

Cordula Winterholler

Palliative Logopädie – konkret

Dokumentationsvorlage für den Berufsalltag

Ausgangssituation

Die logopädische Versorgung von Betroffenen im palliativen Kontext ist im ambulanten Bereich noch immer keine Selbstverständlichkeit. Obwohl Schluck-, Sprach-, Sprech- und Atemstörungen bei schwerstkranken Patienten häufig auftreten – nach Bausewein et al. (2012) liegt die Prävalenz bei 90 % für Dysphagien – gehören Logopädinnen und Logopäden noch nicht selbstverständlich in das multiprofessionelle palliativ-versorgende Team.

Dieser Umstand birgt Gefahren auf unterschiedlichen Ebenen. Auf der Ebene der Patientenversorgung kann es zu einer Fehlversorgung kommen, auf der Ebene multiprofessioneller Palliativteams zu keinem wachsenden Verständnis für die Rolle der Logopädie, auf der Ebene der Logopädinnen und Logopäden zu einer fortdauernden Unsicherheit ihrer therapeutischen Rolle im palliativen Bereich.

Palliative Versorgungsthemen erreichen die Forschungsebene im deutschsprachigen Raum nur zögerlich. Hawskley et al. (2017) haben in einer Studie zum Thema, wie sich Speech and Language Therapists (SLT) mit ihrer Arbeit im palliativen Umfeld erleben, anhand von Interviews und Fokusgruppen herausgearbeitet, dass die fehlende konstante Einbindung ihrer Fachkompetenz zu einer Verunsicherung be-

züglich der Rollenfindung führt. Darin erläutert die Arbeitsgruppe:

„Participants report that other health professionals have a poor understanding of the SLT's role. SLTs may benefit from palliative care-specific guidelines and increased interprofessional awareness of their role in order to become better integrated into the palliative care sector.“ (Hawskley et al. 2017, 543)

Auf nationaler Ebene finden sich Handlungsempfehlungen für den Palliativsektor in der „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen“ wieder (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. 2015) Im Leitsatz 2 sind die Anforderungen an Versorgungsstrukturen beschrieben:

„Jeder schwerstkranke und sterbende Mensch hat ein Recht auf eine umfassende medizinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Betreuung und Begleitung, die seiner individuellen Lebenssituation und seinem hospizlich-palliativen Versorgungsbedarf Rechnung trägt. Die Angehörigen und die ihm Nahestehenden sind einzubeziehen und zu unterstützen. Die Betreuung erfolgt durch haupt- und ehren-

amtlich Tätige soweit wie möglich in dem vertrauten bzw. selbst gewählten Umfeld. Dazu müssen alle an der Versorgung Beteiligten eng zusammenarbeiten. Wir werden uns dafür einsetzen, dass Versorgungsstrukturen vernetzt und bedarfsgerecht für Menschen jeden Alters und mit den verschiedensten Erkrankungen mit hoher Qualität so weiterentwickelt werden, dass alle Betroffenen Zugang dazu erhalten. Die Angebote, in denen schwerstkranken und sterbende Menschen versorgt werden, sind untereinander so zu vernetzen, dass die Versorgungskontinuität gewährleistet ist.“

Die *therapeutische* Betreuung und Begleitung fehlen in der Aufzählung der Maßnahmen in diesem wichtigen Leitsatz. Eventuell führen solche Auslassungen zu einer Unsicherheit, ob therapeutische Interventionen in diesen Fällen überhaupt angebracht sind. Für den therapeutischen Alltag sind medizinische Leitlinien hilfreich, da sie auf *fachlicher* Ebene verdeutlichen, welche therapeutischen Maßnahmen und/oder Berufsgruppen zielführend für eine adäquate Versorgung Betroffener sein können. Exemplarisch sei hier die S1-Leitlinie Amyotrophe Lateralsklerose (ALS) genannt. Hier liest man unter „allgemeine Empfehlungen zur Therapie“:

„Prinzipiell ist zwischen kausal orientierter pharmakologischer Therapie und palliativer Behandlung, die auch symptomatische Therapieansätze miteinschließt, zu unterscheiden. Die Betreuung durch ein multidisziplinäres Team an einer Klinik verbessert die Lebenserwartung und die Lebensqualität, auch wenn man Besonderheiten des Patientenspektrums an einer solchen Klinik berücksichtigt (Traynor et al. 2003, Chio et al. 2004, van den Berg et al. 2005). Daher ist diese anzustreben. Diese Patienten werden auch seltener und kürzere Zeit stationär aufgenommen als diejenigen, die keine Spezialkliniken aufsuchen (Chio et al. 2004). Das multidisziplinäre Team soll-

ZUSAMMENFASSUNG. Die Rolle der Logopädie innerhalb einer multiprofessionellen Palliativversorgung scheint noch immer nicht eindeutig zu sein. Das erstaunt gerade deshalb, weil die fachlichen Kerngebiete „Kommunikation, Essen und Trinken, Atmung“ einen entscheidenden Einfluss auf die Alltagsbewältigung Betroffener hat und somit auch auf die individuelle Lebensqualität. Anhand eines Berichts-/Dokumentationsbogens werden die Unterschiede zur rehabilitativ-kurativ ausgerichteten Logopädie verdeutlicht. Die Palliative Logopädie bekommt damit ein Gesicht auf der Handlungsebene im palliativ-logopädischen Alltag. Damit sich dieses Spezialgebiet entwickeln kann, erfolgt ein Aufruf zur Gründung eines Arbeitskreises „Palliative Logopädie“. In diesem Kontext kann Fachwissen gebündelt und aufbereitet werden.

► **SCHLÜSSELWÖRTER** Palliativversorgung – Logopädie – Dokumentation

te dem Patienten einen Zugang zur Logopädie, mit dem Krankheitsbild erfahrenen Krankenschwestern, zur Krankengymnastik, einer Diätberatung, einem (Neuro)Psychologen, einem Zahnarzt, zur Ergotherapie, zur Gastroenterologie, zur Pulmonologie und zur Palliativmedizin garantieren.“

Damit wird die Logopädie ausdrücklich für die multiprofessionelle Betreuung von ALS-Patienten gefordert. Es stellt sich die Frage, wie die Sichtbarkeit der palliativ-logopädischen Arbeit gewährleistet werden kann. Dazu wird im Folgenden ein Dokumentations-/Berichtsbogen vorgestellt, der die Besonderheiten der Palliativen Logopädie fokussiert. Mit diesem Bogen soll zum einen ein Beitrag zur Transparenz und Ausrichtung unserer palliativ-logopädischen Arbeit geleistet werden, und zum anderen soll diese pointierte Zusammenführung auch einer Rollensicherheit in dem sich entwickelnden Fachbereich dienen.

Berichts-/ Dokumentationsvorlage

Um die eigene fachliche Arbeit zu dokumentieren, nach außen zu präsentieren und transparent darzustellen, sind Berichts-/Dokumentationsvorlagen wichtige Arbeitswerkzeuge. Anhand der einzelnen Abschnitte einer Berichtsvorlage wird die Arbeitsweise der palliativ-logopädischen Therapie dargestellt.

Damit wird sichtbar, dass die Palliative Logopädie andere Ziele im Rahmen der Patientenversorgung verfolgt, als es die rehabilitativ-kurativ ausgerichtete Logopädie macht. Diese Transparenz trägt dazu bei, dass die logopädische Expertise vermehrt im palliativen Bereich gesehen wird und die palliative Logopädie sich weiterentwickeln kann.

Expertinnen und Experten zeichnen sich dadurch aus, dass ihnen differenzierte Begrifflichkeiten zur Verfügung stehen. Dadurch wird es ihnen möglich, manche Probleme überhaupt erst zu erkennen, zu benennen und das nötige Handwerkszeug für die Behandlung anzuwenden. Im palliativ-medizinischen Kontext wird präzise erkennbar, welche fachlichen Beiträge die Logopädie im Rahmen der Palliativversorgung leistet.

Woerdehoff formuliert in seinem Beitrag „Palliativversorgung bei Schlaganfall“ das besondere Anliegen der Patienten so: „Gerade in der Palliativversorgung von Menschen mit Schlaganfall ergeben sich jedoch besondere Herausforderungen. Neben ausgeprägten körperlichen Funktionsverlusten bestehen zum Teil starke Einschränkungen der Kommunikation und auch der Entscheidungsfähigkeit.“ (Woerdehoff et al. 2014, 72). Dies ist eine klare Kompetenzzuweisung an die Logopädie.

Die Berichts-/Dokumentationsvorlage gliedert sich in sechs Abschnitte, die nachstehend näher erläutert werden.

Patientendaten

Patientendaten:

Patientenverfügung bezüglich Ernährung:

ja nein

Patientenverfügung bezüglich Atmung:

ja nein

Notfalldose: ja nein

Grunderkrankung:

Logopädische Diagnose:

Besonders für Kolleginnen und Kollegen im ambulanten Bereich sind die Fragen nach einer Patientenverfügung wichtig. Während sich im stationären Bereich die Betroffenen in einer palliativ ausgerichteten Versorgungseinheit mit einem entsprechenden Konzept und einer angepassten Dokumentation befinden, sind Therapeuten und Therapeutinnen gerade bei Hausbesuchspatienten oft auf sich allein gestellt. Vor einer Schluckdiagnostik ist zu klären, ob eine Patientenverfügung vorliegt und welche Entscheidungen hier vom Betroffenen bezüglich der Ernährung vorliegen. Die Frage nach einer Notfalldose (Abb. 1) dient einerseits der eigenen Rückversicherung und stellt andererseits eine Beratungsoption dar.

Abb. 1: Notfalldose



Schwerkranken Menschen wird empfohlen, eine individuell ausgestattete Notfalldose in der Kühltür zu verwahren. Die DGM (Deutsche Gesellschaft für Muskelkranke) empfiehlt diese besonders für ALS-Patienten.

Darstellung der Therapiephasen

Therapiephase im Rahmen der Erkrankung/palliative Logopädie

- kompensatorische Phase mit folgenden Kennzeichen:
- adaptive Phase mit folgenden Kennzeichen:
- begleitende Phase mit folgenden Kennzeichen:
- Sterbephase:

Bei progredienten Erkrankungen ist es sinnvoll, den Verlauf in unterschiedliche Phasen zu unterteilen. Damit wird sichtbar, dass sich die Zielsetzungen und damit auch die entsprechenden Maßnahmen ändern werden. Der zunehmende Funktionsverlust markiert den jeweiligen Übergang in eine andere Phase. Die Hilfsmittelversorgung rückt in den Fokus und wird für alle Beteiligten sichtbar (ausführlich in Winterholler 2015). Das ermöglicht eine Akzeptanz für den Einsatz von Hilfsmitteln und kann als zentraler Aspekt im Rahmen der therapeutischen Versorgung von den Betroffenen wie auch vom Umfeld erkannt werden.

Die „Sterbephase“ ist als Extrapunkt aufgeführt. Das verdeutlicht, dass eine palliative Versorgung nicht nur eine Versorgung im Rahmen eines End-of-Life-Settings darstellt. Hier kommt es häufig zu Missverständnissen. Deshalb sei nochmals auf die Definitionen zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in den Grundlagentexten der WHO verwiesen (WHO 2004). Eine sorgfältige Betrachtung der palliativen Phasen und der jeweiligen Herausforderungen ist für eine optimale Patientenversorgung notwendig, damit es nicht zu einer Unter- oder Überversorgung kommt.

Ziele

Ziele zur Bewältigung des Alltags bezüglich Kommunikation:

Ziele zur Bewältigung des Alltags bezüglich Essen und Trinken:

Ziele zur Bewältigung des Alltags bezüglich Atmung:

„Was sich beschreiben lässt, das kann auch geschehen.“

Ludwig Wittgenstein

Der Erfolg und damit auch die Zufriedenheit von Patienten und Patientinnen mit einer Behandlung hängen davon ab, wie konkret und realistisch mit ihnen gemeinsam Ziele formuliert werden. Neben den Parametern „konkret“ und „realistisch“ spielt auch die individuelle Bedeutsamkeit für den Patienten, die Patientin eine Rolle. Während der Therapie kann der Prozess der Realisierung als schwierig und we-

Abb. 2: Kurzcheck – Relevante Ziele

- Was ist JETZT möglich?
- Was ist veränderbar bei und für den Patienten?
- Was ist veränderbar für das Umfeld?
- Welche Ressourcen stehen zur Verfügung?

nig kontrollierbar erlebt werden. Dies trifft besonders auf Patienten mit neurodegenerativen Verläufen zu. Sie sind mit einem stetigen Funktionsverlust konfrontiert und damit auch mit neuen Zielen und Maßnahmen.

Eine Reihe von Studien zeigt, dass das Streben nach persönlich bedeutsamen Zielen sich positiv auf das physische und psychische Wohlbefinden auswirkt (z.B. *Robbins* et al. 1994). Wenn Ziele allerdings als schwierig und unerreichbar angesehen werden, fühlen sich Menschen unzufrieden und niedergeschlagen, bis hin zu depressiven Episoden (*Lecci* et al. 1994).

Eine Zielorientierung, die unter Erfolg eine Verbesserung auf der Körper- und Funktionsebene versteht, birgt im palliativ-symptomatischen Kontext die Gefahr einer Unzufriedenheit aller am Prozess beteiligten Personen. Die Alternative bedeutet dann nicht, das therapeutische Handeln ausschließlich an der mutmaßlichen Lebensqualität festzumachen, sondern ICF-gemäß, die mögliche Teilhabe im Alltag partizipativ herauszuarbeiten. Die Qualität der therapeutischen Ziele wird in der Logopädie gewöhnlich mit der SMART-Formel beschrieben. Ob diese Qualitätszuschreibung für den palliativen Bereich geeignet ist, ist fraglich.

SMART versus RUMBA

Die SMART-Formel beschreibt die Qualität von Zielen mit folgenden Attributen: spezifisch, messbar, erstrebenswert, realistisch und zu einem festen Zeitpunkt (in einem bestimmten Zeitraum) erreichbar. Gerade der letzte Punkt der zeitlichen Erreichbarkeit irritiert in der Formulierung geeigneter Therapieziele innerhalb der palliativen Logopädie. In der Pflege wird eine andere Zielbeschreibung verwendet – die RUMBA-Regel. Diese wurde schon 1973 von der Kalifornischen Medizinischen Gesellschaft zur Beschreibung von Qualitätsstandards entwickelt (*Joskus* et al. 2002). Das Akronym RUMBA setzt sich aus diesen Eigenschaften zusammen: relevant, understandable, measurable, behaviorale, achievable (Abb. 2). Zwei Aspekte scheinen für die Zielbeschreibung im Rahmen der palliativ ausgerichteten

Abb. 2: RUMBA-Regel

R	relevant	relevant
U	understandable	verständlich, nachvollziehbar
M	measurable	messbar
B	behaviorable	durch eine Verhaltensänderung erreichbar
A	achievable	erreichbar im Rahmen der Gegebenheiten

Abb. 3: Beispiele für unterschiedliche Ziele im Reha- und palliativen Bereich

Fachlicher Fokus	Reha-orientierter Outcome	Palliativ-logopädischer Outcome
Essen und Trinken	Patient isst 5-10 Teelöffel pürierter Kost ohne Aspirationszeichen	Patient kann kleine Mengen pürierter Kost <i>bequem</i> (ohne Ernährungsdruck) essen und damit am <i>Familienessen</i> teilnehmen (bei PEG-Versorgung)
Stimme/Sprechen	Der Betroffene verstärkt sein Stimmvolumen, indem er kontinuierlich seine Stimmtechnik anwenden, auf 3-bis 4-Wortebene.	Mithilfe einer angepassten Strategie ist der Betroffene in der Lage, seine Wünsche <i>bei den Mahlzeiten</i> lauter zu artikulieren, damit ihn sein <i>Umfeld</i> versteht.

ten Therapie interessant: die Verständlichkeit oder Nachvollziehbarkeit und die Qualität der Erreichbarkeit durch Verhaltensänderung. Sie verweisen auf die Themen der Partizipation und der Autonomie bzw. der Selbstwirksamkeit. Zwei Beispiele sollen die Unterschiede von Zielen aus dem Reha-Bereich und dem palliativen Bereich zeigen (nach *Pollens* 2012, 140) (Abb. 3). Die Unterschiede der Zielsetzung zeigen sich konkret in der Qualität der Wiederholbarkeit.

Während im Reha-Setting Stabilität, Kontinuität und daraus resultierend eine Verbesserung angestrebt wird, geht es im palliativen Bereich um Ziele, die eventuell auch schnell verändert werden müssen und häufig einen unmittelbaren situativen Zweck erfüllen. In Bezug auf die fachlichen Komponenten wurde in der Dokumentation die Atmung explizit als Extrapunkt aufgeführt, da sie als Basisvitalfunktion sowohl für die Kommunikation wie auch für das Schlucken anzusehen ist.

Methoden und Maßnahmen

Methodeneinsatz/Maßnahmen

Restituierend:

Adaptiv:

Kompensatorisch:

Unterstützend/entlastend:

Das Maßnahmenspektrum aus der Funktionellen Dysphagie wurde um einen Aspekt erweitert. Das Thema der „*Unterstützung/Entlastung*“ wird nun sichtbar. Dadurch wird erkennbar, dass die Ergebnisse aus der Grundlagenforschung zu neuromuskulären Erkrankungen bekannt sind und die therapeutischen Zielsetzungen auf die Teilhabeebene und nur sehr bedingt auf die Körperfunktion (je nach Erkrankung) abzielen. Elemente der passiven Methoden können unterstützen und entlasten. Die therapeutische Mundpflege, die nicht primär auf hygienische Aspekte ausgerichtet

ist, erhält damit auch endlich einen adäquaten Platz in der therapeutischen Versorgung. Die adaptiven Maßnahmen gewinnen an Bedeutung und haben einen großen Stellenwert sowohl in der Sichtung geeigneter Hilfsmittel als auch in der Beratung und Anpassung. Hier empfiehlt sich der Aufbau eines (Industrie-)Netzwerks, eventuell auch im Zusammenschluss mit Kolleginnen und Kollegen anderer Praxen. *Scott* und *McFee* (2018) beschreiben in dem Handbuch „Palliative Care bei Amyotropher Lateralsklerose“ detailliert Maßnahmen zum Thema „Kommunikation“. Neben der inhaltlichen Planung spielt auch die zeitliche Planung eine Rolle.

Roe und *Leslie* (2010) haben in einer Untersuchung zum Thema „Beginning of the end? Ending the therapeutic relationship in palliative care“ herausgearbeitet, dass die Themen „Therapieende, Abschied“ eine zentrale Rolle im Erleben der eigenen therapeutischen Kompetenz im Kontext der palliativ-logopädischen Versorgung spielen. Für die therapeutische Resilienz ist hier eine Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit hilfreich sowie Supervision und kollegiale Beratung.

Das Umfeld

Einbeziehung des Umfeldes

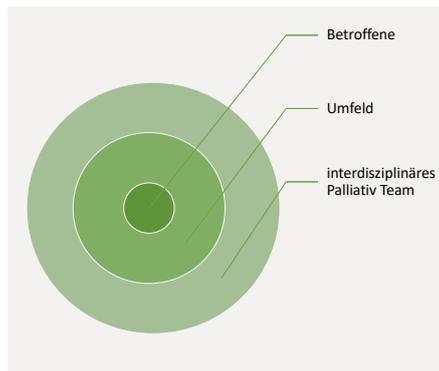
Beratung:

Anleitung:

Moderation:

Der Leitsatz 2 der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen betont, dass die Angehörigen und die ihm nahestehenden Personen einzubeziehen und zu unterstützen sind. Damit gehört die Umfeldarbeit zwingend mit zur therapeutischen Versorgung (Abb. 4). Eine Analyse des bestehenden Umfeldes kann für die Therapieausrichtung hilfreich sein, damit Ressourcen und auch Barrieren frühzeitig erkannt werden. Betrachtet man die unterschiedlichen Ausrich-

Abb. 4: Umfeld des Betroffenen



tungen wie Beratung, Anleitung oder Moderation lässt sich hier erkennen, dass es sich in bestimmten Fällen auch um einmalige Interventionen handeln kann, z.B. Anleitung zu einer sicheren Mundpflege, Tipps für ein sicheres Anreichen von Essen, Moderationen von ethischen Fallkonferenzen usw. Ein zentraler Aspekt in der Beratung stellt häufig die Verbalisierung der belastenden Situation und das Suchen nach Entlastung dar. Auch hier ist ein Netzwerk aus Gesprächskreisen, Psychologen, städtischen Quartiersangeboten etc. hilfreich, an die man gut verweisen kann.

Die palliativ-logopädische Empfehlung

Palliativ-Logopädische Empfehlung

Mit den fachlich begründeten Empfehlungen aus dem palliativen Setting werden Handlungsoptionen für die Beteiligten eröffnet, und es wird auch die Rolle der palliativ-logopädischen Expertise innerhalb der Palliativver-

sorgung deutlich. O'Reilly und Walshe (2015, 756) schreiben dazu Folgendes: „*Speech and language therapists can improve the quality of life of people receiving palliative care through the management of communication and swallowing difficulties ... However their role in this domain is poorly defined and little is understood about the current international professional practice in this field.*“ Sie unterstreichen damit die Notwendigkeit – auch im internationalen Kontext – die Rolle sichtbar zu machen.

Fazit und Ausblick

Das Lindern von vielfältigen Symptomen und der Erhalt einer größtmöglichen Lebensqualität stehen im Vordergrund der palliativen Versorgung. Schwer erkrankte Menschen, Menschen in der Sterbephase, deren Umfeld und das multiprofessionelle Team können von palliativ-logopädischen Angeboten im Rahmen

der Bereiche Kommunikation, Essen und Trinken (Schlucken, Speichelmanagement und Ernährung) und Atmung profitieren. Diese können in unterschiedlichen Settings, wie z.B. Beratung, Anleitung, Moderation, Diagnostik, Therapie stattfinden.

Die praktische Ausrichtung wurde anhand eines Berichts-/Dokumentationsbogen dargestellt. Die Entwicklung von Tools wie geeignete Assessments, Screeningverfahren usw. unterstützen den therapeutischen Alltag und ermöglichen Transparenz als Grundlage für interdisziplinär-fachliche Diskurse.

Die differenzierte Darstellung der palliativ-logopädischen Arbeit bietet auch eine Grundlage für Verhandlungen mit den Kostenträgern. Im jetzigen Finanzierungssystem können diese unterschiedlichen Facetten nicht mehr abgebildet werden. Des Weiteren sind Forschungsprojekte notwendig, damit sich die palliative Logopädie entfalten kann.

Aufruf zur Gründung eines Arbeitskreises „Palliative Logopädie“

Um die Palliative Logopädie und ihre Ausrichtung zu etablieren, soll ein Arbeitskreis „Palliative Logopädie“ gegründet werden. Dies kann ein erster Schritt sein, unser langjähriges Fachwissen in diesem Bereich zu bündeln, um dieses Wissen für unterschiedliche Interessensgruppen verfügbar zu machen. Damit forcieren wir gemeinsam eine qualifizierte Patientenversorgung im palliativen Bereich. Als erste Arbeitsziele können zum Beispiel folgende genannt werden:

- Sorgen für begriffliche Klarheit, um eindeutige Verantwortungsbereiche im Rahmen der palliativen Versorgung zu etablieren
- Erarbeiten eines Leitlinienentwurfes
- Flyer-Erstellung für eine breite Öffentlichkeitsarbeit
- Formulieren von Forschungsanliegen
- Ideenbörse etc.

Wenn Sie Interesse an einer aktiven Mitarbeit haben, dann melden Sie sich bitte im **Mitgliederportal (wir.dbl-ev.de)** bis zum **1.12.2019** bei **Cordula Winterholler**.

• LITERATUR

- Anneser, J., Borasio, G.D., Johnston, W., Oliver, D., & Winkler, A.S. (Hrsg.) (2018). *Palliative Care bei Amyotropher Lateralsklerose*. Stuttgart: Kohlhammer
- Bausewein, C., Delagardelle, I., Hentrich, M., Langenbach, M. & Strohscheer, I. (2012). Gastrointestinale Symptome. In: Aulbert, E., Nauck, F. & Radbruch, L. (Hrsg.). *Lehrbuch der Palliativmedizin* (265-300). Stuttgart: Schattauer
- Chio A, Moral, G, Balzarino, C. & Mutani, R. (2004). Interdisciplinary ALS centers: Effect of survival and use of health services in a population-based survey. *Neurology* 62, S23.003 (Abstract)
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (2015). Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. www.charta-zur-betreuung-sterbender.de (02.08.2019)
- Enste, M. (2018). Logopädische Therapie von Dysphagien im Rahmen der Palliativversorgung. *Logos* 26 (2), 103-112
- Eckman, S. & Roe, J. (2005). Speech and language therapists in palliative care: what do we have to offer? *International Journal of Palliative Nursing* 11 (4), S. 179- 181
- Gerhard, C. (2009). Palliativbetreuung bei neurologischen Erkrankungen. *Angewandte Schmerztherapie und Palliativmedizin* 4 (9), 22-26
- Hawksley, R., Ludlow, F., Buttmer, H. & Bloch, S. (2017). Communication disorders in palliative care. *International Journal of Palliative Nursing* 23 (11), 543-551
- Josuks, H., Pech, G. & Woecht, F. (2002). *Praxisanleitung in der Intensiv- und Anästhesiepflege*. Hannover: Schlütersche
- Koch, H.J. & Jakob, W. (2006). Palliativmedizinische Betreuung in der Neurologie – eine retrospektive Pilotstudie. *NeuroGeriatric* 3 (4), 192-196
- Lecci, L., Okun, M.A & Karoly, P. (1994). Life regrets and current goals as predictors of psychological adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology* 66 (4), 731-741
- O'Reilly, A.C. & M. Walshe, M. (2015). Perspectives on the role of the speech and language therapist in palliative care: an international survey. *Palliative Medicine* 29 (8): 756-761
- Pascoe, A., Breen, L.J. & Cocks, N. (2015). Being prepared for working in palliative care. *Journal of Clinical Practice in Speech-Language Pathology* 17 (2), 82-84
- Pollens, R.D (2012). Integration speech-language pathology services in palliative end-of-life care. *Topics in Language Disorders* 32 (2), 137-148
- Pöhlmann, K., Joraschky P., Petrowski, K., Arnold, B. & Rausch, T. (2001). Therapieziele und Lebensziele von Psychotherapiepatienten. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis* 34, 205-224
- Rack Huser, H. & Bruggisser, N. (2017). Logopädie in palliativen Situationen. *Forum Logopädie* 31 (6), 34-39
- Roe, J.W. & Leslie, P. (2010). Beginning oft he end? Ending the therapeutic relationship in palliative care. *International Journal of Speech-Language Pathology* 12 (4), 304-308
- Robbins, S.B., Lee, R.M. & Wan, T.T.H. (1994). Goal continuity as a mediator of early retirement adjustment. *Journal of Counseling Psychology* 41 (1), 18-26
- Traynor, B.J., Alexander, M., Corr, B., Frost, E. & Hardiman, O. (2003). Effect of a multidisciplinary amyotrophic lateral sclerosis (ALS) clinic on ALS survival: a population based study, 1996-2000. *Journal of Neurology Neurosurgery & Psychiatry* 74 (9), 1258-126
- Van den Berg, J.P., Kalmijn, S., Lindeman, E., Veldink, J.H., de Visser, M., Van der Graaff, M.M., Wokke, J.H., & Van den Berg, L.H. (2005). Multidisciplinary ALS care improves quality of life in patients with ALS. *Neurology* 65 (8), 1264-1267
- Winterholler, C. (2015): Logopädie in der Palliativmedizin oder Palliative Logopädie? *Forum Logopädie* 29 (6), 2-7
- Woerdehoff, D., Bollig, G., Breidbach, T., Frohnhofen, H., Fuchs, M. Hagen, O. Kojer, M., Moerike, E., Orth, H. & Gerhard, C. (2014): Palliativversorgung bei Schlaganfall. *NeuroGeriatric* 11 (2), 69-73
- World Health Organization (2004). *WHO Definition of Palliative Care*. www.who.int/cancer/palliative/definition/en/ (2.8.2019)

Leitlinien

- S1-Leitlinie Amyotrophe Lateralsklerose (gültig bis 31.5.2019, wird derzeit überarbeitet). www.awmf.org (02.08.2019)
- S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung. www.awmf.org (02.08.2019)



Cordula Winterholler

(M.A.) ist Logopädin und Linguistin. Das Studium der Linguistik und Psychologie absolvierte sie an der FAU Erlangen-Nürnberg,

das Staatsexamen Logopädie in Erlangen. Von 1993 bis 2001 lehrte sie Linguistik an der staatl. BFS für Logopädie in Erlangen und war in freier Praxis, in der Frühförderung und Schulvorbereitung als Logopädin tätig. Anschließend war sie bis 2012 Lehrlogopädin für Dysphagie und Dysarthrie an der BFS für Logopädie in Erlangen und arbeitete in der Geriatrie im Waldkrankenhaus Erlangen und in der Neonatologie der Kinderklinik Fürth. In dieser Zeit trieb sie maßgeblich den Aufbau des grundständigen BA-Studiengangs Logopädie an der FAU Erlangen/Nürnberg voran. Von Oktober 2012 hatte sie die Studiengangsleitung Logopädie an der FH Wiener Neustadt. 2014 wechselte sie in die Geschäftsstelle des dbI und war bis März 2018 Geschäftsführerin des dbI e.V. Sie arbeitet derzeit in einer Praxis und baut das Netzwerk „Schluckstörungen“ zusammen mit Prof. Maria Schuster in Nürnberg auf. Ihr fachlicher Schwerpunkt ist das Konzept der Palliativen Logopädie. Sie absolvierte Lehrgänge in Resilienz-Coaching, Moderation und Mediation (univ.).

Die im Beitrag vorgestellt Berichts- und Dokumentationsvorlage steht zum Download auf download.schulz-kirchner.de > forum:logopaedie.de > [Fachartikel](http://forum:logopaedie.de) > [Jahrgang](http://forum:logopaedie.de) > [2019](http://forum:logopaedie.de) > [Ausgabe 6](http://forum:logopaedie.de)

DOI 10.2443/skv-s-2019-53020190603

KONTAKT

Netzwerk Schluckstörung

Prof. Dr. med. Maria Schuster & Cordula Winterholler, M.A.
Virnsbergerstr. 75
90431 Nürnberg
cordula.winterholler@netzwerk-schluckstoerung.de

SUMMARY. Palliative speech therapy – document templates for professional practice

The role of speech therapy in multi-professional palliative care is apparently not yet clear. This is surprising because the specialist core areas of communication, eating and drinking and breathing have a decisive influence on the everyday coping of those affected and therefore also on the individual quality of life. Using a report template/documentation template the differences between palliative speech therapy and rehabilitative curatively aligned speech therapy become clear. Palliative speech therapy is given a face in everyday professional practice. For further development in this particular field a call is made for setting up a working group „palliative speech therapy“ in order to gather expertise and its practical application.

KEY WORDS. Palliative care – speech therapy – documentation