

# LoRe – Logopädisches Register

## Aufbau und erste Ergebnisse eines Pilotprojekts an der Hochschule für Gesundheit (hsg) in Bochum

*Marieleuse Bartels, Sinaida Kargel, Kerstin Bilda*

**ZUSAMMENFASSUNG.** Das systematische Erfassen von Patientendaten in medizinischen Registern stellt im Gesundheitswesen eine etablierte Methode der Qualitätssicherung und -verbesserung dar. Für den Bereich der Logopädie existieren bisher keine spezifischen Registerdatenbanken. An der Hochschule für Gesundheit (hsg) wird in einem Pilotprojekt ein Logopädisches Register (LoRe) aufgebaut, in dem in einer Datenbank neben personenbezogenen Daten der PatientInnen deren logopädische Diagnosen sowie Daten zu Diagnostik- und Therapieverläufen bei kindlichen Aussprachestörungen erhoben werden. Der LoRe-Datensatz ist bisher noch recht klein (n=181), jedoch ist er hinsichtlich Alter, Geschlecht, Indikationsschlüsseln und verordnenden Facharztgruppen mit den bisher existierenden großen Datensammlungen der gesetzlichen Krankenkassen vergleichbar. Aufgrund seiner spezifischeren Datensammlung ermöglicht der LoRe-Datensatz, u.a. Aussagen über Behandlungsprävalenzen logopädischer Diagnosen, deren Komorbiditäten sowie über den Behandlungsverlauf kindlicher Aussprachestörungen zu treffen. Das Logopädische Register an der Hochschule für Gesundheit in Bochum befindet sich noch im Aufbau. Ein bundesweiter Ausbau und die Integration der Behandlungsverläufe weiterer logopädischer Störungsbilder ist anvisiert.

Schlüsselwörter: Register – Datenbank – Versorgung – Behandlungsprävalenz – Qualitätssicherung und -verbesserung

### Einleitung

Die systematische Erhebung von Patientendaten aus der Versorgung anhand von Registerdatenbanken stellt im Bereich der Medizin eine etablierte Forschungsmethode dar (vgl. Krebs- und Schlaganfallregister). Die in diesem Zusammenhang auftretenden Erkrankungen sind gut und eindeutig klassifizierbar und können durch die große Patientenanzahl als repräsentativ betrachtet werden.

Übergreifendes Ziel eines medizinischen Datenregisters ist die Qualitätsverbesserung der Patientenversorgung durch neue Forschungserkenntnisse z.B. zur Krankheitsursache, zu Komorbiditäten, zu Therapieverläufen etc. Weitere Ziele von klinischen Registern sind beispielsweise die regionale Vergleichbarkeit von Behandlungen, das Sammeln von Erkenntnissen zur Qualitätsverbesserung der Behandlung (vgl. Berliner Schlaganfallregister, BSR) oder auch die Reduzierung von Behandlungskosten (vgl. Projekt Erlanger Schlaganfallregister).

Die Daten werden, z.B. für das BSR seit 2013, regelmäßig veröffentlicht, um den Teilnehmern kontinuierlich Rückmeldung über die Qualität der Behandlung bei einem

akuten Schlaganfall zu geben. Daneben können diese Datenregister Grundlage für weitere Forschungsfragen sein und gewährleisten, dass durch die Ermittlung von Entwicklungstrends bestimmter Störungsbilder die Curricula der Fachstudiengänge besser an den Versorgungsbedarf angepasst werden.

### Datensammlungen der logopädischen Versorgung

Im Bereich der Heilmittelversorgung, u.a. im Bereich der Logopädie, sind Registerdatenbanken besonders für größere Patientengruppen noch nicht etabliert. Erste Versorgungsdaten über einen längeren Zeitraum werden jedoch durch die Krankenkassen BARMER GEK und AOK sowie durch das GKV-Heilmittel-Informationssystem (GKV-HIS) erhoben, systematisiert und veröffentlicht. Übergreifende Zielsetzung ist es, Transparenz auf dem Heilmittelmarkt zu schaffen sowie eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Heilmittelversorgung sicherzustellen. Vorteil dieser Erhebungen ist der Einbezug einer statistisch repräsentativen Patientenanzahl.

**Marieleuse Bartels** studierte Klinische Linguistik (M.Sc.) in Bielefeld sowie Therapiewissenschaften (M.Sc.) in Idstein. Von 2008 bis 2012 arbeitete sie als akademische Sprachtherapeutin mit den Schwerpunkten Störungen des Spracherwerbs und Aphasie in Bielefeld, Lindlar und Berlin. Seit 2012 ist sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin und Studiengangskoorordinatorin an der Hochschule für Gesundheit in Bochum tätig und baut dort das „Logopädische Register“ auf.



**Sinaida Kargel** ist klinische Linguistin (M.A.) und wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Hochschule für Gesundheit in Bochum. Sie studierte von 2005-2008 Germanistik und Erziehungswissenschaften an der Ruhr-Universität Bochum und anschließend von 2008-2010 klinische Linguistik an der Philipps-Universität Marburg. Seit 2010 ist sie als akademische Sprachtherapeutin mit den Schwerpunkten Kindersprache und Stimmstörungen tätig. An der Hochschule für Gesundheit arbeitet sie seit 2013, u.a. im Studiengang Logopädie sowie im Forschungsprojekt Logopädisches Register (LoRe).



**Prof. Dr. Kerstin Bilda** erhielt ihre logopädische Grundausbildung in Ulm und Heidelberg. Von 2003 bis 2009 war sie als Professorin an der FH Oldenburg/Ostfriesland/Wilhelmshaven tätig. Im Oktober 2009 wurde sie als Professorin für Logopädie mit dem Schwerpunkt Neurorehabilitation an die neu gegründete Hochschule für Gesundheit (hsg) Bochum berufen. Seit 2015 ist sie Vizepräsidentin für Forschung und seit 2016 leitet sie das Institut für Angewandte Gesundheitsforschung (IAG). Ihr fachlicher Arbeitsschwerpunkt ist die Neurorehabilitation sowie die Entwicklung und Erprobung von neuen Technologien in der Sprachtherapie.



## GKV-HIS-Berichte

Die GKV-HIS-Berichte aus dem GKV-Heilmittel-Informationssystem, die auf den Heilmittelverordnungsdaten zur vertragsärztlichen Versorgung aller gesetzlich Krankenkassen-Versicherten (ca. 70 Mio.) basieren und quartalsweise erscheinen, liefern grundlegende Daten zur Ausgaben- und Verordnungsentwicklung. Zudem liefern sie Kennzahlen für regionale Vergleichsmöglichkeiten. Im Bereich Logopädie zeigen sie Kennzahlen bezüglich der Ausgaben der GKV, der Anzahl der Verordnungsblätter sowie der verordneten Heilmittel und Behandlungseinheiten (allgemein und sortiert nach Facharztgruppen und Altersgruppen) auf (*GKV Spitzenverband* 2015).

## BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreporte und AOK-Heilmittelberichte

Die Barmer Heil- und Hilfsmittelreporte erscheinen jährlich und basieren auf den Versicherten der Barmer GEK (ca. 8,5 Mio. in 2014, *BARMER GEK* 2015). Im Bereich der Logopädie liefern sie folgende Daten: Anzahl der Leistungsversicherten (absolut und anteilig zu allen Versicherten), Ausgaben, Anzahl der Verordnungen, Verordnungsquoten pro Bundesland sowie Verteilungen der Indikationsschlüssel. Letztere sind, angelehnt an den aktuellen *Heilmittelkatalog* (2011), aufgeschlüsselt in die Kategorien Störungen der Sprache (SP1, SP2, SP3, SP4, SP5, SP6), der Stimme (ST1, ST2, ST3, ST4), des Redeflusses (RE1, RE2), des Schluckaktes (SC1, SC2) sowie der Stimm- und Sprechfunktionen (SF).

Ergänzend dazu liefern die ebenfalls jährlich erscheinenden Heilmittelberichte des wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) auf Grundlage der 24,3 Mio. AOK-Versicherten für den Bereich der Logopädie folgende Daten: Ausgaben, Anzahl der Verordnungen, Leistungen und Behandlungen sowie Verteilungen der Indikationsschlüssel (*Waltersbacher* 2015).

Differenzierter als in den BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreporten werden in den AOK-Heilmittelberichten folgende Indikationsschlüssel des *Heilmittelkatalogs* (2011) erfasst: Störungen der Sprache vor (SP1, SP2) und nach Abschluss der Sprachentwicklung (SP5), Störungen der Artikulation (SP3), Störungen der Sprechmotorik (SP6) sowie Störungen des Schluckaktes (SC1, SC2). Zudem wird die Anzahl der Verordnungsblätter sortiert nach Facharztgruppen, Altersgruppen sowie Geschlechtergruppen dargestellt (*Waltersbacher* 2015).

## ASHA's National Outcomes Measurement System (NOMS)

Daten zur Qualitätssicherung logopädischer Therapien liefert seit 1997 auch die ASHA anhand des *National Outcomes Measurement System (NOMS)*. Es stellt eine systematisierte Datenbank dar, die die Effekte von logopädischer Therapie bei Erwachsenen und Kindern mit Kommunikations- und Schluckstörungen dokumentiert und nachweist. Als zentrale Methode werden dabei die *Functional Communication Measures (FCMs)* der ASHA eingesetzt. Dies sind störungsspezifisch unterteilte siebenstufige Ratingskalen zur Erfassung der individuellen Kommunikations- und Schluckfähigkeiten von PatientInnen über einen längeren Zeitraum.

Basierend auf einem individuellen Behandlungsplan werden die Kommunikations- und Schluckfähigkeiten der PatientInnen zu Therapiebeginn und -ende durch dafür zertifizierte SprachtherapeutInnen anhand der FCMs eingeschätzt. Die dokumentierten Leistungen der Kommunikations- und Schluckfähigkeiten werden anschließend an das Onlinedatenregister der ASHA übermittelt. Ergänzend dazu werden allgemeine demografische sowie therapiespezifische Informationen erfasst und übermittelt (z.B. die logopädische Diagnose, Frequenz und Häufigkeit der Behandlung).

Teilnehmen können SprachtherapeutInnen in zuvor in der Datenbank registrierten klinischen und logopädischen Einrichtungen oder Schulen. Als Gegenleistung können die TherapeutInnen ihre eigenen Therapieoutcomes mit Therapieoutcomes anderer PatientInnen vergleichen, die ähnliche Diagnosen aufweisen. Die Nutzung von NOMS ist ausschließlich ASHA-Mitgliedern innerhalb der USA möglich.

## Logopädisches Register (LoRe) an der hsg Bochum

Die bisher existierenden Datensammlungen liefern bereits wichtige Erkenntnisse zur logopädischen Versorgung. Spezifischere Versorgungsdaten sowie zentrale Aspekte, die für Therapieplanung und Therapieverlauf von großer Relevanz sind, fehlen jedoch noch:

- Aufschlüsselung nach spezifischen logopädischen Diagnosen
- Ermittlung von Störungsschwerpunkten und/oder Ausprägungsgraden logopädischer Diagnosen
- Erfassung von Komorbiditäten logopädischer Störungsbilder
- Erhebung von Therapieverläufen bei bestimmten logopädischen Diagnosen.

Um der Zielsetzung der differenzierteren Datenerfassung gerecht zu werden, startete im

## Was wird im Logopädischen Register erhoben?

### Eckdaten des Patienten

Geburtsdatum, Geschlecht, Mehrsprachigkeit, Ursache der logopädischen Symptomatik

### Logopädische Diagnosen

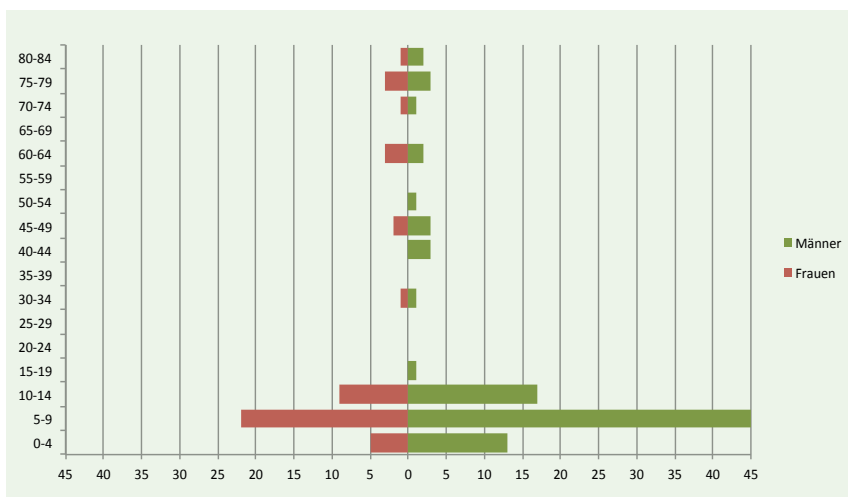
Logopädische Diagnosen (Aphasie, Sprechapraxie, verbale Entwicklungsdyspraxie, Dysarthrie, Dysphagie, Kognitive Dysphasie, Sprachentwicklungsverzögerung (SEV), Late Talker, Umschriebene/Spezifische Sprachentwicklungsstörung (USES/SSES), Sprachentwicklungsstörung mit bekanntem primärem Störungsbild (SES), Sprachentwicklungsauffälligkeit im Deutschen bei Mehrsprachigkeit (ohne Auffälligkeiten in der Erstsprache), orofaziale Dysfunktion (OD), isolierte Artikulationsstörung/isolierte phonetische Störung (iso. AS.), auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung, Störung der phonologischen Bewusstheit (PB), Lese-Rechtschreibstörung (LRS), Redeflussstörung, Mutismus, Rhinophonie, Stimmstörung, sonstige logopädische Diagnosen), Indikationsschlüssel nach Heilmittelkatalog, Ärztliche Diagnosen, Dauer einer Therapieeinheit, Therapiefrequenz, Fachrichtung des verordnenden Arztes, Behandlungsort, Therapieformat, Daten zur unterstützten Kommunikation und zu Hörhilfen

### Daten zu kindlichen Aussprachestörungen (nur bei phonetischen und/oder phonologischen Störungen)

Anzahl bisher stattgefundener Therapieeinheiten, Dauer einer Therapieeinheit, Therapiefrequenz, ggf. Therapiepausen, zur Erst- und Verlaufsdagnostik eingesetzte Testverfahren, vorhandene Prozesse/Lautfehlbildungen, Behandlungsdauer eines Prozesses/einer Lautfehlbildung, eingesetzte Therapiemethoden, parallele Behandlung weiterer Störungsbilder, abgeschlossene Prozesse/Lautfehlbildungen.

Februar 2016 das Pilotprojekt „Logopädisches Register“ an der Hochschule für Gesundheit in Bochum. Die im Projekt erstellte Datenbank „Logopädisches Register“ erfasst über den Zeitraum von einem Jahr zu fünf Messzeitpunkten personenbezogene Eckdaten von PatientInnen, die logopädischen Diagnosen der PatientInnen mit Störungsschwerpunkten bzw. Ausprägungsgraden sowie Daten zur Diagnostik und Therapie kindlicher Aussprachestörungen (siehe Kasten oben).

Die ersten drei Messzeitpunkte wurden bereits durchlaufen (LoRe A, B, C), die letzten beiden Messzeitpunkte erfolgen im November 2016 und Februar 2017 (LoRe D, E). Insgesamt wurden drei logopädische/sprachtherapeutische Praxen aus dem Ruhrgebiet über das Pilotprojekt informiert und um Unterstützung gebeten. Zwei Praxen erklärten sich zur Teilnahme bereit und informierten ihre MitarbeiterInnen. Von den insgesamt 19 TherapeutInnen nehmen 12 an der Datenerhebung teil. Für die Teilnahme am Projekt erhalten die TherapeutInnen eine monetäre Aufwandsentschädigung, die sich am gängigen Kassensatz orientiert.

■ **Abb.1: Anzahl der PatientInnen verteilt nach Altersgruppen und nach Geschlecht**

## Method

Die folgende Darstellung der Stichprobe und der Ergebnisse bezieht sich ausschließlich auf den ersten Messzeitpunkt LoRe A. Ergebnisse aus den Messzeitpunkten LoRe B bis E werden zu späteren Zeitpunkten publiziert.

### Stichprobe

#### Teilnehmende logopädische/sprachtherapeutische Einrichtungen

In den beiden beteiligten logopädischen/sprachtherapeutischen Praxen werden alle gängigen logopädischen Störungsbilder behandelt. Die Therapeutenanzahl in den einzelnen Praxen liegt bei 10 bzw. 9 TherapeutInnen. Die Patientendaten wurden von insgesamt 12 LogopädInnen bzw. akademischen SprachtherapeutInnen übermittelt. Die Anzahl der übermittelten Patientendaten pro TherapeutIn liegt bei durchschnittlich 13 (min=3, max=26).

### Patientendaten

In die Datenbank aufgenommen wurden die Daten von PatientInnen aller Altersgruppen und mit allen logopädischen Störungsbildern, die zum Erhebungszeitpunkt in den

teilnehmenden Praxen behandelt wurden. Insgesamt wurden 271 PatientInnen zur Teilnahme am Registerprojekt befragt, 140 (52%) willigten in die Weitergabe ihrer Daten ein. Da ein Datensatz aufgrund technischer Probleme herausgenommen werden musste, liegen Datensätze von 139 PatientInnen vor.

Von den 139 PatientInnen sind 92 männlich (66%) und 47 (34%) weiblich. Die PatientInnen sind durchschnittlich 17,5 Jahre alt (min=2 Jahre, max=84, SD=22,5). In Abbildung 1 ist die Verteilung der PatientInnen nach Alter und Geschlecht dargestellt. Den größten Patientenanteil nimmt die Altersgruppe der 0- bis 14-Jährigen ein (111 Patien-

tInnen, 80%), wobei Jungen einen größeren Anteil dieser Altersgruppe ausmachen (68% der 0- bis 14-Jährigen).

## Material

### Datenbank „Logopädisches Register“

Für die systematische Erhebung von Patientendaten aus der logopädischen Versorgung wurde eine elektronische Datenbank im Online-Umfragetool „LimeSurvey“ konzipiert, mit deren Hilfe die klinischen Daten erhoben, gespeichert und ausgewertet werden. Hierfür konnte auf der bereits existierenden „Forschungsdatenbank“, die in Zusammenarbeit mit der TU Dortmund entstanden war, aufgebaut werden (Bilda et al. 2013).

Um die Eingabe der Daten in die Datenbank zweckmäßig und selbsterklärend zu halten, wurde die Eingabemaske als Fragebogen konzipiert: Anhand unterschiedlicher Fragenformate werden die Daten der PatientInnen abgefragt und über vorgegebene Antwortformate in die Datenbank eingetragen (Abb.2). Sämtliche Patientendaten werden vor Eingabe in die Datenbank pseudonymisiert, sodass die PatientInnen nicht identifizierbar sind. Lediglich die behandelnden TherapeutInnen kennen die Klarnamen ihrer PatientInnen.

### Regelwerk für die Dokumentation

Vor Beginn der Datenerhebung wurden die teilnehmenden TherapeutInnen im Umgang mit der Datenbank geschult, um die einge-

■ **Abb. 2: Screenshot der Eingabemaske des „Logopädischen Registers“**

**Welche wöchentliche Therapiefrequenz ist auf der Verordnung eingetragen?**  
Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:  
1-2x

**Wie lange dauert eine Therapieeinheit?**  
Bitte wählen Sie einen oder mehrere Punkte aus der Liste aus.  
 30 Minuten  
 45 Minuten  
 60 Minuten  
Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Welcher Fachrichtung gehört der verordnende Arzt an?**  
Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:  
Bitte auswählen...  
Bitte auswählen...  
Pädagogie  
HNO  
Audiologie / Psychiatrie  
Allgemeinmedizin  
Innere Medizin  
Kieferorthopädie / Zahnmedizin  
Pädaudiologie / Phonatrie  
Andere  
es liegt keine Verordnung eines Arztes vor  
Sonstiges:  
 anderer Wohnort des Patienten  
 sonstiges

**Wo wird die Behandlung durchgeführt?**  
Bitte wählen Sie einen oder mehrere Punkte aus der Liste aus.  
 Einzeltherapie  
 Gruppentherapie

**In welchem Therapieformat wird behandelt?**  
Bitte wählen Sie einen oder mehrere Punkte aus der Liste aus.  
 Einzeltherapie  
 Gruppentherapie

## Glossar

**Heilmittel:** verordnete und abgerechnete therapeutische Leistung, exklusive Wege- und Hausbesuchsgelder (GKV Spitzenverband 2012)

**Leistung:** erbrachtes Heilmittel, identifiziert über Heilmittelpositionsnummern, exklusive Wegegeld- und Hausbesuchpositionsnummern (Waltersbacher 2015). „Heilmittel“ und „Leistung“ sind folglich synonym.

**Behandlung:** einzelne Ausführung einer Leistung, entspricht also einer Behandlungseinheit (Waltersbacher 2015)

gebenen Daten zu personenbezogenen Informationen, logopädischen Diagnosen und zu Diagnostiken und Therapien bei kindlichen Aussprachestörungen vergleichbar zu halten. Außerdem wurde ein ausführliches Manual erstellt. Neben den Nutzungshinweisen zur Datenbank sind darin vor allem Standards zur Erfassung der einzelnen logopädischen Diagnosen festgelegt. Hauptsächlich wurde definiert, unter welchen Bedingungen eine logopädische Diagnose in die Registerdatenbank eingegeben werden darf. Bezogen wurde sich hierbei auf AWMF-Leitlinien, z.B. SES-Leitlinie (AWMF 2011), Diagnosekataloge (ICD-10) oder anerkannte Kriterien, z.B. Symptomcluster der verbalen Entwicklungsdyspraxie nach ASHA (2007).

## Ergebnisse

### Vergleich des LoRe-A-Datensatzes mit den AOK-, Barmer-GEK- und GKV-HIS-Datensammlungen

Der zum ersten Messzeitpunkt im Logopädischen Register erhobene Datensatz besteht aus 139 Patientendaten. Somit ist er im Vergleich zu den Datensammlungen der AOK, der BARMER GEK und des GKV-HIS sehr klein. Jedoch weist der LoRe-A-Datensatz eine den Datensammlungen der gesetzlichen Krankenkassen vergleichbare Verteilung von Alter, Geschlecht, Indikationsschlüsseln und verordnenden Facharztgruppen auf, wie im Folgenden aufgezeigt wird.

#### Alter und Geschlecht

Im Logopädischen Register nimmt die Altersgruppe der 0- bis 14-Jährigen den größten Patientenanteil ein (80%). Auch in den GKV-HIS-Berichten sowie im AOK-Heilmittelbericht stellt sich diese Altersgruppe als diejenige dar, die die meisten sprachtherapeutischen Heilmittel bzw. Leistungen erhält: 62% aller sprachtherapeutischen Heilmittel (GKV Spitzenverband 2015) bzw. 66% aller sprachtherapeutischen Leistungen (Walters-

bacher 2015) entfallen auf die Gruppe der 0- bis 14-Jährigen. Sowohl im AOK-Heilmittelbericht (Waltersbacher 2015), im GKV-HIS-Bericht (GKV Spitzenverband 2015) als auch im LoRe-A-Datensatz liegt der Leistungs-/Heilmittel- bzw. Patientengipfel bei den 5- bis 9-jährigen PatientInnen (Tab. 1). Dem Barmer-Heil- und Hilfsmittelreport (BARMER GEK 2015) sind keine spezifischen Altersgruppenverteilungen zu entnehmen, jedoch seien fast 50% der Barmer-Versicherten, die Logopädie erhalten, unter zehn Jahre alt.

Außerdem zeigt sich im LoRe-A-Datensatz eine dem AOK-Heilmittelbericht vergleichbare geschlechtsspezifische Verteilung: Etwa 2/3 der PatientInnen im Logopädischen Register sind männlich (66%). Auch bei den AOK-Versicherten ist ein überdurchschnittlicher Anteil männlich: 43,7 sprachtherapeutische Leistungen je 1000 Versicherte fallen auf männliche Versicherte, hingegen 29,7 Leistungen je 1000 Versicherte auf weibliche Versicherte (Waltersbacher 2015). Der GKV-HIS-Bericht und der Barmer-Heil- und Hilfsmittelreport liefern keine Angaben zur Geschlechterverteilung.

#### Verordnungen nach Facharztgruppen

Im LoRe-A-Datensatz sind die drei am häufigsten verordnenden Facharztgruppen Kinderärzte (27% aller Patientenfälle), HNO-Ärzte (21%) und Allgemeinmediziner (12%). Auch den AOK-Versicherten verordnen am häufigsten Kinderärzte, HNO-Ärzte und Allgemeinmediziner (in dieser Reihenfolge) sprachtherapeutische Leistungen (Waltersbacher 2015). Ein vergleichbares Bild zeigt der GKV-HIS-Bericht: Auch hier sind die Kinderärzte, die HNO-Ärzte und die Hausärzte bzw. Allgemeinmediziner/praktischen Ärzte diejenigen, die am häufigsten sprachtherapeutische Heilmittel verschreiben (GKV Spitzenverband 2015).

■ **Tab. 1: Anteil der Altersgruppe der 5- bis 9-Jährigen an der logopädischen Versorgung in den vorliegenden Datensätzen**

<b>LoRe A</b>	48 % aller PatientInnen
<b>GKV-HIS-Bericht</b>	44 % aller sprachtherapeutischen Heilmittel
<b>AOK-Heilmittelbericht</b>	48 % aller sprachtherapeutischen Leistungen
<b>BARMER GEK-Report</b>	keine Angabe

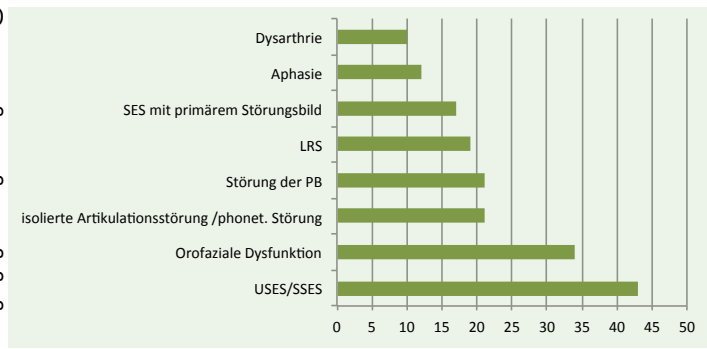
#### Verteilung der Indikationsschlüssel

Im LoRe-A-Datensatz erhalten 97 (70%) aller PatientInnen eine Verordnung aufgrund einer „Störung der Sprache“ (SP1 bis SP6). Als zweithäufigste Kategorie werden Verordnungen aufgrund von „Störungen des Schluckaktes“ (SC1, SC2) ausgestellt (5 bzw. 4% aller PatientInnen). Auch im Barmer-Heil- und Hilfsmittelreport sind diese beiden Indikationen die am häufigsten verschriebenen: 76% aller Verordnungen sind auf „Störungen der Sprache“, 8% aller Verordnungen auf „Störungen des Schluckaktes“ zurückzuführen (BARMER GEK 2015).

Der AOK-Heilmittelbericht (Waltersbacher 2015) schaut differenzierter auf die Verteilung der Indikationen aus dem Heilmittelkatalog: 54% aller sprachtherapeutischen Behandlungen von AOK-Versicherten entfallen auf „Störungen vor Abschluss der Sprachentwicklung“ (SP1, SP2), gefolgt von „Störungen der Sprache nach Abschluss der Sprachentwicklung“ (SP5) mit 14% aller sprachtherapeutischen Behandlungen.

An dritter Position stehen „Störungen der Artikulation“ (SP3) mit 8% aller Behandlungen. Dies stellt sich im LoRe-A-Datensatz geringfügig anders dar: Zwar machen „Störungen von Abschluss der Sprachentwicklung“ (SP1, SP2) mit 43% aller PatientInnen die größte Gruppe aus, gefolgt wird diese jedoch von „Störungen der Artikulation“ (SP3) mit 16% aller PatientInnen. „Störungen nach Abschluss der Sprachentwicklung“ (SP5) folgen erst an dritter Stelle mit 5%.

■ **Abb. 3: Die acht häufigsten Diagnosen im LoRe-A-Datensatz in absoluten Zahlen, Mehrfachnennungen möglich**



Zusammenfassend zeigt sich, dass der bisher noch verhältnismäßig kleine Datensatz im Logopädischen Register bezüglich der von den gesetzlichen Krankenkassen erhobenen Parameter vergleichbar mit den großen Datensammlungen der gesetzlichen Krankenkassen ist und die deutschlandweite Logopädie-Versorgung widerspiegelt. Al-

erdings sind die genannten Parameter, insbesondere die Indikationsschlüsselverteilung nach Heilmittelkatalogindikationen, für ein reales Abbild der logopädischen Versorgung bei Weitem noch nicht hinreichend genug.

Die Datensammlungen der gesetzlichen Krankenkassen erheben weder spezifische logopädische Diagnosen noch deren Komorbiditäten. Beides sind aber zentrale Einflussfaktoren für Therapieplanung und -verlauf. Die Datenbank „Logopädisches Register“ erfasst nicht nur Heilmittelkatalogindikationen, sondern auch spezifische logopädische Diagnosen und deren Störungsschwerpunkte, Ausprägungsgrade und Komorbiditäten. Diese werden im Folgenden dargestellt.

■ **Abb. 4: Verteilung der acht häufigsten logopädischen Diagnosen auf Altersgruppen (Mehrfachnennungen). Die Altersgruppe 20-29 Jahre ist im LoRe-A-Datensatz nicht vertreten.**

Diagnosen / Altersgruppe	0-9	10-19	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89
USES/SSES	42	1	0	0	0	0	0	0
Orofaziale Dysfunktion	21	8	1	2	0	0	2	0
isolierte Artikulationsstörung	16	4	0	1	0	0	0	0
Störung der PB	10	9	1	1	0	0	0	0
LRS	6	11	1	1	0	0	0	0
SES mit primärem Störungsbild	9	6	1	1	0	0	0	0
Aphasie	0	1	0	1	1	3	3	3
Dysarthrie	1	0	1	4	0	3	0	1
<b>n</b>	<b>105</b>	<b>40</b>	<b>5</b>	<b>11</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>4</b>

**Häufigkeiten und Komorbiditäten logopädischer Diagnosen im LoRe-A-Datensatz**

*Häufigkeiten logopädischer Diagnosen*

In Abbildung 3 sind die acht am häufigsten genannten logopädischen Diagnosen aufgeführt. Alle weiteren logopädischen Diagnosen wurden max. neunmal (max. 7% aller Patientenfälle) genannt. „Late Talker“ sind im LoRe-A-Datensatz nicht vertreten.

Bei den sechs am häufigsten genannten Diagnosen (USES, orofaziale Dysfunktion, isolierte Artikulationsstörung, Störung der phonologischen Bewusstheit (PB), LRS, SES bei primärem Störungsbild) handelt es sich um logopädische Störungsbilder, die typischerweise im Kindes- und Jugendalter auftreten. Ihre absoluten Häufigkeiten spiegeln folglich die für die logopädische Versorgung typische Altersverteilung wider.

Betrachtet man die Verteilung der acht häufigsten Diagnosen auf die Altersgruppen, wird erwartungsgemäß ersichtlich, dass z.B. die USES beinahe ausschließlich bei den 0-9-Jährigen diagnostiziert wurde, ab dem Alter von 50 Jahren hingegen von den acht häufigsten Diagnosen im LoRe-A-Datensatz nur noch Aphasien, Dysarthrien und orofaziale Dysfunktionen auftreten (Abb. 4).

*Häufigkeiten von Komorbiditäten logopädischer Diagnosen*

Von den 139 zum ersten Messzeitpunkt aufgenommenen PatientInnen erhielten 80 (58%) nur eine logopädische Diagnose, die übrigen 59 PatientInnen (42%) erhielten zwei oder mehr logopädische Diagnosen (Abb. 5). Bei den Mehrfachdiagnosen wurden am häufigsten zwei logopädische Diagnosen vergeben. Vier und mehr logopä-

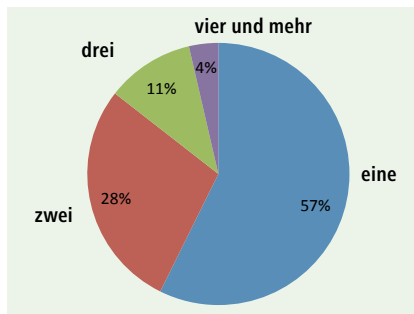


dische Diagnosen wurden nur in fünf (4%) aller Patientenfälle vergeben. Aufgrund der Option zu Mehrfachnennungen ermöglicht die LoRe-Datenbank die wichtige Aussage, welche logopädischen Diagnosen vor allem als Einzeldiagnosen auftraten und welche häufig miteinander assoziiert sind.

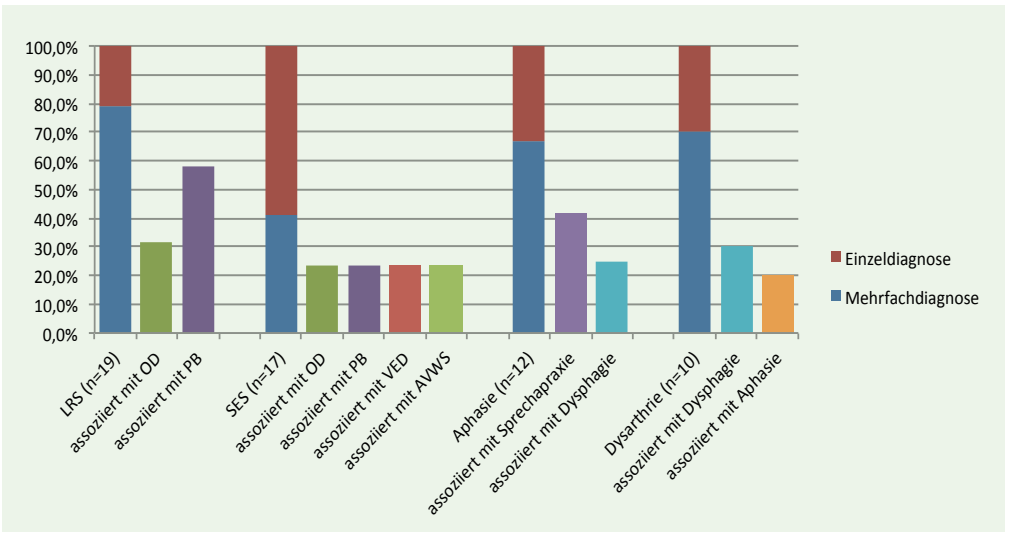
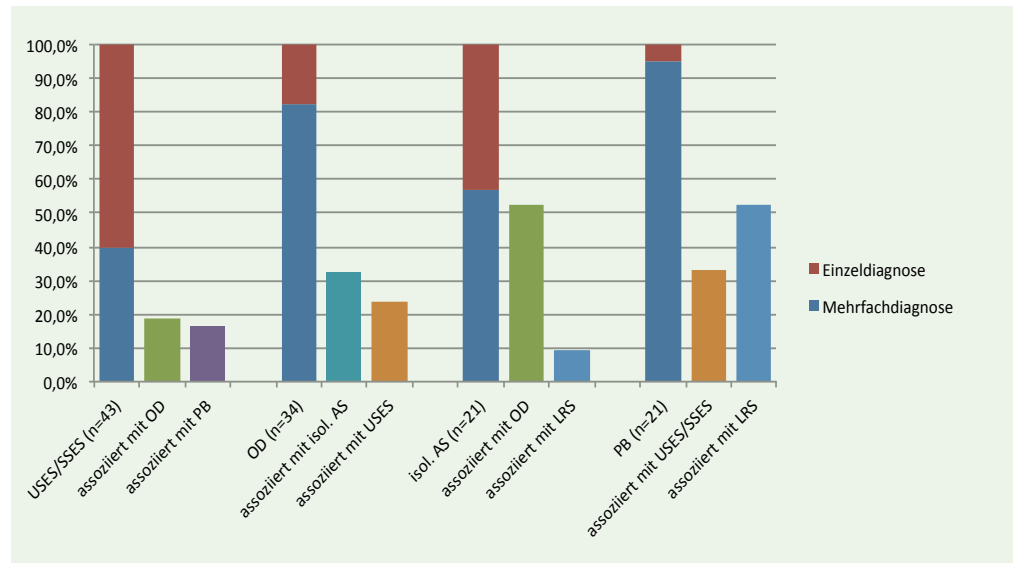
In Abbildung 6 ist zum einen die Verteilung der acht häufigsten logopädischen Diagnosen auf Einzel- und Mehrfachdiagnosen dargestellt. Zum anderen sind für die acht häufigsten logopädischen Diagnosen die jeweils am häufigsten damit assoziierten logopädischen Störungsbilder dargestellt.

Besonders USES und SES werden zu mehr als 50% als Einzeldiagnosen vergeben. Auch die isolierte Artikulationsstörung wird zu 43% als Einzeldiagnose aufgeführt. Ansonsten ist sie in 52% der Patientenfälle mit orofazialen Dysfunktionen assoziiert. Ebenfalls hochgradig miteinander assoziiert sind LRS und Störungen der PB. Als logopädische Einzeldiagnose werden Störungen der PB hingegen nur selten angeführt, sondern treten vor allem in den Störungskomplexen LRS und USES/SSES auf.

**Abb. 5 Häufigkeitsverteilung der Anzahl logopädischer Diagnosen (n = 139)**



**Abb. 6: Darstellung der jeweils häufigsten Komorbiditäten mit den acht häufigsten logopädischen Diagnosen. Mehrfachnennungen möglich. Basis der Prozentuierung: absolute Benennungshäufigkeit der jeweiligen logopädischen Diagnosen.**



## Diskussion

Im Logopädischen Register werden erstmals systematisch spezifische logopädische Versorgungsdaten im regionalen Raum über einen längeren Zeitraum erhoben. Obwohl der Datensatz LoRe A (139 PatientInnen) im Vergleich zur einbezogenen Patientenzahl bei der AOK, der BARMER GEK und dem GKV-HIS verhältnismäßig klein ist, zeigen die Ergebnisse im Bereich Alter, Geschlecht, Indikationsschlüssel und verordnende Facharztgruppen eine vergleichbare Verteilung auf.

So spiegelt sich auch die in den Datensammlungen der gesetzlichen Krankenkassen abgebildete Altersverteilung in den im Logopädischen Register erhobenen logopädischen Diagnosen wider: Logopädische Diagnosen aus dem Kindes- und Jugendalter sind im LoRe-A-Datensatz die häufigsten. Außerdem zeigen die im Logopädischen Register erstmals erhobenen Komorbiditäten logopädischer Diagnosen Assoziationen auf, wie sie in der Literatur beschrieben werden: Isolierte Artikulationsstörungen/isolierte phonetische Störungen korrelieren häufig mit orofazialen Dysfunktionen, Störungen des Schriftspracherwerbs treten hingegen häufig in Kombination mit Störungen der phonologischen Bewusstheit auf (z.B. *Schwytay 2015, Schnitzler 2008*).

Die Ergebnisse zu den Komorbiditäten aus dem LoRe-A-Datensatz zeigen somit klinische Evidenzen dafür auf, diese Komorbiditäten im Diagnostik- und Therapieprozess stärker zu berücksichtigen.

Die bisher am Projekt teilnehmenden logopädischen Praxen stellen somit nachweisbar typische Beispiele der ambulanten logopädischen Versorgung dar. Zudem ist zu berücksichtigen, dass bereits zum zweiten Messzeitpunkt weitere Patientendaten einbezogen werden konnten (LoRe B: 181 PatientInnen) und der Datensatz somit verstärkt an Repräsentativität gewinnt.

### Grenzen der Datenerhebung

Bei der Betrachtung und Interpretation der Ergebnisse sind folgende Punkte zu berücksichtigen:

Die Vergleichbarkeit der Daten aus dem LoRe-Datensatz mit den Datensammlungen der gesetzlichen Krankenkassen wird dadurch leicht gemindert, dass im LoRe-Datensatz derzeit nur Patientenzahlen, bei den Datensammlungen der gesetzlichen Krankenkassen hingegen die Anzahl von Verordnungsblättern, Behandlungseinheiten und Heilmitteln/Leistungen erhoben werden. Zudem werden bei allen Datensammlungen ausschließlich Behandlungsprävalenzen er-

fasst, d.h. dass nur diejenigen PatientInnen erfasst werden, die logopädisch versorgt werden (*Wittchen & Jacobi 2011*). Die Erhebungen beziehen also keine PatientInnen ein, die erkrankt, aber nicht logopädisch versorgt sind. Aussagen über wahre Prävalenzen logopädischer Störungsbilder können somit weder anhand der Krankenkassendatensammlungen noch anhand des LoRe-Datensatzes getroffen werden.

Die Schulung der TherapeutInnen und die Festlegung von Kriterien, unter welchen Voraussetzungen eine logopädische Diagnose in die LoRe-Datenbank eingegeben werden darf, gewährleisten eine Vergleichbarkeit der Daten. Die eingegebenen Datensätze werden zudem auf Konsistenz überprüft. Jedoch werden die Diagnosstellung und die eigentliche Dateneingabe der TherapeutInnen nicht nochmals durch Projektmitarbeiterinnen überprüft.

Zudem ist zu berücksichtigen, dass die logopädische Diagnose bei PatientInnen zu einem bestimmten Messzeitpunkt unter Umständen noch nicht vollständig ist, da ggf. bestimmte Diagnostiken noch nicht durchgeführt werden konnten. Damit könnte auch erklärt werden, warum die Diagnosen USES und SES besonders häufig als Einzeldiagnosen (61% und 59%) angegeben wurden. Dies ist bei einem komplexeren Störungsbild eher nicht zu erwarten.

Andererseits könnte die hohe Auftretenshäufigkeit von USES und SES als Einzeldiagnose genau auf diese Komplexität der Störungsbilder zurückzuführen sein: USES und SES beschreiben Störungskomplexe, die sich auf unterschiedliche sprachliche Ebenen auswirken, die ebenfalls in der LoRe-Datenbank spezifisch erfasst werden, und damit bereits in gewisser Hinsicht mehrere logopädische „Diagnosen“ integrieren. Nichtsdestotrotz erfordern komplexere Störungsbilder auch komplexere (Verlaufs-)Diagnostikprozesse, die bis zum Erhebungszeitpunkt eventuell noch nicht abgeschlossen werden konnten. Bestimmte klinische Symptome (z.B. Lese-Rechtschreib-Schwierigkeiten) werden zudem häufig erst in einer Verlaufsdiagnostik abgeklärt, wenn andere Sprachkompetenzen therapeutisch erarbeitet werden konnten.

Die Festlegung bestimmter Kriterien und die damit einhergehende größere Vergleichbarkeit der Daten rechtfertigen diesen Umstand jedoch. In einem Folgeprojekt könnte diese Problematik dadurch gelöst werden, dass bei allen PatientInnen und allen logopädischen Diagnosen abgefragt wird, welche Testverfahren bis zum aktuellen Messzeitpunkt durchgeführt wurden. Da es sich bei LoRe um ein Pilotprojekt handelt, wird dies bisher

ausschließlich bei kindlichen Aussprachestörungen erfasst.

Zudem ist zu berücksichtigen, dass an der Datenerhebung beteiligte Praxen/klinische Einrichtungen immer auch Behandlungsschwerpunkte oder besondere Kooperationen (z.B. Kindergärten, Frühförderstellen) aufweisen und dies bei der Interpretation der Daten einbezogen werden muss. Wie oben gezeigt bilden die bisher einbezogenen Praxen die typische logopädische Versorgung gut ab, dennoch sind neurologische PatientInnen im LoRe-A-Datensatz nur gering vertreten. Dies könnte vor allem daran liegen, dass die Versorgung solcher PatientInnen häufig in externen Pflegeeinrichtungen erfolgt und der organisatorische Ablauf zum Einholen der Einverständniserklärung dadurch erschwert wurde.

Außerdem willigten von den insgesamt 271 befragten PatientInnen nur 140 (52%) in die Datenweitergabe ein. Dies könnte an Schwierigkeiten im Einholen der Einverständniserklärung bei neurologischen PatientInnen oder auch bei Kindern, die in Kindertageseinrichtungen und/oder Schulen behandelt werden, liegen. Eine grundlegende Skepsis der PatientInnen gegenüber dem Projekt und der damit verbundenen Datensammlung scheint nicht ursächlich für die geringe Teilnahmequote zu sein: Die TherapeutInnen nehmen nach jedem Messzeitpunkt an einer kurzen Evaluationsumfrage teil. Darin gaben sie an, dass nur sehr wenige PatientInnen Sorge wegen der Datenweitergabe und -sammlung äußerten.

### Ausblick

Die Datenerhebungen und -auswertungen im LoRe-Projekt sind noch nicht abgeschlossen. In den anderen Messzeitpunkten (LoRe B, C, D, E) wurden/werden weitere Datensätze zur logopädischen Versorgung gesammelt, die die Aussagekraft der LoRe-Datenbank verstärken. Zudem erfolgt derzeit die Auswertung zum Diagnostik- und Therapieverlauf kindlicher Aussprachestörungen, die wichtige Daten zur Effektivität phonetischer und/oder phonologischer Therapiemethoden, zu deren Kombination, zum Einfluss der Therapiefrequenz auf den Behandlungsverlauf etc. aufzeigen wird. Aber auch die hier bereits dargestellten Daten liefern Potenzial für weitere Analysen, wie z.B. den Vergleich der ärztlichen Diagnose mit der Diagnose des behandelnden Therapeuten.

Langfristiges Ziel sollte der Aufbau eines bundesweiten logopädischen Registers sein, in dem nicht nur Diagnostik- und Therapieverläufe bei kindlichen Aussprachestörungen, sondern auch bei weiteren logopädischen

Störungsbildern erfasst werden. Vor allem sollten auch logopädische/klinische Einrichtungen gewonnen werden, in denen verstärkt neurologische PatientInnen behandelt werden. Zudem sollte das Logopädische Register nicht nur allgemeine statistische Aussagen liefern, die für die Qualitätssicherung und Verbesserung der logopädischen Versorgung, zur Gesundheitsberichterstattung oder Versorgungsforschung genutzt werden können. Vielmehr sollten auch in regelmäßigen Rückmeldungen spezifische Auswertungsergebnisse den teilnehmenden TherapeutInnen zur Verfügung gestellt werden, um somit Qualitätssicherungs- und Verbesserungsprozesse zu ermöglichen.

## LITERATUR

- ASHA – American-Speech-Language-Hearing Association (2007). *Childhood apraxia of speech. Technical report*. www.asha.org/policy/tr2007-00278.htm#sec1.2.1 (02.09.2016)
- AWMF – Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2011). *Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen (SES), unter Berücksichtigung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen (USES). Interdisziplinäre Sk2-Leitlinie*. www.awmf.org/uploads/txt\_szeileitlinien/049-0061\_S2k\_Sprachentwicklungsstoerungen\_Diagnostik\_2013-06\_01.pdf (31.08.2016)
- BARMER GEK (2015). BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2015. *Auswertungsergebnisse der BARMER GEK Heil- und Hilfsmitteldaten aus den Jahren 2012 bis 2014*. https://presse.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Infothek/Studien-und-Reports/Heil-und-Hilfsmittelreport/Heil-und-Hilfsmittelreport-2015/Heil-und-Hilfsmittelreport-2015.html (31.08.2016)
- Bilda, K., Bartels, M., Ritterfeld, U., Winterfeld, I. & Subellok, K. (2013). Forschungsdatenbank Logopädie/Sprachtherapie: Ein klinisches Register für Forschung und Praxis. *Forum Logopädie* 27 (5), 58-59
- GKV Spitzenverband (2012). *Glossar*. www.gkv-heilmittel.de/erlaeuterungen/glossar/glossar\_1.jsp (31.08.2016)
- GKV Spitzenverband (2015). *Heilmittel-Schnellinformation nach § 84 Abs. 5 i.V. m. Abs. 8 SGB V. Bundesbericht Januar – Dezember 2015. Stand 11.04.2016*. www.gkv-heilmittel.de/media/dokumente/his\_statistiken/2015\_04/Bundesbericht-HIS\_201504.pdf (31.08.2016)
- Heilmittelkatalog (2011). *Heilmittelkatalog 2011. Heilmittel der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie*. www.heilmittelkatalog.de/files/hmk/logo/index.htm (31.08.2016)
- Schnitzler, C. (2008). *Phonologische Bewusstheit und Schriftspracherwerb*. Stuttgart: Thieme
- Schwytay, J. (2015). Phonetische Störungen. In: Siegmüller, J. & Bartels, H. (Hrsg.), *Leitfaden Sprache, Sprechen, Stimme, Schlucken* (108-114). München: Urban & Fischer
- Waltersbacher, A. (2015). *Heilmittelbericht 2015. Ergotherapie, Sprachtherapie, Physiotherapie*. www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf\_heil\_hilfsmittel/wido\_hei\_hmb2015\_1512.pdf (31.08.2016)
- Wittchen, H. & Jacobi, F. (2011). Epidemiologische Beiträge zur klinischen Psychologie. In: Wittchen, H. & Hoyer, J. (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie* (57-90). Berlin: Springer

**DOI dieses Beitrags (www.doi.org)**  
10.2443/skv-s-2016-53020160604

### Korrespondenzanschrift

Marieluise Bartels  
Hochschule für Gesundheit  
Gesundheitscampus 6-8  
44801 Bochum  
marieluise.bartels@hs-gesundheit.de

### SUMMARY. LoRe – establishing a logopaedic registry at the University of Applied Sciences in Bochum (Germany)

The systematic recording of patient data in medical registries displays an established method in health systems to assure and improve quality. In the field of logopaedics, specific registry databases do not exist. At the University of Applied Sciences in Bochum a logopaedic registry (LoRe) is being established: Individual-related data of patients, their logopaedic diagnoses and data about diagnostics and therapy of developmental speech disorders are collected. Until now, the LoRe data collection is quite small (n=181). Nonetheless, regarding age, gender, prescribing specialists and indication keys the LoRe data collection is comparable to the existing data collections of the compulsory health insurances. Because of its more specific data the LoRe data collection provides insight into treatment prevalences of logopaedic diagnoses, their comorbidities and the diagnostic and therapeutic process of developmental speech disorders. The LoRe data collection is still expanding. A national roll-out as well as the addition of therapy courses of further logopaedic diagnoses are planned.

KEY WORDS: Registry – data collection – health care – treatment prevalence – quality assurance – quality improvement