

# THEORIE & PRAXIS



Dagmar Karrasch

## Logopädie im Kontext von Gesundheitsförderung und Prävention

Entwicklung, Aufgaben und Perspektiven

### Einführung

Seit der Proklamierung der Ottawa-Charta 1986 auf der ersten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung der WHO haben Gesundheitsförderung und Prävention im politischen und gesellschaftlichen Raum an Relevanz gewonnen. Gründend auf dem 1946 formulierten Gesundheitsbegriff der WHO zeigte diese damals Grundlagen und Zielrichtung von Gesundheitsförderung auf und löste weltweit Reaktionen und Aktivitäten zugunsten der Gesundheitsförderung bzw. Prävention aus (Altgeld & Kolip 2014, 48). Explizit konstatierte die WHO bereits damals, dass Gesundheitsförderung kein rein gesundheitspolitisches Handlungsfeld sei, sondern eine gesamtgesellschaftliche und politische Aufgabe (WHO 1986, 2ff.).

Dieser Beitrag gibt einen kleinen Einblick in die historische Entwicklung der Bereiche von Gesundheitsförderung und Prävention und stellt zentrale Grundannahmen und Kernelemente dieses Themenfeldes heraus. Vor diesem Hintergrund wird zunächst der Anspruch der die Logopädie vertretenden Berufs- und Fachverbände in Liechtenstein, Österreich, Deutschland und der Schweiz reflektiert. Anschließend werden exemplarisch Perspektiven, Modelle und Handlungsansätze, die die Logopädie verwendet, im Kontext von Gesundheitsförderung und Prävention dargestellt und hinterfragt.

Die sich hieraus ergebende Frage ist, ob die Logopädie die Aufgabenstellungen, die sich aus dem Paradigmenwechsel und der Hinwendung zu Gesundheitsförderung und Prävention ergeben, bereits in die logopädische Patientenversorgung integrieren konnte. Dann könn-

te es sich hier um ein mögliches Spezialgebiet neben der kurativen bzw. rehabilitativen Logopädie und der palliativen Logopädie handeln, nämlich das der präventiven Logopädie.

### Historie und Entwicklung von Gesundheitsförderung und Prävention

„Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“ (WHO 1946, 1). Mit dieser Postulierung der WHO, dass Gesundheit als vollständiges bzw. umfassendes körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden mehr sei als lediglich die Abwesenheit von Krankheit, leitete die Weltgesundheitsorganisation einen Paradigmenwechsel und Pro-

**ZUSAMMENFASSUNG.** Die deutschsprachige Logopädie agiert zunehmend im Kontext der Gesundheitsförderung und Prävention. Die vertretenden Berufs- und Fachverbände der Logopädie in Liechtenstein, Österreich, Deutschland und der Schweiz reflektieren diesen gesellschaftlichen Auftrag im Rahmen der logopädischen Fachdisziplin im Gesundheitswesen, um dieser Ausrichtung eine Perspektive für eine zukunftsorientierte Patientenversorgung zu geben. Dieser Beitrag stellt überblicksartig die Modellorientierung und Handlungsansätze in Gesundheitsförderung und Prävention dar und zeigt auf, welche Aufgaben und Perspektiven sich für die Logopädie im Kontext von Gesundheitsförderung und Prävention ergeben können.

**SCHLÜSSELWÖRTER:** Gesundheitsförderung – Prävention – Logopädie – Gesundheitskompetenz – Health in All Policies – Berufsleitbild – Paradigmenwechsel

Unter dem Begriff „Logopädie“ werden im Kontext dieses Beitrags zwei unterschiedliche Aspekte übergreifend zusammengefasst: Zum einen werden der wissenschaftlichen Disziplin Logopädie andere sprachtherapeutische Richtungen wie die akademische Sprachtherapie, Klinische Linguistik oder Patholinguistik zugordnet und unter dem Begriff der Logopädie subsumiert. Zum anderen schließt das hier angewendete Verständnis von Logopädie sowohl die Wissenschaftsdisziplin als auch die in und mit ihr Tätigen, also Studierende, praktizierende Therapeutinnen, Lehrende und Forschende ein.

Anteile dieses Beitrags wurden entnommen aus Karrasch (2016)

zess ein, den sie seitdem vorantreibt und der bis heute anhält: die Abwendung vom rein biomedizinischen Krankheitsmodell und der damit einhergehenden Schwerpunktsetzung auf kurative und rehabilitative Behandlungsansätze hin zu einer Gesundheitspolitik, die gesamtgesellschaftlich ausgerichtet Gesundheitsförderung und Prävention fokussiert. Damit rückt die Förderung von Gesundheitskompetenz und Gesundheit zunehmend in den Vordergrund. Meilensteine dieser Entwicklung waren:

- **1978:** Die WHO hält in der Erklärung von Alma-Ata aufbauend auf dem Gesundheitsbegriff von 1946 ihre Philosophie der Chancengleichheit fest.
- **1986:** Auf der ersten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung der WHO in Ottawa wird ihre Relevanz erstmals von der WHO in dieser Klarheit und verbunden mit konkreten Handlungsempfehlungen festgehalten. Mit der Charta wurden auch konkrete Handlungsansätze proklamiert, deren Anwendung bis heute in Gesundheitsförderung und Prävention im Mittelpunkt stehen: der Partizipationsansatz, der Ansatz des Empowerments, der Settingansatz und der Ansatz der „Health in All Policies“ (WHO 1986, 4ff.).
- **2001:** Die WHO ergänzt mit der „International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)“ den Begriff einer funktionalen Gesundheit. Dieser hebt die Möglichkeit der Partizipation bzw. Teilhabe im Kontext gesundheitlicher Beeinträchtigungen hervor (DIMDI 2005, 4). Mit der Klassifikation der ICF wurde ein weiterer Schritt vollzogen, sich dem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell zuzuwenden und vom monokausalen Krankheitsmodell abzuwenden. Mit der Ausrichtung auf Ressourcenorientierung, auf die Hinwendung des (Wieder-) Erreichens funktionaler Gesundheit und die Partizipation trotz vorliegender gesundheitlicher Beeinträchtigungen bei Beachtung interner Ressourcen und Umweltfaktoren greift die WHO drei bereits 1986 geforderte zentrale Ansätze aus Gesundheitsförderung und Prävention wieder auf: Partizipation, Integration des Settings und Empowerment.
- **2009-2012:** „The European Health-Literacy-Project“ der WHO wird in Europa umgesetzt. Ziel dieser Datenerhebung war es, Gesundheitskompetenz und Risikofaktoren der Bevölkerung zu erfassen und Handlungsempfehlungen für Regionen und Länder abzuleiten. In der Folge wurden in vielen Ländern Europas unterschiedliche Bevölkerungsgruppen untersucht. Das ernüchternde Ergebnis der Erhebungen ist mit kleineren Unterschieden in allen Regionen ähnlich: Rund die Hälfte der Gesamtbevölkerung verfügt über eine eingeschränkte

Gesundheitskompetenz. Das bedeutet, dass ungefähr die Hälfte der Gesellschaft nicht ausreichend befähigt ist, die für sie relevanten (Gesundheits-)Informationen zu finden und zu verstehen, aber vor allem auch beurteilen und im eigenen Leben anwenden zu können. Somit ist es schwierig, für die Erhaltung ihrer Gesundheit oder Vermeidung von Krankheit und/oder Pflegebedürftigkeit aktiv zu sorgen (WHO 2016, 6ff.).

Auch auf Länderebene zeigten die Initiativen der WHO Wirkung, u.a.:

- **Österreich** verabschiedet 1998 das Gesundheitsförderungsgesetz (GfG) zur stärkeren Verankerung von Gesundheitsförderung und Prävention im Gesundheitsbereich. Im Rahmen der Gesundheitsreform in Österreich wurde das Gesundheitsziel 3 „Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“ formuliert. Um dies zu unterstützen, wurde 2014 im Auftrag der Bundesgesundheitskommission (BGK) die Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz gegründet (oepgk 2018).
- **Liechtenstein** beschließt 2007 das Landesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung (Liechtensteiner Landesgesetzblatt 2007, 1).
- **Die Schweiz** konnte sich bisher nicht für ein Gesetz mit dieser Schwerpunktsetzung entschließen. Dennoch setzt man sich mit dem Thema gesetzgeberisch und politisch auseinander. So wurde 2010 in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) die Allianz für Gesundheitskompetenz gegründet. Diese soll relevante private und öffentliche Stakeholder vereinen und aktivieren, um Gesundheitskompetenz in der Schweiz zu fördern (Allianz Gesundheitskompetenz 2020).
- **Deutschland** verabschiedet 2015 das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention, Präventionsgesetz (PrävG), und gründet 2017 auf Initiative des Bundesgesundheitsministeriums die „Allianz für Gesundheitskompetenz“ in Deutschland, deren Arbeitsergebnis 2018 ein „Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz“ ist.

**Die Perspektiven auf Gesundheit und Krankheit, Gesundheitsförderung und Prävention und ihre Beziehungen untereinander sind divers und vielschichtig. Es übersteigt den Rahmen dieses Übersichtsartikels, dies umfassend und ausreichend vertieft darzustellen. Zusätzlich sind einige weitere Perspektiven in der Abbildung (Seite 8) überblicksartig dargestellt und wichtige Begriffe im Glossar (Seite 13) erläutert.**

Die Erklärung für den Paradigmenwechsel und die Hinwendung zu Gesundheit und Gesundheitskompetenz ist multikausal. Schaeffer et al. (2018, 17) sehen die Notwendigkeit der Steigerung von Gesundheitskompetenz sowohl im Kontext persönlicher als auch gesellschaftlicher Perspektiven und fassen diese wie folgt zusammen:

- Anstieg der Lebenserwartung
- Zunahme chronischer Erkrankungen
- Komplexität des Gesundheitssystems
- Wandel der Patientenrolle
- wachsende soziale Ungleichheit
- kulturelle Diversifizierung der Gesellschaft
- Informationsflut in der digitalen Informations- und Wissensgesellschaft.

Neben philanthropischen Gründen wie dem Wunsch nach gesundheitlicher und sozialer Chancengerechtigkeit, die diesen Paradigmenwechsel sicherlich auch begründet haben, beeinflussen vor allem wirtschaftliche Aspekte diesen Prozess, wie auch Hurrelmann et al. beschreiben: „Die angesprochenen Bemühungen der Gesundheitspolitik, das Gewicht von Prävention und Gesundheitsförderung zu stärken, ergeben sich aus der Erkenntnis, dass die traditionelle Ausrichtung des Versorgungssystems auf Kuration und Therapie nicht mehr lange aufrecht erhalten werden kann“ (Hurrelmann et al. 2014, 19).

## Theoretische Grundlagen in Gesundheitsförderung und Prävention

Definitionen von Gesundheit und Krankheit sind in der Vergangenheit vielfach versucht worden und sehr unterschiedlich oder komplex ausgefallen (Glossar, Seite 13). Auf die jeweilige Definition wirken sich die sehr divergenten Perspektiven (Abb. Seite 8) und auch Erklärungsansätze aus. Häufig verwendete Erklärungsansätze bzw. Modelle von Gesundheit sind:

- Modell der Salutogenese
- Resilienzmodell
- Diathese-Stress-Modell
- Sozialisationsmodell

Sie alle versuchen darzulegen, welche (sowohl internen als auch lebensweltbezogenen) Ressourcen und welche Verhaltensweisen dazu beitragen, den gesunden Zustand, der nicht statisch, sondern in einer Variationsbreite und Flexibilität verstanden wird, zu erhalten. Aktuelle häufig angewendete Modelle von Krankheit sind:

- das naturwissenschaftlich-somatische bzw. biomedizinische Modell
- das Risikofaktoren-Modell
- das bio-psycho-soziale Modell
- verhaltenstheoretische Modelle
- sozio-psycho-somatische Modelle

- sozial
- bio-medizinisch
- metaphysisch
- objektiv
- funktional
- subjektiv
- psychosozial
- körperlich
- seelisch



**Perspektiven auf Gesundheit und Krankheit**  
 Die Notwendigkeit, Gesundheit und Krankheit zu messen und zu „normieren“, ist eine Herausforderung, auch da bis heute keine Definition von Gesundheit und Krankheit existiert, die alle Perspektiven abdeckt.

- edukativ
- normativ-regulatorisch
- Verwendung ökonomischer Anreiz- oder Bestrafungssysteme



**Methodenkategorien**  
 (Rosenbrock & Gerlinger 2014, 74)

- Störungsfreiheit
- Wohlbefinden
- Gleichgewichtszustand (Homöostase)
- Flexibilität (Heterostase)
- Anpassung
- Leistungsfähigkeit und Rollenerfüllung

**Klassifikation der Betrachtung von Gesundheit**  
 (Franke 2012, 38ff.) als

- Resilienzmodell
- Salutogenese
- Diathese-Stress-Modell
- Sozialisationsmodell
- metaphysische Modelle



**Erklärungsansätze für Gesundheit**

- verhaltensbedingt
- sozio-psychosomatisch
- naturwissenschaftlich-somatisch

**Klassifikation der Betrachtung von Krankheit**  
 (Franzowiak 2018, 1) als

- biomedizinisches Modell
- Risikofaktoren-Modell
- verhaltenstheoretische Modelle
- sozio-psychosomatisches Modell
- bio-psycho-soziales Modell
- bio-psycho-sozial-ökologisches Modell
- metaphysische Modelle
- subjektive Modelle



**Erklärungsansätze für Krankheit**

- soziale und wirtschaftliche Faktoren
- Umweltfaktoren (Wasser, Luft, soziale Netzwerke...)
- behaviorale und psychische Faktoren
- Zugang zu gesundheitsrelevanten Leistungen

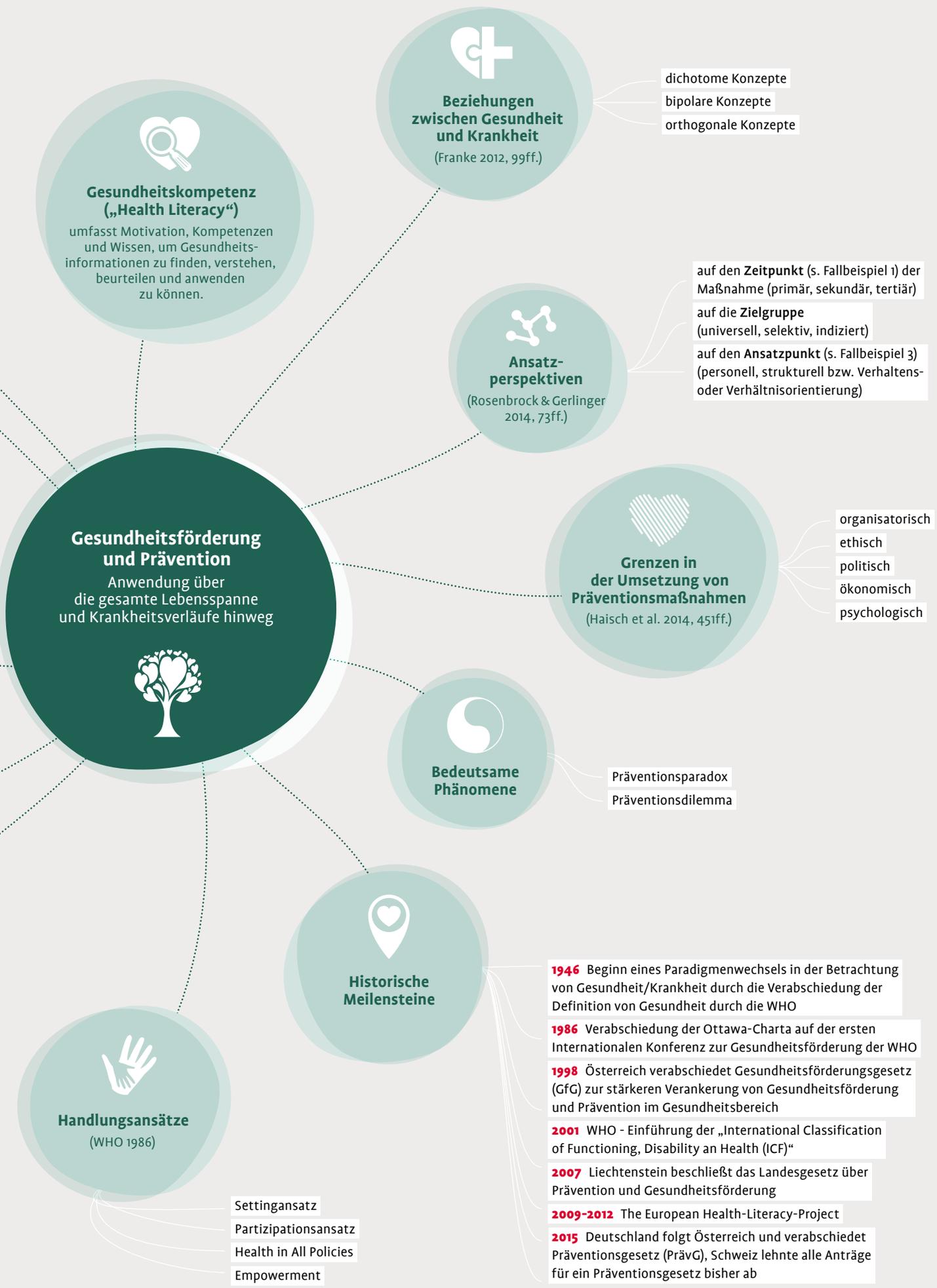
**Schutzfaktoren**

- genetische, physiologische Faktoren
- behaviorale Dispositionen
- psychische Dispositionen
- ökologische Dispositionen

**Risikofaktoren**



**Einflussfaktoren auf Gesundheit und Krankheit**  
 (nach Hurrelmann et al. 2014a, 15ff.)



## KASTEN 1

## Präventive Logopädie

- *Primäre Prävention* ist darauf ausgerichtet, potenzielle Krankheiten oder Störungen zu verhindern. Beispiele primärer Prävention in der Logopädie sind die Unterstützung der alltagsintegrierten Sprachbildung bzw. -förderung (etwa über das Konzept Sprachreich<sup>®</sup> des dbI) und die Förderung von Gesundheitskompetenz.
- *Sekundäre Prävention* findet ihre Anwendung im Frühstadium einer Erkrankung, etwa über Früherkennung. Sie ist darauf ausgerichtet, Auftreten, Verschlimmerung und Fortschreiten zu verhindern oder zu verzögern. Beispiele für präventive Maßnahmen sind Screenings oder Früherkennungsuntersuchungen, wie sie auch in der deutschsprachigen Logopädie mit der Entwicklung professionseigener Forschungsmöglichkeiten zunehmend zur Verfügung stehen.
- *Tertiäre Prävention* hat das Ziel, den Rückfall bereits entstandener Krankheiten zu verhindern und Krankheitsfolgen oder die Verschlimmerung derselben zu verhindern. Üblicherweise werden Maßnahmen der Rehabilitation der tertiären Prävention zugeordnet. In diesem Kontext werden logopädische Behandlungen als Ressource genutzt.

Logopädische Therapie kann der sekundären Prävention und tertiären Prävention zugeordnet werden, da sie üblicherweise verordnet wird, um, wie es in §3 Abs. 2 der in Deutschland geltenden Heilmittel-Richtlinie heißt, „eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern“ (G-BA 2020, 6).

Auch wenn die Einteilung nach dem Zeitpunkt des potenziellen Eintretens schlüssig scheint und häufig verwendet wird, sind Maßnahmen nicht immer eindeutig zuzuordnen. Zudem können Maßnahmen auch gleichzeitig mehreren Ansätzen nachkommen. Am Beispiel der Dysphagitherapie nach Schlaganfall wird dies besonders deutlich:

- Unser logopädischer Handlungsauftrag gilt zunächst vornehmlich der Wiederherstellung u.a. von Funktionen und Fähigkeiten (Tertiäre Prävention).
- Gleichzeitig achten wir auf frühe Warnzeichen möglicher drohender Folgeerkrankungen wie der Aspirationspneumonie und wirken auf die Verhinderung derselben hin (Sekundäre Prävention).
- Ergänzend ist es unser Auftrag und Anspruch, die Möglichkeiten der Betroffenen zur Genesung und Partizipation zu stärken. Über gemeinsames Reflektieren und Einbeziehen sozialer, umweltbezogener und persönlicher Schutzfaktoren, aber auch Risikofaktoren arbeiten wir direkt an der Gesundheitskompetenz der Betroffenen (Primäre Prävention).

- metaphysische Modelle
  - subjektive Modelle bzw. Laientheorien.
- Um Handlungsansätze ableiten zu können, ist es wertvoll, im Falle einer Erkrankung zu hinterfragen, welches der persönliche Blick auf diese Beeinträchtigung ist. Zur Veranschaulichung sei hier auf das Fallbeispiel 2 (Kasten 2) verwiesen.

Ebenso wie die Definition fällt auch die Differenzierung von „gesund“ und „krank“ schwer und wird von der jeweiligen Sichtweise beeinflusst. Diese Problematik der Abgrenzung greift Franke (2012, 22ff.) auf. Sie nennt sieben Gründe, warum diese Abgrenzung so schwierig sei: das Fehlen eindeutiger Definitionen, die (mangelnden) technischen Möglichkeiten der Diagnostik und Therapie, die Diskrepanz zwischen Befund und Befinden, das Existieren von Normabweichungen ohne Krankheitswert, die Kulturgebundenheit jeder Beurteilung, die Feststellung, dass manche Störung/Krankheit nur funktionell störe und somit nicht in jedem Kontext Krankheitswert habe und die These, dass die Definition von Abweichungen vom Normwert interessengeleitet sei (ebd.).

Für eine Beschreibung von „krank“ bzw. „krankhaft“ werden demzufolge Normwerte benötigt, von denen abweichende Toleranzwerte und schließlich pathologische Werte klar unterschieden werden können.

## Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung ist deutlich jünger als Prävention. Die WHO begreift sie als Prozess, der darauf hinarbeitet, „allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (WHO 1986, 1). Unter diesem Begriff werden zudem Handlungen zur Schaffung sozialer, ökologischer und ökonomischer, gesundheitsfördernder Rahmenbedingungen zusammengefasst (Hurrelmann et al. 2014, 1). Die Ausrichtung erfolgt im Hinblick auf die Beibehaltung und Förderung von Gesundheit und damit auf Gesundheitsmodelle und die Frage, welche Determinanten dazu beitragen, Gesundheit zu ermöglichen und Gesundheitskompetenz zu stärken.

## Prävention

Der Begriff der Prävention dagegen wurde laut Rausch (2012, 13) im 19. Jahrhundert im Zeitalter der Industrialisierung, im Umfeld der Debatten um soziale Hygiene und dem Aufkommen von Infektiologie und belastenden Arbeitsbedingungen geprägt. In der Phase ihrer ersten Prägung bereits war die Prävention ebenso wie heute kein rein medizinisches Handlungsfeld, sondern sozialwissenschaftlich, ökologisch und politisch beeinflusst: Präventiv wurde beispielsweise Einfluss auf Lebensbedingungen, Arbeitsbedingungen und Bildung genommen

(Hurrelmann et al. 2014, 13). Im Kontext von Gesundheit liegt ihre Ausrichtung auf der Verhinderung oder Verzögerung von Krankheiten oder Störungen.

## Gesundheitsförderung und Prävention

Gesundheitsförderung und Prävention sind in ihrer Ausrichtung und Wirkung auf Gesundheit (Gesundheitsförderung) und Krankheit und ihre Vermeidung (Prävention) grundverschieden.

Interventionen im Rahmen der Prävention erfolgen aufgrund der möglichen Prognose potenzieller Erkrankungen. Spezifische Kenntnisse pathogenetischer Dynamiken ebenso wie möglicher Risikofaktoren, die diese begünstigen, sind Voraussetzungen für effektive Prävention. Um präventiv handeln zu können, muss bekannt sein, was die Entstehung oder Verschlimmerung von Krankheiten bzw. Störungen verursacht.

Ausnahme ist hier die Orientierung der primären Prävention, die häufig mit Gesundheitsförderung gleichgesetzt wird.

Gesundheitsförderung ist unspezifisch am Individuum oder einer Gemeinschaft ausgerichtet und reicht über die Stärkung von Ressourcen, die Entwicklung von Gesundheitskompetenz, bis hin zu der Schaffung gesundheitsfördernder Rahmenbedingungen. Wer gesundheitsfördernd agieren möchte, benötigt salutogenetische Kenntnisse und Kompetenzen.

Gemeinsam haben Gesundheitsförderung und Prävention die Vermeidung von Krankheit und Beibehaltung von Gesundheit ebenso wie die Forderung nach multidimensionaler und interdisziplinärer Zusammenarbeit, die weit mehr umfasst als das Feld der Medizin. Zudem teilen sie die Anwendung über die gesamte Lebensspanne und alle Versorgungssegmente hinweg (Hurrelmann et al. 2014, 20).

Die theoretische Auseinandersetzung mit Erklärungs- und Handlungsansätzen und den sich daraus ergebenden Handlungsoptionen ist wichtig: Franke (2012, 12) warnt davor, „die Theoriebildung zugunsten praktischer Maßnahmen hintan zu stellen“. Ihrer Auffassung nach gebe es Differenzen im Verständnis von Gesundheit und Krankheit in der öffentlichen Auseinandersetzung, da diese stattfindet, „ohne dass ein Konsens über den Stellenwert und die Bedeutung von Gesundheit und Krankheit bestünde. Bei genauerer Betrachtung wird deutlich, dass nahezu unhinterfragt das biomedizinische Krankheitsmodell theoretischer Ausgangspunkt der Diskussion“ (ebd., 15) sei.

Ebenfalls warnt sie vor mangelnder Klarheit in der theoretischen Auseinandersetzung und sieht die Gefahr, dass aufgrund fehlerhafter Theorien geplante Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung ihr Ziel verfehlen

oder sogar Wirkungen erzielen, die im Widerspruch zu ihrer Absicht stünden (ebd., 15). An dieser Stelle ist es daher notwendig, dass sich die Logopädie in den Diskurs einbringt. Für die logopädische Patientenversorgung stellt sich die berechtigte Frage, inwieweit die therapeutischen Interventionen gezielt und erfolgreich gesundheitsfördernd und/oder präventiv eingesetzt werden und wirken können.

## Sind Gesundheitsförderung und Prävention Tätigkeitsbereiche der Logopädie?

### Der Anspruch der Verbände

In den Berufsleitbildern und Grundsatzdokumenten geben die Verbände Auskunft über ihren Anspruch an die Profession, die sie vertreten, und ihr Tätigkeitsfeld: Die Logopädie hat das „Gebiet von Sprache, Sprechen, Stimme, Hören sowie Schlucken“ zum Gegenstand, die sie als „wesentliche Fundamente menschlicher Kommunikation und Lebensqualität“ betrachtet (dbl 2005, 2).

Der Erkenntnis folgend, dass Logopädie mehr als Therapie sei, benennt der Deutschschweizer Logopädinnen- und Logopädenverband (DLV) in seinem Berufsleitbild das Kompetenz- und Tätigkeitsfeld: „Logopädinnen und Logopäden verfügen über Kompetenzen in Diagnostik, Förderung, Therapie und Beratung. Sie leisten Präventions- und Rehabilitationsarbeit in den Bereichen Sprache, Sprechen, Stimme und Schlucken“ (DLV 2014).

„In diesem Zusammenhang steht für uns Logopädinnen und Logopäden die Erhaltung, Verbesserung beziehungsweise Wiederher-

stellung menschlicher Kommunikation im Mittelpunkt unserer Arbeit. Wir wollen Begegnung unter Wahrung der Menschenwürde ermöglichen und die präventiven/therapeutischen Maßnahmen auf die Klienten/Patienten und ihr soziales Umfeld abstimmen“, formuliert der österreichische Berufsverband entsprechend in seinem Leitbild seinen Anspruch (logopädieaustria 2020). Um diese Aufgaben des „Vorbeugens“ erfüllen zu können, müssten die Behandelnden „über theoretisches gesundheitswissenschaftliches Wissen zu Prävention und Gesundheitsförderung verfügen“ (dbl 2014).

In unterschiedlicher Ausführlichkeit, aber in der Intention übereinstimmend, formulieren die Berufs- und Fachverbände als Interessenvertretungen der Logopädie in Liechtenstein, Schweiz, Deutschland und Österreich demzu-

folge den Anspruch, dass die logopädische Versorgung als Fachdisziplin ihren Platz sowohl im Gesundheitswesen wie auch in der Gesellschaft hat, und benennen Prävention und zum Teil auch Gesundheitsförderung als selbstverständlichen Arbeitsbereich.

### Welche Herausforderungen ergeben sich daraus für die Logopädie?

Haben wir die notwendigen Voraussetzungen an Wissen und Kompetenzen, die es für eine Ausrichtung sowohl an aktuellen Gesundheits- und Krankheitsmodellen als auch an Gesundheitsförderung und Prävention bedarf?

Rausch konstatiert (Rausch 2012, 14), dass ein „ausgearbeiteter logopädie-spezifischer Krankheitsbegriff“ in Anbetracht der wenigen Jahre logopädischer Forschung in Deutschland nicht zu erwarten sei. Sie reflektiert und bezwei-

#### KASTEN 2

##### FALLBEISPIEL Modellorientierung

Die Bedeutung der Modellorientierung in der Betrachtung von Krankheiten bzw. Störungen wird an einem Fallbeispiel deutlich. Fragestellungen geben Hinweise auf einen möglichen Erklärungsansatz, ohne diesen an dieser Stelle zu bewerten.

Ein junger Mann stottert von Kindheit an. Er hat eine unauffällige und selten auftretende Stottersymptomatik. Nur in wenigen Momenten, etwa im Rahmen mündlicher Prüfungen oder seltenen Stresssituationen, kommt es zu einer Verstärkung der Symptomatik, die er bemerkt, die ihn aber in seinem Kommunikationsverhalten nicht beeinträchtigt hat und für ihn kein Grund war, sich als therapiebedürftig einzuschätzen. Es geht ihm gut.

Zum Ende seiner Schullaufbahn wächst in ihm der Wunsch, Pilot zu werden, den er anderen gern erzählt. Darauf nachfolgende Rückmeldungen zu seiner Stottersymptomatik lösen in ihm die Sorge aus, dass er diesem Wunsch möglicherweise nicht folgen kann und er reflektiert sein Stottern:

- Liegt ein neurophysiologischer oder genetischer Grund als Verursacher des Stotterns vor? (biomedizinisches bzw. naturwissenschaftlich-somatisches Modell)
- Ist das Stottern möglicherweise eine Strafe, oder ist das Stottern dadurch entstanden, weil ich als Kind oft angeschrien wurde? (metaphysisches oder subjektives Modell)
- Liegt denn überhaupt eine Beeinträchtigung vor? Es geht mir doch gut und ich habe nicht das Gefühl, dass ich eingeschränkt bin. – Warum soll ich meinem Berufswunsch nicht folgen können? Ich bin doch nicht krank? (bio-psycho-soziale Modellorientierung)

felt in diesem Zusammenhang, ob die Logopädie überhaupt „logopädische Störungen“ als Krankheiten begreife (ebd., 14ff).

Hier werde der Begriff der Krankheit in Bezug auf die in der Therapie zu behandelnde Beeinträchtigung selten verwendet (ebd., 14). Üblicher sei laut Rausch der Begriff eines Störungsbildes oder einer Hör-, Kommunikations-, Schluck-, Sprach-, Sprech- oder Stimmstörung, was impliziere, dass im Verständnis der Behandelnden auch keine Krankheiten behandelt würden (ebd., 14). Störungsbilder könnten zwar durch organische oder funktionelle Beeinträchtigungen hervorgerufen werden, aber durch die Abgrenzung der Störung von der Krankheit finde auch eine Distanzierung von biomedizinischen Perspektiven der ärztlichen Diagnose statt (ebd., 14).

**Andere** VertreterInnen der Logopädie nehmen hierzu sehr diverse Stellung: *Hoffschildt* (2005, 113) geht davon aus, dass die Nähe zur Medizin im Selbstverständnis der Logopädie historisch begründet sei und damit auch die Orientierung an einem biomedizinischen Krankheitsverständnis. *Grötzbach* (2012, 18) reflektiert, dass logopädisch-therapeutisches Handeln in dieser Folge noch heute häufig auf die Störungsbeseitigung ausgerichtet sei und referiert gleichzeitig mit der Benennung von Gesundheit als Störungsfreiheit einen überholten und reduzierten Gesundheitsbegriff (ebd., 22).

In diesem Zusammenhang sei zudem auf den Einwand *Kannengiesers* (2014, 189) hingewiesen: Sie stellt am Beispiel der spezifischen Sprachentwicklungsstörung dar, dass es bei logopädischen Befunden nicht immer um die Feststellung von Pathologien gehe und die dichotome Unterscheidung in normal und gestört irreführend sei, da es sich bei einigen Be-

funden lediglich um schwache Normwerte am unteren Rande der Normalverteilung handle. Trotz dieser Beobachtung findet sie den Begriff der Störung für die Planung von Unterstützung jedoch sinnvoll (ebd.).

### Ist präventive Logopädie ein Spezialgebiet der Logopädie?

Wie Gesundheitsförderung und Prävention als Inhalt und Zielsetzung logopädischer Tätigkeit wahrgenommen wird, soll exemplarisch an den Handlungsfeldern Sprachentwicklung, Stimme und Dysphagie reflektiert werden.

Im Bereich der *Sprachentwicklung* liegen diverse gesundheitsfördernde bzw. präventive logopädische Angebote vor. So gibt es mehrere Elterntrainings zu Sprachentwicklung und Sprachbildung, aus denen als evaluiertes Programm das „Heidelberger Elterntaining zur frühen Sprachförderung“ (HET) hervorsticht (*Buschmann* 2002). Es beruht auf dem bio-psycho-sozialen Modell und schließt verhaltenstheoretische Aspekte mit ein (ebd., 5ff.). In der Umsetzung steht der Ansatz des Empowerments im Vordergrund (ebd., 9f.).

Auch zur Sprachbildung in Kinderbetreuungseinrichtungen existieren diverse logopädische Angebote. Neben Angeboten für Kinder werden auch Schulungen zur alltagsintegrierten Sprachförderung für ErzieherInnen angeboten. Ein Konzept ist „Sprachreich“ (*dbl* 2015, 1). Diesem liegt eine bio-psycho-soziale, kommunikationstheoretische und verhaltenstheoretische Modellorientierung zugrunde (*dbl* 2015, 4). Zielgruppen des Konzepts sind zunächst die ErzieherInnen. In der Umsetzung ist es universell und dient der Befähigung der Anwendenden zu sprachförderlichem Alltagsverhalten (Empowerment). Es

baut zudem auf dem Settingansatz auf (*dbl* 2015, 9).

Zur sekundären Prävention stehen als Früherkennungsuntersuchungen mittlerweile diverse Screenings für unterschiedliche Messzeitpunkte in variierender Qualität zur Verfügung, um sprachliche Fähigkeiten von Kindern niederschwellig zu überprüfen.

Auch im Bereich der *Stimme* liegen vielfältige Veröffentlichungen zu präventiven Maßnahmen vor. *Beushausen et al.* (2015, 20ff.) empfehlen als präventive Maßnahmen, die sich an die Risikogruppe der LehrerInnen richtet, die Orientierung am bio-psycho-sozialen und salutogenetischen Modell und der ICF. Zur Durchführung empfehlen sie eine Mischung aus verhaltens- und verhältnisorientierten Anteilen sowie Partizipation und Empowerment (ebd.). Hieran knüpft *Rittich* (2018, 95) an, die die Möglichkeiten der Qualitätssicherung und Evaluation präventiver Angebote beleuchtet.

*Oetken-Ishorst* stellte bereits 2002 den Bedarf präventiver Maßnahmen für Stimmstörungen von Kindern fest (*Oetken-Ishorst* 2002, 16ff.). Sie begründet dies mit der Orientierung am bio-psycho-sozialen Modell und der Ausgangstheorie, dass Stimmstörungen durch Verhalten und Verhältnis mitverursacht seien (ebd.). Weiter benennt sie Risikofaktoren und kritische Zeitfenster und empfiehlt darauf aufbauend den Abbau von Risikofaktoren und gleichzeitig edukative, verhaltens- und verhältnisorientierte Maßnahmen (ebd.).

Im Bereich der sekundären Prävention von Stimmstörungen stehen ebenso diverse Screenings zur Früherkennung zur Verfügung.

Auch im Bereich der *Dysphagie* bringt sich die Logopädie bewusst präventiv ein. Dies geschieht im Rahmen von Pflege- und Angehörigenberatung und Therapie, in welcher, den Ansätzen sekundärer und tertiärer Prävention folgend, zum Teil gesundheitsfördernde und primärpräventive Ansätze angewendet werden. Zu nennen sind beispielsweise die Prävention von Pneumonien und lebensgefährlicher Aspiration im Rahmen von Dysphagie-therapie und -management (*Bartolome* 2014, 307).

Auch in diesem Bereich werden zunehmend Tools zur Früherkennung entwickelt, etwa der „Rorschacher Beobachtungsbogen Schluckfunktion und Risiken“ (*Rüegg & Steiner* 2020).

Diese exemplarische Reflexion der Rolle der Logopädie im Kontext von Gesundheitsförderung und Prävention lässt erkennen, dass die Logopädie begonnen hat, theoriegeleitet gesundheitsfördernd und präventiv zu handeln und zugehörige Modelle und Handlungsansätze in ihr Handeln einzubeziehen. Zu einzelnen Störungsbildern sind Risiko- und Schutzfaktoren bekannt und Maßnahmen wie Beratungsangebote, Trainings und Früherkennungsuntersuchungen entwickelt.

#### KASTEN 3

##### FALLBEISPIEL Verhaltens- und Verhältnisprävention

Frau F. ist Erzieherin. Sie singt seit Jahren in einem Jazzchor, der auf Stimmbildung besonders viel Wert legt. Mit Beginn der Probenzeit für das anstehende Weihnachtskonzert merkt sie, dass ihr die hohen Töne nicht mehr wie gewohnt gelingen. Die Arbeit im Hort erschöpft sie zunehmend. Beim Besuch des HNO-Arzt sind keine organischen Befunde nachweisbar. Er fragt sie, ob es ihr psychisch schlecht gehe, sie vielleicht eine Kur brauche, oder er sie für eine Weile krankschreiben solle, was Frau F. verneint. Voller Sorge kommt sie in die logopädische Praxis. Im Rahmen des Anamnesegesprächs wird Folgendes deutlich:

Anzeichen für eine Stimmüberlastung traten auf, nachdem der Raum, in dem sie arbeitet, neu ausgestattet wurde. Er soll nun heller und leichter zu reinigen sein, dazu wurden Teppiche, die Sofaecke, einige Regale und auch die Vorhänge entfernt. Frau F. erkennt, dass sich der Raum dadurch akustisch stark verändert hat. Auch die Kinder sind dadurch lauter und unruhiger geworden, was sich auf ihre Arbeitssituation auswirkt. Daher setzt sie sowohl strukturell als auch personell an, um sich zu helfen:

- **Verhältnisprävention:** Es gelingt ihr, der verantwortlichen Einrichtungsleitung zu vermitteln, dass die gut gemeinte Idee massive Folgen für die Raumakustik ihres Arbeitsumfelds hatte. Im Ergebnis schafft sie es, räumliche Veränderungen durchzusetzen, die die Akustik verbessern.
- **Verhaltensprävention:** Aus der Erfahrung der körperlichen und stimmlichen Ermüdung zieht Frau F. unter dem Aspekt der Selbstfürsorge weitere Konsequenzen. Sie achtet nun darauf, regelmäßig und ausreichend zu trinken und bei Bedarf ihre Mund- und Rachenschleimhäute zu befeuchten. Als besonders hilfreich erlebt sie die Stimmübungen, die sie in ihre Morgenroutine an Arbeitstagen aufnimmt.

## Glossar

**Empowerment** ist eine der Maximen der Ottawa-Charta zur Umsetzung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik (WHO 1986, 4). Zum Teil wird synonym der Begriff „Enabling“ verwendet. Empowerment ist darauf ausgerichtet, Menschen zu befähigen, ihr Leben, ihre Gesundheit und ihre Lebenswelt selbst zu gestalten (Brandes & Stark 2016, 1ff.).

**Gesundheit.** „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“ (WHO 1946, 1). „Gesundheit ist das Stadium des Gleichgewichts von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) als auch äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt. Gesundheit ist ein Stadium, das einem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt“ (Hurrelmann & Richter 2013, 147).

**Gesundheitsförderung** gründet auf der Dynamik der Entstehung und Beibehaltung von Gesundheit (Borgetto & Siegel 2009, 229). Sie ist unspezifisch, ressourcenorientiert und auf die Stärkung der Gesundheit ausgerichtet. Im Rahmen der Prävention kann sie als Handlungsansatz betrachtet werden. In der Literatur wird Primordialprävention zum Teil synonym zu Gesundheitsförderung verwendet (Rittich 2018, 42). Ebenso wird sie zum Teil mit Primärer Prävention gleichgesetzt.

**Gesundheitskompetenz** (Health Literacy) umfasst die Motivation und Fähigkeiten von Menschen, die für sie relevanten Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und auf Fragestellungen im eigenen Leben anwenden zu können. Die dazu notwendigen Fähigkeiten, in print und digital verfügbare schriftlich dokumentierte Informationen rezipieren zu können, begründen die enge Verknüpfung zu Bildung und (Schrift-) Sprachkompetenzen. Gesundheitskompetenz ermöglicht es Menschen, über ihren Lebenslauf Entscheidungen treffen und umsetzen zu können, die sich positiv auf Gesundheit, Krankheitsverläufe und Lebensqualität auswirken können. Die Weiterentwicklung von Gesundheitskompetenz ist ein wichtiger Baustein des Empowerments.

**„Health in All Policies“.** Dieser Ansatz ergibt sich aus der Erkenntnis der starken Einflussnahme sozialer und ökologischer Faktoren auf die Gesundheit von Individuen und Gesamtheiten. Die positive Einflussnahme auf relevante (soziale und ökologische) Determinanten der Gesundheit ist eine zentrale Aufgabe in der Gesundheitsförderung (WHO 1986, 1). Gefordert ist daher unter diesem Ansatz eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik bzw. Gesundheitsförderung in allen Politikbereichen.

**International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).** 2001 hat die WHO in der „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF) ergänzend den Begriff der Gesundheit um die Perspektive der funktionalen Gesundheit erweitert, die die Möglichkeit der Parti-

zipation bzw. Teilhabe im Kontext gesundheitlicher Beeinträchtigungen hervorhebt (DIMDI 2005, 4).

**Kohärenzgefühl.** Nach Antonovsky (1997, 140ff.) beeinflusst das Kohärenzgefühl maßgeblich die Platzierung von Individuen auf dem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit. Dieses Gefühl drückt aus, ob man „ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens“ (ebd., 36) hat, das eigene Leben verstehen und bewältigen zu können. Es umfasst nach Antonovsky die Komponenten der Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit (ebd., 34).

**„Krankheit** ist das Stadium des Ungleichgewichts von Risiko- und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) als auch äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen nicht gelingt. Krankheit ist ein Stadium, das einem Menschen eine Beeinträchtigung seines Wohlbefindens und seiner Lebensfreude vermittelt“ (Hurrelmann & Richter 2013, 147). „Krankheit ist im engeren medizinischen Sinn Behandlungs- und/oder Pflegebedürftigkeit“ (Franzkowiak 2018, 1).

**Ottawa-Charta.** Die Relevanz von Gesundheitsförderung wurde 1986 in der ersten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung der WHO in Ottawa hervorgehoben und proklamiert (Altgeld & Kolip 2014, 48). Die dort verfasste Ottawa-Charta löste weltweit Reaktionen und Aktivitäten zugunsten der Gesundheitsförderung aus (ebd.). Basierend auf dem bereits 1946 formulierten Gesundheitsbegriff der WHO und der 1978 in der Erklärung von Alma-Ata festgehaltenen Philosophie der Chancengleichheit hat die WHO 1986 in der Ottawa-Charta die Grundlagen und die Zielrichtung der Gesundheitsförderung sowie Ansatz- und Maßnahmenempfehlungen aufgezeigt. Bereits damals wurde konstatiert, dass dieses Handlungsfeld kein rein gesundheitspolitisches sei, sondern eine gesamtgesellschaftliche und politische Aufgabe (WHO 1986, 2).

**Partizipationsansatz.** In der Ottawa-Charta wurde der Partizipationsansatz als zentraler Handlungsansatz in Gesundheitsförderung und Prävention beschrieben (WHO 1986, 4ff.). Der Partizipationsansatz hat den Anspruch, Zielgruppen und -personen in allen Phasen von der Planung bis zur Evaluation gestaltend an den an sie gerichteten Maßnahmen zu beteiligen. Als Fachpersonen ihrer eigenen Lebenswelt und eigenen Lebens sollen sie als gleichberechtigt angesehen, ihre Wünsche und Anforderungen ernst genommen und an Entscheidungsprozessen beteiligt werden (Altgeld & Kolip 2014, 49).

**Prävention** hat zum Ziel, unerwünschte Ereignisse wie Krankheiten oder Störungen zu verhindern, zu verzögern oder weniger wahrscheinlich zu machen. Sie erfolgt spezifisch und aufgrund der Zukunftsprognose potenzieller Erkrankungen. Sie kann als Risikomanagement betrachtet werden.

**Das Präventionsdilemma** beschreibt die Problematik, dass diejenigen Gruppen, die von den häufigsten präventiven Leistungen besonders profitieren könnten, besonders schwer erreicht werden.

**Das Präventionsparadox** beschreibt den Umstand, dass präventive Maßnahmen, die für die Gesellschaft oder Gesamtbevölkerung einen hohen Nutzen bewirken, nur wenig Mehrwert für ein einzelnes Individuum erzielen. Maßnahmen, von denen einzelne Individuen besonders profitieren, nützen der Gesellschaft oder Gesamtbevölkerung dagegen nur wenig.

**Im Risikofaktoren-Modell** wird davon ausgegangen, dass bestimmte Faktoren die Entstehung von Krankheiten begünstigen können (Franke 2012, 138). Risikofaktoren können beispielsweise Alter, Geschlecht, gesundheitliche Belastungen, soziale oder auch behaviorale, psychische und ökologische Dispositionen sein. Nach Rosenbrock & Gerlinger (2014, 74) zählt das Risikofaktoren-Modell zu den wichtigsten Grundannahmen in der Verhaltensprävention. Es orientiert sich ebenso wie das biomedizinische Modell an Kausalzusammenhängen (Franke 2012, 137). Risikofaktoren spielen auch beim Erwerb von Gesundheitskompetenz eine entscheidende Rolle, dazu zählen in Europa bestimmte soziale Determinanten wie ein niedriger Bildungs- und Sozialstatus, Migrationshintergrund und chronische Erkrankungen (WHO 2016, 10 ff.).

**Schutzfaktoren.** Eine wesentliche Ressource bzw. ein Schutzfaktor im Kontext von Gesundheit stellt der Zugang zu gesundheitsrelevanten Leistungen dar. Weitere soziale, wirtschaftliche und ökologische Faktoren können einen stärkenden Einfluss ausüben, ebenso wie politische Systeme die Rahmenbedingungen für den Erwerb von Stabilität und Vertrauen in Gesellschaft, Sinn und Selbstwirksamkeit stärken können. Gute Bildungsvoraussetzungen können die Entwicklung des Kohärenzgefühls und der Gesundheitskompetenz als Schutzfaktoren bzw. Ressourcen stärken.

**Der Settingansatz** wurde bereits in der Ottawa-Charta (WHO, 1986, 4ff.) als einer der zentralen Ansätze in Gesundheitsförderung und Prävention benannt. Das Angebot im Setting, worunter Lebenswelten wie z.B. Kindertagesstätten, Betriebe, Vereine bzw. Sozialzusammenhänge von Menschen verstanden werden, sei sehr bedeutsam, da hierüber die Lebens- und Arbeitsbedingungen in den Mittelpunkt des Betrachters rücken (Altgeld & Kolip 2014, 49 f.). Werde er angewendet, verliere der Gesundheitsbegriff an Abstraktheit und werde erlebbar, was wiederum die Anwendung der Ansätze des Empowerments und der Partizipation ermöglichen (ebd.).

**Salutogenese.** Aaron Antonovsky entwarf das Modell der Salutogenese. Er forcierte hiermit die Abwendung vom Modell der Pathogenese. Er hält fest, dass es zum Leben dazugehöre, sich zwischen den beiden Endpunkten eines Kontinuums der vollkommenen Gesundheit und vollkommenen Krankheit zu bewegen (Antonovsky 1997, 23). Daraus folgert er, dass jeder Mensch bis zum Tod sowohl kranke als auch gesunde Anteile habe.

Ebenso hat sie begonnen, die präventive Logopädie als Spezialgebiet zu entwickeln: Dies geschieht über den Ausbau theoretischer Grundlagen, die Schaffung von Wissen zu pathogenetischen und salutogenetischen Wirkfaktoren und die Entwicklung von Tools und Fertigkeiten und deren Anwendung. Insgesamt liegen jedoch noch wenige explizit gesundheitsfördernde oder präventive evaluierte Maßnahmen vor. Der Schwerpunkt logopädischer Gesundheitsförderung und Prävention findet im Rahmen therapeutischer Maßnahmen statt. Damit kommt die Logopädie einem der wichtigsten Grundsätze und Forderungen der Prävention, „Health in All Policies“, nach: Alle Politikbereiche sind für Gesundheit mit verantwortlich.

## Fazit

In der Betrachtung von Gesundheit und Krankheit hat ein gesellschaftlicher und politischer Paradigmenwechsel stattgefunden. Die Perspektive der Gesundheitsversorgung auf Krankheit und damit auf Kuration und Rehabilitation hat sich geweitet und den Fokus zugunsten von Gesundheit, Gesundheitsförderung und Prävention verschoben. Daraus abgeleitet wurde der Auftrag an alle Politikbereiche, sowohl Gesundheitsförderung als auch Prävention in das gesellschaftspolitische Handeln zu integrieren. Die Förderung von Gesundheitskompetenz ist damit als gesellschaftlicher, sektorenübergreifender und interdisziplinärer Auftrag zu verstehen.

Die Logopädie in Deutschland, Liechtenstein, Österreich und der Schweiz hat dies erkannt und begonnen, den Paradigmenwechsel innerhalb ihrer Profession umzusetzen. Um Auftrag und Anspruch von Gesundheitsförderung und Prävention in der Logopädie zukünftig besser gerecht zu werden zu können, bedarf es jedoch der Weiterentwicklung von Theorie, Wissen und Handlungsoptionen.

In der möglichen Entwicklung eines Spezialgebiets unserer Profession, der präventiven Logopädie, steckt Potenzial. Der hierzu notwendige kritische Diskurs innerhalb der Disziplin mit ihren drei Säulen der „theoretischen Logopädie“, „praktischen Logopädie“ und „forschenden Logopädie“ (Winterholler 2014, 9) wurde aufgenommen, steckt jedoch ebenso wie unsere gesamte junge akademische Disziplin noch in den Kinderschuhen. Wir Berufsangehörigen sind gefragt, Diskurs und Entwicklung zum Wohle von Patientenversorgung und Professionsentwicklung fortzusetzen.

## : LITERATUR

- Allianz Gesundheitskompetenz (2020). *Was macht die Allianz Gesundheitskompetenz?* <https://www.allianz-gesundheitskompetenz.ch/de/ueber-die-allianz/was-macht-die-allianz> (27.09.2020)
- Altgeld, T. & Kolip, P. (2014). Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch, J. (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (45-56). Bern: Huber/Hogrefe
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt
- Bartolome, G. (2014). Dysphagien. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.), *Grundwissen der Sprachheilpädagogik und Sprachtherapie* (305-313). Stuttgart: Kohlhammer
- Beushausen, U., Ehlert, H. & Rittich, E. (2015). Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Schule. Konzeption und Didaktik von Stimmseminaren für Lehrkräfte. *Forum Logopädie* 29 (4), 18-25
- Borgetto, B. & Siegel, A. (2009). *Gesellschaftliche Rahmenbedingungen der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie. Eine Einführung in die sozialwissenschaftlichen Grundlagen des beruflichen Handelns*. Bern: Huber/Hogrefe
- Brandes, S. & Stark, W. (2016). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention: Empowerment/Befähigung*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/empowermentbefaehigung/> (21.09.2020)
- Buschmann, A. (2002). *Heidelberger Elterntaining zur Sprachförderung. Trainermanual*. München: Urban & Fischer
- dbl (2014). *Kompetenzprofil Logopädie. Langfassung*. [http://www.dbl-ev.de/fileadmin/Inhalte/Dokumente/der\\_dbl/Der\\_Verband/20140828\\_Kompetenzprofil\\_Langfassung\\_.pdf](http://www.dbl-ev.de/fileadmin/Inhalte/Dokumente/der_dbl/Der_Verband/20140828_Kompetenzprofil_Langfassung_.pdf) (20.09.2020)
- dbl (2005). *Leitbild Logopäde/Logopädin des dbl*. [https://www.dbl-ev.de/fileadmin/Inhalte/Publikationen/0011\\_leitbild\\_logopaedie.pdf](https://www.dbl-ev.de/fileadmin/Inhalte/Publikationen/0011_leitbild_logopaedie.pdf) (20.09.2020)
- dbl (Hrsg.) (2015). *Sprachreich®. Logopädisch orientierte Sprachförderung im Alltag. Basiswissen 1. Sprachentwicklung und Sprachförderung bei einsprachigen Kindern – Muttersprache Deutsch*. Frechen: dbl
- DLV (2014). *DLV Berufsbild Logopädie*. [https://www.logopaedie.ch/sites/default/files/u802/DLVintern/DLVD\\_berufsbild\\_A5%209\\_NeueAdr.2014.pdf](https://www.logopaedie.ch/sites/default/files/u802/DLVintern/DLVD_berufsbild_A5%209_NeueAdr.2014.pdf) (20.09.2020)
- DIMDI (2005). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icf/> (29.09.2020)
- Franke, A. (2012). *Modelle von Gesundheit und Krankheit*. Bern: Huber/Hogrefe
- Franzkowiak, P. (2018). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention: Krankheit*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). <http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/krankheit/> (21.09.2020)
- G-BA (2020). *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses. Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/Heilm-RL)*. [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2213/Heilm-RL\\_2020-06-29\\_iK-2020-07-01.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2213/Heilm-RL_2020-06-29_iK-2020-07-01.pdf) (26.09.2020)
- Grötzbach, H. (2012). Wiederherstellung der Gesundheit oder Teilhabe? In: *Forum Logopädie* 26 (5), 18-23
- Haisch, J., Klotz, T. & Hurrelmann, K. (2014). Die Zukunft von Prävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch, J. (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (449-456). Bern: Huber/Hogrefe
- Hoffschildt, C. (2014). Bezüge zur Logopädie. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.), *Grundwissen der Sprachheilpädagogik und Sprachtherapie* (113-126). Stuttgart: Kohlhammer
- Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch, J. (Hrsg.) (2014). *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern: Huber/Hogrefe
- Hurrelmann, K. & Richter, M. (2013). *Gesundheits- und Medizinsoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung*. Weinheim: Beltz Juventa
- Kannengieser, S. (2014). Spezifische Sprachentwicklungsstörungen. In: Grohnfeldt M. (Hrsg.), (2014). *Grundwissen der Sprachheilpädagogik und Sprachtherapie* (188-199). Stuttgart: Kohlhammer
- Karrasch, D. (2016). *Das Präventionsgesetz und die Logopädie: Ein Vergleich zugrunde liegender Ansätze und Modelle. Ableitung von Handlungsempfehlungen für die Logopädie*. Unveröffentlichte Bachelorarbeit an der HAWK Hildesheim
- Landesgesetzblatt Liechtenstein (2007). *Gesundheitsgesetz (GesG) vom 13. Dezember 2007*. [https://www.gesetze.li/konso/2008030000?search\\_text=gesundheitsfoerderung&search\\_loc=text&lrnr=&lgblid\\_von=&observe\\_date=05.10.2020](https://www.gesetze.li/konso/2008030000?search_text=gesundheitsfoerderung&search_loc=text&lrnr=&lgblid_von=&observe_date=05.10.2020) (05.10.2020)
- logopaediaustria (2020). *logopaediaustria: Leitbild*. <https://www.logopaediaustria.at/verband/leitbild> (20.09.2020)
- logopaediaustria (2017). *logopaediaustria: Statuten*. [https://www.logopaediaustria.at/images/Dokumente/Statuten\\_01122017.pdf](https://www.logopaediaustria.at/images/Dokumente/Statuten_01122017.pdf) (20.09.2020)
- oegk – Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (2018). *Gesundheitskompetenz*. <https://oepgk.at/glossary/gesundheitskompetenz-2/> (27.09.2020)
- Oetken-Ishorst, E. (2002). Stimmstörungen bei Kindern. *Forum Logopädie* 16 (4), 16-21
- Rausch, M. (2012). Sind logopädische Störungsbilder Krankheiten? Subjektive Theorien von Gesundheit und Krankheit in der Logopädie. *Forum Logopädie* 26 (5), 12-17

- Richter, M. & Hurrelmann, K. (2018). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention: Determinanten von Gesundheit*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). <http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/determinanten-von-gesundheit/> (21.09.2020)
- Rittich, E. (2018). Grundlagen der Prävention und Gesundheitsförderung. In: Lauer, N. & Schrey-Dern, D. (Hrsg.), *Prävention von Stimmstörungen* (39-68). Stuttgart: Thieme
- Rosenbrock, R. & Gerlinger, T. (2014). *Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung*. Bern: Huber
- Rüegg, R. & Steiner, J. (2020). Dysphagie – Logopädische Kompetenz für die Pflege. *Forum Logopädie* 34 (5), 30-34
- Schaeffer, D., Hurrelmann, K., Bauer, U. & Kopalzik, K. (Hrsg.) (2018). *Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken*. Berlin: KomPart
- WHO (1946). *Constitution of the World Health Organisation*. <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf> (05.10.2020)
- WHO (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf) (05.10.2020)
- WHO (2013). *Gesundheit 2020. Europäisches Rahmenkonzept für gesamtstaatliches und gesamtgesellschaftliches Handeln zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden*. [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/215756/Health2020-Short-Ger.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/215756/Health2020-Short-Ger.pdf) (20.09.2020)
- WHO (2016). *Gesundheitskompetenz. Die Fakten*. Deutsche Fassung veröffentlicht von der Careum-Stiftung, Schweiz, und gefördert vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und dem AOK Bundesverband, Deutschland
- Winterholler, C. (2015). Lebenslanges Lernen – Modebegriff? Alter Wein in neuen Schläuchen? Überlegungen zum Konzept des Lebenslangen Lernens für die Logopädie. *Forum Logopädie* 28 (5), 6-9



**Dagmar Karrasch** absolvierte bis 2005 die Ausbildung zur staatlich geprüften Atem-, Sprech- und Stimmlehrerin an der CJD-Schule Schlaffhorst-Andersen in Bad Nenndorf. Berufsbegleitend schloss sie 2016 das Studium an der HAWK, Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst Hildesheim/Holzlingen/Göttingen, mit dem B.Sc. in Logopädie ab. Nach der Ausbildung arbeitete sie in einer logopädischen Praxis in Hannover, bis sie 2007 eine eigene logopädische Praxis in der Region Hannover gründete. Hier arbeitete sie mit ihrem Team bis Februar 2019. Parallel zu ihrer beruflichen Tätigkeit in der ambulanten Praxis begann sie, sich berufspolitisch für die Belange der Logopädie und der Patientenversorgung zu engagieren: 2008 bis 2014 setzte sie sich auf Landesverbandebene in Niedersachsen im dbl ein. 2014 übernahm sie das Amt der Vizepräsidentin und setzt ihre berufspolitische Arbeit seit 2017 im Amt der Präsidentin des dbl fort.

#### **SUMMARY. Speech and language therapy in the context of health promotion and prevention**

German-speaking speech and language therapy has been increasingly engaged in the field of health promotion and health prevention. Organisations representing the professional practises of speech and language therapy in Liechtenstein, Austria, Germany and Switzerland stand for the social obligation in the health care system to provide a new perspective for future-oriented patient care. This article gives an overview of model orientation and practical approaches in health promotion and health prevention and points out related tasks and perspectives for the profession itself.

KEY WORDS: health promotion – health prevention – speech and language therapy – health literacy – Health in All Policies – professional mission statement – paradigm shift

DOI 10.2443/skv-s-2020-53020200601

#### **KONTAKT**

**Dagmar Karrasch**

Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.  
Augustinusstraße 11a  
50226 Frechen  
karrasch@dbl-ev.de