Töpfern, Reiten oder Papierschöpfen für die Familien angeboten. Zu Camp-Ende erfolgt die Abschlussdiagnostik. Am Samstag werden individuelle Abschlussgespräche geführt, gefolgt von einer Elternschulung und einem gemeinsamen Abschiedsprogramm.

Die Therapien werden von Praktikantinnen des 5. Semesters der Fachhochschulen Wiener Neustadt und JOANNEUM Graz durchgeführt und von zwei spezialisierten Logopädinnen fortwährend begleitet. Um die fachliche Qualität der Therapien zu gewährleisten, werden die Studentinnen vor Camp-Beginn mit einer längeren Video-Schulung sowie einer 5-stündigen Fortbildung zusätzlich eingearbeitet. Die Einzel- und Gruppentherapien haben eine stark standariserte Struktur mit genau definierten Übungen, welche täglich wiederholt und aufbauend eingesetzt werden.

Sprachtherapeutisches Vorgehen

Speziell auf die Bedürfnisse der Gruppe angepasst werden sieben kritische Laute für die Gruppentherapie ausgewählt. Jedem Laut werden eine Körperbewegung, ein Tier, eine Lautgeste und eine Liedstrophe zugeordnet, um möglichst viele Sinneskanäle (auditiv, visuell und taktil-kinästhetisch) zu aktivieren.

Die Körperbewegung dient zur Erhöhung der Körperspannung ebenso wie zur Anregung der beiden Hirnhälften durch Überkreuzung der Körpermittle (Kesper, 2002). Die isolierten Laute werden gleichzeitig mit den Körperbewegungen durchgeführt und ermöglichen somit ein hochfrequentes Üben der Ziellaute mit gleichzeitiger Erhöhung der Körperspannung und -koordination.

Das Tier, welches dem Laut zugeordnet wird, dient den Kindern als Vorstellungshilfe und bricht die Assoziationskette zu den häufig oft und erfolglos geübten Phonemen.

Die Lautgeste erleichtert den Kindern das Einnehmen der richtigen Artikulationsstellung und ermöglicht ihnen einen neuen Zugang im Umgang mit resistenten und habituierten Artikulationsfehlern bzw. LKGSF-typischen Prozessen. Die Liedstrophen zu den einzelnen Lauten dienen nicht nur der Erinnerung, sondern auch dem Transfer und der Verbesserung von Atmung und Stimme. Zur visuellen Unterstützung hängen Plakate mit den Ziellauten, Tierbildern, Lautgesten und Körperbewegungen an der Wand.

Eingesetzte sprachtherapeutische Methoden

Neben der Arbeit an den punktgenauen Artikulationsorten und der zielgenauen Artikulation werden in der Einzeltherapie bei Bedarf Übungen zur Verbesserung des orofazialen Gleichgewichtes und der orofazialen Stereognose durchgeführt. Darunter zählen z.B. die Knopfübung nach Garliner (1989) und das Ansaugen der Zunge an den Gaumen (Furtenbach, 2016). Da Kinder mit einer LKGSF in Folge von unbewussten Kompensationstechniken häufig eine hyperfunktionelle Dysphonie, Hochatmung und Verspannungen der Halsmuskulatur beim Sprechen aufzeigen, wurde LaxVox® (Sihvo, 2017) in das tägliche Training integriert. LaxVox® spricht gleichzeitig aerodynamische und muskuläre Mechanismen an und dient somit dem Abbau von kompensatorischen Spannungen, die sich in Form von einer hohen Larynxposition, Taschenfaltenpressen sowie verspannter Kiefer- und Zungengrundmuskulatur zeigen können. Darüber hinaus kann eine tiefe, freie Atmung erreicht werden. Bei Kindern mit tertären Stimmstörungen wird eine schnelle Regeneration der Schleimhäute der Stimmlippen und des Ansatzrohres erzielt (Kruse, 2015).

In Einzel- wie Gruppentherapie liegt der Hauptschwerpunkt auf der Erarbeitung der korrekten Aussprache mit einem kombiniert phonetisch-phonologischen Ansatz (P.O.P.T.). Zur Überwindung der LKGSF-typischen Prozesse Passiv-Nasalierung, Nasaler Frikativierung sowie Nasopharyngalisierung ist besonders die Unterscheidung zwischen Oralität und Nasalität sehr wichtig. Durch Verwendung einer Nasenklemme können die Kinder den auditiven und perzeptiven Unterschied zwischen stark erhöhter versus angemessener Nasalanz oral gebildeter Laute wahrnehmen. Zur Kontrastierung oral und nasal gebildeter Laute wird mit Hilfe des Scape-Scope (Altmann, 1993; Kummer, 2008) gearbeitet. Die Gruppentherapien beinhalten vor allem auditive Differenzierungsübungen und hochfrequente Produktionen von Silben mit den jeweiligen Ziellauten. Eine individuelle Wortliste wird in einem Übungsheft fixiert und täglich wiederholt und erweitert. In die Wortliste werden Wörter mit jenen Ziellauten aufgenommen, welche das Kind unter Aufmerksamkeit bereits korrekt artikulieren kann. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick der durchgeführten Übungen und deren Ziele innerhalb der Einzel- bzw. Gruppentherapie.

Tab. 1: ICF-CY-orientierte Therapiebereiche bzw. -ziele

ICF-CY-orientierte Therapiebereiche	Therapieziel bzw. -methode
Körperfunktion/-struktur	<p>Körperwahrnehmung - eutonisierung Orale Stereognose Atmung Aussprache Orofaziale Funktionsübungen bei orofazialer Dysfunktion Hörförderung (auditive/ phonematische Differenzierung)</p> <p>Konzepte: Sensomotorische Therapie (PADOVAN, KESPER) LaxVox ® (SIHVO) Auditive Therapie (Lautbewusstheit + Lautdifferenzierung) Biofeedback (Scape-Scope) orofaziale Therapie (FURTENBACH) Klassische Artikulationstherapie (VAN RIPER) Psycholinguistisch orientierte Phonologie-Therapie (PO.PT., FOX-BOYER)</p>
Aktivitäten	Sprechen/ Kommunikation mit anderen Rhythmus Bewegung Singen Sprechen in/ vor der Gruppe
Partizipation [Teil-habe]	Kennenlernen von Peers Soziale und verbale Interaktion Gruppenspiele Gemeinsame Freizeit
Umweltfaktoren	Elterninformation Psychologische Beratung für Eltern Austausch mit weiteren betroffenen Eltern Individuelles Elterngespräch Kontakt mit weiteren betroffenen Kindern Unterstützung durch die Peergroup
Personenbezogene Faktoren	Wahrnehmung (verbal/ nonverbal) Coping Aufbau von Selbstvertrauen Psychologische Unterstützung

Vorläufige Ergebnisse

Ganz allgemein kann festgestellt werden, dass eine Verbesserung der Artikulation und der stimmlichen Leistung bisher bei allen Kindern erreicht wurde. In den individuellen Auswertungen der Kinder fallen besonders die Verbesserungen der Artikulation der fehlerhaften aktiven Kompensationen auf. Auch die Zunahme von Selbstkontrolle und Selbstkorrektur wird beobachtet. Weiterhin konnte die Verständlichkeit der Kinder im Kontext signifikant verbessert werden.

Regelmäßig kommen auch Kinder mit extrem hohem Störungsbewusstsein ins Camp. Diese Kinder schaffen es teilweise erst am Ende des Camps sprechend an den Übungen teilzunehmen. Auch bei diesen Kindern zeigt sich in den Nachkontrollen (drei und sechs Monate nach Camp-Abschluss) eine deutliche Verbesserung der Artikulation und korrekten Produktion der Ziellaute. Kinder können demzufolge viel durch Beobachtung lernen und müssen nicht zwingend nachahmen. Wie wichtig der Spaßfaktor und der spielerische Zugang in der Gruppentherapie ist, zeigt sich an den Rückmeldungen

der Eltern. Häufig reagieren diese im Camp überrascht, denn hier sehen sie ihre Kinder erstmals laut und aktiv in der Gruppe spielen. Andere Eltern beobachten zum ersten Mal, wie ihr Kind hier ohne seine assistierenden Geschwister selbstständig agiert und kommuniziert.

Alle Eltern berichten in den Nachkontrollen von einer gesteigerten Motivation in der sprachtherapeutischen Einzeltherapie und ggf. bei den Übungen zu Hause. Sie berichten auch von positiv überraschten Reaktionen des Umfeldes über die verbesserte Verständlichkeit der Kinder.

Für die Kinder ist der Abschied vom Camp oftmals schmerlich. Dies kann als Ausdruck für die hohe Bedeutung einer Peer-Gruppe und der Selbstidentifikation interpretiert werden. Zwischen den Kindern, und natürlich auch zwischen den Eltern, entwickeln sich Freundschaften, welche über das Camp hinaus bestehen bleiben und zu gegenseitigen Besuchen führen. Im Rahmen der ICF-CY kann dies als Therapieerfolg im Sinne der Verbesserung der sozialen Teilhabe gezählt werden.

Fazit

Die Umsetzung der Intensivtherapie mit Einzel- und Gruppentherapie bringt für die Kinder mit LKGSF und deren Eltern viele Vorteile. Das gemeinsame spielerische Arbeiten erhöht bei den Kindern nicht nur die Motivation, sondern führt dazu, dass die Kinder voneinander lernen und aktiver werden. Das Selbstwertgefühl der Kinder wird erhöht, da sie sich mit ihrer Sprechweise identifizieren und wahrnehmen lernen. Sie sind nicht die Einzigsten mit einer Fehlbildung, einer Narbe im Gesicht, mit einer auffälligen Sprechweise etc.

Wie aus anderen Gruppentherapien bekannt, sind Sprachtherapie-Camps durchaus eine attraktive Alternative oder Ergänzung zu Einzeltherapien. Auch für das Gesundheitssystem bringen Gruppentherapien im sprachtherapeutischen Tätigkeitsfeld im Bereich der LKGSF einen effizienzsteigernden Faktor mit sich. Allerdings gehen mit der Intensivtherapie auch gewisse Schwierigkeiten einher, die sich in der Umsetzung bzw. Machbarkeit zeigen. Es bedarf eines speziellen Ortes zur Umsetzung solcher Camps: neben zwei großen Therapierräumen, die ausreichend Platz für Bewegungsspiele bieten, werden auch vier kleine Therapierräume für die parallel stattfindenden Einzeltherapien benötigt. Die Umgebung sollte kindgerecht und nicht kliniknah sein, um ein Ausprobieren in einer neutralen Umgebung gewährleisten zu können und den Kindern mit einer LKGSF das Verarbeiten und Abbauen von Frustrationen und Traumata besser zu ermöglichen. Bisher wird die Notwendigkeit von Intensiv- und Gruppentherapie auch von der Kasse nicht wirklich anerkannt. Das Camp finanziert sich derzeit zu 50% aus Spendengeldern der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie des Landeskrankenhauses Salzburg und aus 50% Eigenanteil der Familien. Die österreichischen Krankenkassen erstatten nur in seltensten Fällen einen Teilbetrag an die Familien zurück. Da es nicht möglich ist, sich in der Gruppentherapie fokussiert auf ein einzelnes Kind zu konzentrieren, kann Gruppentherapie nur in Kombination mit intensiver Einzeltherapie erfolgreich werden. Der Vorteil einer stationären Intensiv-Therapie ist für alle Involvierten von großem Wert: Kind und Eltern haben Zeit sich auf die Therapieziele zu konzentrieren.

Durch das mehrtägige und mehrstündige Arbeiten pro Tag bleibt die phonetisch-phonologische Therapie im Fluss und die vielen Wiederholungen in kürzester Zeit verfestigen das Erlernte, wodurch schneller Fortschritte erreicht werden können. Insbesondere der Zusammenhalt, welcher sich zwischen den betroffenen Kindern und auch zwischen den Eltern entwickelt, spricht für eine Weiterentwicklung und den Ausbau intensiver Gruppentherapien.

LITERATURVERZEICHNIS

- Adamer, I. & Specht-Moser, B. (2013). ICF und myofunktionelle Störungen. In : Furtenbach, M., Adamer, I. & Specht-Moser, B. (Hrsg.), Myofunktionelle Therapie KOMPAKT1. Prävention (S. 54-88). Wien: Prässens.
- Albery, L. & Enderby, P. (1984). Intensive speech therapy for cleft palate children. *British Journal of Disorders of Communication*, 19, 115-124.
- Andrä A. & Neumann H.-J. (1996). Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten: Entstehung, Klinik, Behandlungskonzepte. Rostock: Einhorn-Presse.
- Bandura, A. (1976). Lernen am Modell. Stuttgart: Klett.
- Bessell, A., Sell, D., Whiting, P., Roulstone, S., Albery, L., Persson, M. et al. (2013). Speech and language therapy interventions for children with cleft palate: a systematic re-view. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 50(1), 1-17.
- Bressmann, T. (1999). Sprechsprachliche und psychosoziale Aspekte bei nasaler Resonanz, Sprechgeschwindigkeit, Stimmlage und Lebensqualität. Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Philosophie. Aachen: Shaker.
- Bühling, S. (2013). Logopädische Gruppentherapie für Kinder und Jugendliche. Stuttgart, New York: Georg Thieme.
- Burhop, U., Determann, N., Dirks, S., & Schmüllung, R. (1995). Mundmotorische Förderung in der Gruppe. München: Ernst Reichhardt.
- Chapman, K.L. & Willadsen, E. (2011). The Development of Speech in Children with Cleft Palate. In Howard, S. & Lohmander, A. (Hrsg.), *Cleft Palate Speech: Assessment and Intervention* (S. 23-40). Oxford: Wiley Blackwell.
- Fox-Boyer, A. (2015). PO.PT. Psycholinguistisch orientierte Phonologie-Therapie: Therapiehandbuch. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Fox-Boyer, A. (2014). Psycholinguistische Analyse kindlicher Aussprachestörungen-II (PLAKSS-II). Frankfurt: Elsevier.
- Grossstück, K. (2010). SIGMA-PLUS: Gruppenkonzept zur Behandlung von Sigmofismus. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Grunwell, P. (1993). Analysing Cleft Palate Speech. London: Whurr.
- Grunwell, P. & Dive, P. (1988). Treating 'cleft palate speech': combining phonological techniques with traditional articulation therapy. *Child Language Teaching and Therapy*, 4(2), 193-210.
- Hardin-Jones, M.A. & Jones, D.L. (2005). Speech production of preschoolers with cleft palate. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 42(1), 7-13.
- Hartmann, E. (2012). Wirksamkeit von Kindersprachtherapie im Lichte systematischer Übersichten. Vierletzjahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete, 81, 191-209.
- Homolka, I. & Rieder, K. (1983). Sprachheilpädagogische Gruppentherapie. In Aschenbrenner, H. & Rieder, K. (Hrsg.), *Sprachheilpädagogische Praxis* (S. 211-213). Wien: Jugend und Volk/Diesterweg Sauerländer.
- Howard, S. & Lohmander, A. (2011). Cleft palate speech: assessment and intervention. West-Sussex: Wiley-Blackwell.
- Hutters, B. & Bronsted, K. (1987). Strategies in cleft palate speech – with special reference to Danish. *Cleft Palate Journal*, 24, 126-136.
- Katz-Bernstein, N. (2002). Gruppentherapie versus Einzeltherapie bei stotternden Kindern. In Katz-Bernstein, N. & Subellok, K. (Hrsg.), Gruppentherapie mit stotternden Kindern und Jugendlichen. Konzepte für die Sprachtherapeutische Praxis (S. 41-52). München: Ernst Reinhardt.
- Kesper, G. & Hottinger, C. (2002). Mototherapie bei sensorischen Integrationsstörungen. München: Reinhardt.
- Kühn, D.P. & Moller, K.T. (2000). Speech and language issues in the cleft palate population: The Cleft Palate-Craniofacial Journal, 37(4), 348-348.
- Kruse, S.A. (2015). LAX VOX® – Die Übung zur Pflege, Heilung und Schulung der Stimme, Vorstellung einer universell einsatzbaren Stimmübung. Patholink, 25(1), 5-7.
- Kummer, A.W. (2008). Cleft palate and Craniofacial Anomalies. The Effects on Speech and Resonance. San Diego: Thomson.
- Massoud, V. (2009). Gruppentherapie bei neurologischen Sprachstörungen. Stuttgart: Thieme.
- Morley, M. E. (1966). *Cleft Palate and Speech* (6th ed.). Philadelphia: Williams & Wilkins.
- Neumann, S. & Meinusch, M. (2013). Effektivität sprachtherapeutischer Konzepte bei LKGS-Fehlbildung. *MitSprache* (Fachzeitschrift der Österreichischen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik), 45(2), 5-25.
- Neumann, S. (2011). LKGSF komplex: Sprachtherapeutische Diagnostik bei Lippen-Kiefer-Gaumen-Segel-Fehlbildung. München: Ernst Reinhardt.
- Neumann, S. (2010). Frühförderung bei Kindern mit Lippen-Kiefer-Gaumen-Segel-Fehlbildung: Die Möglichkeit der Prävention von Sprechauflösigkeiten (3. Aufl.). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Neumann, S. & Romonath, R. (2008). Kinder mit LKGS-Fehlbildung im Spiegel der ICF-CY: Entwicklung eines sprachtherapeutischen Core Sets. *Die Sprachheilarbeit*, 5(53), 264-273.
- Niebel, A. (2017). Die meisten Kinder finden Gruppentherapie tatsächlich schöner, unternehmen praxis, 05, 21-23. Verfügbar unter https://www.up-aktuell.de/wp-content/uploads/2017/05/up_0517.pdf [08.04.2019]
- Ortiz-Monasterio, F., Olmedo, A., Trigos, I., Yudovich, M., Velazquez, M. & Fuente-Del-Campo, A. (1974). Final Results from the Delayed Treatment of Patients with Clefts of the Lip and Palate. *Scandinavian Journal of Plastic and Reconstructive Surgery*, 8(1-2), 109-115.
- Pamplona, M.C., Ysunza, A., Patino, C., Ramirez, E., Drucker, M., & Mazon, J.J. (2005). Speech summer camp for treating articulation disorders in cleft palate patients. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 3, 351-359.
- Peterson-Falzone, S.J., Troisi-Cardamone, J.E., Karnell, M.P. & Hardin-Jones, M.A. (2017). *The Clinician's Guide to Treating Cleft Palate Speech*. St. Louis: Mosby.
- Peterson-Falzone, S.J., Hardin-Jones, M.A. & Karnell, M. (2001). *Cleft Palate speech* (3th ed.). St. Louis: Mosby.
- Sihvo, M. (2017). History of the LAX VOX® -- tube exercise: QUICK First-Aid and Vocal Self Care. Helsinki: Lambert.
- Siebert, H. (2008). Grundlagen der Weiterbildung. Konstruktivistisch lehren und lernen. Augsburg: Ziel.
- Stackhouse, J. & Wells, B. (1997). *Children's Speech and Literacy Difficulties: A psycholinguistic framework*. London: Whurr.
- Van Denmark, D.R. & Hardin, M.A. (1986). Effectiveness of intensive articulation therapy for children with cleft palate. *Cleft Palate Journal*, 3, 215-224.
- Van Riper, C. (1963). *Speech Correction: Principles and Methods*. Englewood Cliffs, New York: Prentice Hall.
- Wegener, C. (2009). Lippen-Kiefer-Gaumen-Segel-Spalten im Licht der ICF Forum Logopädie, 4(23), 28-32.
- WHO (2007). International classification of functioning, disability and health – children and youth version. Verfügbar unter http://www.who.int/iris/bitstream/10665/43737/1/9789241547321_eng.pdf [12.03.2019].
- Wohlleben, U. (2004). Die Verständlichkeitsentwicklung von Kindern mit Lippen-Kiefer-Gaumen-Segel-Spalten: Eine Längsschnittstudie über sprachtypische Charakteristika und deren Veränderung. Idstein: Schulz-Kirchner.

Korrespondenzadresse:

Caroline König, Logopädin, MA

Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
Universitätsklinikum Salzburg Landeskrankenhaus
Mühlner Hauptstr. 48, 5020 Salzburg
c.koenig@salk.at