

Die Sprachheilarbeit

Fachzeitschrift für Sprachbehindertenpädagogik



Themenheft:

Evaluation in der Aphasietherapie

6

2004

49. Jahrgang/Dezember 2004

ISSN 0584-9470

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (dgs, Herausgeber)
Deutscher Bundesverband der Sprachheilpädagogen e.V. (dbs)



dgs • Bundesvorsitzender: Kurt Bielfeld, Berlin
dbS • Bundesvorsitzender: Dr. Volker Maihack, Moers

Landesgruppen:

Baden-Württemberg:

dgs • Peter Arnoldy, Schillerstr. 3-7, 74072 Heilbronn,
Fax: 0 71 31 / 56 24 75
dbS • Margoth Willer, Richard-Wagner-Str. 9, 71711
Steinheim, Tel.: 0 71 44 / 2 40 58

Bayern:

dgs • Horst Hußnätter, Borkumer Str. 70, 90425 Nürn-
berg, Fax. + Tel.: 09 11 / 34 17 55
dbS • Claudia Wirts, Grimmshausenstr. 5, 81677 Mün-
chen, Tel.: 0 89 / 14 95 92 39

Berlin:

dgs • Gunhild Siebenhaar, Skalitzer Str. 95a, 10997 Ber-
lin, Tel.: 0 30 / 6 12 33 89
dbS • Manfred Düwert, Ferdinandstr. 6, 16556 Borgsdorf,
Tel.: 0 33 03 / 50 11 63

Brandenburg:

dgs • Michaela Dallmaier, Ringweg 3, 03099 Kolkwitz-
Limberg, Tel.: 03 56 04/ 4 17 77
dbS • Manfred Düwert, Ferdinandstr. 6, 16556 Borgsdorf,
Tel.: 0 33 03 / 50 11 63

Bremen:

dgs • Prof. Dr. Gerhard Homburg, St. Magnus-Straße 4,
27721 Platjenwerbe, Tel.: 04 21 / 63 18 59
dbS • Christian Boeck, Riesstr. 37, 27721 Ritterhude,
Tel.: 0 42 92 / 45 50

Hamburg:

dgs • Brigitte Schulz, Meiendorfer Mühlenweg 32, 22393
Hamburg, Tel.: 0 40 / 60 01 25 33
dbS • Ulrike Bunzel-Hinrichsen, Norderquerweg 148,
21037 Hamburg, Tel.: 0 40 / 7 23 83 90

Hessen:

dgs • Friedrich Schlicker, Tielter Str. 16, 64521 Groß
Gerau, Tel.: 0 61 52 / 95 03 60
dbS • Barbara Jung, Bahnhofstr. 11, 34497 Korbach,
Tel.: 0 56 31 / 91 36 36

Mecklenburg-Vorpommern:

dgs • Kirsten Diehl, Peter Kalfstr. 4, 18059 Rostock, Tel.:
03 81 / 45 33 77
dbS • Barbara Stoll, Doberaner Str. 6, 18055 Rostock
Tel.: 03 81 / 4 99 74 75

Niedersachsen:

dgs • Manfred Backs, Lange-Hop-Str. 57,
30559 Hannover, Tel.: 05 11 / 52 86 90

dbS • Stefanie Dickhaut, Peiner Str. 11, 31319 Sehnde,
Tel.: 0 51 38 / 70 27 03

Rheinland:

dgs • Dr. Reiner Bahr, Rethelstr. 157, 40237 Düsseldorf,
Tel./Fax: 02 11 / 68 55 74
dbS • Meike Lonczewski, Benrather Schloßallee 10,
40597 Düsseldorf, Tel.: 02 11 / 71 73 20

Rheinland-Pfalz:

dgs • Klaus Isenbruck, Am Buchbrunnen 14, 55743 Idar-
Oberstein, Tel.: 0 67 84 / 13 34
dbS • Dorothea Valerius, Helenenstr. 3, 54295 Trier, Tel.:
06 51 / 7 68 22

Saarland:

dgs • Frank Kuphal, Albertstr. 18, 66265 Heusweiler,
Tel.: 0 68 06 / 1 34 76
dbS • Dorothea Valerius, Helenenstr. 3, 54295 Trier, Tel.:
06 51 / 7 68 22

Sachsen:

dgs • Antje Leisner, Rethelstraße 7c, 01139 Dresden,
Tel./Fax: 03 51 / 8 48 29 86
dbS • Katrin Schubert, K.-Liebknecht Str. 1, 01796 Pirna,
Tel.: 0 35 01 / 52 87 70

Sachsen-Anhalt:

dgs • Regina Schleiff, Pölkenstraße 7, 06484 Quedlin-
burg, Tel.: 0 39 46 / 70 63 35
dbS • Beate Stoye, Bernburger Str. 21, 06108 Halle, Tel.:
03 45 / 5 32 39 11

Schleswig-Holstein:

dgs • Holger Kaack-Grothmann, Starnberger Str. 69a,
24146 Kiel, Tel.: 04 31 / 78 34 28
dbS • Florian Schütte, Hasseldieksdammer Weg 23,
24114 Kiel, Tel.: 0 43 21 / 48 88 85

Thüringen:

dgs • Jens Baumgärtel, Am Teufelsbett 26, 98617 Uten-
dorf, Tel.: 0 36 93 / 47 90 12
dbS • Katrin Schubert, K.-Liebknecht Str. 1, 01796 Pirna,
Tel.: 0 35 01 / 52 87 70

Westfalen-Lippe:

dgs • Hermann Grus, Zur Hünenburg 2, 48691 Vreden,
Tel.: 0 25 64 / 25 60
dbS • Dr. Iris Knittel, Elberfelderstr. 68, 58095 Hagen,
Tel.: 0 23 31 / 2 11 15

Geschäftsstellen:

dgs
Goldammerstraße 34, 12351 Berlin
Telefon: 0 30 / 6 61 60 04 oder 60 25 92 83
Telefax: 0 30 / 6 61 60 24
dgs-Homepage: www.dgs-ev.de
Email-Adresse: info@dgs-ev.de

dbS
Goethestr. 16, 47441 Moers
Tel.: 0 28 41 / 98 89 19, Fax: 0 28 41 / 98 89 14
Adresse für dbS-Mitgliederverwaltung:
dbS-Homepage: www.dbS-ev.de
Email-Adresse: info@dbS-ev.de

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (dgs)

Verlag, Anzeigenverwaltung und Abonnementbestellungen:

BORGSMANN

MEDIA

verlag modernes lernen Borgmann KG
Hohe Straße 39 • D-44139 Dortmund
Telefon: (0180) 534 01 30, Telefax: (0180) 534 01 20

Anzeigen

Unterlagen bitte an den Verlag senden. Gültig ist Preisliste Nr. 4/2000. Anzeigenleiter: Gudrun Nucaro
Anzeigen: 02 31/12 80 11, Fax: 02 31/9 12 85 68
Druck: Löer Druck GmbH, Dortmund

Die Sprachheilarbeit

Fachzeitschrift für Sprachbehindertenpädagogik

Impressum

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V. (dgs)

Redaktion

Prof. Dr. Otto Braun, Zandergasse 10, 78464 Konstanz
Telefon: 0 75 31 / 36 47 12, Telefax: 0 75 31 / 36 47 13
Dr. Ulrike de Langen-Müller, Mozartstr. 16, 94032 Passau,
Telefon: (0851) 9 34 63 61, Telefax: (0851) 9 66 69 74
Dr. Uwe Förster, Schieferberg 8, 31840 Hess. Oldendorf,
Telefon: (0 51 52) 29 50, Telefax: (0 51 52) 52 87 74

Mitteilungen der Redaktion

In der Sprachheilarbeit werden Untersuchungen, Abhandlungen und Sammelreferate veröffentlicht, die für die Sprachbehindertenpädagogik bedeutsam sind. Die Veröffentlichungen sollen dem Informationsstand und -bedarf der Leser angemessen sein. Praxisbeiträge sind ebenso relevant wie theoretische Abhandlungen. Für beide gilt, dass sie in ihrer Bearbeitung aktuell bzw. originell, methodisch überzeugend, sprachlich prägnant und klar gegliedert sein müssen. Gemäß dem üblichen Standard wird für die Diskussion von Ergebnissen und Schlussfolgerungen die Berücksichtigung der relevanten Autoren bzw. Arbeiten erwartet. Die wissenschaftlichen Qualitätsstandards gelten nicht für kurze Mitteilungen aus der Praxis, die unter der Rubrik Echo oder im Magazinteil der Zeitschrift veröffentlicht werden. Manuskripte sind unter Beachtung der im Heft 1 eines jeden Jahrgangs niedergelegten Richtlinien in dreifacher Ausfertigung an einen der Redakteure zu senden. Die in der Sprachheilarbeit abgedruckten und mit dem Namen der Autoren gekennzeichneten Artikel stellen deren unabhängige Meinung und Auffassung dar und brauchen mit den Ansichten der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V. (dgs) oder der Redaktion nicht übereinzustimmen.

Beirat

Dr. paed. Reiner Bahr, Düsseldorf
Theo Borbonus, Essen
Dr. phil. Friedrich M. Dannenbauer, München
Dr. paed. Barbara Giel, Köln
Giselher Gollwitz, Bad Abbach
PD Dr. phil. Ernst G. de Langen, Bad Griesbach
Prof. Dr. phil. Hans-Joachim Motsch, Köln
Prof. Dr. med. Martin Ptok, Hannover
Prof. Dr. phil. Alfons Welling, Hamburg

Erscheinungsweise

Jährlich 6 Hefte: Februar, April, Juni, August, Oktober, Dezember.
(Anzeigenschluss: jeweils am 3. des Vormonats)
(Einsendeschluss für die Rubriken des Magazinteils:
Heft 1-6 jeweils 15.11./15.1./15.3./15.5./15.7./15.9.)

Bezugsbedingungen

Jahresabonnement € 40,00 einschl. Versandkosten und 7% MwSt.
Für Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (dgs) ist der Bezug der Zeitschrift im Jahresbeitrag enthalten. Lieferung erfolgt nur an Hausanschrift (nicht ans Postfach). Für Nichtmitglieder der dgs: Bestellungen nur beim Verlag; Abonnements-Abbestellungen müssen mindestens vier Wochen vor Jahresschluss schriftlich beim Verlag vorliegen. Wichtig: Bei Umzug möglichst zuvor die neue und alte Adresse dem Verlag mitteilen. Der Bezieher erklärt sich damit einverstanden, dass bei Adressänderungen die Deutsche Post AG die ihr vorliegende Nachsendungsadresse dem Verlag unaufgefordert mitteilt, damit eine ordnungsgemäße Auslieferung gewährleistet ist.

Copyright

Die in dieser Zeitschrift veröffentlichten Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Übersetzung, Nachdruck – auch von Abbildungen –, Vervielfältigungen auf fotomechanischem Wege oder im Magnettonverfahren – auch auszugsweise – bleiben vorbehalten. Von einzelnen Beiträgen oder Teilen von ihnen dürfen nur einzelne Exemplare für den persönlichen und sonstigen eigenen Gebrauch hergestellt werden.

Inhalt

6

2004

Ulrike de Langen-Müller, Bad Griesbach

Evaluation in der Aphasietherapie –
eine Chance zum Lernen am Modell _____ **262**

*Georg Greitemann, Dolores Claros Salinas,
Konstanz*

Die Effektivität der Aphasietherapie _____ **264**

Klaus-Jürgen Schlenck, Sabine Perleth, Füssen

Langzeitverlauf bei Aphasie und der Effekt
von Sprachtherapie in der chronischen
Phase _____ **269**

*Antje Lorenz, Potsdam; Wolfram Ziegler,
München*

Die Behandlung von Wortabrufstörungen
bei Aphasie: Eine methodenvergleichende
Studie zum Bildbenennen _____ **276**

*Sabine Corsten, Markus Mende, Jürgen
Cholewa, Walter Huber, Aachen und Heidelberg*

Modellgeleitete Therapie von
phonologischen Störungen bei Aphasie:
Eine Einzelfallstudie zur
Leitungsaphasie _____ **284**

*Ralf Glindemann, Josef Pössl, Wolfram Ziegler,
Georg Goldenberg, München*

Erfahrungen mit individuellen
Therapiezielen bei Patienten
mit Aphasie _____ **298**

Aktuelles: dgs – Aktuelles _____ **306**

dbS – Beruf und Politik im Verband _____ **310**

Termine _____ **311**

Echo _____ **313**

Medien _____ **314**

49. Jahrgang/Dezember 2004

dgs/dbS

ISSN 0584-9470



Ulrike de Langen-Müller, Bad Griesbach

Evaluation in der Aphasietherapie – eine Chance zum Lernen am Modell

Das gesundheits- und bildungspolitische Geschehen der vergangenen Jahre ist in vielerlei Hinsicht besorgniserregend. Unser Berufsstand – seien es akademische Sprachtherapeuten, Logopäden oder Sprachheillehrer – mit seiner Klientel, den sprachbehinderten Menschen, ist von den Diskussionen um Reformprozesse und Qualitätssicherungsmaßnahmen und die vorgeblich dadurch legitimierten erheblichen finanziellen Kürzungen zumindest bedeutsam verunsichert worden. Aus der Sicht der außerschulisch tätigen Sprachtherapeuten sind es allem voran die neuen Heilmittelrichtlinien, die in ihren Formulierungen und Bestimmungen gut gesichertes Fachwissen ignorieren und die Kontinuität von Sprachtherapie gefährden. Bemerkenswert ist nun aber, dass die Interessen der sprachbehinderten Menschen vertretenden Berufs- und Fachverbände dem vom Gesundheitsministerium und den Kostenträgern ausgehenden Rechtfertigungsdruck, den Provokationen und Bedrohungen eine gemeinsame Strategie entgegensetzen. Sie halten die Argumentation stets auf der inhaltlichen Ebene und weisen auf die kostendämpfenden Potenziale qualitativ wie quantitativ sinnvollen sprachtherapeutischen Handelns hin. Damit haben die Verbände die Bedeutung der Dokumentation von Therapieverläufen und -erfolgen erkannt und versuchen, die hierin aufzuweisenden Fortschritte auch in die Öffentlichkeit zu transportieren. Hierbei vielleicht die Beobachtung teilend, „dass manchem Beratungs- und Entscheidungsgremium der Politik und der Gesundheitsbehörden der aktuelle Stand der wissenschaftlichen und prak-

tischen Erkenntnisse auf dem Gebiet der Sprech- und Sprachstörungen nicht hinreichend bekannt ist“ (D.Y. von Cramon in seiner Begrüßungsrede anlässlich der 3. Jahrestagung der Gesellschaft für Aphasieforschung und -behandlung (GAB) 2003 in Leipzig; <http://www.aphasiegesellschaft.de>).

Diese Strategie der überzeugten Fachlichkeit macht aber auch eine Verpflichtung offensichtlich: Uns „in aller Ernsthaftigkeit den Fragen nach unseren Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu stellen“ (ebd.) und die vorhandenen gesicherten Fachkenntnisse kontinuierlich zu sammeln, zu dokumentieren, zu überprüfen und zu erweitern – mit dem Ziel, die Standards festzulegen, bevor dies Gesetzgeber und Sozialkassenverwalter für uns tun. Dieser Aufgabe ist bislang kaum ein anderes Fachgebiet im Bereich der Sprech- und Sprachpathologie so ernsthaft und konkret nachgekommen, wie das der zentralen Kommunikationsstörungen und Dysphagien (vgl. z. B. die Leitlinien* der GAB 2002 oder der Deutschen Gesellschaft für Neurotraumatologie und klinische Neurorehabilitation (DGNKN 2003). Vor gut einem Jahr, im November 2003, fand in Leipzig die 3. Jahrestagung der Gesellschaft für Aphasieforschung und -behandlung (GAB) statt, die das Thema „Wirksamkeit von Sprech- und Sprachtherapien“ mit fünf Vorträgen gleich an ihren Anfang stellte. Prof. Dr. D.Y. von Cramon, Direktor am Max-Planck-Institut für Kognitions- und Neurowissenschaften in Leipzig, hatte in seiner Eröffnungsrede die dort versammelte Wissenschaftler- und Therapeutengemeinschaft dazu aufgerufen,

„zu allererst die Frage zu stellen, welche der notwendigerweise teureren, weil personalintensiven Therapiemaßnahmen zur Behandlung zentraler Sprech- und Sprachstörungen den Kriterien evidenz-basierter Medizin standhalten und, wenn dem nicht so ist oder nicht so sein kann, wissenschaftlich überzeugende Antworten zu geben, was daraus folgt“ (ebd.). Die Antwort war ein in sich geschlossener Themenblock, der eine Annäherung in dieser Sache versuchte und nun in dieser Ausgabe der *Sprachheilarbeit* als Ganzes zur Veröffentlichung kommt.

Georg Greitemann und Dolores Claros-Salinas fassen in ihrer Übersichtsarbeit drei große Studien, sogenannte Meta-Analysen, zur Aphasietherapie zusammen und stellen dabei die von der evidenz-basierten Medizin begonnene Suche nach der *allgemeinen* Wirksamkeit von Aphasietherapie in Frage. Die Vielfalt der aphasischen Symptomatik und die Heterogenität der Therapiemethoden zwingen offensichtlich zu einer differenzierteren Suche nach Wirkfaktoren.

Klaus-Jürgen Schlenck und Sabine Perleth berichten von den Ergebnissen ih-

* Bauer A. et al.: Qualitätskriterien und Standards für die Therapie von Patienten mit erworbenen neurogenen Störungen der Sprache (Aphasie) und des Sprechens (Dysarthrie): Leitlinien 2001. Akt. Neurol. 2002, 29, 63-75. Prosiegel M.: Qualitätskriterien und Standards für die Diagnostik und Therapie von Patienten mit neurologischen Schluckstörungen – Neurogene Dysphagien – Leitlinien 2003 der DGNKN. Neurologie und Rehabilitation 2003, 9, 157-181.

rer retrospektiven Studie über den Verlauf der Aphasie bei 140 Patienten bis in die chronische Phase. Sie bestätigen, dass unter intensiver Sprachtherapie Verbesserungen über die Akutphase hinaus möglich sind. Dabei zeigen sie zugleich auf, dass die Wahrscheinlichkeit für Verbesserungen in der chronischen Phase mit zunehmender Dauer der Erkrankung *nicht* abnimmt. Ihr Befund, nach dem Verbesserungen in verschiedenen sprachlichen Bereichen auch in Abhängigkeit von der Erkrankungsphase erfolgen, unterstreicht die Zweifel an der Suche nach *allgemeinen* Wirkfaktoren.

Die folgenden drei Beiträge verlassen dann auch die Methoden groß angelegter Gruppenstudien. Sie widmen sich den inhaltlich-qualitativen, d.h. den störungsspezifischen und individuellen Wirkungsmechanismen in der Aphasie-therapie.

Antje Lorenz und Wolfram Ziegler führten hierzu eine multiple Einzelfallstudie mit 10 aphasischen Patienten durch. Sie vergleichen die Wirksamkeit eines semantischen und eines phonologischen Therapieansatzes zur Behandlung von Wortabrufstörungen. Die Therapieeffekte setzen sie in Beziehung zu den zugrundeliegenden individuellen kognitiv-neurolinguistischen Störungsmustern der Patienten. Die dabei dokumentierte Überlegenheit des semantischen Ansatzes nährt die Diskussion, ob Aphasie-therapie sich an störungsspezifischen oder übergeordneten sprachstrukturellen Prinzipien orientieren muss – zeigt aber auch, dass sie noch nicht abgeschlossen ist.

Sabine Corsten, Markus Mende, Jürgen Cholewa und Walter Huber gehen bei dieser Frage noch ein Stück weiter ins Detail. Sie verwendeten ein störungsspezifisches computergestütztes Therapieverfahren zur Behandlung der phonologischen Enkodierung bei Aphasie. Gemäß ihres modellorientierten Ansatzes nehmen sie unterschiedliche Ebenen des sprachlichen Produktionsprozesses an und spüren differenzielle Behandlungsmethoden entsprechend des zugrundeliegenden Pathomechanismus auf. Am Beispiel einer Patientin

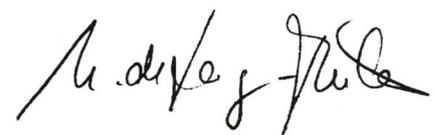
mit Leitungsaphasie gelingt ihnen der Nachweis der Effektivität des aus der modellorientierten Diagnostik abgeleiteten methodischen Therapieansatzes.

Die Anregungen, die wir aus den oben geschilderten Untersuchungsergebnissen mit in den Therapiealltag nehmen, könnten nun vor allem unser theoriegeleitetes sprachtherapeutisches Handeln betreffen. Genauso können wir aber auch den Prozess der individuellen Therapiezielbestimmung in den Aufmerksamkeitsfokus rücken. Eine exemplarische theoriegeleitete wissenschaftliche Studie vermag dies mit Überzeugung zu tun. Aber wie erfolgt die Umsetzung in den klinisch-therapeutischen Alltag? Mit dieser Frage befassen sich Ralf Glindemann, Jürgen Pössl, Wolfram Ziegler und Georg Goldenberg im letzten Beitrag. Sie erkannten die Nöte der Therapeuten bei der Erstellung überprüfbarer Ziele und der Formulierung von Funktionszielen vs. sprachlich-kommunikativer Alltagsziele. An einer Tagklinik für neuropsychologische Rehabilitation erprobten sie ein therapiezielorientiertes Vorgehen in der Aphasie-therapie mit dem Anspruch, die Anzahl konkret formulierter Ziele zu erhöhen und damit eine bessere Evaluierbarkeit von Therapieprozessen zu erreichen und somit letztlich die Effektivität der Aphasie-therapie zu verbessern.

Die Redaktion der *Sprachheilarbeit* freut sich außerordentlich, dass sich die Autoren dazu bereit erklärt haben, ihre auf der GAB-Tagung gehaltenen Vorträge in dem nun vorliegenden Themenheft zu veröffentlichen. Es ist damit eine Ausgabe der *Sprachheilarbeit* entstanden, die in mehrfacher Hinsicht Modellfunktion haben könnte. Zum einen durch die Methodik und Qualität, mit der die Fragestellungen bearbeitet wurden und zum anderen durch das Ausmaß der Erkenntnisse im Bereich Therapieevaluation, das die Aphasie-therapie zum Beispiel der Kindersprachforschung voraus hat. Dass sich das Publikationsorgan der im Bereich der zentralen Sprach- und Sprechstörungen noch wenig renommierten Sprachheilpädagogen der gesammelten Veröffent-

lichung der Beiträge angenommen hat, hat mehrere Gründe: Motor hierfür war der immer wieder laut gewordene Ruf der Leser nach „mehr Aphasie-therapie“ in unserer Zeitschrift – vielleicht als Ausdruck einer veränderten Leser- und Berufslandschaft und für die Öffnung der *Sprachheilarbeit* auch gegenüber den sehr spezifischen Themen der *Sprachtherapie*. Geeignet schien das Thema auch aufgrund des didaktischen Wertes seiner Bearbeitung für unsere Fachdisziplin. Angepackt haben wir es, weil die geschlossene Dokumentation dieser relevanten Beiträge zum Thema ‘Qualitätssicherung’ so sinnvoll erschien, dass eventuelle Grenzen von Berufsgruppen und Interessenverbänden keine Rolle mehr spielten.

Die Redaktion bedankt sich bei allen Autorinnen und Autoren für die Unterstützung dieses Projektes. Nicht zuletzt auch für die Geduld, die sie dafür aufbrachten, dass ihre *eingeladenen* Beiträge den sehr unterschiedlichen Urteilen des Beirats und der externen Gutachter unterzogen wurden und sie dabei zu spüren bekamen, wie viel Souveränität die Redaktion in der Durchführung des Peer-review-Verfahrens in der *Sprachheilarbeit* noch gewinnen muss. Wenn das vorliegende Themenheft aber dazu beiträgt, die Evaluation im gesamten Bereich der Sprech- und Sprachtherapie voranzutreiben und die Versorgung der Sprachbehinderten mit ihrem Qualitätsanspruch und einer sinnvollen Quantität zu bewahren, dann hat sich der Aufwand gelohnt.



Dr. Ulrike de Langen-Müller arbeitet seit 1991 als akademische Sprachtherapeutin in einer neurologischen Rehabilitationsklinik und der dort angegliederten sprachtherapeutischen Ambulanz. Sie ist Öffentlichkeitsreferentin des dbs, 2. Vorsitzende der GAB und Redakteurin dieser Fachzeitschrift.



Georg Greitemann, Dolores Claros Salinas, Konstanz

Die Effektivität der Aphasietherapie

Zusammenfassung

In der aktuellen Diskussion über Evidenz-basierte Medizin spielen Untersuchungen über die allgemeine Wirksamkeit von Aphasietherapie eine große Rolle. Drei derartige Untersuchungen, in die Ergebnisse unterschiedlichster Studien eingegangen sind, werden vorgestellt und kritisch diskutiert. Dabei wird argumentiert, dass angesichts der Vielfalt der aphasischen Symptomatik und der Heterogenität der Therapiemethoden die Frage nach der allgemeinen Wirksamkeit von Aphasietherapie nicht sinnvoll ist.

Schlüsselwörter: Aphasie, Aphasietherapie, Effektivität, Cochrane Review, Meta-Analyse

The effectiveness of therapy in aphasia

Summary

In the current discussion about evidence-based medicine research on the general effectiveness of aphasia therapy is of great importance. Three surveys that integrate results of different studies are presented and discussed critically. It is argued that regarding the variety of symptoms in aphasia and the heterogeneity of therapy methods statements on the general effectiveness of aphasia therapy are not appropriate.

Key-Words: aphasia, aphasia therapy, effectiveness, Cochrane Review, meta-analysis

1. Aphasien als multimodale Sprachstörungen mit heterogener Symptomatik

Aphasien als multimodale zentrale Sprachstörungen weisen eine Vielzahl von Symptomen auf, die – abhängig von Art, Lage und Ausmaß der zugrunde liegenden Hirnschädigung – in unterschiedlicher Weise miteinander auftreten. Bestimmte typische Kombinationen von Symptomen werden als aphasische Syndrome beschrieben. In der Diagnostik wird versucht, die Symptome möglichst präzise qualitativ und quantitativ zu erfassen. Das Gesamtbild der Aphasie kann dann als Aphasie-Syndrom oder präziser als Relation der gestörten Sprachmodalitäten zueinander dargestellt werden (z.B. im Aache-

ner Aphasie Test als T-Wert-Profil, vgl. Huber et al. 1983).

Darüber hinaus gibt es in der Aphasie-Diagnostik verschiedene Ansätze, nicht nur die Symptome zu erfassen, sondern in Modellen der Sprachverarbeitung die Ursache für diese Symptome zu lokalisieren (z.B. De Bleser et al. 2004). Schließlich gehört zur umfassenden Diagnostik die Messung oder zumindest Abschätzung der Folgen, die eine Aphasie für die Kommunikationsfähigkeit und damit für die soziale Integration des Betroffenen hat.

2. Vielfalt der Methoden in der Aphasietherapie

Entsprechend der Heterogenität der aphasischen Symptomatik und den ver-

schiedenen Wirkungsebenen gibt es eine Fülle von Therapiemethoden. Während viele Verfahren für die Behandlung bestimmter abgrenzbarer Symptome wie phonematische Paraphasien, Agrammatismus oder Sprachverständnisstörungen konzipiert sind, zielen andere Methoden auf die Wiederherstellung grundlegender Prozesse der Sprachverarbeitung, nicht auf Verbesserungen einzelner Symptome.

Schließlich gibt es Methoden, die durch Kompensation die aufgrund der Aphasie reduzierte Kommunikationsfähigkeit verbessern helfen, ohne dass Verbesserungen auf der Symptomebene Ziel der Therapie sind. Ein Beispiel dafür ist die PACE-Therapie (Davis / Wilcox 1985), die die Förderung des Einsatzes aller sprachlichen und nichtsprachlichen Kommunikationsmittel zum Ziel hat.

Die Vielfalt der Methoden der Aphasietherapie ist also zum einen bestimmt durch die unterschiedliche Zielsetzung, zum anderen aber auch durch die unterschiedlichen theoretischen Konzepte von Aphasie. *Howard* und *Hatfield* (1987) unterscheiden acht verschiedene „Schulen“ der Aphasietherapie, wie z.B. „the didactic school“, „the pragmatic school“ oder „the cognitive neuropsychology school“. Die Darstellung ist sicher nicht vollständig, und viele publizierte und in der Therapie eingesetzte Verfahren lassen sich darüber hinaus nicht zwanglos einer dieser „Schulen“ zuordnen.

3. Andere Einflussfaktoren auf das Therapieergebnis

Die Auswahl der für den individuellen Patienten angemessenen Methode ist aber nicht nur wegen der Vielfalt der verfügbaren Therapiemöglichkeiten eine schwierige Aufgabe, sondern auch wegen der vielen von der Aphasie unabhängigen Faktoren, die einen Einfluss auf die Therapieergebnisse haben können. *Code* (1995) nennt folgende Faktoren, deren Einfluss auf den Therapieerfolg nachgewiesen wurde:

- initialer Schweregrad
- Dauer
- psychosoziale Anpassung
- Art der Aphasie
- Größe der Läsion
- Lage der Läsion
- Schweregrad der Sprachverständnisstörung
- gute frühe Rückbildung
- Alter
- Geschlecht
- Händigkeit
- Schulbildung
- prämorbid Intelligenz
- affektiver Status
- kognitive Störungen
- Wahrnehmungsstörungen
- (sprech-)motorische Störungen.

Abb. 1: Einflussfaktoren auf das Ergebnis von Aphasietherapie (nach *Code* 1995)

Einige dieser Faktoren haben vermutlich auf die Entscheidung über Therapieziele und -methode im Einzelfall keinen Einfluss (z.B. das Geschlecht), andere sind aber z.B. für die Abschätzung der Prognose wichtig und müssen deshalb bei der Therapieplanung berücksichtigt werden.

Wir möchten besonders auf den Einfluss begleitender kognitiver Störungen hinweisen, der bisher nur sehr unzureichend untersucht wurde.

Es ist sicher nicht unplausibel anzunehmen, dass Störungen des Kurzzeitgedächtnisses sich auf den Verlauf einer Aphasiebehandlung auswirken und die Ergebnisse dieser Therapie, je nach gewählter Therapiemethode, unterschiedlich stark beeinflussen können. Wenn derartige Defizite bekannt sind, müssen sie in die Therapieplanung einbezogen werden. Dies wird weniger auf der Ebene der Bestimmung der Therapieziele als bei der Auswahl von Therapiemethode und -material relevant sein. Wissenschaftliche Untersuchungen zu diesem Thema gibt es aber kaum. Eine entsprechende Recherche in MedLine mit den Suchbegriffen „aphasia therapy“ und „short term memory“ bzw. „working memory“ ergab nur wenige relevante Treffer. Die gefundenen Arbeiten beschäftigten sich meist mit Sprachverständnis- oder Lesestörungen.

Ein anderes Beispiel sind Störungen der exekutiven Funktionen (vgl. *Goldenberg* 2002, Kap. 9). So setzt z.B. die PACE Therapie (*Davis / Wilcox* 1985), die u.a. den flexiblen Einsatz aller noch verfügbaren sprachlichen und nicht-sprachlichen Kommunikationsmittel zum Ziel hat, hinreichend intakte exekutive Funktionen voraus. Das „Hafte an einmal eingeschlagenen Lösungswegen“, als ein Symptom bei Störungen exekutiver Funktionen (*Goldenberg* 2002: 238), kann der Grund dafür sein, dass ein Patient mit schwerer Aphasie nichtsprachliche Modalitäten wie Zeichnen, Gesten etc. kaum einsetzt, obwohl sie eigentlich verfügbar sind.

Der Einfluss von zusätzlich zur Aphasie vorliegenden kognitiven Defiziten

bei Aphasikern kann ein Grund für die heterogenen Ergebnisse sein, die in vielen Therapiestudien gefunden werden (einige Patienten verbessern sich deutlich, einige moderat und einige kaum). Die entsprechenden Ergebnisse bei der Behandlung verschiedener Patienten mit schweren Aphasien nach dem PACE-Konzept können möglicherweise auf unterschiedlich ausgeprägte Defizite exekutiver Funktionen zurückzuführen sein (vgl. *Greitemann / Wolf* 1991).

Systematische Untersuchungen über den Einfluss der die Aphasie begleitenden neurokognitiven Defizite, die zu klaren Hinweisen für die Therapieplanung führen könnten, gibt es aber kaum. Ein Grund dafür ist vermutlich, dass viele Testverfahren für kognitive Leistungen mit sprachlichem Material arbeiten und nur wenige nonverbale Verfahren eingesetzt werden. Darüber hinaus sind bei vielen Verfahren die Instruktionen so komplex, dass schon mittelschwere Beeinträchtigungen des Sprachverstehens eine korrekte Durchführung unmöglich machen.

Die Komplexität der Aphasie als multimodaler Sprachstörung, die Vielzahl von Therapiemethoden und die zahlreichen Faktoren, die die Therapieergebnisse beeinflussen können, lassen es als nicht sinnvoll und sachgerecht erscheinen, von „der“ Aphasietherapie zu sprechen.

Trotz dieser Heterogenität von „Aphasietherapie“ wird in vielen großen Studien global die Effektivität von „Aphasietherapie“ untersucht.

Greener et al. (2002) verkürzen diese Vielfalt in ihrem Cochrane Review auf „speech and language therapy for aphasia following stroke“. Und auch andere große Analysen (*Robey* 1998, *Cicerone et al.* 2000) berücksichtigen diese Vielfalt nicht, sondern fassen Untersuchungen zur Effektivität unterschiedlichster Therapiemethoden zusammen und begründen damit ein Urteil über die Wirksamkeit von „Aphasietherapie“.

Howard und *Hatfield* haben schon 1987 in einer Darstellung von Untersuchun-

gen zur Effektivität von Aphasietherapie dieses Vorgehen als nicht sachgerecht kritisiert. Es sei, als ob man die Frage untersuche, ob Medizin bei Kopfschmerzen hilfreich sei: „The problem of course, is that the question asked is too imprecise: does language therapy, in general, benefit aphasics as a whole? A precisely analogous question would be to ask: ‘Does medicine benefit people with headaches?’ No one would expect useful evidence from such a study, where a whole lot of different doctors would be treating many different sorts of headaches in different ways.“ (Howard / Hatfield 1987: 119)

4. Analysen zur Wirksamkeit der Aphasietherapie

Trotz dieser methodischen Problematik spielen Analysen über die Wirksamkeit von Aphasietherapie, die Studien zu unterschiedlichen Therapiemethoden zusammenfassen, in der derzeitigen Diskussion über Evidenz-basierte Therapie eine große Rolle. Es ist nicht auszuschließen, dass Leistungsträger bei der Bewilligung von Behandlungen den Nachweis der Effektivität von Aphasietherapie in die Entscheidung einbeziehen. Drei wichtige Studien sollen deshalb dargestellt und kritisch diskutiert werden.

4.1 Cochrane Review (Greener et al. 2002)

Greener et al. (2002) haben ihre Analyse im Auftrag des Cochrane Instituts durchgeführt. Das von einer Stiftung getragene Cochrane Institut hat sich die systematische Analyse der wissenschaftlichen Literatur in der Medizin zur Aufgabe gemacht hat. Ziel dieser Analysen ist es, die in vielen Bereichen der Medizin unüberschaubare Fülle von wissenschaftlichen Veröffentlichungen zu sichten, nach klar definierten Kriterien zu bewerten und so den aktuellen Stand des Wissens über die Wirksamkeit verschiedener Behandlungsmethoden leicht verfügbar zu machen. Bisher sind mehr als 1500 Cochrane Reviews erschienen (vgl. *Deutsches Cochrane Zentrum* 2004).

Bei allen Reviews werden wissenschaftliche Veröffentlichungen nach einer „Evidenzhierarchie“ bewertet und einer der folgenden Evidenz-Stufen zugeordnet:

- Ia wenigstens ein systematischer Review auf der Basis methodisch hochwertiger kontrollierter, randomisierter Studien (RCTs)
- Ib wenigstens ein ausreichend großer, methodisch hochwertiger RCT
- IIa wenigstens eine hochwertige Studie ohne Randomisierung
- IIb wenigstens eine hochwertige Studie eines anderen Typs quasi-experimenteller Studie
- III mehr als eine methodisch hochwertige nichtexperimentelle Studie
- IV Meinungen und Überzeugungen von angesehenen Autoritäten (aus klinischer Erfahrung); Expertenkommissionen; beschreibende Studien

Abb. 2: Evidenzkriterien (Deutsches Cochrane Zentrum 2004).

Greener et al. (2002) haben die Literatur zur Aphasietherapie unterteilt in (a) Studien, in denen behandelte mit nicht behandelten Aphasikern verglichen wurden, (b) Studien, in denen die Ergebnisse professioneller Therapie mit informeller Betreuung von Aphasikern verglichen wurden und (c) Studien, in denen die Effektivität verschiedener Therapieverfahren verglichen wurde. Nach den Kriterien für *Cochrane Reviews* an die methodische Qualität der Publikationen konnten nur 12 Arbeiten identifiziert werden, die sich für eine Analyse eignen.

Das Ergebnis der Analyse ist: „The main conclusion of this review is that speech and language treatment for people with aphasia after stroke has not been shown either to be clearly effective or clearly ineffective within a RCT. Decisions about the management of

patients must therefore be based on other forms of evidence. Further research is required to find out if effectiveness of speech and language therapy for aphasic patients is effective.“ (Greener et al. 2002, 1-2).

Nur in drei Studien wurden die Probanden durch Randomisierung einer der untersuchten Gruppen zugeordnet. Und unter den Studien, die Aphasiker, deren Sprachstörung behandelt wurde, mit nicht-behandelten Aphasikern vergleicht, ist nur eine einzige Studie mit randomisierter Zuordnung (Lincoln et al. 1984), die deshalb ein sehr großes Gewicht für das Gesamt-Urteil der Autorinnen des Cochrane Review über den Nachweis der Wirksamkeit von Aphasietherapie hat.

Diese Studie, 1984 erschienen, kommt zu dem Ergebnis, dass es zwischen der Gruppe der behandelten Aphasiker und der nicht-behandelten Aphasiker nach 24 Wochen keine signifikanten Unterschiede gab. Ein Argument, mit dem diese Studie schon direkt nach der Publikation kritisiert wurde, betraf die Intensität der Therapie: die Aphasiker erhielten nur zwei Therapieeinheiten pro Woche. Die Autoren beschreiben das als repräsentativ für die Aphasietherapie in Großbritannien zum Zeitpunkt der Durchführung der Studie. Dieser Punkt ist von großer Bedeutung, weil die Therapieintensität auch 1984 schon als wesentlich für die Therapieergebnisse angesehen wurde. So schreibt R. Chapey in ihrem 1981 erschienenen (und weit rezipierten) Buch „Language Intervention Strategies in Adult Aphasia“ in einer Darstellung von Arbeiten zur Effektivität der Aphasietherapie: „The literature suggests that intervention is most effective when started soon after the onset of stroke, conducted several times a week and continued for at least six months“ (Chapey 1981, 8).

Auch unter anderen Gesichtspunkten ist es fraglich, ob die Studie von Lincoln et al. wirklich das Prädikat „methodisch hochwertig“ verdient und damit der Evidenzstufe Ib zugeordnet werden kann. Zum einen fällt das sehr hohe Durchschnittsalter der Probanden auf: 68,2 Jahre (Standardabweichung 10,2).

Es ist in einigen Studien gezeigt worden, dass das Alter eines Patienten einen limitierenden Einfluss auf die Therapieergebnisse haben kann (vgl. *Cappa* 1998). *Cappa* führt das nicht auf das Lebensalter per se zurück, sondern auf Erkrankungen mit Auswirkungen auf Hirnfunktionen, die bei älteren Menschen häufiger auftreten als bei jüngeren. *Lincoln* et al. machen keine Angaben über relevante Begleiterkrankungen. Aus einem Hinweis über eine Pilotstudie, wo sich gezeigt hatte, dass nur wenige Patienten im Zeitraum von 10 Wochen nach dem Schlaganfall in der Lage waren, zwei Stunden Sprachtherapie pro Woche zu tolerieren, kann aber geschlossen werden, dass der allgemeine Gesundheitszustand der Probanden eher schlecht war (*Lincoln* et al. 1984, 1199).

Zum anderen gibt es keinerlei Angaben zu den eingesetzten Methoden. Es wurde keine bestimmte Therapiemethode vorgegeben: „The therapists organised their own form of treatment as they would have normally done in their general clinics“ (*Lincoln* et al. 1984, 1198).

Bei der Heterogenität der Therapiemethoden und den vielen Einflussfaktoren auf das Therapieergebnis (s.o.) erscheint es als schwerwiegender methodischer Mangel, dass die angewandten Methoden nicht als Einflussfaktor kontrolliert oder zumindest dokumentiert wurden.

4.2 Meta-Analyse von R.R. Robey (1998)

Ohne die methodologische Beschränkung auf randomisierte Studien hat *Robey* (1998) eine Meta-Analyse von Studien zur Effektivität von Aphasietherapie vorgelegt. Insgesamt konnten 55 Arbeiten, zwischen 1961 und 1994 publiziert, in die Untersuchung einbezogen werden. Einzelfall-Studien mussten aus der Analyse ausgeschlossen werden, weil sich deren Ergebnisse nicht für eine Meta-Analyse eignen. Im Unterschied zur Analyse von *Greener* et al. (2002) basiert das Ergebnis bei *Robey* damit nicht auf den Ergebnissen weniger einzelner Studien sondern auf der Zusammenfassung der Ergebnisse vieler Studien.

Die Meta-Analyse ist gerade in der Therapieforschung ein probates Mittel, um die Ergebnisse mehrerer Studien („Primärstudien“) zusammenzufassen und damit Schlussfolgerungen zu ermöglichen, die auf einer sehr viel größeren Zahl von Probanden basieren als in den einzelnen Primärstudien. Für jede in die Meta-Analyse einbezogene Primärstudie werden die erreichten Verbesserungen dokumentiert und deren Ausmaß als „Effektstärke“ berechnet. Qualitative Unterschiede zwischen den einbezogenen Primärstudien können bei der Meta-Analyse berücksichtigt werden.

Wenn es *Robey* auch um die Überprüfung der generellen Wirksamkeit von Aphasietherapie geht, berücksichtigt er bei der Analyse Faktoren wie Therapieintensität, Therapiemethode und Therapiephase.

Das Ergebnis von *Robeys* Analyse steht dem von *Greener* et al. entgegen. Er sieht die Effektivität von Aphasietherapie als erwiesen an und hält weitere Untersuchungen mit dieser generellen Fragestellung für eine Verschwendung von Ressourcen: „(a) Considerable evidence has accumulated that treatment – generally considered – is effective. (b) Further studies to reinforce the general conclusion would waste resources required to test more focused hypotheses“ (*Robey* 1998, 183).

4.3 Die BI-ISIG-Empfehlungen (*Cicerone* et al. 2000)

Der American Congress for Rehabilitation Medicine hat die Effektivität für kognitiv-linguistische (sprachsystematische) Therapien bei neurologischen Erkrankungen von einer Arbeitsgruppe (Brain Injury – Interdisciplinary Special Interest Group (BI-ISIG)) untersuchen lassen. Die Analysen münden in dreistufigen Empfehlungen, die je nach Grad der Evidenz-Basierung für die jeweilige Therapie vergeben werden.

Die in die Analyse einbezogenen Studien werden einer von drei Evidenzklassen zugeordnet, die durch folgende Charakteristika definiert sind: Evidenzklasse I: „prospective, randomized controlled trials“; Evidenzklasse

2: „prospective cohort-studies, retrospective case-control studies or clinical series with well-designed controls“; Evidenzklasse 3: „clinical series without concurrent controls, or studies with appropriate single-subject methodology“ (*Cicerone* et al. 2000, 1596). Einbezogen in die Analyse wurden 41 Studien, die zwischen 1973 und 1996 publiziert wurden. Auf der Grundlage von 8 Studien, die der Evidenzklasse I zugeordnet wurden und 7 Studien mit Evidenzklasse II kam die Arbeitsgruppe zu folgender Beurteilung:

„Because good evidence exists to support the effectiveness of cognitive-linguistic therapies beyond the period of spontaneous recovery for the treatment of subjects with language deficits from left hemisphere stroke, the committee recommends this approach as a Practice Standard.“ (*Cicerone* et al. 2000, 1604). Aufgrund des guten Nachweises der Effektivität kognitiv-linguistischer Therapien werden sprachsystematische Therapien als Standard für die Aphasiebehandlung empfohlen. Die gegensätzlichen Ergebnisse der Analysen von *Greener* et al. (2002) auf der einen und *Robey* (1998) und *Cicerone* et al. (2000) auf der anderen Seite resultieren aus den unterschiedlichen Ansprüchen, die die Autoren an methodische Qualität der in die Analyse einbezogenen Arbeiten stellen. Da die generelle Frage nach der Wirksamkeit von Aphasietherapie für Therapeuten keine besondere Relevanz hat (weil die Wirksamkeit hinreichend belegt ist), ist es letztlich eine (gesundheits- oder wissenschafts-) politische Entscheidung, ob eine – strengen methodischen Kriterien genügende – Wirksamkeitsuntersuchung mit dieser globalen Fragestellung durchgeführt werden muss.

5. Therapieforschung aus therapeutischer Sicht

Angesichts dieser Datenlage fragt man sich, warum es nicht mehr randomisierte Studien zur Effektivität von Aphasietherapie gibt, die Veränderungen sprachlicher Leistungen bei Aphasikern

mit und ohne Therapie vergleichen. Ein Grund sind sicher (elementare) ethische Überlegungen. Es gibt in der wissenschaftlichen Literatur viele Studien, die zeigen, dass behandelte Aphasiker deutlichere Verbesserungen ihrer sprachlichen Leistungen zeigen als nicht behandelte. Aufgrund dieses Wissens ist es ethisch nicht vertretbar, Aphasiker von einer Behandlung auszuschließen, von der sie mit hoher Wahrscheinlichkeit profitieren würden, um mit einer solchen Untersuchung festzustellen, ob sich die Sprachstörung auch ohne Therapie bessert. Dies gilt insbesondere für die Phase, in der spontane Verbesserungen zu erwarten sind, deren Ausmaß durch eine intensive Therapie erheblich gesteigert werden kann.

Für die chronische Phase ist bekannt, dass bei Aphasien nach einem Schlaganfall ohne Intervention kaum Verbesserungen zu erwarten sind (Willmes / Poeck 1984). Messbare Verbesserungen in diesem Stadium sind daher mit größter Wahrscheinlichkeit als Effekte der Therapie anzusehen.

Andere Aspekte wie die Heterogenität von „Aphasietherapie“ und die Einflüsse begleitender (v.a. kognitiver) Defizite auf den Therapieerfolg, die in vielen Studien nicht oder nur unzureichend berücksichtigt werden, sind bereits dargestellt worden. Diese vielen Einflussfaktoren machen empirische Untersuchungen außerordentlich schwierig, weil große Gruppen von Probanden nötig sind.

Die methodische Schwierigkeit von Therapieforschung darf aber keineswegs dazu führen, dass dieser Forschungsbereich vernachlässigt wird. Gerade aus therapeutischer Sicht gibt es viele Fragestellungen, deren gründliche Untersuchung wünschenswert ist. Entsprechende Studien könnten sich direkt auf die therapeutische Arbeit mit Aphasikern auswirken und zu einer Optimierung führen.

Aus therapeutischer Sicht sind aber andere Fragestellungen wichtiger als der generelle Nachweis der Wirksamkeit der Aphasietherapie. Wir möchten zwei Bereiche skizzieren:

- Vergleich der Wirksamkeit verschiedener Therapiemethoden: die Vielfalt der Therapiemethoden bei Aphasie wird größer, weil im Rahmen neuer Modelle von Sprachfunktionen und deren Störung neue Verfahren der Diagnostik und Therapie entwickelt werden. Vergleichsuntersuchungen über die Wirksamkeit, die auch versuchen, die Wirkungsmechanismen der verschiedenen Methoden zu spezifizieren, können zu einer deutlichen Verbesserung bei der Indikationsstellung führen. Moderne Methoden der Bildgebung können hier zusätzliche Informationen liefern.
- Untersuchung des Einflusses begleitender (kognitiver) Störungen: am Beispiel der PACE-Therapie haben wir dargestellt, wie Störungen exekutiver Funktionen den Therapieverlauf möglicherweise beeinflussen. Eine detailliertere Kenntnis dieser Einflüsse auf verschiedene Therapiemethoden würde ebenfalls die Indikationsstellung erheblich verbessern. Neben kognitiven Störungen gilt dies auch für psychische Beeinträchtigungen wie z.B. Depressionen.

Alle derartigen Untersuchungen brauchen eine große Zahl von Probanden, um der Heterogenität des Störungsbildes „Aphasie“ gerecht zu werden. Sie sollten deshalb als multizentrische Studien angelegt werden.

Literatur

- Cappa, S. F. (1998): Spontaneous Recovery from Aphasia. In: Stemmer, B. et al. (eds): Handbook of Neurolinguistics. San Diego Academic, Press, 535- 545.
- Chapey, R. (1981): Introduction. In: Chapey, R.: Language Intervention Strategies in Adult Aphasia. Baltimore/London, Williams & Wilkins.
- Cicerone, K.D., Dahlberg, C., Kalmar, K., Langenbahn, D.M., Malec, J.F., Bergquist, T.F., Felicetti, T.F., Giacino, J.T., Harley, J.P., Harrington, D.E., Herzog, J., Kneipp, S., Laatsch, L., Morse, P.A. (2000): Evidence-Based Cognitive Rehabilitation: Recommendations for Clinical Practice. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, Vol. 81, Dezember, 1596-1615.

- Code, C. (1995): Recovery from Aphasia. Vortrag Kliniken Schmieder Allensbach, September.
- Davis, G.A., Wilcox, M.J. (1985): Adult Aphasia Rehabilitation: Applied Pragmatics. Windsor, NFER-Nelson.
- De Bleser, R., Cholewa, J., Stadie, N., Tabatabaie, S. (2004): LEMO – Lexikon modellorientiert – Einzelfalldiagnostik bei Aphasie, Dyslexie und Dysgraphie. München, Elsevier.
- Deutsches Cochrane Zentrum (2004): Homepage (www.cochrane.de).
- Goldenberg, G. (2002): Neuropsychologie. München und Jena, Urban & Fischer.
- Greener J, Enderby P, Whurr R. (2002): Speech and language therapy for aphasia following stroke (Cochrane Review) In: The Cochrane Library, Issue 4, Oxford: Update Software.
- Greitemann, G., Wolf, E. (1991): Erfahrungen mit der PACE-Therapie bei schweren Aphasien. Neurolinguistik 5(2), 93-103.
- Howard, D., Hatfield, F. M. (1987): Aphasia Therapy: Historical and Contemporary Issues. Hove und London, Lawrence Erlbaum.
- Huber, W., Poeck, K., Weniger, D. und Willmes, K. (1983): Aachener Aphasia Test. Göttingen, Hogrefe.
- Lincoln, N., Mulley, G.P., Jones, A.C., McGuirk, E., Lendrem, W., Mitchell, J.R.A. (1984): Effectiveness of Speech Therapy for Aphasic Stroke Patients. The Lancet, 1197-1200.
- Robey R. R. (1998): A Meta-Analysis of Clinical Outcomes in the Treatment of Aphasia. In: Journal of Speech, Language, and Hearing Research, Vol. 41: 172-187.
- Willmes, K., Poeck, K. (1984): Ergebnisse einer multizentrischen Untersuchung über die Spontanprognose von Aphasien vaskulärer Ätiologie. Nervenarzt, 55: 62-71.

Anschrift der Verfasser:

Georg Greitemann M.A.
Kliniken Schmieder Konstanz
Eichhornstr. 68
D-78464 Konstanz
G.Greitemann@kliniken-schmieder.de

Georg Greitemann
Neurolinguist / Therapieleiter Kliniken Schmieder Konstanz und wissenschaftlicher Mitarbeiter des Lurija Instituts für Rehabilitationswissenschaften und Gesundheitsforschung an der Universität Konstanz

Dolores Claros Salinas
Neurolinguistin / Leiterin Fachkompetenz Center Berufstherapie in den Kliniken Schmieder



Klaus-Jürgen Schlenck, Sabine Perleth, Füssen

Langzeitverlauf bei Aphasie und der Effekt von Sprachtherapie in der chronischen Phase*

Zusammenfassung

In einer retrospektiven Studie verfolgen wir den Verlauf der Aphasie bei einer Gruppe von 140 Patienten bis in die chronische Phase und bei einer Untergruppe von 97 Patienten über einen Zeitraum von durchschnittlich 5 Jahren. Wir berichten die quantitativen und qualitativen Verbesserungen, die in diesem Zeitraum unter intensiver Sprachtherapie zu beobachten waren und diskutieren die Ergebnisse.

Schlüsselwörter: Aphasie, Aphasierehabilitation, Langzeitverläufe bei Aphasie, Aphasietherapie, Wirksamkeit von Aphasietherapie, Therapieevaluation

Long term recovery from aphasia and the effect of language therapy on chronic aphasia

Summary

In this retrospective study, we analyse the course of recovery from aphasia in a group of 140 patients, covering the period of 12 months post onset. For a subgroup of 97 of these patients, we provide long-term data covering a period of 5 years on average. We describe the qualitative and quantitative improvements under specific language therapy and discuss the results.

key words: aphasia, aphasia rehabilitation, long-term recovery from aphasia, aphasia therapy, efficacy of aphasia therapy

1. Einleitung

Es ist seit langem bekannt, dass Patienten, die eine Aphasie als Folge eines vaskulären Ereignisses erleiden, in den ersten Monaten nach dem Ereignis in den meisten Fällen eine deutliche Verbesserung der sprachlichen Leistungen zeigen. In vielen Fällen bildet sich die Aphasie in dieser Zeit sogar vollständig zurück. Diese Phase der spontanen Rückbildung, häufig auch als Spontanremissionsphase bezeichnet, dauert zwischen 7 und 12 Monaten an. Das Ausmaß der Remission ist dabei individuell ausgesprochen unterschiedlich: während sich bei manchen Patienten auch initial sehr schwere Sprachstörungen (fast) vollständig zurückbilden, ist die Rückbildung bei anderen Patienten deutlich geringer und bei manchen Pa-

tienten zeigt sich keine Spontanremission. Eine ausführliche datenbasierte Diskussion zur Spontanremission bei Aphasie findet sich in *Willmes* und *Poeck* (1984).

Jenseits von 12 Monaten zeigen die verbleibenden aphasischen Symptome ein stabiles Bild, welches sich ohne therapeutische Intervention kaum noch verändert, man spricht deshalb in dieser Phase von chronischer Aphasie. Es gibt vergleichsweise wenige Studien darüber, unter welchen Bedingungen, in welchem Ausmaß und in welchen Bereichen sich Aphasien in der chronischen Phase unter intensiver Sprachtherapie verändern. Prinzipiell gibt es mittlerweile eine große Anzahl von Studien, die zeigen, dass aphasische Patienten unter intensiver Sprachthera-

pie eine bessere Rückbildung zeigen als ohne Sprachtherapie. Eine groß angelegte deutsche Studie konnte beispielsweise nachweisen, dass sich unter intensiver, störungsspezifischer Therapie etwa zwei Drittel der behandelten Patienten signifikant über das zu erwartende Maß an Spontanremission hinaus verbessern (*Poeck et al.* 1989). Andere Studien zeigen, dass sprachliche Verbesserungen unter intensiver Behandlung auch nach Ablauf mehre-

* Die Erstpublikation dieses Beitrages erfolgte in „Aphasie und verwandte Gebiete“ (2004, 18, 1, 9-20). Die Redaktion bedankt sich bei der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für Aphasie für die freundliche und unkomplizierte Genehmigung zum Abdruck in der Sprachheilarbeit.

rer Jahre nachweisbar sind (vgl. z.B. Schlenck 1990). Allerdings handelt es sich dabei ausnahmslos um Studien mit sehr kleinen Patientenzahlen, die außerdem kaum oder gar nicht auf die Qualität der sprachlichen Verbesserungen eingehen.

Der Schweregrad einer Aphasie scheint einen großen Einfluss auf die Rückbildungsprognose zu haben. Eine Reihe von Studien und auch ganz allgemein die klinische Erfahrung legen den Schluss nahe, dass Patienten mit Globaler Aphasie eine deutlich schlechtere Rückbildung erfahren als andere aphasische Patienten (vgl. z.B. Basso 1992). Auch in dieser Frage ist die Datenlage aber unzureichend.

Folgende Fragen scheinen uns bisher nur sehr lückenhaft beantwortet zu sein:

1. Wie sind die quantitativen Rückbildungsverläufe bei Aphasie über einen Zeitraum von mehreren Jahren?
2. Welche qualitativen Rückbildungsmuster lassen sich erkennen? Zeigen sich sprachliche Verbesserungen gleichmäßig in allen sprachlichen Modalitäten und auf allen linguistischen Beobachtungsebenen?
3. Welchen Einfluss hat intensive Sprachtherapie auf die Rückbildung?
4. Welchen Einfluss haben Art und Ausmaß der aphasischen Störung?

Die vorliegende retrospektive Studie geht diesen Fragen anhand einer Stichprobe von 140 aphasischen Patienten nach, die mindestens 12 Monate nach Ereignis mindestens einmal stationär auf der Aphasiestation der neurologischen Abteilung der Fachklinik Enzensberg behandelt wurden. 97 dieser 140 Patienten wurden in der chronischen Phase mehrmals stationär behandelt und konnten so über einen Zeitraum von durchschnittlich 5 Jahren beobachtet werden.

2. Patienten

Die Auswahlkriterien für die retrospektive Studie waren folgende: Aufgenommen wurden alle Patienten, die innerhalb des Zeitraums 1990–2002 auf der

Aphasiestation der Fachklinik Enzensberg stationär behandelt wurden und folgende Voraussetzungen erfüllten:

- es bestand eine Aphasie
- die Ätiologie war vaskulär
- die Patienten hatten kein zweites hirnschädigendes Ereignis
- die Patienten hatten mindestens zwei stationäre Aufenthalte, von denen mindestens einer nach Ablauf von 12 Monaten nach dem Ereignis begann und mindestens 5 Wochen dauerte.

Alle Patienten wurden vor Beginn und nach Abschluss jedes stationären Aufenthaltes mit dem Aachener Aphasie Test (AAT, Huber et al. 1983) untersucht, wobei der Untersucher in keinem

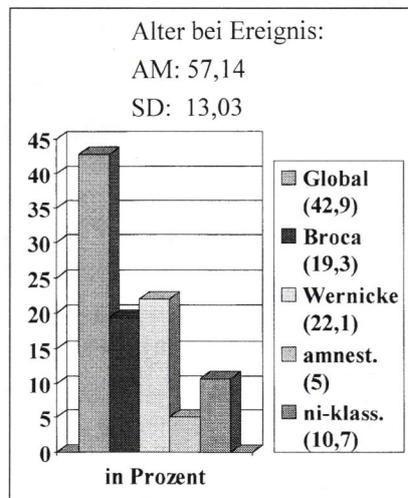


Abbildung 1: Stichprobenmerkmale der 140 Patienten

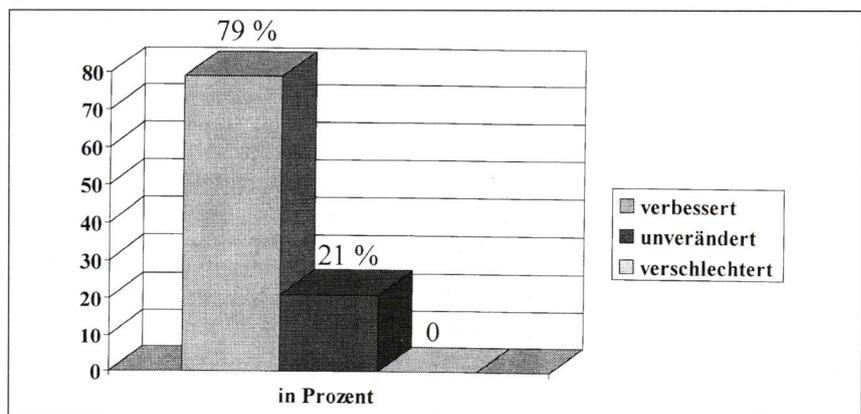


Abbildung 2: Verbesserungen in der Akutphase, 1.-12. Monat nach Ereignis, 140 Patienten

Fall mit dem Therapeuten identisch war. Abbildung 1 zeigt die Verteilung der 140 Patienten über die aphasischen Syndrome sowie das arithmetische Mittel und die Standardabweichung des Alters zu Beginn des ersten stationären Aufenthaltes.

3. Ergebnisse

3.1 Verbesserungen unter intensiver Therapie in der Spontanremissionsphase

Wir betrachten zunächst die quantitativen Verbesserungen während des ersten stationären Aufenthaltes, der bei allen Patienten innerhalb der ersten 12 Monate nach dem Ereignis stattfand. Die Rahmenbedingungen für diesen Aufenthalt waren folgende:

- die Aufenthaltsdauer betrug zwischen 5 und 12 Wochen, im arithmetischen Mittel 9 Wochen
- alle Patienten bekamen täglich eine 60-minütige logopädische Einzeltherapie
- zusätzlich fand bei den meisten Patienten Computertraining und/oder Gruppentherapie statt
- zu Beginn und am Ende des Aufenthaltes wurde der AAT durchgeführt.

Abbildung 2 zeigt, wie viele der 140 Patienten sich anteilmäßig in mindestens einem Untertest des AAT signifikant verbessert, nicht verbessert oder signifikant verschlechtert haben.

Man sieht, dass fast 80 % der Patienten sich in dieser Phase sprachlich verbessern, Verschlechterungen waren nicht zu beobachten. Methodisch ist es nicht möglich, zwischen Spontanremission und Therapieeffekten zu unterscheiden.

Als nächstes stellten wir uns die Frage, ob sich Patienten mit Globaler Aphasie, von denen 60 an der Studie teilnahmen, in dieser Phase weniger häufig verbessern als andere aphasische Patienten. Abbildung 3 zeigt die prozentualen Anteile der verbesserten bzw. nicht verbesserten Globalen bzw. nicht Globalen Aphasiker. Die Unterschiede sind nicht signifikant (chi 2 Test, $\alpha = 5\%$).

Wir können festhalten, dass sich in der Akutphase 80 % der aphasischen Pa-

tienten unter intensiver Sprachtherapie signifikant verbessern. In dieser Hinsicht gibt es keinen Unterschied zwischen Patienten mit Globaler Aphasie und anderen aphasischen Patienten. Welchen Anteil die Spontanremission an diesen Verbesserungen hat und wie groß der Anteil von Therapieeffekten ist, lässt sich aus methodischen Gründen nicht sicher feststellen.

3.2 Erster Aufenthalt in der chronischen Phase (mindestens 12 Monate nach dem Ereignis)

3.2.1 Verbesserungen durch intensive Sprachtherapie

Wir betrachten nun den ersten Aufenthalt in der chronischen Phase unserer 140 Patienten. Die Rahmenbedingun-

gen waren in Bezug auf Therapiefrequenz die gleichen wie beim Aufenthalt in der Akutphase. Die Aufenthaltsdauer variierte zwischen 5 und 10 Wochen (arithmetisches Mittel: 7). Abbildung 4 zeigt den prozentualen Anteil der Patienten, die sich in mindestens einem Untertest des AAT verbessert, nicht verbessert oder verschlechtert haben.

Da hier das Ereignis mindestens 12 Monate, bei den meisten Patienten aber wesentlich länger (im arithmetischen Mittel 42 Monate mit einer Standardabweichung von 53) zurücklag, kann dieser Effekt nicht auf die Spontanremission zurückgeführt, sondern muss als Therapieeffekt interpretiert werden.

3.2.2 Syndromeinflüsse

Auch hier haben wir die Frage gestellt, ob Patienten mit Globaler Aphasie weniger häufig Verbesserungen zeigen als andere aphasische Patienten. Abbildung 5 (S. 272) zeigt die Ergebnisse.

Es zeigt sich sehr deutlich, dass Patienten, die in der chronischen Phase eine Globale Aphasie haben, sich signifikant seltener verbessern als andere aphasische Patienten. Dies bestätigt entsprechende Ergebnisse bzw. klinische Erfahrungen, die in anderen Studien berichtet wurden (vgl. z.B. Basso 1992).

3.2.3 Einfluss der Verbesserungen in der Akutphase

Wir hatten die Vermutung, dass die (anteilmäßig wenigen) Patienten, die sich in der Akutphase nicht verbessert hatten, auch in der chronischen Phase weniger gut auf die Therapie ansprechen würden. Abbildung 6 (S. 272) zeigt eine Gegenüberstellung der Verbesserungen der Patienten, die sich bereits in der Akutphase verbessert hatten, mit den Verbesserungen der Patienten, die sich in der Akutphase nicht verbessert hatten.

Man sieht, dass die Patienten, die sich in der Akutphase verbessert hatten, auch in der chronischen Phase wesentlich häufiger Verbesserungen zeigten. Allerdings ist dieses Ergebnis in gewisser Weise mit dem Befund, dass Globalphasiker sich seltener verbessern als

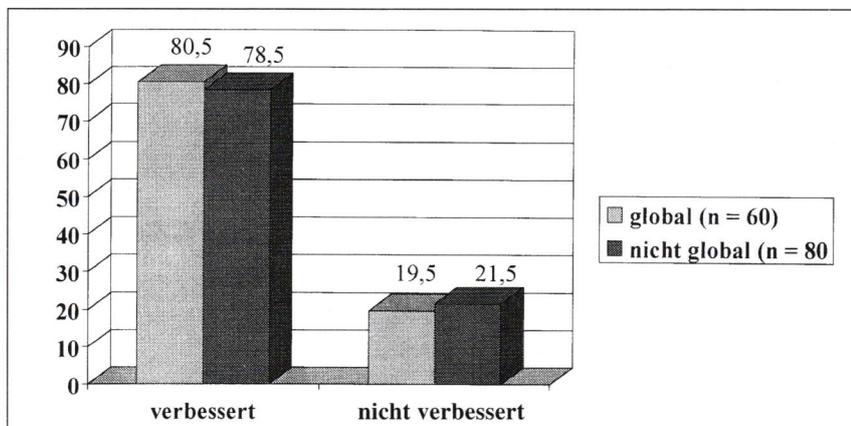


Abbildung 3: Verbesserungen in der Akutphase, 1.-12. Monat nach Ereignis, 140 Patienten: Globale vs. nicht Globale Aphasie

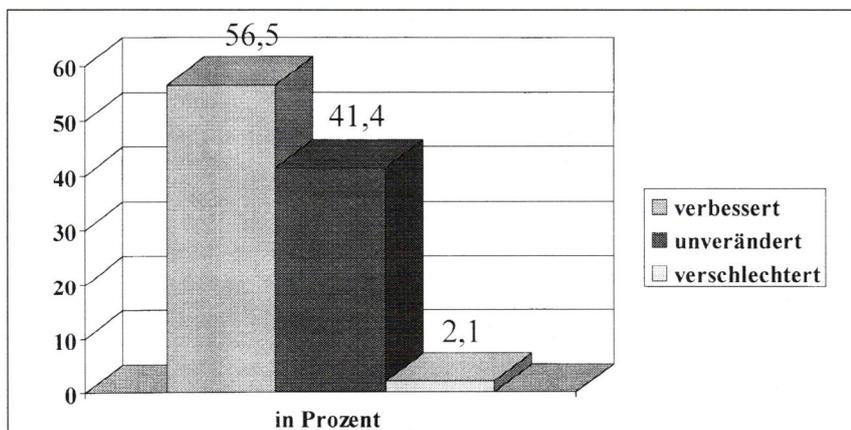


Abbildung 4: Verbesserungen bei chronischen Patienten, 1. Aufenthalt in der chronischen Phase, 140 Patienten, Zeit nach Ereignis: AM 42,52, SD 53,36

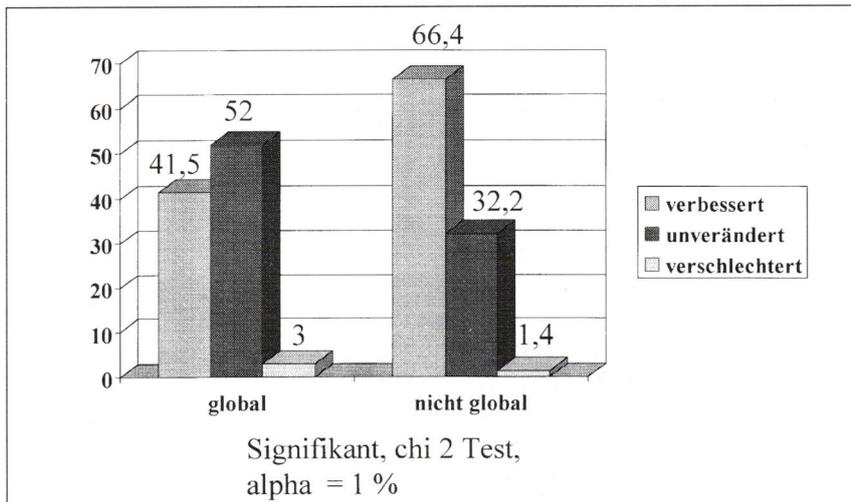


Abbildung 5: Verbesserungen bei chronischen Patienten, 1. Aufenthalt 12 Monate nach Ereignis, global (n = 41) vs. nicht global (n = 99)

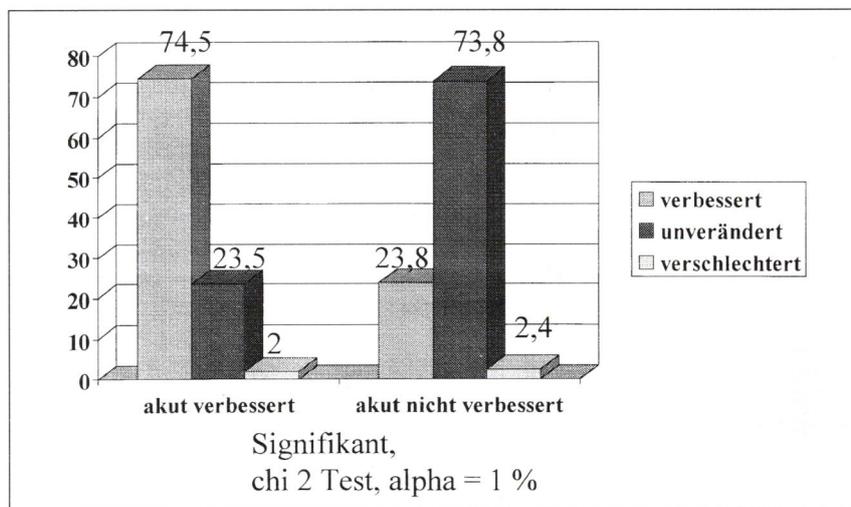


Abbildung 6: Verbesserungen bei chronischen Patienten: verbessert in der Akutphase (n = 112), vs. nicht verbessert in der Akutphase (n = 28)

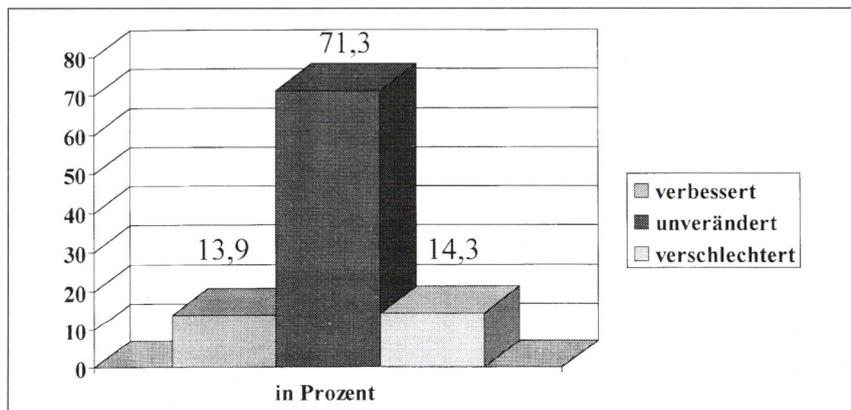


Abbildung 7: Veränderungen im Intervall zwischen den stationären Intensivtherapien, 237 Therapiephasen

andere aphasische Patienten, konfundiert: In der ohnehin kleinen Gruppe der Patienten, die sich in der Akutphase nicht verbessert hatten (28 Patienten), ist der Anteil der Globalaphasiker höher (68 %) als in der Gruppe der Patienten, die sich bereits in der Akutphase verbessert hatten (24 %). Als Ergebnis können wir also festhalten, dass Patienten mit Globaler Aphasie, die sich in der Akutphase nicht verbessern, sich auch in chronischen Phase weniger häufig verbessern.

3.3 Langzeitverläufe

97 der 140 Patienten waren nach Ablauf von 12 Monaten nach dem Ereignis mehrmals (2 – 4 Mal) stationär auf unserer Aphasiestation. Diese Patientengruppe konnten wir also über einen wesentlich längeren Zeitraum von durchschnittlich 5 Jahre nach dem Ereignis beobachten.

Anhand der Daten aus den Langzeitverläufen dieser 97 Patienten versuchten wir folgende Fragen zu beantworten.

3.3.1 Gab es Veränderungen in den Intervallen zwischen den stationären Aufenthalten?

Da 97 Patienten nach Abschluss der Akutphase zwischen 2 und 4 mal stationär auf unserer Aphasiestation behandelt wurden, ergaben sich 237 Therapiephasen. Die Zeiträume zwischen diesen Therapiephasen waren unterschiedlich lang, sie schwankten zwischen 7 und 29 Monaten. Unsere Daten über die Intensität der ambulanten Sprachtherapie sind leider unvollständig: Die meisten Patienten hatten in der Zwischenzeit ambulante logopädische Therapie erhalten, die in den meisten Fällen niedrigfrequent (d.h. ein- bis zweimal pro Woche) war, in einigen wenigen Fällen fand auch gar keine Sprachtherapie mehr statt. Genaue Zahlen liegen uns aber nicht vor. Deshalb wurden Patienten, die niedrigfrequente ambulante Therapie erhalten hatten mit den Patienten, die keine ambulante Therapie erhalten hatten in einer Gruppe zusammengefasst. Dies ist zwar eine problematische, aber notwendige methodische Vereinfachung, die zudem

durch Studien zur Therapieintensität gerechtfertigt scheint (Hinckley / Craig 1998; Bhogal et al. 2003).

Da wir wissen wollten, wie viele Patienten sich unter niedrigfrequenter Therapie in der chronischen Phase verbessern, haben wir jeweils den Abschluss-AAT eines Aufenthaltes mit dem Eingangs-AAT des folgenden Aufenthaltes verglichen. Abbildung 7 (S. 272) zeigt, wie viele Patienten sich anteilmäßig verbessert, nicht verbessert oder verschlechtert haben.

Man sieht, dass den ca. 14 % der Patienten, die sich unter niedrigfrequenter Therapie verbessert haben, etwa gleich viele Patienten gegenüber stehen, die sich verschlechtert haben, während sich bei der Mehrzahl der Patienten keine Veränderungen zeigen. Die meisten Patienten können das einmal erreichte Niveau also halten. In diesem Punkt unterscheiden sich unsere Ergebnisse von denen in Goldenberg et al. (1994), die bei einer allerdings wesentlich kleineren Patientengruppe fanden, dass die durch intensive Therapie erreichten Verbesserungen in der anschließenden Periode mit niedrigfrequenter Sprachtherapie wieder verloren gingen. Sprachliche Verbesserungen zeigen sich ohne Sprachtherapie oder unter niedrigfrequenter Therapie aber auch in unseren Daten in der chronischen Phase nur bei wenigen Patienten.

3.3.2 Welche quantitativen Verbesserungen zeigten sich in den Langzeitverläufen?

97 Patienten unserer Stichprobe wurden nach Ablauf von 12 Monaten nach dem Ereignis zweimal stationär auf der Aphasiestation behandelt, 64 Patienten dreimal, 20 Patienten viermal und 13 Patienten fünfmal. Wir wollten wissen, ob die Wahrscheinlichkeit, dass die Patienten sich in der chronischen Phase verbessern, mit zunehmender Zeitdauer, also von Aufenthalt zu Aufenthalt, abnimmt. Abbildung 8 gibt an, wie viele Patienten sich anteilmäßig im 1., 2., 3. und 4. Aufenthalt in der chronischen Phase verbessert haben.

Wir sehen lediglich im 4. Aufenthalt einen Einbruch, der sich aber in keinem der anderen Aufenthalte, auch

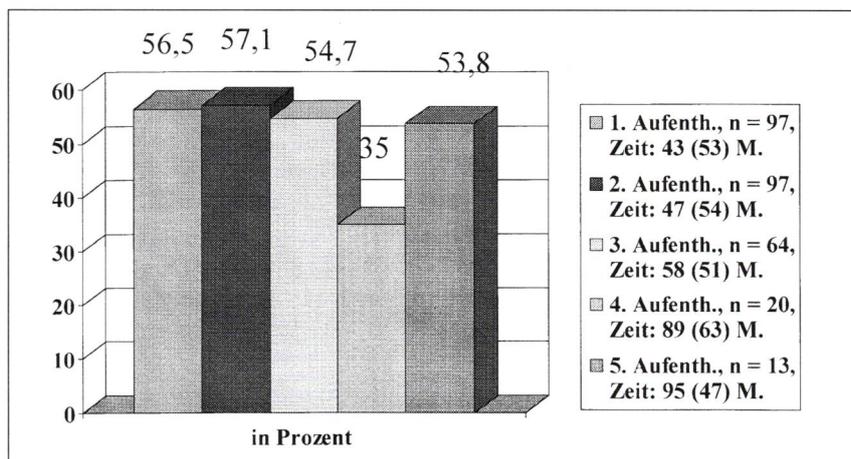


Abbildung 8: Langzeitverläufe, Anteil der Verbesserungen (in %)

nicht im 5. Aufenthalt, wiederholt. Obwohl wir nicht erklären können, wie dieser Einbruch zustande kommt, müssen wir daraus schließen, dass die Wahrscheinlichkeit, dass ein aphasischer Patient sich nach Abschluss der Akutphase durch intensive Sprachtherapie verbessert, mit zunehmender Dauer der Erkrankung nicht abnimmt.

3.3.3 Welche qualitativen Verbesserungen zeigten sich in den Langzeitverläufen?

In der Literatur gibt es fast keine Daten darüber, wie sich die sprachlichen Leistungen aphasischer Patienten über lange Zeiträume qualitativ verändern. In der Akutphase beobachten wir Verbesserungen der Spontansprache auf allen linguistischen Beobachtungsebenen und signifikante Verbesserungen in allen Untertests des AAT. Bei chronischen Patienten jedoch scheinen sich Verbesserungen häufig auf einzelne, definierbare sprachliche Leistungen zu beschränken. Um dieser Frage nachzugehen, haben wir zunächst für jeden der 97 Patienten die Spontansprachbewertungen des AAT vom Eingangs-AAT des ersten Aufenthaltes mit dem Abschluss-AAT des letzten Aufenthaltes verglichen. Der Beobachtungszeitraum war also von Patient zu Patient sehr unterschiedlich, im Durchschnitt betrug er 5 Jahre.

Tabelle 1 zeigt, wie viele Patienten sich während der gesamten chronischen Phase auf den verschiedenen Beobach-

tungsebenen der Spontansprache um mindestens einen Punkt verbessert haben.

• Keine Veränderung:	9 %

Phonologische Struktur:	44,6 %
Kommunikationsverhalten:	33,9 %
Artikulation:	10,7 %
Syntaktische Struktur:	8,9 %
Semantische Struktur:	7,1 %
Automatisierte Sprache:	5,4 %

Tabelle 1: Veränderung der Spontansprache nach Ablauf der Akutphase: 97 Patienten

Man sieht, dass von den spezifischen linguistischen Beobachtungsebenen die Ebene 'Phonologische Struktur' mit Abstand die meisten Verbesserungen aufweist, gefolgt von der unspezifischen Ebene 'Kommunikationsverhalten', in die alle anderen Ebenen einfließen.

Als nächstes wollten wir wissen, in welchen Untertests des AAT wir über den gesamten Zeitraum der chronischen Phase Verbesserungen sehen. Verglichen wurde auch hier der Eingangs-AAT des ersten Aufenthaltes nach Ablauf von 12 Monaten nach dem Ereignis mit dem Abschluss-AAT des letzten Aufenthaltes. Tabelle 2 (S. 274) zeigt, wie viele Patienten sich anteilmäßig in den fünf Untertests des AAT signifikant verbessert haben.

• Keine Verbesserung:	12,5 %

Schriftsprache:	60,7 %
Nachsprechen:	42,9 %
Benennen:	32,1 %
Token Test:	23,2 %
Sprachverständnis:	23,2 %

Tabelle 2: Signifikante Verbesserungen in den Untertests des AAT nach Ablauf der Akutphase: 97 Patienten

Es ist interessant, dass hier die meisten Verbesserungen im Untertest Schriftsprache zu beobachten sind, gefolgt vom Untertest Nachsprechen. Diese beiden Untertests bilden phonologische Leistungen ab. Verbesserungen in den Untertests, die eher semantische oder lexikalische Leistungen abbilden, sind vergleichsweise selten.

4. Zusammenfassung und Diskussion

4.1 Zusammenfassung

Unsere Ergebnisse lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

1. In der Akutphase verbessern sich die meisten aphasischen Patienten unter intensiver Sprachtherapie. Dies gilt für Patienten mit Globaler Aphasie genauso wie für Patienten mit anderen aphasischen Syndromen.
2. In der chronischen Phase verbessern sich aphasische Patienten, die keine oder nur niedrigfrequente Therapie erhalten, kaum. Eine genauere Differenzierung nach der exakten Intensität der ambulanten Therapie ist aufgrund unserer Daten leider nicht möglich. Die Zusammenfassung der Daten ist zwar problematisch, aber methodisch notwendig und erscheint zudem durch Studien zur Therapieintensität gerechtfertigt (Hinckley / Craig 1998; Bhogal et al. 2003).
3. Wenn sie über einen Zeitraum von 5 – 9 Wochen intensive Sprachthe-

rapie erhalten, verbessern sich etwas mehr als die Hälfte der chronischen Patienten signifikant. Patienten mit Globaler Aphasie verbessern sich weniger häufig, ebenso Patienten, die sich in der Akutphase nicht verbessert haben.

4. Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Patient mit chronischer Aphasie sich bei einer erneuten Phase intensiver Sprachtherapie verbessert, nimmt mit zunehmender Dauer der Erkrankung nicht weiter ab.
5. Unsere Daten zeigen überraschende Ergebnisse bezüglich der Qualität der sprachlichen Verbesserungen:
 - In der Akutphase zeigen sich Verbesserungen in allen Untertests und auf allen Beobachtungsebenen der Spontansprache.
 - In der chronischen Phase zeigen sich Verbesserungen vor allem auf der Beobachtungsebene Phonologische Struktur und in den Untertests Schriftsprache und Nachsprechen. Phonologische Leistungen bessern sich also deutlich häufiger als lexikalisch-semantische oder syntaktische Leistungen.

4.2 Diskussion

Die wirklich interessante Frage, die unsere Ergebnisse aufwerfen, ist folgende: Warum sehen wir, unabhängig von Schweregrad und Art der aphasischen Störung, in der chronischen Phase Verbesserungen überwiegend bei phonologischen Leistungen und vergleichsweise seltener bei semantisch-lexikalischen und bei syntaktischen Leistungen? Es wäre naheliegend, einen Zusammenhang mit den konkreten Therapiemethoden und Inhalten anzunehmen. Da die Therapie in dieser Studie jedoch in allen Fällen modellorientiert und störungsspezifisch angelegt war, sind die Patienten jeweils mit unterschiedlichen Methoden und Inhalten behandelt worden, so dass diese Überlegung uns kaum weiterführen wird. Ein anderer Erklärungsansatz hat mit der

Art des Lernens zu tun, der in der Aphasitherapie stattfindet. Es ist verschiedentlich darüber spekuliert worden, ob in der Aphasitherapie nicht vorwiegend prozedurales oder implizites Lernen stattfindet, während explizites oder deklaratives Lernen vielleicht eine untergeordnete Rolle spielen könnte (vgl. Goldenberg / Spatt 1994). Es wäre plausibel anzunehmen, dass wortformspezifische, phonologische Leistungen durch prozedurales Lernen leichter zu verbessern sind als abstrakte, wortübergreifende semantische Leistungen, die vielleicht durch explizite Lernvorgänge verbessert werden können.

Ein alternativer Erklärungsversuch könnte bei der Beobachtung ansetzen, dass viele Patienten phonologische Fehler bemerken und zu korrigieren versuchen, während sie semantische Fehler oft nicht bemerken. Vielleicht fällt es also aufgrund der Architektur unserer sprachlichen monitoring-Systeme leichter, phonologische Fehler zu entdecken. Dies würde dann das Störungsbewusstsein für solche Defizite stärken und gezielte Lernvorgänge erleichtern.

Obwohl diese Diskussion notwendigerweise in hohem Maße spekulativ ist, erscheint sie uns interessant und äußerst wichtig für die zukünftige Weiterentwicklung von Therapieansätzen in der Rehabilitation aphasischer Patienten.

Literatur

- Basso, A. (1992): Prognostic Factors in Aphasia. *Aphasiology* 6, 337-349.
- Bhogal, S. K., Teasell, R. W., Speechley, M. R. (2003): Intensity of aphasia therapy, impact on recovery. *Stroke* 34, 987-993.
- Goldenberg, G., Dettmers, H., Grothe, C., Spatt, J. (1994): Influence of Linguistic and Non-Linguistic Capacities on Spontaneous Recovery of Aphasia and on Success of Language Therapy. *Aphasiology* 8, 443-456.
- Goldenberg, G., Spatt, J. (1994): Influence of size and site of cerebral lesions on spontaneous recovery of aphasia and on success of language therapy. *Brain and Language* 47, 684-698.

Hinckley, J., Craig, H. K. (1998): Influence of rate of treatment on the naming abilities of adults with chronic aphasia. *Aphasiology* 12, 11, 989-1006.

Huber, W., Poeck, K., Weniger, D., Willmes, K. (1983): Aachener Aphasie Test. Hogrefe.

Poeck, K., Huber, W., Willmes, K. (1989): Outcome of Intensive Speech Therapy

in Aphasia. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 54, 471-479.

Schlenck, K.-J. (1990): Die Rehabilitation aphasischer Patienten nach Schlaganfall. *Prävention und Rehabilitation* 2, 56-63.

Willmes, K., Poeck, K. (1984): Ergebnisse einer multizentrischen Untersuchung über die Spontanprognose von Aphasi-

en vaskulärer Ätiologie. *Nervenarzt* 55, 62-71.

Anschrift der Verfasser:

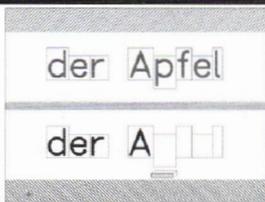
Dr. Klaus-Jürgen Schlenck
Sabine Perleth
Fachklinik Enzensberg
Höhenstr. 56
87629 Füssen

Anzeige

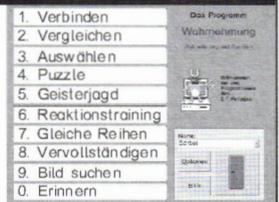
Therapie - Programme www.etverlag.de

Eugen Traeger Verlag Hoher Esch 52 49504 Lotte Tel/Fax: 05404-71858

● **UniWort** editierbares Worttrainings - Programm. Erfolgreiche Übungsmethoden zur LRS-Therapie, zum Schriftspracherwerb, mit Lernkartei. **49,90 €**



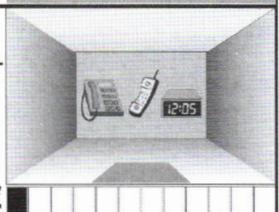
● **Wahrnehmung** visuelle u. auditive Wahrnehmungsdifferenzierung, Gedächtnis- u. Reaktionstraining, Hörtest, geeignet zur ADS-Therapie. **51,- €**



● **Hören-Sehen-Schreiben** Schriftsprachtraining mit Bild-Ton-Kombination. Funktionen: Visuelles und auditives Zuordnen, Lesen, Schreiben, Erinnern **49,90 €**



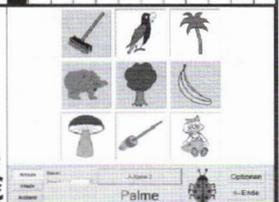
● **Audio 1** fördert die auditive Unterscheidungsfähigkeit auf Geräusch- und Lautebene, inkl. Richtungshören, 8 Unterprogramme. **70,- €**



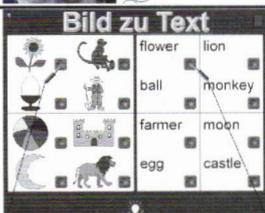
● **Merkfähigkeit und Kognition** Merkfähigkeit steigern, Reihenfolgen ordnen, Kategorien bilden, Logisches Ergänzen, erweiterbar. **49,90 €**



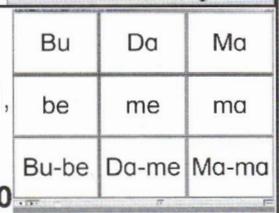
● **Alphabet ABC**, Zahlen, Farben, Bilder, auditiv / visuell einsetzen, ordnen, schreiben. Anlaute- Inlaute- Auslaute bestimmen. **49,90 €**



● **Elektrobliker** für logische Verknüpfungen Text zu Text, Text zu Bild, Sound zu Bild und Text, fördert auf vielfältige Art das Sprachverständnis. **49,90 €**



● **MIMAMO** zur Überprüfung phonologischer Fähigkeiten, Lesefahrstuhl, Hören-Lesen-Schreiben-Training mit wählbaren Silbenkombinationen **49,90 €**





Antje Lorenz^{1,2}, Potsdam; Wolfram Ziegler¹, München

Die Behandlung von Wortabrufstörungen bei Aphasie: Eine methodenvergleichende Studie zum Bildbenennen

Zusammenfassung

In einer multiplen Einzelfallstudie mit zehn aphasischen Patienten wurde die Wirksamkeit eines semantischen und eines phonologischen Therapieansatzes zur Behandlung von Wortabrufstörungen verglichen. Detaillierte Einzelfalluntersuchungen ermöglichten die Diagnose der zugrundeliegenden funktionalen Störungen bei jedem Patienten. Auf diese Weise konnten die erzielten Therapieeffekte auf die individuellen kognitiv-neurolinguistischen Störungsmuster bezogen werden.

In den Ergebnissen der phonologischen Therapiemethode zeigte sich, dass kurzfristig fast alle Patienten signifikant profitierten, diese Verbesserungen erwiesen sich jedoch überwiegend als nicht stabil. Im Unterschied dazu bewirkte die semantische Therapiemethode bei einigen Patienten auch langfristige Effekte. Es zeigte sich kein direkter Zusammenhang zwischen der Art der zugrundeliegenden funktionalen Störung und den erzielten spezifischen Therapieeffekten, da auch Patienten mit erhaltenen semantischen Verarbeitungsleistungen von der semantischen Therapie und Patienten mit zentral-semantischen Störungen von der phonologischen Methode profitieren konnten. Es kann geschlossen werden, dass bei der Behandlung von Wortabrufstörungen eine gezielte Förderung semantischer Verarbeitungsleistungen auch bei Patienten mit postsemantisch bedingten Abrufstörungen aussichtsreich ist. Dagegen unterstützt die ausschließliche Verwendung phonologischer Benennhilfen vermutlich vor allem automatisierte Abläufe, die häufig nicht in den selbstständigen Abrufprozess übernommen werden und daher überwiegend nur zu kurzfristigen Verbesserungen führen.

Schlüsselwörter: Aphasietherapie, Wortabrufstörungen, Bildbenennen, semantische und phonologische Techniken

Treatment of word retrieval deficits in aphasia: A comparison of semantic and phonological techniques in a study of picture naming

Abstract

In a multiple single case study the effects of a semantic and a phonological treatment on word retrieval were compared in ten aphasic patients. Single word processing in the patients was investigated before therapy started, so that specific treatment effects could be interpreted with regard to underlying functional deficit(s) in each patient.

Regarding the stability of effects, different outcomes were found for semantic versus phonological treatments. The phonological treatment produced only short-lasting effects in most of the patients. In contrast, the semantic treatment produced more stable effects in some participants. Specific effects of phonological and semantic treatments were not directly linked to the underlying functional disorders. Patients with preserved and with impaired semantic processing of concrete nouns profited from both methods.

Keywords: anomia treatment, anomia, picture naming, semantic and phonological techniques

1. Einleitung

Wortabrufstörungen zählen zu den häufigsten Symptomen bei Aphasie (Goodglass / Wingfield 1997). Sie können die sprachliche Kommunikation der betroffenen Patienten erheblich beeinträchtigen. Daher ist die Erforschung effek-

tiver Methoden zur Behandlung von Wortabrufstörungen bei Aphasie besonders relevant.

Unterschiedliche funktionale Störungen können zu Wortabrufstörungen beim mündlichen Benennen führen. Dabei handelt es sich einerseits um zentral-

semantische Störungen („semantic anomia“ Howard / Orchard-Lisle 1984) und andererseits um Störungen auf der

¹ Entwicklungsgruppe Klinische Neuropsychologie (EKN), Städtisches Krankenhaus Bogenhausen, München

² Institut für Linguistik, Universität Potsdam

Ebene des phonologischen Ausgangslexikons bei vollständig erhaltenen semantischen Verarbeitungsleistungen („phonological anomia“ Kay / Ellis 1987; „classical anomia“ Lambon Ralph et al. 2000).

Da die Oberflächensymptomatik von Patienten mit unterschiedlichen funktionalen Störungen vergleichbar sein kann, ist eine modellorientierte detaillierte Einzelfalldiagnostik notwendig, um die funktionalen Störungen eines Patienten zu bestimmen (vgl. Caramazza / Hillis 1990). Ein solches Vorgehen sollte eigentlich auch die Anwendung von Therapiemethoden ermöglichen, die die zugrundeliegende Störung eines Patienten direkt beeinflussen. Aus modelltheoretischer Sicht müssten sich bei der Behandlung von Wortabrufstörungen bei Aphasie somit optimale Therapieeffekte zeigen, wenn semantische Methoden bei Patienten mit semantischen Störungen (semantisch bedingte Abrufstörungen) und phonologisch-lexikalische Methoden bei Patienten mit Störungen auf der Ebene des phonologischen Ausgangslexikons (postsemantisch bedingte Abrufstörungen) eingesetzt werden (vgl. Nettleton / Lesser 1991; Hillis / Caramazza 1994). In verschiedenen Therapiestudien zu semantischen und phonologischen Ansätzen hat sich jedoch keine Eins-zu-eins-Beziehung zwischen zugrundeliegender funktionaler Störung des Patienten und eingesetzter Methode gezeigt, da sowohl semantische als auch phonologische Ansätze zu Verbesserungen bei Patienten mit semantisch und bei Patienten mit postsemantisch bedingten Abrufstörungen führen konnten (vgl. Hillis 1998; Best / Nickels 2000). Daher werden die Möglichkeiten des modellorientierten Ansatzes (der kognitiven Neurolinguistik) in der Aphasitherapie, und vor allem bei der Behandlung von Wortabrufstörungen, kontrovers diskutiert (vgl. Hillis / Caramazza 1994; Nickels 2002).

Auch im Hinblick auf die Unterschiede semantischer und phonologischer Therapieansätze in Bezug auf die Stabilität erzielter Therapieeffekte gibt es keine einheitliche Datenlage. Seit der

Veröffentlichung der Fazilitierungsstudien von Patterson, Howard und Kollegen hat sich die These verbreitet, dass semantische Methoden zu stabileren Effekten führen als phonologische Methoden (vgl. Patterson et al. 1983; Howard et al. 1985a). Das hat sich jedoch nicht durchgängig bestätigt.

Bis jetzt ist es immer noch nicht ausreichend klar, auf welchen Wirkmechanismen die erzielten Therapieeffekte basieren und welche Methoden sich bei der Behandlung aphasischer Patienten mit bestimmten funktionalen Störungen am besten eignen (vgl. Hillis 1998; Nickels 2002). Ein Hauptproblem bei der Interpretation der aktuellen Datenlage zu diesem Thema ist, dass insgesamt sehr wenige methodenvergleichende Studien durchgeführt wurden, die die erforderlichen methodischen Kriterien erfüllen (Einzelfalldiagnostik, statistische Datenauswertung, Abgrenzung der Therapieeffekte von Spontanerholung, etc.).

In der hier beschriebenen Studie wurde in einem modellorientierten Einzelfalldesign die Wirksamkeit eines semantischen und eines phonologischen Therapieansatzes bei zehn aphasischen Patienten mit Wortabrufstörungen verglichen. In der Therapie standen Aufgaben zum mündlichen Benennen von Objektabbildungen mit unterschiedlichen Arten von Hilfen im Vordergrund. Zusätzlich wurden in beiden Ansätzen rezeptive Verifikations- und Zuordnungsaufgaben durchgeführt. In der phonologischen Therapie wurden phonologische und orthographische Benennungshilfen eingesetzt, in der semantischen Therapie dienten semantische Teilinformationen des Zielkonzepts als Hilfen.

In diesem Aufsatz werden zwei zentrale Fragestellungen der durchgeführten Therapiestudie behandelt, nämlich, ob sich die Effekte der beiden Ansätze hinsichtlich ihrer Stabilität unterscheiden und ob ein direkter Zusammenhang zwischen Art der zugrundeliegenden Störung der Patienten (semantisch vs. postsemantisch bedingte Abrufstörungen) und spezifischen Effekten der beiden Ansätze bestand.

2. Projektpatienten

An der Therapiestudie nahmen insgesamt zehn Patienten mit unterschiedlichen Leistungsmustern und Syndromen teil (siehe Tabelle 1, S. 278). Alle Patienten hatten Wortabrufstörungen als ein Hauptsymptom ihrer Aphasie.

Es wurden keine Patienten mit einer schweren Sprechapraxie oder Dysarthrophonie in das Projekt aufgenommen. Außerdem hatte keiner der Patienten nennenswerte Aufmerksamkeits- oder Antriebsstörungen. Alle Patienten waren räumlich und zeitlich orientiert.

Alle Patienten waren Rechtshänder und hatten linkshemisphärische ischämische Hirninfarkte erlitten. Der Zeitpunkt seit Beginn der Aphasie lag zu Beginn der Studie zwischen sechs Wochen (Patient JL) und drei Jahren und sieben Monaten (Patient MI) zurück (Mittelwert: 13 Monate). Während der Durchführung der Therapiestudie befanden sich die Patienten in stationärer oder teilstationärer Behandlung der neuropsychologischen Abteilung des Krankenhauses Bogenhausen in München. Das übergeordnete Rehabilitationsziel bei allen Patienten war ein Leben zu Hause mit Unterstützung, eine berufliche Wiedereingliederung wurde in keinem Fall angestrebt.

3. Modellorientierte Einzelfalldiagnostik

Mit jedem Patienten wurde eine modellorientierte Einzelfalldiagnostik auf der Grundlage des Logogen-Modells (vgl. Patterson 1988) durchgeführt. Bei den Einzelfalluntersuchungen stand eine Auswahl aus der LeMo-Test-Batterie (Testteil LEXIKON) im Vordergrund (Paper / Pencil-Version, De Lesser et al. 1997/98; siehe Stadie et al., 1994). Zusätzlich wurden mehrere Untersuchungen zur semantischen Verarbeitung von Bildern durchgeführt (Pyramids-and-Palm-Trees-Test, modifizierte Version, Visch-Brink / Denes 1992; Associative Match Task, aus: BORB, Riddoch / Humphreys 1993; Bogenhausener Semantik-Untersuchung, Glindemann et al. 2002).

Patient	w / m	Alter (Jahre)	Zeit post onset* (Jahre; Monate)	Syndrom (nach AAT; Alloc-Auswertung)	Therapiephasen	Beruf
GH	w	65	1;4	Broca Aphasie – mittelschwer bis schwer; Sprechapraxie	PSP	Kaufmännische Angestellte
GF	m	55	3;6	Wernicke Aphasie – mittelschwer bis schwer	PSP	Berufssoldat
RB	w	56	0;6	Globale Aphasie – mittelschwer	PSP	Fremdsprachen-sekretärin
HX	w	67	0;4	Globale Aphasie – leicht; Sprechapraxie	PSP	Sekretärin
EC	w	84	0;3	Wernicke Aphasie – mittelschwer	PSP	Ärztin
BS	m	56	0;4	Wernicke Aphasie – schwer	SPS	Kaumännischer Angestellter
UA	w	67	0;8	Globale Aphasie – mittelschwer bis schwer	SPS	Lektorin
MI	m	52	3;7	Globale Aphasie – leicht bis mittelschwer	SP-	Gas- und Wasserinstallateurmeister
BG	w	66	0;6	Transkortikal-sensorische Aphasie	SPS	Verkäuferin
JL	m	44	0;1,5	Wernicke Aphasie – mittelschwer	SPS	Richter

* = bei Aufnahme in die Studie; P = phonologische, S = semantische Therapiephase

Tabelle 1: Patienten

LeMo-Test-Nr.	N-Items	Untertests	BS	JL	BG	EC	MI	RB	UA	GF	GH	HX
		INPUT-LEXIKA										
5	80	Lexikalisches Entscheiden, Wort/Neo auditiv	96.3	97.5	97.5	92.5	86.3	83.8	98.8	93.8	91.3	93.8
6	80	Lexikalisches Entscheiden, Wort/Neo visuell	88.8	97.5	90	96.3	80	86.3	96.3	73.8	87.5	88.8
		SEMANTISCHES SYSTEM										
23	20	Wort-Bild-Zuordnen auditiv	55*	75	95	70	80	70	80	85	95	95
24	20	Wort-Bild-Zuordnen visuell	60*	70	80	100	80	65	80	70	100	95
25	40	Synonymie auditiv	82.5	72.5*	85	87.5	70*	50*	60*	95	100	95
26	40	Synonymie visuell	nt	90	87.5	100	52.5*	nt	75	nt	100	90
XX	30	Pyramids-and-Palm-Trees-Test	nt	93.3	80	86.7	93.3	90	66.7	nt	nt	86.7
XX	30	Associative Match Task	100	100	80	90	90	86.7	70	86.7	90	90
		BENENNEN										
30	20	mündlich	5*	35	45	60	35	0*	10*	15*	60	65
31	20	schriftlich	0*A	55	40	85	30	0*A	0*A	0*A	5*	10*A
XX	240	mündlich ¹	10	12.5	55.4	47.9	17.1	1.25	29.2	15	52.1	34.6

nt = nicht getestet; schraffiert = beeinträchtigte Leistung; * = Leistung im Ratebereich, A = Abbruch
¹: unveröffentlichtes Itemset (Objektabbildungen) (Lorenz, A. & Ziegler, W., Entwicklungsgruppe klinische Neuropsychologie, München)

Tabelle 2: Anteile korrekter Leistungen (%) in verschiedenen Untersuchungen vor Therapiebeginn

In Tabelle 2 sind einige der durchgeführten Untersuchungen mit den prozentualen Anteilen korrekter Leistungen jedes Patienten dargestellt.

Die Leistungen beim mündlichen Benennen von Objektabbildungen waren bei allen Patienten deutlich beeinträchtigt (siehe Tabelle 2). In den Benennreaktionen zeigte sich bei fast allen Patienten ein großer Anteil an Nullreaktionen und semantischen Paraphrasen. Phonematische Paraphrasen oder Neologismen wurden überwiegend nicht oder seltener produziert.

Bei keinem Patienten konnten die beeinträchtigten Leistungen beim Bildbenennen auf eine vorsemantische visuelle Wahrnehmungsstörung bezogen werden.

Während bei einigen Patienten zentral-semantische Verarbeitungsstörungen nachweisbar waren, resultierten die Wortabrufstörungen bei anderen Patienten aus funktionalen Störungen, die der semantische Ebene nachgeordnet waren (phonologisches Ausgangslexikon bzw. Zugriff auf das phonologische Ausgangslexikon). Bei insgesamt sieben Patienten gab es Evidenz für *kombinierte* Störungen semantischer und phonologisch-lexikalischer Verarbeitungsleistungen, bei einem dieser Patienten schienen die Wortabrufstörungen jedoch primär durch die zentral-semantische Störung bedingt zu sein (*Subgruppe 1* (BS): vorrangig semantisch bedingte Abrufstörungen). Bei vier Patienten lagen ungefähr vergleichbare Schweregrade der zentral-semantischen und lexikalischen Zugriffstörungen vor (jeweils partielle Störungen) (*Subgruppe 2* (JL; BG; EC; MI): semantisch / postsemantisch bedingte Abrufstörungen). Bei zwei Patienten wiesen herausragend schwere Störungen beim Benennen im Vergleich zu partiellen zentral-semantischen Beeinträchtigungen auf vorrangig postsemantisch bedingte Abrufstörungen hin (*Subgruppe 3* (RB; UA): vorrangig postsemantisch bedingt). Bei drei Patienten lagen keine semantischen Verarbeitungsstörungen vor, jedoch schwere (GF) bzw. mittelschwere Abrufstörungen beim Benennen (GH; HX) (*Sub-*

gruppe 4 (GF; GH; HX): (rein-) postsemantisch bedingt).

Hypothesen für das Auftreten spezifischer Therapieeffekte

Für den Patienten mit vorrangig semantisch bedingten Abrufstörungen (BS) wurde eine höhere Wirksamkeit der semantischen als der phonologischen Therapiephase postuliert. Für die Patienten mit vergleichbaren Beeinträchtigungen auf semantischer und lexikalischer Ebene (JL; BG; EC; MI) wurden vergleichbare Wirksamkeiten beider Ansätze vorhergesagt. Für die restlichen Patienten, bei denen vorrangig oder ausschließlich postsemantisch bedingte Abrufstörungen vorlagen (RB; UA; GF; GH; HX), wurde eine Überlegenheit der phonologischen Methode erwartet.

4. Design

Jeder Patient hat an beiden Therapiemethoden teilgenommen. Dies ermöglichte den direkten Wirksamkeitsvergleich der beiden Methoden bei jedem Einzelfall. Insgesamt wurden mit jedem Patienten drei Therapiephasen durchgeführt, die in einem gekreuzten Design appliziert wurden. Fünf Patienten nahmen an zwei phonologischen und einer semantischen Therapiephase teil (P-S-P). Die anderen fünf Patienten wurden der Sequenz semantisch – phonologisch – semantisch zugeordnet (S-P-S). Jede Phase umfasste acht Sitzungen à 50 Minuten und wurde nach Möglichkeit über einen Zeitraum von zwei Wochen durchgeführt.

5. Material

Das Material pro Patient bestand aus insgesamt 240 Objektabbildungen (120 Trainingsbilder; 120 Kontrollbilder), die auf drei Trainingssets (je N=40) und vier Kontrollsets (je N=30) aufgeteilt worden waren. Die Kontrollbilder wurden nur in den Diagnostiksitzen zum Benennen präsentiert (ohne Hilfen). Sie dienten dazu, itemübergreifende Verbesserungen nach der Therapie messen zu können. Die Zielitems in den

verschiedenen Trainings- und Kontrollsets waren nach verschiedenen Faktoren kontrolliert, von denen bekannt ist, dass sie die Wortabrufleistungen aphasischer Patienten beeinflussen können (Wortfrequenz; Vertrautheit mit den Wortformen, Erwerbsalter; Vorstellbarkeit der Zielkonzepte; Belebtheit; Wortlänge; artikulatorische Komplexität und Wortakzent; vgl. Nickels / Howard 1995). Alle Zielwörter waren monomorphematisch und ein- bis dreisilbig.

6. Methoden

6.1 Benennendiagnostik

Vor und nach dem gesamten Therapiezeitraum sowie zwischen den einzelnen Therapiephasen erfolgten Untersuchungen des mündlichen Benennens von Objektabbildungen ohne Hilfen. In allen Diagnostiksitzen wurden die Zielbilder mit einer Zeitbegrenzung von zehn Sekunden zum Benennen präsentiert. Bei der Auswertung wurden die korrekten Reaktionen innerhalb dieses Zeitfensters (10 Sekunden) bewertet. Die Anzahl der fehlerhaften Benennreaktionen wurde registriert. Zusätzlich wurde eine detaillierte Fehleranalyse vorgenommen.

In der Analyse wurde zwischen itemspezifischen und itemübergreifenden Verbesserungen sowie kurz- und langfristigen Effekten einer Phase unterschieden. Zur Erhebung itemspezifischer Therapieeffekte erfolgten zu Beginn der drei Behandlungsphasen (Anfang der ersten Therapiesitzung) und 24 Stunden bzw. zwei Wochen nach dem Ende jeder Therapiephase Benennprüfungen der jeweils verwendeten Trainingsbilder. In den ersten Nachtest (24 Stunden nach Ende einer Therapiephase) wurden die Trainingsbilder und die entsprechenden Kontrollbilder in randomisierter Reihenfolge zum Benennen präsentiert (N=70). Zum zweiten Nachdiagnostikzeitpunkt (nach zwei Wochen) wurden nur die Trainingsbilder der entsprechenden Therapiephase, nicht jedoch die Kontrollbilder, in randomisierter Reihenfolge zum Benennen präsentiert (je N=40). Zur Ermitt-

lung von signifikanten Leistungsunterschieden zwischen den verschiedenen Testzeitpunkten wurde der McNemar-Test angewandt (exakte Version, einseitig).

Eine Baselinemessung vor Therapiebeginn sowie die Durchführung unrelationaler Kontrollaufgaben vor und nach dem gesamten Therapiezeitraum ermöglichten die Abgrenzung der Therapieeffekte von unspezifischen Verbesserungen, z.B. durch Spontanremission (vgl. Franklin 1997).

Zur Überprüfung, ob die Benennleistungen der Patienten vor Therapiebeginn stabil waren, wurden vor der Therapie parallelisierte Untersets von je 80 Bildern an drei unterschiedlichen Tagen zum Benennen präsentiert. Bei stabilen Leistungen, die bei chronischen Störungen zu erwarten sind, wurde angenommen, dass sich die korrekten Leistungen beim Benennen der Bilder zwischen den drei Sitzungen nicht unterscheiden. Unspezifische Verbesserungen zwischen den Baselinesitzungen wurden im Gegensatz dazu als ein Hinweis auf eine noch stattfindende Spontanremission eines Patienten gewertet.

Außerdem wurden für jeden Patienten individuelle Kontrolluntersuchungen ausgewählt, die sich an den funktionalen Leistungen der Patienten orientierten. Hierbei handelte es sich um Untersuchungen, von denen angenommen werden konnte, dass sie von der Therapie unbeeinflusste Leistungen betrafen (z. B. Schreiben nach Diktat). Verbesserungen bei derartigen von der Therapie nicht unmittelbar berührten Leistungen wären ein Hinweis auf eine unspezifische Verbesserung; zum Beispiel als Folge einer Spontanremission.

6.2 Therapiemethoden

In beiden Behandlungsphasen (semantisch und phonologisch) standen Aufgaben zum Benennen von Objektabbildungen mit unterschiedlichen Arten von Hilfen im Vordergrund. Zusätzlich wurden in beiden Ansätzen rezeptive Zuordnungs- und Verifikationsaufgaben mit demselben Material durchgeführt.

Durch die Anwendung eines PC-basierenden Programms wurde eine kontrollierte Darbietung der Zielbilder und Hilfen ermöglicht (CompX-Programm, Artinger 2000).

6.2.1 Phonologische Hilfen

In der phonologischen Therapie wurden gleichermaßen segmentale und metrische Hilfen zur Unterstützung des Wortabrufs beim Bildbenennen eingesetzt. Bei den segmentalen Hilfen wurde zusätzlich zwischen geschriebenen und gesprochenen Hilfen unterschieden, die zu gleichen Anteilen eingesetzt wurden. Bei Patienten, die zum Beispiel aufgrund schwerer Störungen des Lesens die orthographischen Hilfen nicht nutzen konnten, wurden sie durch ihre phonematischen Entsprechungen (durch die Therapeutin) ergänzt.

Pro Zielbild standen jeweils zwei segmentale und zwei metrische Hilfen zur Verfügung. Bei den segmentalen Hilfen handelte es sich um die folgenden Informationen: 1) initiales Phonem bzw. Graphem; 2) initiale CV, auditiv bzw. visuell. Bei den beiden „metrischen“ Hilfen handelte es sich um unterschiedlich stark tiefpassgefilterte Wörter, wobei es sich eigentlich nur bei dem stärker gefilterten Stimulus um eine rein-metrische Schablone des Zielwortes handelte. Hier waren die suprasegmentalen Informationen (Silbenanzahl, Akzentmuster) erhalten, während die segmentale Information (fast) vollständig getilgt worden war. Das leichter gefilterte Wort enthielt entsprechend mehr segmentale Anteile, unterschiedlich sich aber immer noch deutlich vom unbehandelten Zielwort.

6.2.2 Semantische Hilfen

In der semantischen Therapie wurden überwiegend nicht-sprachliche Hilfen (Bilder, Geräusche) zur Unterstützung des Wortabrufs

beim Bildbenennen eingesetzt (Abb. 1). Dabei handelte es sich um semantisch-assoziative und sensorische Teilinformationen des Zielkonzepts. Diese umfassten funktionale (z.B. Apfel → essen), lokale (z. B. Kuh → Bauernhof), situative (z. B. Hund → Briefträger), visuell-sensorische (z. B. Kaktus → grün), auditiv-sensorische (z. B. Hund → echtes Geräusch: /bellen/) und Teil-/Ganzes-Relationen (z. B. Angel → Haken).

Bei einer Untermenge der Bilder wurden zusätzlich Satzanfänge vorgesprochen, die vom Patienten mit dem Zielwort ergänzt werden sollten. Dabei wurden zum Teil auch unvollständige Sätze (Phrasen) verwendet. Bei den Sätzen wurde darauf geachtet, dass sie Informationen enthielten, die vorher isoliert (als Bild; Geräusch; Verb) als Hilfe unwirksam geblieben waren. Dieses diente auch dazu, dem Patienten die angebotenen Teilaspekte des Zielkonzepts bewusster zu machen.

6.3 Durchführung der Therapie

Pro Therapiesitzung wurden die 40 Trainingsbilder einer Phase zweimal in randomisierter Reihenfolge mit unterschiedlichen Kombinationen der Hilfen

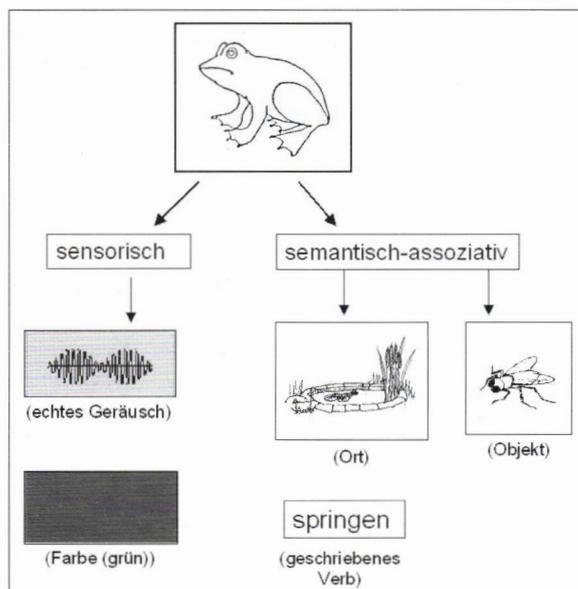


Abb. 1: Semantische Hilfen am Beispiel des Zielwortes „Frosch“

fetypen präsentiert. Bei sehr schwer betroffenen Patienten (Benennen des Trainingssets: < 25 % korrekt) wurde nur in der ersten und letzten Therapie-sitzung mit allen 40 Bildern gearbeitet. In den dazwischen liegenden Sitzungen wurden jeweils Auswahlmen-gen der Bilder verwendet. Die Anzahl der Bilder wurde dann systematisch erhöht, wenn sich die Patienten beim Benennen der geübten Subsets verbesserten. Spätestens in der letzten Therapie-sitzung einer Phase wurden alle 40 Trainings-items verwendet. Neben den Aufgaben zum Bildbenennen wurde in jeder Sitzung mindestens eine rezeptive Entscheidungsaufgabe mit demselben Material durchgeführt.

In den Therapie-sitzungen wurden die Trainingsbilder mit einer Zeitbegrenzung von fünf Sekunden auf dem Bildschirm eines Laptops zum Benennen präsentiert. Wenn der Patient das Bild innerhalb dieses Zeitfensters nicht benennen konnte, wurde – je nach Therapiephase – eine semantische oder eine phonologische Teilmatrix als Hilfe präsentiert. Bei nicht erfolgter Benennung des Zielbildes wurde eine zweite Hilfe dargeboten, etc. Auf diese Weise konnten bis zu vier Hilfen pro Zielbild präsentiert werden. Wenn der Patient das Bild trotz Hilfen nicht benennen konnte, wurde das gesprochene Zielwort zum Nachsprechen vorgegeben. Anschließend wurde das nächste Bild präsentiert.

Als korrekt wurden nur solche Reaktionen gewertet, bei denen entweder das Zielwort oder ein synonymes Wort produziert worden war. Auch detaillierte semantische Umschreibungen oder kompensatorisch gebrauchte assoziativ relationierte Wörter galten als Fehler; die Patienten wurden in solchen Fällen dazu angehalten, das passende Zielwort abzurufen bzw., wenn dies trotz Hilfen nicht möglich war, das Zielwort nachzusprechen.

Bei den zusätzlich zu den Benennauf-gaben durchgeführten rezeptiven Ent-scheidungsaufgaben handelte es sich um Zuordnungsaufgaben mit je einem Zielbild und bis zu vier (visuellen) Teil-informationen (zum Beispiel verschiedene Grapheme; verschiedene Abbil-

dungen von Orten), wobei der Patient instruiert wurde, auf die zu dem Zielbild passende Teilmatrix (zum Beispiel Anfangsgraphem des Zielwortes, relationierter Ort etc.) zu zeigen. Zusätzlich wurden mit allen Teil-informationen und Zielbildern Verifikations-aufgaben durchgeführt, bei denen jeweils ein Bild mit einer Teilmatrix (auditiv; visuell) präsentiert wurde und der Patient aufgefordert war, zu entscheiden, ob die Teilmatrix zu dem Zielbild passt oder nicht.

7. Ergebnisse

7.1 Baselinemessung vor Therapiebeginn und unrelationierte Kontrollaufgaben

Bei einem Patienten (JL) gab es Hinweise auf eine noch nicht abgeschlossene Spontanremission. JL, dessen Hirnschädigung zu Beginn der Studie nur sechs Wochen zurücklag, zeigte eine signifikante Leistungsverbesserung innerhalb der Baseline-Phase und in einer der Kontrollaufgaben. Bei einer weiteren Patientin (HX) gab es ebenfalls eine signifikante Leistungsschwankung innerhalb der Baseline-Phase vor Therapiebeginn. Allerdings lagen zwischen zweiter und dritter Baselinemessung bzw. zwischen Baselinemessung und Benennen des ersten Trainingssets keine signifikanten Effekte mehr vor, und auch die Leistungen bei den unrelationierten Kontrollaufgaben erwiesen sich als stabil. Daher wurde argumentiert, dass sich die Spontanremission bei HX bereits vor Therapiebeginn erschöpft hatte. Bei den anderen Patienten der Stichprobe gab es keine Hinweise auf unspezifische Leistungsverbesserungen.

7.2 Therapieeffekte

Tabelle 3 (S. 282) zeigt die prozentualen Anteile korrekter Leistungen beim mündlichen Benennen der Trainingsbilder beider Therapiephasen zu unterschiedlichen Diagnostikzeitpunkten.

Die phonologische Behandlungsmethode hat sich bei insgesamt acht Patienten kurzfristig als wirksam erwiesen, die semantische Methode bewirkte bei

fünf Patienten itemspezifische Verbesserungen beim Bildbenennen. Hinsichtlich der Stabilität der itemspezifischen Effekte ist die semantische Methode (4/5) der phonologischen (2/8) jedoch überlegen gewesen.

Beide Methoden erwiesen sich bei Patienten mit unterschiedlichen funktionalen Grundstörungen als wirksam.

Zum Beispiel BS, ein Patient mit vorrangig semantisch bedingten Abrufstörungen, konnte signifikant von der phonologischen Therapie profitieren. Während er unmittelbar vor Therapiebeginn nur 27 Prozent der Trainingsbilder benennen konnte, erreichte er 24 Stunden nach dem Ende dieser Therapiephase eine Leistung von fast 50 Prozent korrekter Reaktionen. Diese Verbesserung war jedoch bereits zwei Wochen später nicht mehr nachweisbar. Im Unterschied zu BS konnte GF, ein Patient mit einer schweren Störung beim Zugriff auf das phonologische Ausgangslexikon (und vollständig erhaltenen semantischen Verarbeitungsleistungen), ausschließlich von der semantischen Methode profitieren. Während GF unmittelbar vor Beginn der semantischen Therapiephase nur 10 Prozent der Trainingsbilder korrekt benennen konnte, erreichte er zum ersten Nachdiagnostikzeitpunkt (24 Stunden später) eine Leistung von 32,5 Prozent korrekter Reaktionen. Diese Leistung erwies sich als stabil. Zusätzlich zeigte sich nach der semantischen Therapie sowohl beim Bildbenennen als auch in der Spontansprache ein signifikanter Anstieg an semantisch-assoziativ relationierten Wörtern, Lautmalereien und semantischen Umschreibungen, was manchmal, jedoch nicht immer, auch zum erfolgreichen Abruf des Zielwortes führte (z.B. **Esel** → „...i-a i-a i-a...ein esel.“; **Herd** → „koche küche man kann auch kochen.“). Die bewusste Anwendung dieser semantischen Strategie war offenbar durch die semantische Therapiemethode unterstützt worden. Allerdings erwies sich diese nur bei den trainierten Objektabbildungen als erfolgreich. Die Leistungen beim Benennen der untrainierten Kontrollbilder verbesserten sich im Unterschied dazu nicht signifikant (vgl. Tab. 4, S. 282).

		SUBGRUPPEN ¹									
		<i>I</i>	2				3		4		
PHONOLOGISCHE THERAPIE	N-Items	<i>BS</i>	<i>JL</i>	<i>BG</i>	<i>EC</i>	<i>MI</i>	<i>RB</i>	<i>UA</i>	<i>GF</i>	<i>GH</i>	<i>HX</i>
Vordiagnostik	40	27.5	37.5	45	60	20	0	40	17.5	62.5	42.5
Nachdiagnostik 1 (24 h)	40	47.5 *	95 ***	55	92.5 ***	50 **	12.5 *	62.5 *	20	85 ***	80 ***
Nachdiagnostik 2 (2 Wochen)	40	42.5	85 ***	55	65	nt	5	47.5	15	72.5	72.5 **
Phase		2	2	2	1	2	1	2	1	1	1
SEMANTISCHE THERAPIE											
Vordiagnostik	40	15	22.5	47.5	50	22.5	2.5	30	10	67.5	37.5
Nachdiagnostik 1 (24 h)	40	45 **	50 **	40	77.5 ² **	17.5	7.5	42.5	32.5 **	70	75 ***
Nachdiagnostik 2 (2 Wochen)	40	22.5	75 ***	32.5	72.5 *	25	5	40	32.5 **	80	62.5 **
Phase		1	1	1	2	1	2	1	2	2	2

V1 vs. ND-24h / ND-2W / ND-1 / ND-2: ***: p < .001; **: p < .01; *: p < .05 (McNemar-Test, exakte Version, 1-seitig)

¹ 1: vorrangig semantisch bedingte Abrufstörungen; 2: semantisch / postsemantisch bedingt; 3: vorrangig postsemantisch bedingt; 4: (rein-) postsemantisch bedingte Abrufstörungen

² Benennleistung (ohne Hilfen) in letzter Therapiesitzung

Tabelle 3: TRAININGSBILDER: Anteile korrekter Leistungen (% korrekt) beim Benennen der Trainingsbilder vor versus nach Durchführung den ersten beiden Therapiephasen

Auch die anderen Patienten dieser Stichprobe verbesserten sich überwiegend nur beim Benennen der Trainingsbilder. Nur bei einem Patienten (JL) zeigten sich signifikante Verbesserungen beim Benennen der untrainierten Kontrollbilder. Die itemübergreifende Verbesserung bei JL war jedoch vermutlich auf eine noch stattfindende Spontanremission zurückzuführen (sie-

he Baselinemessung, Kontrolluntersuchungen).

8. Diskussion

In der hier beschriebenen Studie wurde in einem modellorientierten Einzel-falldesign die Wirksamkeit eines semantischen und eines phonologischen Therapieansatzes bei zehn aphasischen

Patienten mit Wortabrufstörungen verglichen. Während bei einem Patienten Hinweise auf eine noch stattfindende Spontanremission vorlagen (JL), können die Therapieeffekte bei den anderen Patienten der Stichprobe (N=9) auf die durchgeführte Therapie direkt bezogen werden. Das zeigte sich auch darin, dass sich die Patienten ausschließlich beim Benennen der Trai-

		SUBGRUPPEN									
		<i>I</i>	2				3		4		
PHONOLOGISCHE THERAPIE	N-Items	<i>BS</i>	<i>JL</i>	<i>BG</i>	<i>EC</i>	<i>MI</i>	<i>RB</i>	<i>UA</i>	<i>GF</i>	<i>GH</i>	<i>HX</i>
Vordiagnostik	30	16.7	23.3	46.7	46.7	13.3	3.3	36.7	13.3	50	40
Nachdiagnostik 1 (24 h)	30	13.3	46.7 *	46.7	36.7	10	nt	13.3 * ¹	26.7	56.7	46.7
Phase		2	2	2	1	2	1	2	1	1	1
SEMANTISCHE THERAPIE											
Vordiagnostik	30	13.3	6.7	46.7	33.3	20	0	36.7	3.3	40	43.3
Nachdiagnostik 1 (24 h)	30	13.3	43.3 **	46.7	53.3	20	nt	40	13.3	60	53.3
Phase		1	1	1	2	1	2	1	2	2	2

McNemar-Test, exakte Version, 1-seitig; V1 vs. ND-24h: * : p < .05; ¹ = Verschlechterung (2-seitiger Vergleich);

Tabelle 4: KONTROLLBILDER: Anteile korrekter Leistungen (% korrekt) beim Benennen der Kontrollbilder vor versus nach Durchführung der beiden Therapiephasen

ningsbilder verbesserten, jedoch nicht beim Benennen der Kontrollbilder.

In den Ergebnissen zeigte sich, dass beide Therapiemethoden bei Patienten mit unterschiedlichen funktionalen Störungen effektiv sein konnten. Die beiden Behandlungsansätze unterschieden sich jedoch in der Dauer ihrer Effekte. Während die phonologische Methode überwiegend nur kurzfristige Effekte bewirkte, führte die semantische Methode bei einigen Patienten auch zu langfristigen Verbesserungen beim Bildbenennen, die auch acht Wochen nach dem Ende des gesamten Therapiezeitraumes noch nachweisbar waren. Die höhere Stabilität der semantischen Therapieeffekte konnte nicht bei allen Patienten auf eine direkte Verbesserung semantischer Verarbeitungsleistungen bezogen werden, da auch Patienten mit vollkommen unbeeinträchtigter semantischer Verarbeitung von der semantischen Therapie profitieren konnten. Bei einigen Patienten schien sich die semantische Therapie somit nicht direkt auf das semantische System ausgewirkt, sondern eher zu einer Stärkung des Informationstransfers zwischen semantischem System und phonologischem Ausgangslexikon beigetragen zu haben. Zusätzlich schien bei einigen Patienten die Anwendung einer *Strategie* zur Kompensation der Störung dazu geführt zu haben, dass die semantische Methode wirksam geworden ist, obwohl sie die funktional gestörte Ebene nicht direkt getroffen hat (vgl. *Nickels* 2002).

Die semantische Therapiemethode war jedoch nicht bei allen Patienten wirksam, nur die Hälfte der Patienten konnte von ihr profitieren. Dabei handelte es sich vor allem um Patienten mit flüssiger Spontansprache (Wernicke-Aphasie), während einige der sprachlich unflüssigen Patienten (globale Aphasie, Broca-Aphasie) ausschließlich von der phonologischen Therapie profitierten, allerdings überwiegend nur kurzfristig. Möglicherweise hätte bei solchen Patienten die Kombination beider Methoden zu dauerhafteren Effekten geführt.

Literatur

Artinger, F. (2000): Entwurf und Erprobung eines PC-basierten Systems zur Diagno-

se und Therapie von Störungen der lexikalischen Sprachverarbeitung und des räumlichen Hörens. 1-246. Fakultät für Elektrotechnik der Universität der Bundeswehr München.

Best, W., Nickels, L. (2000): From theory to therapy in aphasia: where are we now and where to next? *Neuropsychological Rehabilitation* 10: 231-247.

Caramazza, A., Hillis, A. E. (1990): Where do semantic errors come from? *Cortex* 26: 95-122.

De Bleser, R., Cholewa, J., Stadie, N., Tabatabaie, S. (1997/98): LeMo (Lexikon / Morphologie) modellorientierte Einzelfalldiagnostik bei Aphasie, Dyslexie und Dysgraphie – Die Paper / Pencil-Version des Testteils LEXIKON, Universität Potsdam, unveröffentlicht.

Ellis, A. W., Kay, J., Franklin, S. (1992): Anomia: differentiating between semantic and phonological deficits. In: *Cognitive Neuropsychology and Clinical Practice* (D. I. Margolin). Oxford University Press, New York.

Franklin, S. (1997): Designing single case treatment studies for aphasic patients. *Neuropsychological Rehabilitation* 7: 401-418.

Glindemann, R., Klintwort, D., Ziegler, W., Goldenberg, G. (2002): Bogenhausener Semantik-Untersuchung. München / Jena: Urban / Fischer.

Goodglass, H., Wingfield, A. (1999): Word-finding deficits in aphasia: brain-behavior relations and clinical symptomatology. In: *Anomia: Neuroanatomical and Cognitive Correlates* (H. Goodglass and A. Wingfield) Academic Press, U.S.A.

Hillis, A. E., Caramazza, A. (1994): Theories of lexical processing in the rehabilitation of lexical deficits. In: *Cognitive Neuropsychology and Cognitive Rehabilitation*. (M. J. Riddoch and G. W. Humphreys), Lawrence Erlbaum Associates, Hove.

Hillis, A. E. (1998): Treatment of naming disorders: new issues regarding old therapies. *Journal Of The International Neuropsychological Society* 4: 648-660.

Howard, D., Orchard-Lisle, V. (1984): On the origin of semantic errors in naming: evidence from the case of a global aphasic. *Cognitive Neuropsychology* 2: 163-190.

Howard, D., Patterson, K. E., Franklin, S., Orchard-Lisle, V., Morton J. (1985): The facilitation of picture naming in aphasia (a). *Cognitive Neuropsychology* 2: 49-80.

Kay, J., Ellis, A. (1987): A cognitive neuropsychological case study of anomia: implications for psychological models of word retrieval. *Brain* 110: 613-629.

Lambon Ralph, M. A., Sage, K., Roberts, J. (2000): Classical anomia: a neuropsychological perspective on speech production. *Neuropsychologia* 38: 186-202.

Nettleton, J., Lesser, R. (1991): Therapy for naming difficulties in aphasia: application of a cognitive neuropsychological model. *Journal of Neurolinguistics* 6: 139-157.

Nickels, L., Howard, D. (1995): Aphasic naming: what matters? (a). *Neuropsychologia* 33: 1281-1303.

Nickels, L. (2002): Therapy for naming disorders: revisiting, revising, and reviewing. *Aphasiology* 16: 935-979.

Patterson, K. E., Purell, C., Morton, J. (1983): Facilitation of word retrieval in aphasia. In: *Aphasia Therapy* (eds C. Code and D. J. Muller) Edward Arnold, London.

Patterson, K. E. (1988): Acquired disorders of spelling. In: *Perspectives on cognitive neuropsychology* (eds G. Denes, C. Semenza, and P. Bissolati) Lawrence Erlbaum, London.

Riddoch, M. J., Humphreys, G. W. BORB. Birmingham Object Recognition Battery. 1993. Hove: Lawrence Erlbaum.

Stadie, N., Cholewa, J., De Bleser, R., Tabatabaie, S. (1994): Das neurolinguistische Expertensystem LeMo. I. Theoretischer Rahmen und Konstruktionsmerkmale des Testteils LEXIKON. *Neurolinguistik* 8: 1-25.

Visch-Brink, E., Denes, G. (1992): Semantic Association Test: A modified version of the „Pyramids and Palm Trees Test“. Rotterdam: Academic Hospital.

Anschriften der Autoren:

Antje Lorenz
Institut für Linguistik
Universität Potsdam
Postfach 601553
14415 Potsdam

PD Dr. Wolfram Ziegler
Entwicklungsgruppe Klinische Neuropsychologie (EKN)
Städtisches Krankenhaus Bogenhausen
Dachauer Str. 164
80992 München

Acknowledgement:
Diese Studie wurde von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (Zi 469/3-1,3-2) gefördert.

Antje Lorenz arbeitet zur Zeit in einem Projekt zur Behandlung von agrammatischen Satzproduktionsstörungen am Institut für Linguistik der Universität Potsdam, wo sie auch Studierende der Patholinguistik unterrichtet.



Sabine Corsten¹, Markus Mende¹, Jürgen Cholewa², Walter Huber¹ (Aachen und Heidelberg)

Modellgeleitete Therapie von phonologischen Störungen bei Aphasie: Eine Einzelfallstudie zur Leitungsaphasie³

Zusammenfassung

Wir berichten über die Entwicklung eines theoriegeleiteten, störungsspezifischen, computergestützten Therapieverfahrens für die Behandlung von unterschiedlichen Störungen des phonologischen Enkodierens bei Aphasie. Grundlage des Therapieansatzes war das Sprachproduktionsmodell von *Levelt, Roelofs und Meyer* (1999). Störungen der phonologischen Enkodierung können nach diesem Modell auf unterschiedlichen Ebenen des Produktionsprozesses lokalisiert werden. Häufig wird zur Behandlung phonologischer Störungen bei Aphasie nur ein Standardverfahren vorgeschlagen, das sog. Minimalpaartraining, dessen Wirksamkeit empirisch nicht als sicher gelten kann. Ziel der Studie war das Aufspüren differentieller Behandlungsmethoden für Patienten mit Störungen des phonologischen Enkodierens entsprechend des zugrunde liegenden Pathomechanismus. Berichtet wird von einer Patientin mit Leitungsaphasie, bei der die theoretisch angenommenen Effekte nachgewiesen werden konnten. Schlussfolgerungen für die Behandlung phonologischer Störungen bei Aphasie werden diskutiert.

Schlüsselwörter: Aphasietherapie, modellorientierte Therapie, phonologische Störung, Leitungsaphasie, Sprechapraxie, empirische Einzelfallstudie, Computertraining

Model-based treatment of phonological impairments in aphasia: A single-case study in conduction aphasia

Abstract

In the current study a theory-driven remediation program for distinct disorders of phonological encoding in aphasia was developed and tested for its efficacy. The serial model of normal speech production from *Levelt, Roelofs and Meyer* (1999) distinguishes several levels of processing in phonological encoding. Therefore impairments in phonological encoding could appear at various stages in speech production. A standard clinical approach to treatment of phonological disorders relies on practice of minimal phonemic contrast between words; so far, its efficacy is empirically not well founded. The goal of our study was the detection of different methods for patients with distinct patterns of impairments in phonological encoding according to the underlying deficit. We report on a patient with reproduction conduction aphasia. In treatment outcome we could demonstrate the theoretically assumed effects. Conclusions for the therapy of phonological disorders in aphasia are discussed.

Keywords: Aphasia therapy, model-based treatment, phonological disorder, conduction aphasia, apraxia of speech (AOS), single-case study, computer-based therapy

¹ Abteilung Neurolinguistik an der Neurologischen Klinik der RWTH Aachen

² Institut für Sonderpädagogik an der Pädagogische Hochschule Heidelberg

³ Der Text ist eine überarbeitete Version eines Vortrags, gehalten auf der 3. Aphasietagung der GAB (Gesellschaft für Aphasietherapie und -behandlung) im November 2003 in Leipzig. Die Entwicklung des Therapieverfahrens und die empirische Überprüfung wurde von der Deutschen Forschungsgemeinschaft gefördert (HU 292/7-1). Prof. *Willmes-von Hinckeldey* danken wir für die Unterstützung und Beratung. Dipl.-Log. *Frauke Bung* war an der Entwicklung von Trainingsmaterial und Versuchsplan beteiligt.

1. Einleitung

Phonologische Störungen sind bei Aphasie ein häufiges Symptom. Sie äußern sich symptomatisch als Neologismen, formale und phonematische Paraphasien. Sie zeigen sich bei verschiedenen Aphasieformen. Es ist gut gesichert (siehe z.B. Kohn 1993, Kohn / Smith 1994, Nickels 1997), dass phonologische Fehler auf verschiedenen Ebenen der Sprachproduktion entstehen können. Trotz dieser Erkenntnisse wird in der deutschsprachigen Literatur zur Behandlung meist nur ein Standardverfahren vorgeschlagen, das sog. Minimalpaartraining (siehe z.B. Glinde mann 2001), für dessen Wirksamkeit lediglich eine ältere Einzelfallstudie vorliegt (Huber / Meyer / Kerschensteiner 1978).

Einen differenzierten modellorientierten Therapieansatz erlaubt das serielle Sprachproduktionsmodell von Levelt / Roelofs / Meyer (1999, Levelt 2001) bzw. von Levelt / Wheeldon (1994, vgl. Abbildung 1, S. 286). Es werden die folgenden drei Ebenen der Wortformproduktion unterschieden:

- Stufe 1: Lexikalisch-phonologisches Enkodieren, d.h. Abruf aus dem Wortformlexikon (*word form retrieval*),
- Stufe 2: Postlexikalisch-phonologisches Enkodieren, d.h. Auswahl von Phonemen (*segmental spellout*) und Betonungsmustern (*metrical spellout*) sowie Sequenzierung von Phonemen zu Silben bzw. Wörtern (*segment-to-frame-association*),
- Stufe 3: Phonetisches Enkodieren, d.h. Abruf bzw. Generierung von silbischen Artikulationsplänen (*syllabic gestural scores*).

Levelt et al. (1999) gehen davon aus, dass für die Verarbeitung von regelmäßig betonten Wörtern kein lexikalisch gespeicherter metrischer Rahmen im Wortformlexikon vorliegt. Dieser wird erst beim *segmental spellout* erzeugt. Er stellt eine Art Standardrahmen dar, in den die nach ihrer Reihenfolge im Wort markierten Segmente eingesetzt werden. Bei unregelmäßigen Wörtern (wie z.B. „Regal“) durchläuft die Verarbeitung auch den *metrical spellout*. Lexikalisch gespeichert sind für diese Wörter jedoch nur die Silbenanzahl und

die Position der betonten Silbe, nicht die Silbenstruktur (CV-Struktur). Die Silbenstruktur wird demnach erst bei der *segment-to-frame-association* erzeugt. Damit endet die postlexikalisch-phonologische Enkodierung. Die generierten Silben sind zur gleichen Zeit Adressen phonetischer Silbenpläne, die für hochfrequente Silben in einem mentalen Silbenspeicher (*syllabary*) abgelegt sind. Die Generierung von silbischen Artikulationsplänen (silbische Gesten) wird als phonetisches Enkodieren bezeichnet.

Aus dem Modell können die folgenden potentiellen Störungsmechanismen beim expressiv-phonologischen Verarbeiten abgeleitet werden, die klinisch gewöhnlich der **Wernicke-Aphasie**, der **Leitungsaphasie** und der **Sprechapraxie** zugeordnet werden (Best 1996, Blanken 1990, Kohn 1989, Varley / Whiteside 2001):

- Störungen beim Zugriff auf das Wortformlexikon oder Störung der Wortformrepräsentationen selbst – lexikalisch-phonologisches Enkodieren,
- Störungen bei der Selektion und / oder Sequenzierung von Phonemen zu Silben oder Wörtern – postlexikalisch-phonologisches Enkodieren,
- Störungen beim Zugriff auf den mentalen Silbenspeicher oder bei der Generierung von silbischen Gesten – phonetisches Enkodieren.

In zahlreichen Untersuchungen wurde gezeigt, dass Störungen der phonologischen Verarbeitung bei Aphasie tatsächlich auf unterschiedlichen Prozessstufen der Enkodierung entstehen (z.B. Kohn / Smith 1994, Monoi / Fukusako / Itoh / Sasanuma 1983, Nespoulous / Joannette / Béland / Caplan / Lecours 1984, Valdois / Joannette / Nespoulous 1989, Ziegler 2002). Die Unterschiede traten allerdings erst nach einer detaillierten phonologischen Funktionsanalyse zutage.

Differenzialdiagnostisch sind die verschiedenen Störungsformen durch ein jeweils spezifisches Fehlermuster differenzierbar (vgl. Huber / Poeck / Weniger 2002, Huber / Ziegler 2000, Nickels 1997). Patienten mit **Störungen beim lexikalisch-phonologischen Enkodieren** zeigen überwiegend *formale Paraphasien* und *Neologismen*. For-

male Paraphasien sind Wörter, die mit dem Stimulus eine formale Ähnlichkeit aufweisen, z.B. „Strand“ für „Schrack“ (Blanken 1990, 534). Sie entstehen zumindest zum Teil durch lexikalische Selektionsfehler (Best 1996, Gagnon / Schwartz / Martin / Dell / Saffran 1997). Neologismen sind Fehlreaktionen, die nicht als lexikalischer Eintrag existieren. Sie entstehen, wenn der Zugriff auf das Wortformlexikon fehlgeschlagen ist oder die Repräsentationen selbst zerstört sind (siehe Butterworth 1979). Die Untersuchungen von Wilshire (1998) deuten darauf hin, dass der Anlaut eine wichtige Rolle beim Abruf aus dem Wortformlexikon spielt (vgl. auch Fay / Cutler 1977).

Patienten mit einer **postlexikalisch-phonologischen Enkodierungsstörung** fallen durch zahlreiche *phonematische Paraphasien* und einige Neologismen auf, die mit der Länge der Wörter zunehmen. Die Fehler finden sich häufig wortfinal (siehe z.B. Caplan / Vanier / Baker 1986, Gandour / Akamamon / Dechongkit / Kuhnadorn / Boonklam 1994, Visch-Brink 1999, Wilshire / McCarthy 1996). Häufig zeigt sich auch ein phonematisches Suchverhalten mit schrittweiser segmentaler Annäherung an das Zielwort (*conduite d'approche*). Phonematische Paraphasien, die dem Zielwort erkennbar ähneln, entstehen mutmaßlich auf der postlexikalischen Verarbeitungsstufe, d.h. beim Selektieren und / oder Sequenzieren von Segmenten. Die Neologismen werden bei diesen Patienten als extreme Formen von phonematischen Paraphasien angesehen (Buckingham 1990, 1993), also als schwere Störung des postlexikalischen phonologischen Enkodierens⁴.

⁴ In der Literatur besteht keine Einigkeit hinsichtlich der Symptombezeichnung von phonologischen Neologismen. Einige Forscher reihen phonologische Neologismen entlang der Dimension 'Ähnlichkeit mit dem Stimulus' ein, andere verwenden 'Lexikalität' als das entscheidende Klassifikationskriterium (für eine Diskussion siehe Nickels 1997). Phonematische Paraphasien können aber auch durch Rückkopplung einer Störung der phonetischen Enkodierung verursacht werden (Kent 1997). Wheeler und Touretzky (1997) meinen, dass alle phonologischen Störungen bzw. Symptome ein Kontinuum anzeigen.

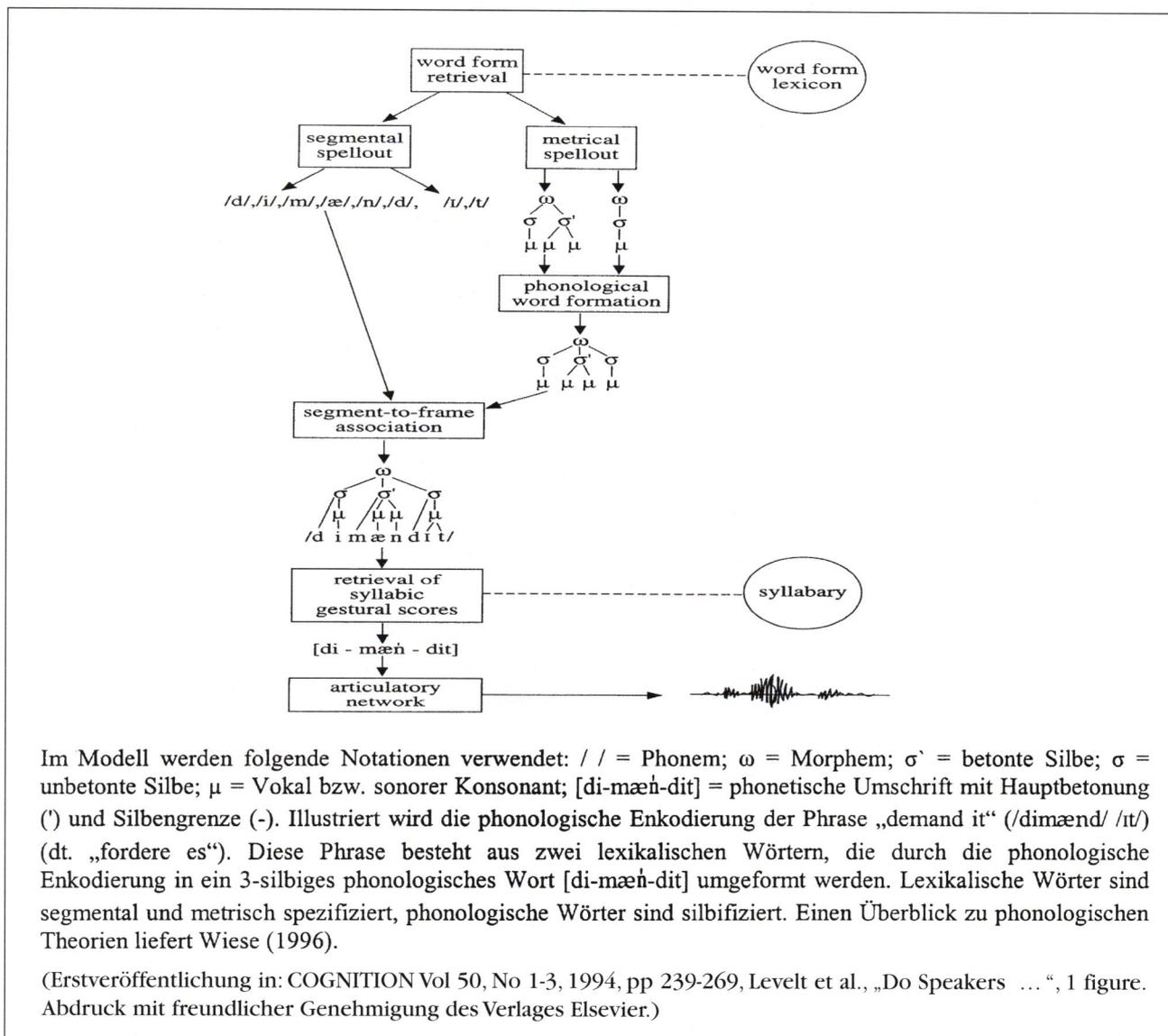


Abbildung 1: Schematische Darstellung der expressiv-phonologischen Verarbeitung (aus Levelt/Wheeldon, 1994, 242).

Bei Verwendung nicht-lexikalischer Items (Pseudowörter) erfolgt eine Fokussierung auf die postlexikalisch-phonologischen Enkodierungsprozesse und der Einfluss des Wortformlexikons wird minimiert. Pseudowörter halten jedoch die lautstrukturellen Regelmäßigkeiten der Sprache ein. Die besonderen Merkmale von Pseudowörtern haben sich bisher vor allem für die Diagnose und Therapie von erworbenen Lesestörungen bewährt (z.B. Patterson / Marshall / Coltheart 1985). Im Modell von Le-

velt et al. (1999) kann die Verarbeitung von Pseudowörtern nur unzureichend abgebildet werden. Ob eine Analogiebildung im Wortformlexikon versucht wird, ist nicht sicher (siehe z.B. Friedman / Kohn 1990, Joubert / Lecours 2000).

Bei einer **Störung des phonetischen Enkodierens** sind zwei unterschiedliche Störungstypen denkbar: Zum einen kann der **Zugriff auf den mentalen Silbenspeicher** misslingen, zum anderen kann die **Repräsentation dieser**

Silben beeinträchtigt sein. Es zeigen sich neben Fehlern im Sprechverhalten (artikulatorische Suchbewegungen, Initiierungsstörungen oder Sprechablaufstörungen) auch Fehler auf supra-segmentaler Ebene (silbisches Sprechen, Pausen, Dehnungen oder Iterationen) und auf segmentaler Ebene (phonematische Paraphasien und *phonetische Entstellungen*), da die Silben aufwendig einzelheitlich generiert werden müssen. Phonetische Entstellungen sind fehlerhafte Bildungen eines Lau-

tes, wobei das Zielphonem noch erkannt werden kann, z.B. die Entstimmung von stimmhaften Lauten oder eine übermäßige Aspiration von Plosiven (vgl. Ziegler 1991). Das Ausmaß phonetischer Entstellungen ist durch die Komplexität der Silben beeinflusst (z.B. McNeil / Robin / Schmidt 1997, Springer 1995).

Ein Maß für die Silbenkomplexität ist die sog. Sonoranz. Die Sonoranztheorie versucht, Erklärungen für den inneren Zusammenhalt der Segmente in Silben zu finden. Gemäß der Theorie von Clements (1990) besteht für die Lautklassen einer Sprache eine Sonoranzrangfolge von geringer (Obstruent⁵) zu höchster Sonoranz (Vokal).

Eine optimale Silbe ist definiert als maximaler Sonoranzanstieg im Silbensonset (z.B. „ta“) und minimalen Sonoranzabfall im Silbenauslaut (z.B. „Blei“). Hierbei handelt es sich um eine Sprachuniversalie. Laut Clements (1990) ist die optimale Silbe auch hinsichtlich ihrer Artikulation am einfachsten zu produzieren. In einer empirischen Studie konnten Romani und Calbrese (1998) tatsächlich zeigen, dass sprechpraktische Fehler auf der Basis der Sonoranztheorie erklärt werden können. Somit sollte Übungsmaterial, das nach Sonoranzkriterien abgestuft ist, in der Therapie von Patienten mit phonetischen Enkodierungsstörungen zu spezifischen Effekten führen.

Zusammenfassend haben sich die theoretischen Vorstellungen zum phonologischen Enkodieren in der Aphasieforschung durchgesetzt und sind mit neueren Ergebnissen vereinbar. Die drei Ebenen der Verarbeitung sind durch Studien gut belegt, ebenso der Einfluss

der linguistischen Parameter Lexikalität, Position und Sonoranz.

Im deutschsprachigen Raum finden sich bisher nur wenige modellorientierte Therapiestudien (Cholewa 1996). Behandlungsmethoden für expressiv-phonologische Störungen wurden bisher mit diesem Forschungsansatz kaum untersucht. Weder in der deutschsprachigen noch in der internationalen Literatur gibt es Untersuchungen zu der Frage, ob bei den verschiedenen Erscheinungsformen phonologischer Störungen defizitspezifische therapeutische Ansätze einer einheitlichen Standardmethode überlegen sind. Der traditionelle Ansatz des Minimalpaartrainings zur globalen Behandlung von phonematischen Störungen (siehe z.B. Glinde mann 2001, Huber et al. 1978) berücksichtigt die oben geschilderten unterschiedlichen Pathogenesen nicht. In der angloamerikanischen Literatur werden die Behandlungsmethoden für verschiedene Erscheinungsformen phonologischer Störungen ebenfalls nicht differenziert. Phonematische Paraphasien werden über Nachsprechen (Kohn / Smith / Arsenault 1990, Franklin / Burk / Howard 2002) und Lesen (Beard / Prescott 1991, Boyle 1988) häufig im Satzkontext therapiert, es wird nicht direkt segmental oder im minimalen Kontrast geübt. Phonetische Störungen werden zumeist auf der Basis des sensomotorischen Lernprinzips der Segmentierung (Darley / Aronson / Brown 1975, Springer 1995, Stevens / Glaser 1983) oder der Fraktionierung (Jaeger 1991, Ziegler / Jaeger 1993) therapiert. Dies entspricht jedoch keinem modellorientierten, phonologischen Vorgehen.

Bislang wurde noch kein Versuch zur Entwicklung und Evaluierung eines umfassenden Therapieprogramms unternommen, das alle drei Ebenen der phonologisch-phonetischen Enkodierung differentiell anspricht. In der vorliegenden Studie wurde Material entwickelt, welches streng systematisch nach linguistischen Variablen (Lexikalität, Position, Sonoranz (phonologische Komplexität), phonologische Ähnlichkeit) zusammengestellt wurde. Damit wurde versucht, den verschiedenen

zugrunde liegenden Störungsmechanismen der phonologischen Fehler besser gerecht zu werden.

Nachfolgend wird von einer Patientin mit Leitungsaplasie, d.h. mit einer relativ reinen postlexikalisch-phonologischen Enkodierungsstörung berichtet. Entsprechend dem defizitorientierten Ansatz wurde angenommen, dass Material, welches die beeinträchtigte Verarbeitungsebene spezifisch anruft, den größten Therapiegewinn zeigen soll. Demnach sollte die Patientin mit der Leitungsaplasie am meisten von einer Therapiebedingung profitieren, in der Pseudowörter verwendet werden, die phonologisch ähnlich sind und deren Kontrastvariationen in der Silbencoda vorkommen. Diese Materialbedingungen erfordern eine relativ isolierte postlexikalische Selektion und Sequenzierung von Phonemen.

2. Methode

2.1 Patientin

BG ist eine rechtshändige Frau mit mittlerem Bildungsabschluss. Zu Beginn der Studie war sie 65 Jahre alt. 9 Monate zuvor hatte sie einen linkshemisphärischen temporo-parietalen Hirninfarkt erlitten. Ihre flüssige Spontansprache war, typisch für Leitungsaplasie, gekennzeichnet von sehr vielen phonematischen Paraphasien sowie vielen Sequenzen phonematischer Annäherungen (*conduite d'approche*), die selten zum Zielwort führten. Es lag weder eine Sprechapraxie noch eine Dysarthrie vor. Auch bestand keine buccofaciale Apraxie. Die Patientin nahm während ihres 7-wöchigen Aufenthaltes auf der Neuropsychologischen Therapiestation des Universitätsklinikums der RWTH Aachen zusätzlich an der experimentellen Studie teil. Es wurde sichergestellt, dass die Patientin in ihrer Standardtherapie auf der Station keinerlei phonologisches Training erhielt.

Das initiale Störungsmuster von BG zeigt der Eingangs-AAT (Aachener Aphasie Test; Huber / Poeck / Weniger / Willmes 1983, siehe Tabelle 1). Eine detaillierte Analyse des AAT-Pro-

⁵ Es ist zu beachten, dass in der großen Gruppe der Obstruenten von einigen Autoren noch Unterscheidungen getroffen werden. Zumindest zwischen Plosiven und Frikativen kann unterschieden werden, Plosive sind weniger sonor als Frikative (vgl. Berg 1989, Wiese 1988). Wir schließen uns dieser Auffassung an. Die Unterscheidung in stimmhafte und stimmlose Obstruenten, die unterschiedlich diskutiert wird (Dogil 1989; Ramers/Vater 1995) wurde von uns ebenfalls berücksichtigt. Für eine kritische Diskussion der besonderen Rolle von Frikativen siehe Vennemann (1988).

Spontansprache	Punktwertbereich	RW		
Kommunikationsverhalten	0-5*	3		
Artikulation und Prosodie	0-5	5		
Automatisierte Sprache	0-5	4		
Semantische Struktur	0-5	3		
Phonematische Struktur	0-5	3		
Syntaktische Struktur	0-5	3		

Untertests	Rohwertebereich	RW	PR	T
Token Test	50-0**	10	81	59
Nachsprechen	0-150	93	35	46
Schriftsprache	0-90	65	66	54
Benennen	0-120	96	74	56
Sprachverständnis	0-120	98	81	59
auditiv	0-60	46	69	55
Lesesinnverständnis	0-60	52	88	62

RW = Rohwert; PR = Prozentrang, normiert an einer Stichprobe von 376 aphasischen Patienten; T = T-Werte; * 0 = schwerste, 5 = keine Beeinträchtigung; **Fehlerpunkte

Tabelle 1: Ausgangsleistung im Aachener Aphasie Test (AAT)

files (Willmes 2003) macht deutlich, dass die Leistungen im Nachsprechen signifikant unter allen anderen Untertestleistungen lagen (alle $p < .001$). Tabelle 2 gibt die Leistungen der Patientin in einzelnen Untertests der neurolinguistischen Testbatterie LEMO wieder (De Bleser / Cholewa / Stadie / Tabatabaie 2004).

BG zeigte normale bzw. annähernd normale Leistungen in rezeptiven verbalen Aufgaben (phonologisches Diskriminieren, lexikalisches Entscheiden, auditives Sprachverständnis und Lesesinnverstehen). Im Gegensatz dazu waren leichte bis mittelgradige Störungen in allen expressiven Tests, vor allem beim Nach-

sprechen und beim lauten Lesen, festzustellen. In Tabelle 2 werden die Leistungen bei Wörtern und Pseudowörtern gegenübergestellt. Die Gruppe der Wörter setzte sich aus regelmäßigen und unregelmäßigen sowie Fremdwörtern zusammen; unter ihnen bestand kein signifikanter Leistungsunterschied.

LEMO-Untertest	n	phonetischer Score	phonologischer Score
Nachsprechen			
Wörter	60	97,8	78,3**
Pseudowörter	40	100	55,6**
Total	100	98,7	69,3**
Lautes Lesen			
Wörter	100	96,7	71**
Pseudowörter	40	100	43,8**
Total	140	97,6	63,2**
Nachsprechen und lautes Lesen			
Wörter	160	97,1	73,8**
Pseudowörter	80	100	49,7**
Total	240	98,1	65,7**

** $p < .001$, Wilcoxon Test

Tabelle 2: Ausgangsleistung in LEMO: Unterschiede im phonetischen und phonologischen Leistungsscore (Mittelwerte in %)

Zusätzlich zur von LEMO vorgeschlagenen dichotomen Bewertung wurden alle expressiven Antworten der Patientin mit einem mehrstufigen, von uns neu entwickelten phonetischen und phonologischen Leistungsscore eingeschätzt (siehe Appendix A). Die Patientin zeigte wie erwartet nahezu ausschließlich phonologische Fehler, wie in Tabelle 2 zu sehen ist. Pseudowörter waren signifikant fehleranfälliger als Realwörter ($p < .001$, Mann-Whitney U-Test, zweiseitig).

2.2 Material

Das Material wurde so konstruiert, dass damit die verschiedenen Ebenen der phonologischen Enkodierung angesprochen werden können, nämlich die lexikalisch-phonologische, die postlexikalisch-phonologische und die phonetische Verarbeitung.

Es wurden sieben Materialbedingungen mit jeweils 24 Ketten à 4 Übungssitemen entwickelt, jede Bedingung umfasste also 96 Items. Jede Bedingung wurde

hinsichtlich verschiedener linguistischer Variablen variiert, wie Tabelle 3 zeigt. Außer der Kontrollbedingung beinhalteten alle Bedingungen Items mit phonologischer Ähnlichkeit. Der Vergleich der verschiedenen Materialbedingungen erlaubte es, den Einfluss der folgenden linguistischen Variablen zu bestimmen:

- Lexikalität: Wörter (Bedingungen 1 & 2) versus Pseudowörter (Bedingungen 3 & 4)

MB	n	Itemstruktur	Beispiele	Variablen		
				Phonetische Komplexität	Silbenfrequenz ¹	Konkret ²
1	24x4	Wörter mit Onset Kontrasten (WO)	Strand-Pfand-Stand-Band Tropf-Knopf-Kropf-Zopf	.34 (.13)	1855,99 (10541,62)	81,25
2	24x4	Wörter mit Coda Kontrasten (WC)	Wachs-Wand-Warft-Wald Samt-Satz-Sand-Saft	.27 (.08)	940,11 (2990,54)	78,13
3	24x4	Pseudowörter mit Onset Kontrasten (PO)	Kach-Jach-Pach-Rach Bauk-Knauk-Lauk-Trauk	.34 (.14)	177,27 (1263,41)	-
4	24x4	Pseudowörter mit Coda Kontrasten (PC)	Nert-Neps-Neft-Nelch Gult-Gurn-Gump-Gunt	.26 (.11)	31,3 (144,33)	-
5	24x4	WO, WC, PO, PC mit steigender Sonoranz (StS)	Tau-Sau-Stau-Frau Nepp-Nerv-Netz-Nerz Heet-Leet-Pleet-Pfreet Lisch-Lils-Licks-Lirks	.34 (.17)	215,08 (627,8)	72,92 ³
6	24x4	WO, WC, PO, PC mit gleichbleibender Sonoranz (GS)	Blut-Flut-Brut-Glut Dorf-Dolch-Dorsch-Docht Jorf-Sorf-Borf-Gorf Sirg-Silp-Silt-Silch	.26 (.12)	580,46 (1524,58)	75 ³
7	24x4	Wörter ohne phonematische Ähnlichkeit (NO)	Zweig-Alm-Lift-Schuss Gleis-Aal-Tür-Werft	.32 (.16)	1038,69 (2863,83)	88,51

Itemvariablen:

Phonetische Komplexität: MB 6 > 4 > 2 > 7 > 3 > 1 > 5 (> weniger komplex als)⁴

Silbenfrequenz: MB 1 > 7 > 2 > 6 > 5 > 3 > 4 (> höhere Frequenz als)⁴

Konkretheit: MB 7 > 1 > 2 > 5 > 6 (> höherer Anteil konkreter Wörter)⁴

Komplexität und Silbenfrequenz sind als Mittelwerte (SD) angegeben

¹persönliche Kommunikation mit *Niels Schiller* (siehe auch *Schiller 1996*); den Werten liegen 10819 types und 9062607 tokens zu Grunde, basierend auf der CELEX Datenbank (*Baayen/Piepenbrock/Gulikers 1995*)

²Angabe in %, ermittelt durch ein eigenes Ratingverfahren mit 10 Studenten

³basierend auf den 48 Wörtern (WO, WC)

⁴Mann-Whitney U-Test (2-seitig); Materialbedingungen, die nach der multiplen Testmethode von *Holm (1979)* nicht signifikant verschieden sind, sind gemeinsam unterstrichen

Tabelle 3: Materialbedingungen (MB): Itemstruktur, Beispiele und Variablen

- Position des phonematischen Kontrastes: Onset (Bedingungen 1 & 3) versus Coda (Bedingungen 2 & 4)
- Komplexität (Sonoranz): systematisch zunehmende (Bedingung 5) versus gleich bleibende Komplexität (Bedingung 6)
- Phonologische Ähnlichkeit: phonologisch ähnliche Wörter (Bedingungen 1 & 2) versus nicht ähnliche Wörter (Bedingung 7)

Insgesamt umfasste das Material 384 Wörter und 288 Pseudowörter, d.h. 672 Items. Bei den Wörtern handelte es sich um monomorphematische, einsilbige Nomina. Dies wurde so angelegt, um Wortarteneffekte sowie morphologische Einflüsse ausschließen zu können. Des Weiteren konnten so die zu variierenden linguistischen Variablen konsequenter kontrolliert werden. Die Pseudowörter waren ebenfalls einsilbig und entsprachen der Phonotaktik des Deutschen. Die sieben Bedingungen wurden jeweils hinsichtlich der phonetischen Komplexität, der Silbenfrequenz und der Anzahl konkreter Items kontrolliert (siehe Tabelle 3). Basierend auf der Sonoranztheorie nach Clements (1990) wurde die Komplexität des Silbenonset und der Silbencoda bestimmt. Davon ausgehend wurde die Komplexität des kompletten Items ermittelt. Beispiele für leichte, mittelgradige und hoch komplexe deutsche Wörter sind danach (1) [ta:l], (2) [kvalm], (3) [trɔmpf]. Dies entspricht den Komplexitätsmaßen .08, .36 und .95.

2.3 Erwartungen

Auf der Grundlage des störungsspezifischen Ansatzes bestand die generelle Erwartung, dass Material, das defizitorientiert konstruiert ist, die stärksten Effekte zeigen sollte. Dementsprechend wurden folgende materialspezifische Effekte erwartet:

- **Phonologische Ähnlichkeit** erschwert grundsätzlich den Enkodierungsprozess. Daher sollte das Training mit Minimalpaaren bei allen Subtypen phonologischer Störungen zu Effekten führen (vgl. Huber et al. 1978).

- Die Variation der **Lexikalität** sollte zu differentiellen Effekten führen. Realwörter, so sie dem Sprecher bekannt sind, haben einen Eintrag im Wortformlexikon. Daher sollte ein Training mit Realwörtern Patienten mit lexikalisch-phonologischen Störungen zu Gute kommen (vgl. Best 1996, Blanken 1990). Pseudowörter hingegen werden wahrscheinlich ausschließlich durch segmentale postlexikalische Prozesse verarbeitet. Patienten mit postlexikalisch-phonologischen Enkodierungsstörungen sollten daher am stärksten von einem Pseudowort-Training profitieren.

- Auch die Variation der **Position des phonematischen Kontrastes** sollte differentielle Ergebnisse zu Folge haben. Da angenommen wird, dass der Onset eine wichtige Rolle beim Wortformabruf spielt (vgl. z.B. Brown 1991, Wilshire 1998), sollten Patienten mit einer Störung auf der lexikalischen Ebene von der Arbeit mit im Onset kontrastiertem Material profitieren. Kontraste in der Coda sollten bei Patienten mit postlexikalisch-phonologischen Defiziten zu den stärksten Effekten führen (Franklin et al. 2002, Kohn 1989, Visch-Brink 1999, Wilshire / McCarthy 1996). Aufgrund der Initiierungsstörungen bei Sprechapraxie ist davon auszugehen, dass sprechapraktische Patienten stärker von Onset als von Coda Kontrasten profitieren.

- In Anlehnung an die Methode des phonetischen Kontrastierens und in Übereinstimmung mit den Prinzipien der Progression sollte eine **systematische Zunahme der phonetischen Komplexität (Sonoranz)** bei Patienten mit phonetischen Enkodierungsstörungen zu positiven Therapieeffekten führen (z.B. Rosenbek / Lemme / Ahern / Harris / Wertz 1973, Wambaugh / Doyle / Kalinyak / West 1996, Wambaugh / Martinez / McNeil / Rogers 1999, Ziegler / Jaeger 1993).

Für BG, die Patientin mit postlexikalischen-phonologischen Enkodierungs-

störungen bei Leitungsaphasie sollte das Training von Pseudowörtern mit Coda Kontrasten zu den stärksten Effekten führen.

2.4 Therapeutisches Vorgehen

Die Therapie wurde am Computer durchgeführt, da auf diese Weise eine gleich bleibende Stimulation gewährleistet werden konnte. Zu Beginn einer Aufgabe wurde der Patientin die Itemkette sowohl schriftlich als auch mündlich vorgestellt. Die Patientin sollte jedes Item verbal reproduzieren. Dies erfolgte in drei Stufen: (1) direkte und (2) verzögerte Reproduktion einzelner Items, (3) Reproduktion von Itemsequenzen.

Bei Fehlern wurden lediglich unspezifische Hilfen in Form von erneuter auditiver und visueller Stimulation angeboten. Bei *direkter Reproduktion* wurde der Stimulus maximal achtmal bis zum Erreichen einer korrekten Wiedergabe vorgegeben.

Die Aufgabe zur *verzögerten Reproduktion* diente der Stabilisierung der Reaktion. Hier erfolgte bei fehlerhafter Produktion nur eine weitere Stimulation.

Die anschließende *Reproduktion von Itemsequenzen* begann immer mit zwei Items und endete mit vier Items einer Kette. Bei nicht korrekter Reaktion wurde lediglich eine Wiederholung der Sequenz angeboten. Führte auch dies nicht zum Erfolg, wurde zu einer neuen Itemkette übergegangen, wieder beginnend mit der direkten Reproduktion einzelner Items.

2.5 Experimentelles Design

Der experimentelle Aufbau bestand aus einem Multiple Baseline Design mit einer Therapiephase, die im „alternating treatments design“ (Frattali 1997, McReynolds / Kearns 1983) durchgeführt wurde. Die Therapiephase umfasste 21 Tage (siehe Tabelle 4). Pro Tag fanden zwei Therapiesitzungen à 30 Minuten statt, in denen jeweils zwei Materialbedingungen je 15 Minuten geübt wurden. In jeder Sitzung wurden pro Bedingung zwei Itemketten trai-

Baseline			Therapiephase				therapiefrei	Follow-up		
K1	K2	K3	Therapie	K4	Therapie	K5	Therapie	K6	5 Monate	K7

K=Kontrolltest

Tabelle 4: Experimentelles Design der Studie.

niert, so dass in einer Sitzung insgesamt vier Itemketten geübt wurden. Jede Bedingung wurde demzufolge 12-mal berücksichtigt.

Zur Dokumentation des Therapieverlaufs wurden Kontrolltests erstellt. Mittels dieser Tests wurde an drei aufeinander folgenden Tagen die Ausgangsleistung der Patientin erfasst. Während der Therapie wurden die Kontrolltests jeweils nach 14 Sitzungen, also dreimal nach je 7 Therapietagen, abgenommen. Nach 5 Monaten erfolgte eine Follow-up Untersuchung.

2.6 Kontrolltests

Die Kontrolltests beinhalteten Aufgaben zum Nachsprechen und lauten Lesen einzelner Realwörter und Pseudowörter. Es handelte sich wiederum um einsilbige, monomorphematische Items. Die Nomina beim Lesen waren hinsichtlich der Graphem-Phonem-Korre-

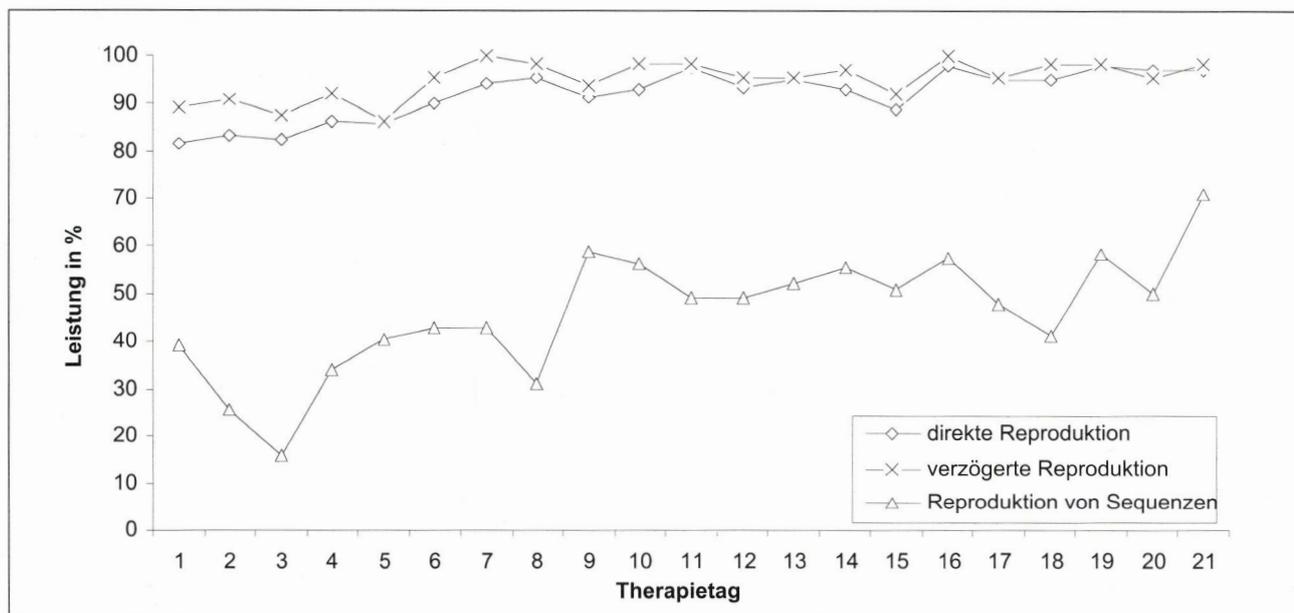
spondenz alle regelmäßig. Bei den Pseudowörtern handelte es sich um legale Neologismen. Jeder Kontrolltest enthielt 80 Items. Davon kam die Hälfte in der Therapie vor. Jede Materialbedingung enthielt 20 bis 26 Kontrolltestitems (21-27%). Das Therapiematerial und die Items der Kontrolltests wurden hinsichtlich der Variablen phonetische Komplexität und Silbenfrequenz parallelisiert (Mann-Whitney U-Test, zweiseitig, $p = .249$, $p = .915$). Lediglich der Anteil konkreter Wörter war bei den Kontrolltest höher als beim Behandlungsmaterial (exakter Fisher-Test, zweiseitig, $p < .001$). Auch die Leistungen in den Kontrolltests wurden mit dem phonetischen und phonologischen Leistungsscore bewertet (siehe Appendix A). Das Maß an Beurteilerübereinstimmung wurde systematisch für alle Kontrolltestzeitpunkte und in allen Kontrolltests ermittelt. 25% der Antworten wurden von zwei der Au-

toren unabhängig bewertet. Wir fanden eine ausreichend hohe Übereinstimmung (Kappa-Koeffizienten zwischen 0.884 und 1.0).

3. Ergebnisse

3.1 Therapieverlauf und Aufgabenspezifität

Abbildung 2 zeigt über die gesamte Therapiephase die Leistungen in allen drei Aufgaben (direkte und verzögerte Reproduktion, Reproduktion von Itemsequenzen). Die statistische Analyse zeigt einen signifikanten linearen Trend für alle drei Aufgabenanforderungen (alle $p < .001$, einfaktorische ANOVA), d.h. ihre Leistung nahm im Verlauf der Therapie überzufällig zu. Die mittlere Leistung wird in Prozent angegeben, da ihrer absolute Höhe variierte. Wie erwartet repräsentierte das Reproduzie-



signifikanter linearer Trend in allen drei Aufgaben, $p < .001$, einfaktorische ANOVA

Abbildung 2: Einfluss der drei Aufgaben während der Therapiephase (mittlere Leistung in % pro Aufgabe und Tag).

ren von Itemsequenzen die größte Aufgabenanforderung, es war signifikant schwerer alle jede der beiden anderen Bedingungen, und zwar zu jedem Zeitpunkt ($p < .05$, Wilcoxon Test, einseitig). Die Leistung beim verzögerten Reproduzieren lag stets über der bei der direkten Reproduktion, erreichte jedoch nur an drei Tagen Signifikanzniveau (Tag 4, 7 und 18; $p < .05$).

In Tabelle 5 werden für jede Aufgabe und jede Therapiebedingung getrennt die p -Werte angeführt. BG zeigte in Bedingung 7 (keine phonematische Ähnlichkeit) für keine Aufgabenstellung einen signifikanten Trend. Wie erwartet führten Pseudowortbedingungen sowie Coda Kontraste zu signifikanten oder nahezu signifikanten linearen Trends. Entgegen unserer Erwartung führte jedoch auch die Arbeit mit Onset Kontrasten zu signifikanten positiven Trends.

3.2 Effekte der linguistischen Variablen

BG zeigte beim paarweisen Vergleich der verschiedenen Bedingungen und Aufgabenstellungen differentielle Effekte (vgl. Tabelle 6). Wörter waren stets einfacher als Pseudowörter (Lexikalitätseffekt). Auch hinsichtlich der Kontrastposition blieben Coda Kontraste immer schwerer als Onset Kontraste (Positionseffekt). Beide Effekte waren vor allem bei steigender Aufgabenanforderung zu beobachten. Interessanterweise waren Reimwörter (WO) beim direkten Reproduzieren signifikant leichter als Wörter ohne Ähnlichkeit (NO). Beim Reproduzieren von Sequenzen kehrte sich dieses Verhältnis um. Erwartungsgemäß war kein systematischer Einfluss der Sonoranz auszumachen. Zusammenfassend zeigte BG eine Interaktion zwischen Lexikalität und Position mit herausragenden Schwierigkeiten bei Pseudowörtern mit Coda Variation.

3.3 Kontrolltestergebnisse

BG zeigte in den Kontrolltests einen signifikanten monotonen Trend im phonologischen Score sowohl bei Wörtern als auch bei Pseudowörtern (beide $p < .01$, Page Rang Test), d.h. die verbesserte Leistung unter Einfluss der Therapie führte zu einem signifikanten Outcome-Effect (siehe Abbildung 3). Wörter wie Pseudowörter wurden unmittelbar nach der Therapie signifikant besser gelesen und nachgesprochen als vor der Therapie (Vergleich mittlere Baseline-Leistung versus Kontrolltestzeitpunkt 6 im phonologischen Score, beide $p < .001$, Wilcoxon Test, einseitig). Die Leistungen der Patientin im phonetischen Score waren bereits vor Beginn der Therapie nahezu perfekt und blieben es auch.

Die gefundenen Therapieeffekte im phonologischen Score für Wörter und Pseudowörter blieben auch nach einem fünfmonatigen Intervall ohne Therapie

Aufgabe und Materialbedingung		n	Gesamtleistung	Linearer Trend	
direkte Reproduktion					
1	Wörter Onset (WO)	24	96,5 (7,8)	.003	
2	Wörter Coda (WC)	24	91,9 (19,0)	<.001	
3	Pseudowörter Onset (PO)	24	91,1 (15,8)	.019	
4	Pseudowörter Coda (PC)	24	87,6 (22,2)	<.001	
5	Steigende Sonoranz (StS)	2	4	91,3 (18,5)	.033
6	Gleichbleibende Sonoranz (GS)	2	4	91,4 (17,3)	<.001
7	Wörter ohne phonematische Ähnlichkeit (NO)	24	93,2 (13,0)	.395	
verzögerte Reproduktion					
1	Wörter Onset (WO)	24	97,4 (11,2)	.223	
2	Wörter Coda (WC)	24	94,8 (17,0)	.219	
3	Pseudowörter Onset (PO)	24	94,8 (17,0)	.049	
4	Pseudowörter Coda (PC)	24	88,0 (24,9)	.079	
5	Steigende Sonoranz (StS)	2	4	95,8 (17,3)	.013
6	Gleichbleibende Sonoranz (GS)	2	4	96,4 (14,9)	.003
7	Wörter ohne phonematische Ähnlichkeit (NO)	24	97,9 (10,0)	.441	
Reproduktion von Itemsequenzen					
1	Wörter Onset (WO)	24	54,4 (30,3)	.281	
2	Wörter Coda (WC)	24	44,4 (30,5)	.009	
3	Pseudowörter Onset (PO)	24	44,7 (29,0)	.055	
4	Pseudowörter Coda (PC)	24	25,0 (24,1)	.055	
5	Steigende Sonoranz (StS)	2	4	53,2 (26,1)	.378
6	Gleichbleibende Sonoranz (GS)	2	4	39,6 (32,1)	.016
7	Wörter ohne phonematische Ähnlichkeit (NO)	24	62,0 (25,4)	.309	

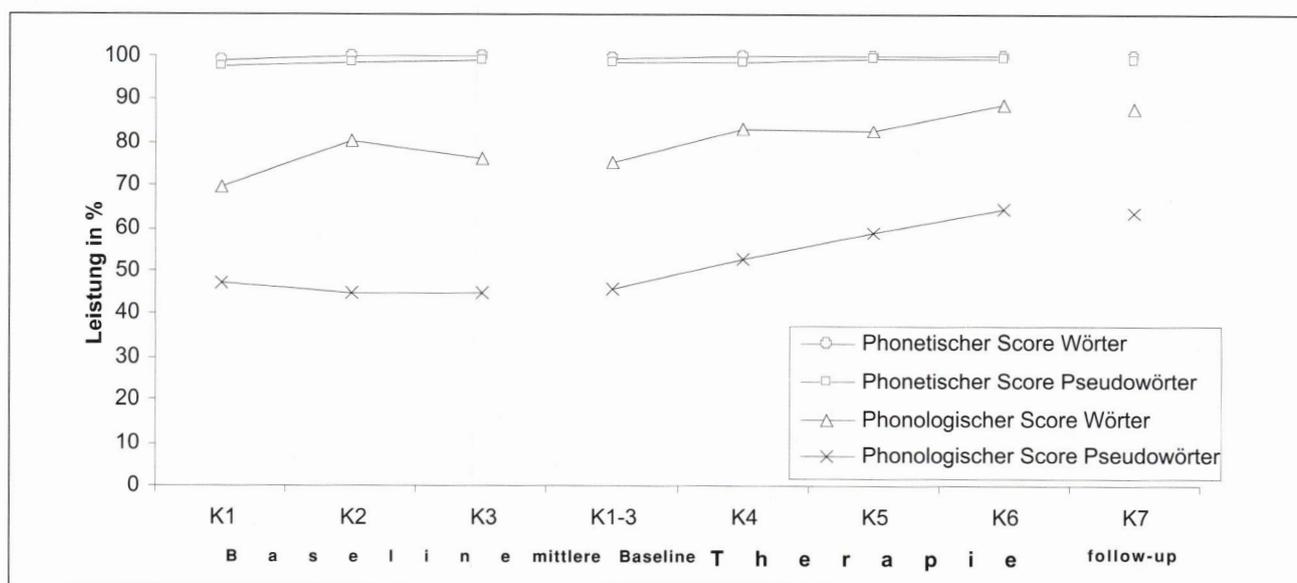
Trendanalysen für polynomiale Trends (ANOVA)

Tabelle 5: Gesamtleistung (SD) in % und Trendanalysen

	<i>direkte Reproduktion</i>	<i>verzögerte Reproduktion</i>	<i>Reproduktion von Itemsequenz</i>
Phonologische Ähnlichkeit			
NO vs. WO	WO > NO <i>p</i> = .032	NO > WO <i>p</i> = 1.0	NO > WO <i>p</i> = .395
NO vs. WC	NO > WC <i>p</i> = .835	NO > WC <i>p</i> = .198	NO > WC <i>p</i> = .034
Lexikalität			
WO vs. PO	WO > PO <i>p</i> < .001	WO > PO <i>p</i> = .325	WO > PO <i>p</i> = .139
WC vs. PC	WC > PC <i>p</i> = .094	WC > PC <i>p</i> = .034	WC > PC <i>p</i> = .033
Position			
WO vs. WC	WO > WC <i>p</i> = .059	WO > WC <i>p</i> = .316	WO > WC <i>p</i> = .251
PO vs. PC	PO > PC <i>p</i> = .732	PO > PC <i>p</i> = .031	PO > PC <i>p</i> = .024
Sonoranz			
StS vs. GS	StS > ES <i>p</i> = .882	GS > StS <i>p</i> = 1.0	GS > StS <i>p</i> = .105

WO = Wörter Onset, WC = Wörter Coda, PO = Pseudowörter Onset, PC = Pseudowörter Coda, StS = steigende Sonoranz, GS = gleichbleibende Sonoranz, NO = Wörter ohne Ähnlichkeit. Signifikanzen mit Mann Whitney U-Test. > numerisch bessere Leistung als

Tabelle 6: Einfluss der linguistischen Variablen in den drei verschiedenen Aufgaben



K=Kontrolltest

in beiden phonologischen Scores: signifikanter monotoner Trend, *p* < .001, Page Rang Test; signifikant bessere Leistung bei K6 als bei mittlerer Baseline, *p* < .001, Wilcoxon Test, 1-seitig; kein signifikanter Unterschied zwischen K6 und K7, Wilcoxon Test, 2-seitig

Abbildung 3: Kontrolltestleistung (zusammengefasst lautes Lesen und Nachsprechen)

stabil, d.h. es bestand kein signifikanter Unterschied zwischen Kontrolltestzeitpunkt 6 und 7 (Stabilitätseffekt; Wilcoxon Test, zweiseitig) Diese Ergebnisse sind ebenfalls in Abbildung 3 zu sehen.

4. Diskussion

Der Studie lag die Annahme zu Grunde, dass bei der Behandlung von Aphasien ein störungsspezifisches Vorgehen angezeigt ist, und dass durch die systematische Variation der linguistischen Variablen des Übungsmaterials differenzielle Therapieeffekte erzielt werden können. Auf der Basis des Sprachproduktionsmodells von Levelt (Levelt et al. 1999, Levelt 2001) wurden drei mögliche Störungstypen bei der expressiv phonologischen Verarbeitung unterschieden. Entsprechend dieser Annahme wurde unterschiedliches Behandlungsmaterial konzipiert und experimentell erprobt. Exemplarisch wurden hier die Ergebnisse einer Patientin, BG, mit nahezu reiner Leitungsaphasie vorgestellt. Grundsätzlich wurde angenommen, dass ein Training mit Minimalpaaren einer Behandlung mit phonematisch unrelatierten Wörtern überlegen ist. BG sollte vor allem von der Arbeit mit Pseudowörtern und mit in der Coda Position kontrastierten Items profitieren.

Bei der Analyse des Therapieverlaufs wurden die zuvor formulierten Hypothesen weitestgehend bestätigt. Neben einigen nicht erwarteten Verbesserungen zeigte BG die erwarteten positiven linearen Trends. So profitierte die Patientin von einem Training mit Pseudowörtern. Auch in der Coda kontrastierte Wörter resultierten in signifikanten Leistungsverbesserungen. Stimuli mit diesen Merkmalen zwingen zu einer Fokussierung auf die beeinträchtigte Segmentierung. Phonologisch unrelatiertes Material führte in keiner Aufgabe zu einem Therapieeffekt. Somit konnten für diesen Einzelfall die Annahmen hinsichtlich einer störungsspezifischen Therapie und des Einflusses der Materialvariablen insgesamt bestätigt werden.

Die Leistungsverbesserungen spiegelten sich auch in den Kontrolltests wieder, die vor, während und nach der Therapie abgenommen wurden. Bereits bei der Erhebung der Baseline zeigte BG entsprechend ihrer angenommenen postlexikalischen Störung keinerlei phonetische Schwierigkeiten. Es ließen sich Verbesserungen bei der phonologischen Verarbeitung von Wörtern und Pseudowörtern beim Nachsprechen und lauten Lesen nachweisen. Ihre Leistungen blieben auch über einen therapiefreien Zeitraum von fünf Monaten stabil. Die Follow-up Untersuchung fand 16 Monate nach Erkrankungsbeginn statt, so dass Einflüsse einer Spontanremission ausgeschlossen werden können.

Bei der Bearbeitung des Therapiematerials zeigte die Patientin BG einen signifikanten Lexikalitätseffekt. Wörter waren leichter als Pseudowörter und führten wie diese zu signifikanten Trends während des Trainings. Aufgrund der Silbenverteilung im Deutschen war jedoch die Silbenfrequenz für die Wörter signifikant höher als für die Pseudowörter, so dass die schlechtere Leistung bei Pseudowörtern mit der Wort- bzw. Silbenfrequenz konfundiert sein könnte. Diesem Aspekt sollte in zukünftigen Studien nachgegangen werden, da die Frequenz entgegen der Modellkonzeption doch eine wichtige Variable bei der postlexikalisch-phonologischen Verarbeitung darstellen könnte. Lexikalische Parameter könnten die nachgeordneten segmental-phonologische und sogar die phonetische Enkodierung beeinflussen.

Entgegen der zuvor formulierten Annahme, dass sich störungsspezifische Schwierigkeiten durch ein defizitorientiertes Training aufheben lassen, blieb das spezifische Störungsprofil in dem hier vorgestellten Fall erhalten. Somit kann hier die Hypothese, dass Patienten am stärksten von der Arbeit mit besonders schwierigem Therapiematerial profitieren, nicht bestätigt werden. Es muss jedoch berücksichtigt werden, dass aufgrund des experimentellen Designs jede der sieben

Materialbedingungen nur 12-mal über einen Zeitraum von fünf Wochen angeboten werden konnte. Daher müsste überprüft werden, ob eine längerfristige Behandlung mit dem entwickelten phonologischen Therapieprogramm zu einem entsprechend veränderten Störungsprofil führt.

Auch sollte geprüft werden, ob sich die Therapieeffekte durch ein zusätzliches explizites Training steigern lassen. In anderen Studien zur Behandlung phonologischer Störungen (Cubelli/Foresti/Consolini 1988, Franklin et al. 2002) wurde die Wirksamkeit eines expliziten Monitorings phonologischer Fehler nachgewiesen. Solche expliziten Ansätze sollten in zukünftige Studien mit dem hier vorgestellten impliziten, materialbasierten Vorgehen kontrastiert und / oder kombiniert werden.

Es ist zudem zu berücksichtigen, dass Defizite in der phonologischen Enkodierung häufig in Kombination mit Dekodierungsstörungen auftreten (siehe z.B. Hanlon / Edmondson 1996, Huber et al. 2002, Robson / Pring / Marshall/Morrison/Chiat 1998). Daher könnte eine Modifikation des Therapieprogramms in der Erweiterung durch einen parallel konstruierten rezeptiven Übungsteil bestehen. Dadurch könnte die Einsetzbarkeit des phonologischen Trainings vergrößert und somit seine therapeutische Relevanz erweitert werden. Damit dehnt sich die Zielgruppe der Therapie aus, sowohl hinsichtlich der größeren Anzahl an Störungstypen als auch bezüglich aphasischer Schweregrade.

Zusammenfassend erweist sich der hier vorgestellte modellbasierte, defizitorientierte Ansatz mit linguistisch kontrolliertem Therapiematerial, welches zu einem differenziellen Anrufen der expressiven Verarbeitungsstufen führen sollte, als besonders fruchtbar. Im vorgestellten Fall fanden sich differenzielle Effekte der Variablen Ähnlichkeit, Lexikalität und Wortposition. Die Patientin mit der postlexikalisch-phonologischen Störung profitierte von dem Training, und die Leistungsverbesserungen waren stabil.

Literatur

- Baayen, R.H., Piepenbrock, R., Gulikers, L.* (1995): The CELEX lexical database (Release 2) [CDROM]. Philadelphia, PA: Linguistic Data Consortium, University of Pennsylvania.
- Beard, L.C., Prescott, T.E.* (1991): Replication of a treatment protocol for repetition deficit in conduction aphasia. In: *Prescott, T.* (Ed.): Clinical aphasiology (Vol. 19) (197-208). Austin: pro-ed.
- Berg, T.* (1989): Intersegmental cohesiveness. *Folia Linguistica* Vol. XXIII, 3-4, 245-280.
- Best, W.* (1996): When racquets are baskets but baskets are biscuits, where do the words come from? A single case study of formal paraphasic errors in aphasia. *Cognitive Neuropsychology* 13, 443-480.
- Blanken, G.* (1990): Formal paraphasias: A single case study. *Brain and Language* 38, 534-554.
- Boyle, M.* (1988): Reducing phonemic paraphasias in the connected speech of a conduction aphasic subject. In: *Prescott, T.* (Ed.): Clinical aphasiology conference (Vol. 18) (379-393). Boston: College Hill.
- Brown, A.S.* (1991): A review of the tip-of-the-tongue experience. *Psychological Bulletin* 109, 204-223.
- Buckingham, H.W.* (1990): Abstruse neologisms, retrieval deficits and the random generator. *Journal of Neurolinguistics* 5, 215-235.
- Buckingham, H.W.* (1993): Disorders of word-form processing in aphasia. In: *Blanken, G., Dittmann, J., Grimm, H., Marshall, J.C., Wallesch, C.-W.* (Eds.): Linguistic disorders and pathologies. An international handbook (187-197). Berlin: de Gruyter.
- Butterworth, B.* (1979): Hesitation and the production of verbal paraphasias and neologisms in jargon aphasia. *Brain and Language* 8, 133-161.
- Caplan, D., Vanier, M., Baker, C.* (1986): A case study of reproduction conduction aphasia I: Word production. *Cognitive Neuropsychology* 3, 99-128.
- Cholewa, J.* (1996): Modellorientierte Therapieforchung in der neurolinguistischen Rehabilitation: Ein Vorschlag zur Verbesserung der Infrastruktur. *Neurolinguistik* 10, 67-100.
- Clements, G.N.* (1990): The role of the sonority cycle in core syllabification. In: *Kingston, J., Beckman, M.* (Eds.): Papers in laboratory phonology I. Between the grammar and physics of speech (283-332). Cambridge: MIT Press.
- Cubelli, R., Foresti, A., Consolini, T.* (1988): Reeducation strategies in conduction aphasia. *Journal of Communication Disorders* 21, 239-249.
- Darley, F.L., Aronson, A.E., Brown, J.R.* (1975): Motor speech disorders. Philadelphia: WB Saunders.
- De Bleser, R., Cholewa, J., Stadie, N., Tabatabaie, S.* (2004) LEMO – Lexikon modellorientiert. Einzelfalldiagnostik bei Aphasie, Dyslexie und Dysgraphie. München: Elsevier Deutschland.
- Dogil, G.* (1989): Phonologische Konfiguration, natürliche Klassen, Sonorität und Syllabizität. In: *Prinzhorn, M.* (Hrsg.): Phonologie. Linguistische Berichte. Sonderheft 2, (198-222). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Fay, D., Cutler, A.* (1977): Malapropisms and the structure of the mental lexicon. *Linguistic Inquiry* 8, 505-520.
- Franklin, S., Buerk, F., Howard, D.* (2002): Generalised improvement in speech production for a subject with reproduction conduction aphasia. *Aphasiology* 16, 1087-1114.
- Fratalli, C.M.* (Ed.) (1997): Measuring outcomes in speech-language pathology. New York: Thieme.
- Friedman, R.B., Kohn, S.E.* (1990): Impaired activation of the phonological lexicon: Effects upon oral reading. *Brain and Language* 38, 278-297.
- Gagnon, D.A., Schwartz, M.F., Martin, N., Dell, G.S., Saffran, E.M.* (1997): The origins of formal paraphasias in aphasics' picture naming. *Brain and Language* 59, 450-472.
- Gandour, J., Akamanon, C., Dechongkit, S., Khunadorn, F., Boonklam, R.* (1994): Sequences of phonemic approximations in a Thai conduction aphasic. *Brain and Language* 46, 69-95.
- Glindemann, R.* (2001): Therapie der Aphasien und der nicht-aphasischen zentralen Kommunikationsstörungen. In: *Böhme, G.* (Hrsg.): Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen. Band 2: Therapie (3.Aufl.) (332-361). Stuttgart: Gustav Fischer Verlag.
- Hanlon, R.E., Edmondson, J.A.* (1996): Disconnected phonology: A linguistic analysis of phonemic jargon aphasia. *Brain and Language* 55, 199-212.
- Holm, S.* (1979): The simple sequentially rejective multiple test procedure. *Scandinavian Journal of Statistics* 6, 65-70.
- Huber, W., Mayer, I., Kerschensteiner, M.* (1978): Phonematischer Jargon bei Wernicke-Aphasie: Untersuchung zur Methode und zum Verlauf der Therapie. *Folia Phoniatria et Logopaedica* 30, 119-135.
- Huber, W., Poeck, K., Weniger, D.* (2002): Aphasie. In: *Hartje, W., Poeck, K.* (Hrsg.): Klinische Neuropsychologie (5. Aufl.) (93-160). Stuttgart: Thieme.
- Huber, W., Poeck, K., Weniger, D., Willmes, K.* (1983): Aachener Aphasie Test (AAT). Göttingen: Hogrefe.
- Huber, W., Ziegler, W.* (2000): Störungen von Sprache und Sprechen. In: *Sturm, W., Herrmann, M., Wallesch, C.-W.* (Hrsg.): Lehrbuch der Klinischen Neuropsychologie. Grundlagen, Methoden, Diagnostik, Therapie (462-511). Lisse: Swets, Zeitlinger.
- Jaeger, M.* (1991) Therapie sprechpraktischer Störungen. Entwicklung und Analyse eines neuen Therapieverfahrens anhand eines Fallberichts. Unveröff. Magisterarbeit, Ludwig-Maximilians-Universität, München.
- Joubert, S.A., Lecours, A.R.* (2000): The role of sublexical graphemic processing in reading. *Brain and Language* 72, 1-13.
- Kent, R.D.* (1997): Gestural phonology: Basic concepts and applications in speech-language pathology. In: *Ball, M.J., Kent, R.D.* (Eds.): The new phonologies: Development in clinical linguistics (247-268). London: Singular.
- Kohn, S.E.* (1989): The nature of the phonemic string deficit in conduction aphasia. *Aphasiology* 3, 209-239.
- Kohn, S.E.* (1993): Segmental disorders in aphasia. In: *Blanken, G., Dittmann, J., Grimm, H., Marshall, J.C., Wallesch, C.-W.* (Eds.): Linguistic disorders and pathologies. An international handbook (187-197). Berlin: de Gruyter.

- C.-W. (Eds.): Linguistic disorders and pathologies. An international handbook (197-209). Berlin: de Gruyter.
- Kohn, S.E., Smith, K.L. (1994): Distinctions between two phonological output deficits. *Applied Psycholinguistics* 15, 75-95.
- Kohn, S.E., Smith, K.L., Arsenaault, J.K. (1990): The remediation of conduction aphasia via sentence repetition: A case study. *British Journal of Disorders of Communication* 25, 45-60.
- Levelt, W.J.M. (2001): Spoken word production. A theory of lexical access. *Proceedings of the National Academy of Sciences (PNAS)* 98, 13464-13471.
- Levelt W.J.M., Roelofs, A., Meyer A.S. (1999): A theory of lexical access in speech production. *Behavioral and Brain Sciences* 22, 1-38; discussion 38-75.
- Levelt, W.J.M., Wheeldon, L. (1994): Do speakers have access to a mental syllabary? *Cognition* 50, 239-269.
- McNeil, M.R., Robin, D.A., Schmidt, R.A. (1997): Apraxia of speech: Definition, differentiation, and treatment. In: McNeil, M.R. (Ed.): *Clinical Management of Sensorimotor Speech Disorders* (311-344). New York, Stuttgart: Thieme.
- McReynolds, L.V., Kearns, K.P. (1983): *Single subject experimental designs in communicative disorders*. Baltimore: University Park Press.
- Monoi, H., Fukusako, Y., Itoh, M., Sasanuma, S. (1983): Speech sound errors in patients with conduction and Broca's aphasia. *Brain and Language* 20, 175-194.
- Nespoulous, J.-L., Joannette, Y., Béliand, R., Caplan, D., Lecours, A.R. (1984): Phonologic disturbances in aphasia: Is there a „markedness effect“ in aphasic phonetic errors? In: Rose, F.C. (Ed.): *Advances in Neurology* Vol. 42: Progress in Aphasiology (203-214). New York: Raven.
- Nickels, L. (1997): *Spoken word production and its breakdown in aphasia*. Hove: Psychology Press.
- Patterson, K.E., Marshall, J. C., Coltheart, M. (Eds.) (1985): *Surface dyslexia. Neuropsychological and cognitive studies of phonological reading*. London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Ramers, K.H., Vater, H. (1995): Einführung in die Phonologie. *Kölner linguistische Arbeiten – Germanistik*: 16. (4. rev. Auflage) Hürth: Gabel.
- Robson, J., Pring, T., Marshall, J., Morrison, S., Chiat, S. (1998): Written communication in undifferentiated jargon aphasia: A therapy study. *International Journal of Language and Communication Disorders* 33, 305-328.
- Romani, C., Calabrese, A. (1998): Syllabic constraints in the phonological errors of an aphasic patient. *Brain and Language* 64, 83-121.
- Rosenbek, J.C., Lemme, M.L., Ahern, M.B., Harris, E.H., Wertz, R.T. (1973): A treatment for apraxia of speech. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 38, 462-472.
- Springer, L. (1995): Erklärungsansätze und Behandlung sprechpraktischer Störungen. *Forum Logopädie* 3, 3-7.
- Stevens, E.R., Glaser, L.E. (1983): Multiple input phoneme therapy: an approach to severe apraxia and expressive aphasia. In: Brookshire, R. (Ed.): *Clinical aphasiology conference proceedings* (148-515). Minneapolis: BRK Publishers.
- Valdois, S., Joannette, Y., Nespoulous, J.-L. (1989): Intrinsic organisation of sequences of phonemic approximations: A preliminary study. *Aphasiology* 3, 55-73.
- Varley, R., Whiteside, S. (2001): What is the underlying impairment in acquired apraxia of speech. *Aphasiology* 15, 39-49.
- Vennemann, T. (1988): Preference laws for syllable structure and the explanation of sound change. With special reference to German, Germanic, Italian, and Latin. Berlin: de Gruyter.
- Visch-Brink, E. (1999): Words in action. Retrieval errors in aphasia, a topic for therapy (93-143: reproduction conduction aphasia and preserved writing of content words). Unpublished PhD thesis, Erasmus Universiteit, Rotterdam.
- Wambaugh, J.L., Doyle, P.J., Kalinyak, M.M., West, J.E. (1996): A minimal contrast treatment for apraxia of speech. *Clinical Aphasiology* 24, 97-108.
- Wambaugh, J.L., Martinez, A.L., McNeil, M.R., Rogers, M.A. (1999): Sound production treatment for apraxia of speech: Overgeneralization and maintenance effects. *Aphasiology* 13, 821-837.
- Wheeler, D.W., Touretzky, D.S. (1997): A parallel licensing model of normal slips and phonemic paraphasias. *Brain and Language* 59, 147-201.
- Wiese, R. (1988): *Silbische und Lexikalische Phonologie. Studien zum Chinesischen und Deutschen*. Tübingen: Niemeyer (= linguistische Arbeiten 211).
- Wiese, R. (1996). *The phonology of German*. Oxford: University Press.
- Willmes, K. (2003): The methodological and statistical foundations of neuropsychological assessment. In: Halligan, P.W., Kischka, U., Marshall, J.C. (Eds.): *Handbook of clinical neuropsychology* (27-47). Oxford: University Press.
- Wilshire, C.E. (1998): Serial order in phonological encoding: An exploration of the 'word onset effect' using laboratory-induced errors. *Cognition* 68, 143-166.
- Wilshire, C.E., McCarthy, R. (1996): Experimental investigation of an impairment in phonological encoding. *Cognitive Neuropsychology* 13, 1059-1098.
- Ziegler, W. (1991): Sprechpraktische Störungen bei Aphasie. In: Blanken, G. (Hrsg.): *Einführung in die linguistische Aphasiologie* (89-120). Freiburg: Hochschul Verlag.
- Ziegler, W. (2002): Psycholinguistic and motor theories of apraxia of speech. *Seminars in Speech and Language*, 23, 231-243.
- Ziegler, W., Jaeger, M. (1993): Aufgabenhierarchien in der Sprechapraxie-Therapie und der metrische Übungsansatz. *Neurolinguistik* 7, 17-29.

APPENDIX A

Phonologischer Score

4	3	2	1	0
korrekt	Selbstkorrektur Nach Wiederholung korrekt Zögern, Pausen	Phonemat. Paraphasien (min. zwei Drittel stimmen überein)	Phonemat. Neologismus (mehr als ein Drittel der Laute verändert)	Neologismus Nullreaktion Semantischer Fehler Formale Paraphasie Perseveration Umschreibung Automatismus Ausweichende Floskel

Phonetischer Score

3	2	1	0
korrekt	Selbstkorrektur Nach Wiederholung korrekt Zögern, Pausen	Phonetische Entstellung Suchbewegungen Dehnung Skandierung Einfügen eines Schwa- Lautes Pausen im Wort Iterationen	Neologismus Nullreaktion Semantischer Fehler Formale Paraphasie Perseveration Umschreibung Automatismus Ausweichende Floskel

Anschrift der Autoren:

Prof. Dr. phil. Walter Huber
Dipl.-Log. Markus Mende
Dipl.-Log. Sabine Corsten
Abteilung Neurolinguistik
an der Neurologischen Klinik
Universitätsklinikum der RWTH Aachen

Pauwelstr. 30
52074 Aachen
Tel.: 0241/80-88426
Fax.: 0241/80-88426
e-mail: huber@neuroling.rwth-aachen.de

Prof. Dr. phil. Jürgen Cholewa
Angewandte Sprachwissenschaft
Institut für Sonderpädagogik PH Heidel-
berg
69120 Heidelberg
Tel.: 06221/477-185 o. 0170/3261138
e-mail: cholewa@ph-heidelberg.de

Anzeigen

Musik und Sprache verbinden



Sprach- und Sprechfähigkeit über Musik anbahnen
gut bei Anteilen von AD(H)S, Hyperakusis, Filterschwäche



Spracharbeit
phonologisches Übungsmaterial, Pilotsprache, Lesetraining u.v.m.
integrieren

Seminare 2005:
Stein (bei Nürnberg) • Kandern (b. Lörrach, Freiburg) • Hude (b. Oldenburg, Bremen, Bremerhaven)
• Bad Endorf (b. München, Salzburg) • Königstein (b. Frankfurt)

Tipp:
• neue Normwerte: Test-CD für die auditiven Funktionen
• Verleihprogramm
• Neu: **DichoTrainer** sprechendes Sprachtrainingsgerät mit großen Silben und Wortvorrat.

AUDIVA
Hören und Bewegen

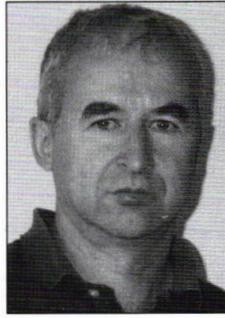
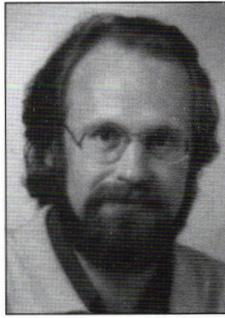
AUDIVA
Hören und Bewegen

AUDIVA Hören und Bewegen • Behlenstr. 3
D-79400 Kandern • Tel.: 07626-9779-0 • Fax: -11
www.audiva.de • info@audiva.de

Hagen / Westf.

Praxisräume zu vermieten:
Zentrale Innenstadtlage,
Mietflächen von 47 bis 200 qm,
Gepflegtes renoviertes Gebäude,
Aufzug, Kellerräume,
Öffentliche Verkehrsmittel.
Vermietung provisionsfrei.

Tel 089 / 430 49 61 – Fax 089 / 430 61 63



Ralf Glindemann, Josef Pössl, Wolfram Ziegler, Georg Goldenberg*, München¹

Erfahrungen mit individuellen Therapiezielen bei Patienten mit Aphasie

Zusammenfassung

In der neuropsychologischen Rehabilitation ist es unerlässlich, mit Therapiezielen zu arbeiten. In dem hier beschriebenen Ansatz definiert das Team von Therapeuten und Ärzten für jeden Patienten individuell ein übergeordnetes Globalziel und entsprechende spezifische Feinziele, die interdisziplinär aufeinander abgestimmt sind und deren Erreichung monatsweise evaluiert und systematisch fortgeschrieben wird. In diesem Artikel wird das therapiezielorientierte Vorgehen aus der Perspektive der Aphasietherapie erörtert. Es werden unsere Erfahrungen zusammengefasst hinsichtlich der Kriterien für die Erstellung überprüfbarer Ziele, der Rolle von Funktionszielen und sprachlich-kommunikativen Alltagszielen sowie der Möglichkeiten, die Zielerreichung zu evaluieren.

Schlüsselwörter: Rehabilitation, Aphasietherapie, individuelle Therapieziele, Qualitätssicherung

Experience with individual goal planning in aphasia therapy

Abstract

The planning of treatment goals is an indispensable instrument in neuropsychological rehabilitation. In the approach described here the rehabilitation team formulates, for each patient individually, an overall goal to be achieved during the rehabilitation period and a number of specific sub-goals to be attained within shorter treatment periods. This article discusses the problem of goal-directed treatment planning from a language therapy perspective. It summarizes our experience with questions regarding the specification of testable treatment objectives, the role of functional and communicative goals, and the assessment of the degree to which treatment goals are attained.

Keywords: rehabilitation, aphasia therapy, individual goal planning, quality management.

Vorüberlegungen

Wer Patienten mit einer Hirnschädigung behandelt, muss zuvor auf der Basis solide erhobener Daten definieren, welche Interventionen in dem jeweils vorliegenden Einzelfall indiziert sind und welche Ziele damit verfolgt werden. Das gehört zum allgemeinen the-

rapeutischen Standard (vgl. für neuropsychologische Behandlungen z.B. Bengel / Herrmann 2000), wird in den Leitlinien der *Deutschen Gesellschaft für Neurologie* für die Aphasietherapie gefordert (vgl. Diener 2003) und ist Gegenstand der Ausbildung therapeutischer Berufe. Außerdem muss systematisch evaluiert werden, ob die zuvor

* Wir danken für die kritischen Anmerkungen eines anonymen Gutachters und für die anregenden Diskussionen mit dem Team der Sprachtherapeuten der Abteilung für Neuropsychologie im Städtischen Krankenhaus München-Bogenhausen.

¹ Abteilung für Neuropsychologie, Städtisches Krankenhaus München-Bogenhausen

festgelegten Ziele erreicht worden sind. Die Diskussion der Gründe für ein Nichterreichen von Zielen bietet zugleich eine gute Grundlage für die Erarbeitung eines Konzeptes für den weiteren Behandlungsverlauf. Ein solches Vorgehen dient unter anderem der Verbesserung der *Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität* von Aphasiotherapie (vgl. *Laireiter 1997; Blanko / Mäder 1999*). Angesichts der bei Patienten mit Hirnschädigung häufig reduzierten Lernfähigkeit ist eine *Effektivierung* der therapeutischen Konzepte wünschenswert und die veränderten Bedingungen im Zusammenhang mit der Kostenreduzierung im Gesundheitswesen sprechen zusätzlich dafür, Therapien so *ökonomisch* wie möglich zu planen, durchzuführen und deren Ergebnis regelmäßig zu kontrollieren.

Das Zusammenspiel unterschiedlicher Variablen im Therapieprozess ist häufig so komplex, dass die Einführung eines Therapiezielkonzeptes als Instrument der Strukturierung und Koordination sowie der Selbstkontrolle willkommen ist: Aphasien treten häufig mit einer ganzen Reihe von neuropsychologischen und sensomotorischen Symptomen gemeinsam auf. Wir müssen also von *interdisziplinären Behandlungen* ausgehen, die *aufeinander abzustimmen* sind (vgl. auch *Drechsler 1999; Golper 2001*). Im Folgenden sollen relevante interdisziplinäre Schnittstellen bei der Behandlung von Patienten mit Aphasie skizziert werden. *Sprachtherapeuten* erheben bei Aufnahme eines Patienten auf der Basis der bestehenden Befunde vorbehandelnder Kolleginnen und Kollegen ein sprachpathologisches Störungsprofil. Dazu gehört auch, in Probetherapien und bei alltagsorientierten Aufgaben die Ressourcen des Patienten (z.B. seine Lernfähigkeit, Belastbarkeit, Flexibilität) zu beurteilen, um möglichst frühzeitig abschätzen zu können, wie groß das Therapiepotenzial ist. Dadurch wird es möglich, ein globales Therapieziel zu diskutieren und entsprechende Feinziele abzustimmen. Dazu müssen die zuständigen *Ärzte* den Status der Grunderkrankung beschreiben und eine prognostische Einschätzung des erwartbaren

weiteren Verlaufs abgeben. Ebenso sind Informationen zu möglichen reaktiven und hirnganisch bedingten Verhaltensstörungen (vgl. z.B. *Arnold / Pössl 1993; Schneider 1993*) sowie zu den psychosozialen Rahmenbedingungen der Rehabilitation mit den beteiligten *Sozialpädagogen* und *Verhaltenspsychologen* zu diskutieren. Zur besseren Einschätzung des Störungsbildes und als Grundlage für viele andere relevante Entscheidungen müssen auch die Ergebnisse der Untersuchung der kognitiven Leistungen einbezogen werden, die von *Neuropsychologen* erhoben werden. Hier geht es besonders um Aussagen zu den therapierelevanten Aufmerksamkeits- und Gedächtnisleistungen (vgl. z.B. *Sturm / Zimmermann 2000; Schuri 2000*) sowie um die Fähigkeiten der Patienten beim problemlösenden Denken (vgl. z.B. *Goldenberg 2002; Karnath / Kammer 2003*).

Letzteres ist in der Sprachtherapie häufig im Zusammenhang mit der Strukturierung von Informationen und der thematischen Bündelung von besonderer Bedeutung (vgl. z.B. *Glinde-mann / von Cramon 1995*). Außerdem gibt es verschiedene gemeinsame Arbeitsbereiche mit den *Therapieschwerpunkten der Wahrnehmungspsychologen* und *Orthoptistinnen*. Das betrifft oft die Behandlungen von Lesestörungen, die im Zusammenhang mit Gesichtsfeldausfällen und Neglect (vgl. z.B. *Kerkhoff 2000; Kerkhoff et al. 1993*) vorkommen. Hier gilt es, hemianopische von neurolinguistisch-dyslektischen Symptomen abzugrenzen bzw. deren Therapien aufeinander abzustimmen. In ähnlicher Weise sind auch bei Patienten mit dysgraphischen Symptomen Therapieziele mit den Kolleginnen und Kollegen der *Ergotherapie* zu koordinieren, die an den sensomotorischen Einschränkungen der oberen Extremitäten arbeiten (vgl. z.B. *Mai et al. 1993*). Hier sind neurolinguistisch begründete Übungen mit sensomotorischen zu koordinieren. Ergotherapeutinnen müssen wissen, welche Übungen Patienten hinsichtlich der schriftsprachlichen Einschränkungen durchführen können und gleichzeitig ist es häufig auch notwendig, dass

Sprachtherapeuten mit Blick auf sensomotorische Pathomechanismen (z.B. Schreibkrampf, Schulterschmerz, räumlich-konstruktive Störungen etc.) Informationen erhalten. Auch das Gestraintaining von Patienten mit schweren Aphasien sollte angesichts möglicher Gliedmaßenapraxien (vgl. z.B. *Goldenberg 2000, 2002*) Thema von Sprach- und Ergotherapie sein. Gemeinsames Projekt zwischen Sprach-, Ergo- und Physiotherapie ist auch die Alltagsorientierte Therapie (AOT; vgl. z.B. *Götze / Höfer 1997, 1999*). Dabei arbeiten Patienten mit Aphasie und Therapeutinnen zum Beispiel an Einzeltherapien sorgfältig vorbereiteten sprachlich-kommunikativen Aufgaben vor Ort. Das heißt Patienten erproben und üben erarbeitete sprachliche Fähigkeiten und kommunikative Strategien in Geschäften, im Café oder am Fahrkartenschalter usw., gegebenenfalls auch direkt in dem Stadtteil, in dem sie leben. Dorthin müssen sie zum Teil mit Gehhilfe, Rollator oder Rollstuhl in öffentlichen Verkehrsmitteln gelangen; eine Aufgabe, bei der über die sprachtherapeutischen Ziele hinaus interdisziplinär unter anderem auch an sensomotorischen Zielen gearbeitet wird. Eine besondere Aufgabe übernimmt im Prozess der neuropsychologischen Behandlung die *Pflege* (vgl. z.B. *Sening / Wintersberger 1998*): Der Stationsalltag auf der Therapiestation oder in der Tagesklinik ist die erste Nagelprobe für viele geübte Fähigkeiten und Probeterrain für den Transfer (wieder-) erworbener Fertigkeiten und Fähigkeiten.

Neuropsychologische und aphasische Störungsprofile variieren vielfältig. Rezeptartige Interventionen sind daher oft schwierig; meist ist ein *spezifisches Vorgehen* notwendig. Außerdem sind auch die psychosozialen Rahmenbedingungen der Rehabilitation und die sprachlich-kommunikativen Bedürfnisse der einzelnen Patienten außerordentlich unterschiedlich: Beispielsweise sind andere sprachliche Standards gefordert, wenn ein Landwirt täglich viele Stunden auf seinem Traktor verbringt, als wenn etwa ein Hochschullehrer Seminare

und Vorlesungen hält, Studenten berät und wissenschaftliche Publikationen verfasst. Aber über die beruflichen Anforderungen hinaus ist auch die Bewertung sprachlicher Eloquenz nicht bei allen Menschen gleich; während sich der eine gern ausführlich äußert und intensiv in soziale Abläufe eingebunden ist, schätzen andere eher ihr zurückgezogenes Leben mit deutlich weniger kommunikativen Anlässen. So wie die alltäglichen Kommunikationsbedingungen individuell sind, in die Betroffene mit Aphasie nach den Behandlungen zurückkehren, so ist es in der Regel auch notwendig, an individuellen Therapiezielen zu arbeiten. Zunehmend werden auch Angehörige in den therapeutischen Prozess einbezogen (vgl. z.B. Glindemann, Ziegler / Kilian 2002), daher ist eine besondere Abstimmung der Therapieziele notwendig. Angehörige äußern vor allem im schwierigen Prozess der Krankheitsbewältigung immer wieder unrealistische Vorstellungen über die Möglichkeiten der Wiederherstellung prämorbidem Verhältnisse. In diesen Diskussionen über weniger idealisierte Ziele, die oft intensive Beratungen voraussetzen, ist es besonders wichtig, das therapeutische Konzept in seiner Schlüssigkeit auch für Laien nachvollziehbar und transparent darstellen zu können. Dazu ist das Konzept der individuellen Therapieziele besonders gut geeignet. Die Wiedereingliederung in den beruflichen Alltag setzt darüber hinaus therapeutische Maßnahmen voraus, die wegen der intensiven Zusammenarbeit mit Kostenträgern, Geschäftsleitungen, Behindertenbeauftragten, Personalvertretungen und Arbeitskollegen besondere Anforderungen an die Prozessqualität unserer Therapien stellen. Man kann also zusammenfassen, dass die Diskussion von Therapiezielen in der Expertenrunde des Therapeutenteams, deren Definition und schriftliche Fixierung sowie deren regelmäßige Evaluation, zu einer größeren Sicherheit und Effektivität sowie zu einer besseren Kommunizierbarkeit im Prozess der therapeutischen Arbeit führen.

Institutioneller Rahmen

Um die geforderten individuellen Therapieziele in die klinisch-praktischen Abläufe implementieren zu können, hat das interdisziplinäre Team unserer Abteilung folgendes Vorgehen entwickelt (vgl. auch Pössl / Schellhorn 2001): Im Anschluss an die *erste Patientenkonferenz* nach Aufnahme eines Patienten, bei der die erhobenen anamnestischen und diagnostischen Daten der Kolleginnen und Kollegen der verschiedenen Disziplinen dargestellt und diskutiert werden, findet eine *erste Therapeutenrunde* statt. Hier wird das *Globalziel* festgelegt und es werden die ersten spezifizierten *Feinziele* der einzelnen Therapieschwerpunkte koordiniert und definiert. Ein Vertreter des Arbeitsbereiches, der einen herausragenden Therapiepunkt darstellt, wird für die Rolle des *Haupttherapeuten* ausgewählt. Dieser Therapeut ist Ansprechpartner für alle inhaltlichen und organisatorischen Fragen innerhalb des Therapeutenteams. Es gehört auch zu den Aufgaben des Haupttherapeuten, die einzelnen Ziele in einem *Therapeutenrundenprotokoll* schriftlich festzuhalten. Das Protokoll enthält außerdem die Namen der beteiligten Therapeuten, deren wöchentliches Kontingent von Einzel- und Gruppenstunden, die Festlegung der Therapiezeiten und das Datum der nächsten Therapeutenrunde. Diese regelmäßigen Therapeutenrunden finden im Abstand von vier Wochen statt, um die Erreichung der gesteckten Ziele zu überprüfen und auf dieser Basis neue, zum Teil modifizierte oder verfeinerte Ziele aufeinander abzustimmen und erneut schriftlich zu fixieren. An die erste Therapeutenrunde schließt ein Gespräch an, in dem die beteiligten Therapeuten und der zuständige Arzt dem Patienten und seinen Angehörigen ihr Therapiekonzept und einzelne Ziele ausführlich erläutern und realistische Vorstellungen und Wünsche darin aufnehmen. Je nach aktuellem Bedarf werden solche Gesprächsrunden zwischen Betroffenen und Therapeutenteam zur Erörterung des aktuellen Standes im Therapieprozess und des geplan-

ten weiteren Verlaufs in größeren Abständen angesetzt.

Kriterien für die Erstellung der Ziele

Zunächst muss der Rahmen definiert sein, auf den sich alle weiteren Ziele im Therapeutenrundenprotokoll beziehen. Dieser Rahmen wird durch ein Globalziel vorgegeben, das für einen absehbaren Zeitraum nicht ohne triftige Gründe verändert werden soll. Darin wird je nach Schweregrad der Störungen und der psychosozialen Eckdaten im zukünftigen Leben des Betroffenen festgelegt, was mit den interdisziplinären Therapien überhaupt erreicht werden soll. Das können beispielsweise ganz basale Fähigkeiten sein wie Bereiche der Selbstversorgung und die Erlangung einer möglichst großen Autonomie. Bei weniger schweren Beeinträchtigungen kann aber auch die Rückkehr in den beruflichen Alltag, an den alten oder einen anderen, an die verbleibenden Störungen angepassten, Arbeitsplatz mit einem modifizierten Tätigkeitsprofil angestrebt werden (vgl. die Beispiele in Tabelle 1). Die Funktion des Globalziels ist gewissermaßen die eines Themas, auf das sich alle geplanten Maßnahmen im Rehabilitationsprozess beziehen lassen sollen.

- Erweiterung des Handlungsspielraumes für die Lebensgestaltung
- Erhöhung der Selbständigkeit in einem betreuten Wohnumfeld
- Selbständiges Leben zu Hause mit wenig externer Unterstützung
- Weitgehend selbstständige Führung des Mehrpersonenhaushaltes mit drei Kindern
- Wiederaufnahme der beruflichen Ausbildung
- Rückkehr an den früheren Arbeitsplatz

Tabelle 1: Beispiele für Globalziele

In den Literaturbeiträgen, die sich mit der Zielerstellung für therapeutische Maßnahmen bei chronischen Erkrankungen oder Behinderungen beschäftigen, werden übereinstimmend eine Reihe von Kriterien für die Definition individueller Ziele genannt (vgl. dazu Shut / Stam 1994; Vogel et al. 1994; Unverhau / Babinski 2000). Die Ziele sollen für die *individuelle Problemlage* der Patienten relevant sein. Sie sollen *positiv formuliert* werden, um die Therapiemotivation zu unterstützen. Art und Ausmaß der Ziele sind so zu wählen, dass sie innerhalb eines vorher bestimmten Behandlungsabschnittes *prinzipiell erreichbar* sind. Außerdem sollen sie so formuliert werden, dass sie für alle Beteiligten (Therapeuten, Angehörige, Kostenträger etc.) *verständlich* und transparent sind; das heißt, der in manchen Disziplinen übliche Fachjargon soll hier möglichst vermieden werden. Dennoch werden Aphasiepatienten mit teilweise massiven sprachlichen Problemen nicht immer alles verstehen können, was in den Therapiezielen definiert wurde; hier gehen wir davon aus, dass im einzeltherapeutischen Gespräch zusätzlich daran gearbeitet wird, dass die Betroffenen wissen, worum es geht und warum die einzelnen Übungen durchgeführt werden. Schließlich sollen Ziele *operationalisiert* sein, um über ihre Erreichung entscheiden zu können (vgl. Pössl / Schellhorn 2002).

Bei den Operationalisierungen geht es nicht um wissenschaftlich-experimentelle Standards, sondern um *therapeutische*, d.h. es gibt therapeutische Ermessensspielräume für die Entscheidung, wie sinnvoll Quantifizierungen bestimmter sprachlich-kommunikativer Leistungen sind. Dabei ist beispielsweise zu beachten, wie relevant die Dimensionen solcher Quantifizierung für den Kommunikationsalltag sind und in welchem Verhältnis sie zur sprachsystematischen Leistung stehen.

Klinische Implementierung

Mit Einführung einer systematischen Zielerstellung in den Behandlungsab-

lauf unserer Abteilung wurden die Protokolle der Therapeutenrunden bei einer zufälligen Auswahl von Patienten gesammelt und die Ziele sowie die Angaben zur Zielerreichung in eine Datenbank eingegeben. Eine ausführliche Darstellung der Vorgehensweise findet sich bei Pössl et al. (2003), so dass im Folgenden nur ein Überblick gegeben wird.

Eine erste Stichprobe (26 Patienten) wurde in der *Erprobungsphase* (1998) erhoben, in der das Konzept von regelmäßigen Therapeutenrunden nur bei einem Teil der Patienten unserer Abteilung durchgeführt wurde. Eine zweite Stichprobe mit 24 Patienten folgte nach Einführung dieses Vorgehens für alle Patientinnen und Patienten der Abteilung (*Einführungsphase*, 1999). Die Ergebnisse der Datenauswertung aus diesen beiden Phasen wurden in allen Fachdisziplinen vorgestellt und besonders im Hinblick auf eine konkrete und messbare Zielformulierung nochmals ausführlich diskutiert.

Bei diesen Mitarbeiterschulungen ging es insgesamt um die Verbesserung einer systematischen Therapieplanung. Sie sollte zunächst einmal den Ansprüchen unseres alltagsorientierten Konzeptes besser gerecht werden, d.h. wir zielten durch die beschriebenen Maßnahmen auf eine Verbesserung des Transfers erarbeiteter Leistungen in den

Alltag ab. Das erforderte auch eine aktivere Einbeziehung der Patientinnen und Patienten in die Therapieplanung, so dass sie ihre Vorstellungen so weit wie möglich verwirklicht sahen und sich mit den Zielen möglichst auch identifizieren konnten. Zusätzlich wurde die oben bereits dargestellte Anforderung erörtert, dass zur Beurteilung der Zielerreichung eine möglichst konkrete Endmarke angegeben werden muss.

Anschließend wurde eine dritte Stichprobe (25 Patienten, 2001) zur Überprüfung der Wirksamkeit dieses „Mitarbeitertrainings“ erhoben (*Kontrollphase*).

Die eingegebenen Ziele wurden zunächst vorher erarbeiteten Kategorien zugeordnet, welche die verschiedenen Interventionsebenen oder -bereiche repräsentieren (siehe Abb. 1). Die Ziele wurden fernerhin in *allgemeine Ziele* oder *konkrete Ziele* unterschieden. Bei *allgemeinen Zielen* waren häufig Termini wie „Verbesserung“, „Steigerung“ bzw. „Reduzierung“, „Abbau“ verwendet worden, ohne das genaue Ausmaß der angestrebten Veränderung zu spezifizieren. Demgegenüber wurden Ziele als *konkrete Ziele* bewertet, wenn eine Zielmarke vorhanden war. Diese konnte beispielsweise in der Angabe einer Zeitdauer oder einer Anzahl richtiger Reaktionen bestehen. Formulie-

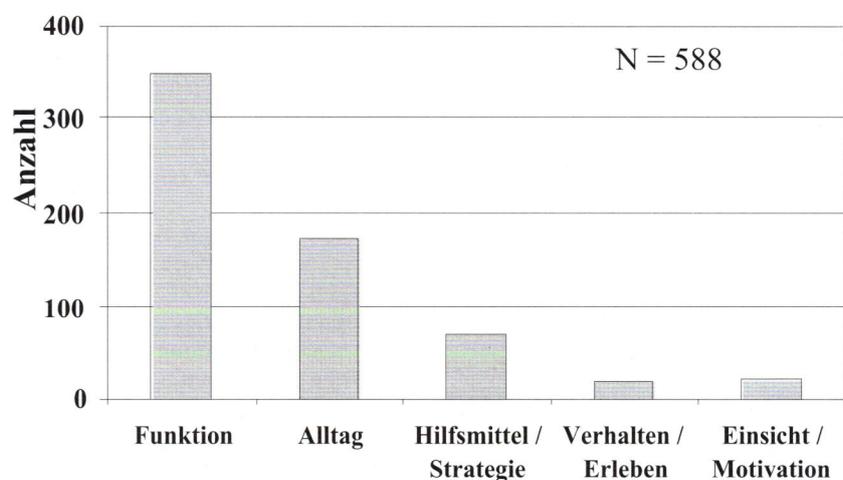


Abb. 1: Klassifikation der Therapieziele in der Aphasiotherapie.

rungen wurden auch dann als konkret eingestuft, wenn sie die Beschreibung eines beobachtbaren Verhaltens in einem situativen Kontext enthielten.

Zuletzt wurde jedes Ziel aufgrund der Ergebnisformulierungen als „erreicht“ oder „nicht erreicht“ beurteilt. Bei einigen Zielen waren bei der Zielerreichung Fortschritte unter bestimmten Einschränkungen oder limitierende Faktoren vermerkt (z.B. „nur mit therapeutischer Unterstützung“, „nur bei einfachen Anforderungen“, „nur auf Aufforderung“). Diese Ziele wurden als „teilweise erreicht“ kodiert.

In unseren ersten Protokollen der Erprobungsphase, in der die vereinbarten Zielvorgaben für manche Kolleginnen und Kollegen noch ungewohnt waren, gab es noch eine ganze Reihe allgemein formulierter Ziele, welche die geplanten Therapien nicht nur vage beschrieben, sondern die auch nicht geeignet waren, anschließend eindeutig überprüft zu werden. Wenn also jemand beispielsweise angab, er wolle mit dem Aphasiepatienten an dessen Semantik arbeiten, konnte er Übungen zum Aufbau semantischen Wissens ebenso durchführen wie Wortabrufstrategien erarbeiten usw. Er konnte also zu einem nicht konkret formulierten Therapieziel sehr Unterschiedliches tun, das nicht genau auf die Ziele der Kolleginnen und Kollegen des Therapeutenteams abgestimmt sein musste. Nach unserem Konzept müsste er damit rechnen, dass die anderen Teilnehmer der Therapeutenrunde fragen, was er im einzelnen erreichen will und wie das zum Globalziel und zu den Feinzielen der anderen Disziplinen passt. Allgemein formulierte Ziele haben auch den Nachteil, dass sie wenig Anhaltspunkte bieten zu entscheiden, ob sie erreicht worden sind. Auch wenn der Therapeut in dem ersten Beispiel oben mit dem Patienten wie angegeben tatsächlich (irgendwie) an der Semantik gearbeitet hat, gäbe es doch kein Kriterium, den Erfolg dieser Semantikarbeit zu operationalisieren.

Besser wäre es gewesen, wenn quantifizierbare Leistungen angegeben worden wären, anhand derer sich möglichst

auszählen ließe, ob der Patient das Ziel erreicht hat. Quantifizierte semantische Leistungen sind beispielsweise in Tabelle 2 angegeben, wo etwa die Bedeutung von 10 auditiv vorgegebenen alltagsrelevanten Nomina verstanden und auf Abbildungen gezeigt werden soll. Hier ist auch die Verarbeitungsmodalität vorgegeben, nach der dieser Patient durch Zeigen auf die auditive Vorgabe der Wörter reagieren soll. Das Ziel semantischer Therapiearbeit, nach dem ein Patient 25 Abbildungen berufsrelevanter Nomina (Werkzeuge) mündlich und schriftlich benennen soll, gibt ebenfalls nicht nur die angestrebte Menge von Benennungen an, sondern auch die Modalitäten, in denen die Benennungen produziert werden sollen, und die semantische Kategorie, die hier auch etwas über den kommunikativen Verwendungszusammenhang aussagt. Nun hat die Quantifizierbarkeit von Therapiezielen trotz ihrer Vorteile deutlich Grenzen; gerade im Bereich von Einstellungen zu Symptomen oder zum Erleben der Auswirkungen eines Handicaps ist es außerordentlich schwierig, Ziele zu quantifizieren. Die zufällig zusammengestellten Beispiele in der

Der/die Patient/in soll

- nach auditiver Vorgabe auf Abbildungen von 10 alltagsrelevanten Nomina (Kleidungsstücke) zeigen,
- auf 20 Fotos, Zeichnungen und Wörter (Namen, Anschriften, Berufe, Daten) im individuell zusammengestellten Kommunikationsbuch zeigen, nach denen der Therapeut fragt,
- sicher mit „ja“ oder „nein“ antworten,
- 25 Abbildungen berufsrelevanter Nomina (Werkzeuge) mündlich und schriftlich benennen,
- die fünf wichtigsten Informationen einer Zeitungsnotiz mündlich zusammenfassen,
- die Handlung eines narrativen Textes schriftlich kohärent nach erzählen.

Tabelle 2: Beispiele für sprachtherapeutische Feinziele

Tabelle 2 sind nach dem Schweregrad der zugrundeliegenden Störung bzw. nach dem Anforderungsniveau der angestrebten Leistungen geordnet.

In den internen Diskussionen und in solchen mit externen Kolleginnen und Kollegen wurde die Formulierung „Der Patient *soll* ...“, die wir in unseren Zieldefinitionen verwenden, mehrfach dahingehend kritisiert, dass man den Eindruck gewinnen könne, wir drängten unsere Patienten zu etwas, das sie möglicherweise gar nicht wollen! Das ist natürlich nicht richtig; vielmehr ist die Grundlage unserer Ziele deren gemeinsame Erörterung zwischen Patient, Angehörigen und interdisziplinärem Team. Die semantische Funktion dieser Modalisierung „... *soll* ...“ besteht darin, auf einen Zustand zu verweisen, der unter der Bedingung realisiert ist, dass das definierte Therapieziel erreicht wird (vgl. zu Modalisierungen im Deutschen Eisenberg 1989; 99 f.). Außerdem wird bei unseren Zieldefinitionen darauf verzichtet zu formulieren, was ein Patient *können* soll; denn die Erfahrung in der klinischen Neuropsychologie lehrt, dass Patienten oft bestimmte sprachliche Funktionen erfüllen *können*, was sie unter bestimmten (situativen) Anforderungen dennoch *nicht tun*. Das kann unter anderem ebenso mit der Komplexität dieser Anforderungen in variierten Kontexten zusammenhängen wie mit bestimmten emotionalen Reaktionen.

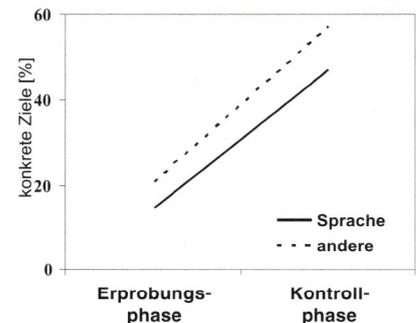


Abb. 2: Prozentsatz konkret formulierter Therapieziele in der Aphasiotherapie und in anderen Fachdisziplinen

Durch die fortlaufenden Rückmeldungen der Ergebnisse aus der ersten und zweiten Stichprobe an das interdisziplinäre Team konnte schließlich in der Kontrollphase eine Steigerung konkret formulierter Therapieziele von 15% auf 47% beobachtet werden (vgl. Abb. 2). Der Anteil konkret formulierter Therapieziele lag dabei in der Aphasiotherapie etwas unter dem der anderen Fachdisziplinen, insbesondere der Physiotherapie und der Ergotherapie. Dies liegt wahrscheinlich daran, dass in den sensomotorischen Therapiebereichen konkretere Zielsetzungen anhand beobachtbarer Verhaltensweisen leichter erarbeitet werden können.

Therapeutische Feinziele können in verschiedene Therapiezieltypen unterschieden werden. Drechsler (1999) unterscheidet für die neuropsychologische Rehabilitation beispielsweise zwischen somatischen, funktionellen, psychischen, sozialen und edukativen Therapiezielen. In unserem Zusammenhang sollen besonders zwei Therapiezieltypen unterschieden werden: Das sind *Funktionsziele* und *Alltagsziele*. Bei der Abgrenzung dieser Ziele ist es sinnvoll, sich am WHO-Modell (ICF, 2001) zu orientieren (vgl. im Zusammenhang mit der Aphasiotherapie auch Tesak 2001; Schöler / Grötzbach 2002). Während nach diesem Modell die Grunderkrankung (*body structures*) nicht Gegenstand sprachtherapeutischer Interventionen sein kann, sondern in den ärztlichen Zuständigkeitsbereich fällt, beschäftigen sich Sprachtherapeuten mit gestörten Sprachfunktionen und den dadurch beeinträchtigten kommunikativen Handlungen (*body functions, activities*) sowie mit den damit verbundenen Möglichkeiten der Teilnahme an gesellschaftlichen Interaktionen und Anlässen (*participation, interpersonal interactions and relationships*). In Anlehnung an dieses Modell definieren wir *Funktionsziele* in der Aphasiotherapie als sprachtherapeutische Feinziele, die die Verbesserung einzelner sprachlich-kommunikativer Funktionen zum Gegenstand haben (z.B. „Aussagesätze nach dem Muster Subjekt-Verb-Objekt formulieren“, „Bewegungsverben äußern“, „die gra-

phematische Form einzelner Phoneme aufschreiben“ usw.). Demgegenüber sind *Alltagsziele* definiert als sprachtherapeutische Feinziele, die sprachliche Funktionen und kommunikative Handlungen unter Angabe des alltäglichen Anwendungskontextes thematisieren (z.B. „einen Einkaufszettel mit sechs Haushaltswaren schreiben“, „im Kommunikationsbuch auf Nachfrage der Angehörigen das Schriftbild verschiedener Therapeutennamen und Abbildungen der Lieblingsspeisen zeigen“, „beim Bahnhof anrufen und Verbindungen für eine Bahnfahrt von München nach Stuttgart erfragen“, „sich gegen Vorwürfe rechtfertigen“, „sich bei jemandem für etwas entschuldigen“ etc.).

Aus den Auswertungen der Datenbank ergab sich, dass der weitaus größte Anteil (70%) der in der Datenbank eingegebenen Ziele als *Funktionsziele* eingeordnet waren, während sich 30% der Ziele auf sprachlich-kommunikative Fähigkeiten im Alltag bezogen. Allerdings entsteht ein differenzierteres Bild, wenn wir das Verhältnis von Funktionszielen zu alltagsbezogenen Zielen im Therapieverlauf betrachten (vgl. Abb. 3). Dann wird nämlich deutlich, dass die Funktionsziele zwar in der ersten Therapeutenrunde 81% der Ziele umfassen; das heißt zu Beginn der Behandlungen, wenn noch viele sprachsystematische Symptome sinnvoll bearbeitet werden können, um Grundlagen für kommunikative und strategische Leistungen zu schaffen. Bei der letzten Therapeutenrunde allerdings, wenn es also darum geht, dass der Patient bald in seinen Kommunikationsalltag entlassen werden wird, auf den ihn die Therapien vorbereiten sollen, ist der Anteil der Alltagsziele deutlich höher. Dabei handelt es sich nicht um einen Phasenverlauf im Sinne des klassischen Phasenmodells der Aphasiotherapie, in denen zunächst *stimuliert* und *modifiziert* wird, um dann in einer Phase der *Konsolidierung* auf Alltagsziele abzuheben (vgl. z.B. Springer 1986). Bei unserem Vorgehen handelt es sich vielmehr um einen kontinuierlichen Prozess, in dem an Funktionszielen und Alltagszielen parallel gearbeitet wird,

indem erarbeitete sprachliche Parameter immer möglichst unmittelbar (z.B. am Ende einer jeden Therapiestunde) in alltagsnahe Settings implementiert werden. Die Schwerpunkte der Behandlungen verschieben sich dabei vom Behandlungsbeginn bis zur Entlassung von deutlich mehr Funktionszielen zu einem fast ausgeglichenen Verhältnis von Funktionszielen und Alltagszielen bei Beendigung der Behandlungen. Der Transfer erarbeiteter Funktionen in Alltagskontexte und deren Erfordernisse gewinnt dabei zunehmend an Bedeutung. Lassen sich Funktionsziele nicht (mehr) erreichen, ergibt sich die Notwendigkeit, den Anforderungen des Kommunikationsalltags mit anderen Mitteln zu begegnen, die bei der Erreichung der gewünschten kommunikativen Effektivität oft weniger hilfreich sind.

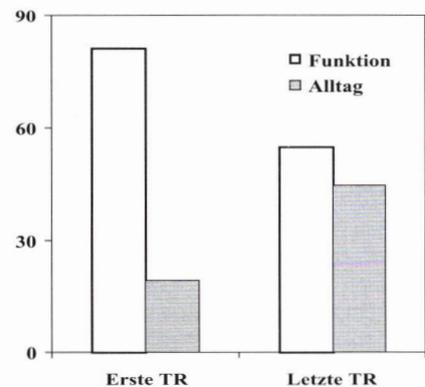


Abb. 3: Das Verhältnis von Funktionszielen zu alltagsbezogenen Zielen im Verlauf

Zwölf Prozent der Therapieziele in der Aphasiotherapie bezogen sich auf den Einsatz von Hilfsmitteln und Strategien, z.B.: „Der Patient soll das Kommunikationsbuch verwenden, wenn er einen Sachverhalt nicht verbal ausdrücken kann“ (vgl. Abb. 1). Die Bereiche Verhalten/Erleben (3%) und Einsicht/Motivation (4%) machten bei den Sprachtherapeuten nur einen geringen Anteil an definierten Therapiezielen aus. Das hat damit zu tun, dass durch den interdisziplinären Ansatz gewissermaßen eine Arbeitsteilung vorgenommen wurde. Obwohl Sprachtherapeu-

ten natürlich auch an Zielen arbeiten, welche die Einsicht in bestimmte Notwendigkeiten bzw. die Motivation betreffen, erarbeitete Strategien einzusetzen, wurden solche Ziele deutlich häufiger von den Verhaltenspsychologen und Sozialpädagogen formuliert als von Sprachtherapeuten, z.B.: „Der Patient soll die beruflichen Auswirkungen seiner Sprachstörung erkennen.“

Antworten auf die wichtige Frage, wie viele der Therapieziele von den Therapeuten als erreicht beurteilt worden sind, können wir der Abbildung 4 entnehmen.

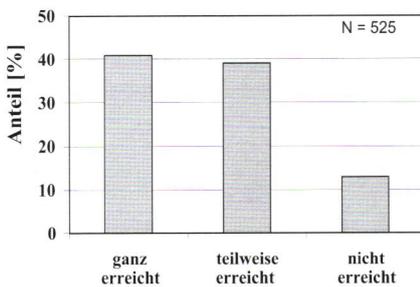


Abb. 4: Zielerreichung in der Aphasie-therapie

Insgesamt zeigen diese Daten, dass weniger als die Hälfte der Ziele ganz erreicht wurden. Anzumerken ist, dass sich für alle Fachdisziplinen der Abteilung eine sehr ähnliche Verteilung hinsichtlich der Zielerreichung ergeben hat. Diese Konsistenz der Ergebnisse spricht somit gegen mögliche Bedenken, dass Therapeuten versucht haben könnten, individuelle Ziele niedrig anzusetzen, um die Wahrscheinlichkeit der Zielerreichung zu erhöhen. Gerade im Mitarbeitertraining wurde immer wieder darauf hingearbeitet, dass mit der Zielerstellung und der Beurteilung der Zielerreichung keine Bewertung der geleisteten therapeutischen Arbeit beabsichtigt ist. Der Zweck der Zielerstellung lag in erster Linie darin, ein Mittel zur Steuerung des Therapieverlaufs zu gewinnen. Auch wenn Ziele nicht oder nur teilweise erreicht worden sind, lassen sich daraus wichtige Informationen für die weitere Therapieplanung ableiten. Voraussetzung ist allerdings,

Ziele möglichst konkret zu formulieren, so dass sich die Ursachen für das Nichterreichen der gesetzten Ziele klären und möglicherweise therapeutisch beeinflussen lassen. Das Behandlungsteam kann aber auch zu der Einschätzung kommen, dass eine solche Beeinflussung aus verschiedenen Gründen nicht möglich ist, so dass eine Modifikation des Globalziels, z.B. der beruflichen Wiedereingliederung, erforderlich wird.

Ausblick

Es ist uns gelungen, ein Verfahren zu entwickeln, bei dem die Definition, Koordination und Kontrolle individueller Therapieziele bei der Behandlung von Patienten mit Aphasie routinemäßig vorgenommen wird. Dabei konnten wir nach anfänglichen Unsicherheiten den Anteil derjenigen Therapieziele deutlich erhöhen, die konkret formuliert waren und deren Erreichung dadurch überprüfbar war. Durch die interdisziplinäre Arbeitsteilung kommt es zu Spezialisierungen; beispielsweise werden Erlebens- und Verhaltensaspekte weniger von Sprachtherapeuten angegeben als von Sozialpädagogen und Psychologen. Der Anteil von Funktionszielen und alltagsorientierten Zielen variiert mit dem Zeitpunkt im Therapieverlauf. 80% der individuell formulierten Therapieziele wurden ganz oder teilweise erreicht. Nicht erreichte Ziele beziehen sich oft auf Einstellungen und Aspekte der Krankheitsbewältigung, die unter Umständen im Vierwochenrhythmus schwerer zu erarbeiten sind als Ziele, die sprachlich-kommunikative Fähigkeiten betreffen. Die Arbeit mit individuellen Therapiezielen erhöht die Zufriedenheit von Patienten, Angehörigen und Mitarbeitern (vgl. MacLeod / MacLeod 1996). Unter den veränderten Rahmenbedingungen kürzerer Verweildauern und erhöhter Fallzahlen ist es notwendig, die Effektivität der Aphasie-therapie über individuell formulierte Ziele zu verbessern. Es ist aber erforderlich, die Effekte individueller Therapiezielformulierungen mit geeigneten Messinstrumenten zu evaluieren, und zwar einerseits im sprachlich-kommunikati-

ven Bereich (z.B. Schlenck / Schlenck 1995, Mangold 2001, Karch 2002), andererseits aber auch hinsichtlich des Erfolgs der neuropsychologischen Rehabilitation insgesamt (vgl. z.B. Engell et al. 2003).

Literatur

- Arnold, U., Pössl, J. (1993): Psychopathologische Diagnostik. In: D.Y. von Cramon, N. Mai, W. Ziegler (Hrsg.): Neuropsychologische Diagnostik..., 287-310.
- Bengel, J., Herrmann, M. (2000): Qualitätsmanagement und Evaluation in der Klinischen Neuropsychologie. In: W. Sturm, M. Herrmann, C.-W. Wallesch (Hrsg.). Lehrbuch der Klinischen ..., 250-261.
- Blanko, J., Mäder, M. (1999): Dokumentation, Messung und Qualitätsmanagement. In: P. Frommelt, H. Grötzbach (Hrsg.): Neuro Rehabilitation, Grundlagen, Praxis, Dokumentation. Berlin, Wien: Blackwell Wissenschaftsverlag.
- Cramon, D.Y., von, Mai, N., Ziegler, W. (Hrsg.) (1993): Neuropsychologische Diagnostik. Weinheim: VCH Verlagsgesellschaft mbH.
- Diener, H.-C. (2003): Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Stuttgart, New York: Thieme Verlag.
- Drechsler, R. (1999): Interdisziplinäre Teamarbeit in der Neurorehabilitation. In: P. Frommelt, H. Grötzbach (Hrsg.): Neuro Rehabilitation. Grundlagen, Praxis, Dokumentation. Berlin, Wien: Blackwell Wissenschaftsverlag, 54-64.
- Eisenberg, P. (1989): Grundriss der deutschen Grammatik². Stuttgart: Metzlersche Verlagsbuchhandlung.
- Engell, B., Hütter, B.-O., Willmes, K., Huber, W. (2003): Quality of life in aphasia: Validation of a pictorial self-rating procedure. *Aphasiology*, 17 (4), 383-396.
- Glindemann, R. (2001): Therapie der Aphasien und der nicht-aphasischen zentralen Kommunikationsstörungen. In: G. Böhme (Hrsg.): Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen. Band 2: Therapie³. München, Jena: Urban, Fischer, 332-361.
- Glindemann, R., Cramon, D.Y., von (1995): Kommunikationsstörungen bei Patienten mit Frontalhirnläsionen. *Sprache, Stimme, Gehör*, 19, 1-7.
- Glindemann, R., Ziegler, W., Kilian, B. (2001): Aphasien und Kommunikation. In: G. Goldenberg, J. Pössl, W. Ziegler (Hrsg.): Neuropsychologie im ..., 78-97.
- Götze, R., Höfer, B. (1997): Alltagsorientierte Therapie. In: S. Gauggel, G. Kerckhoff (Hrsg.): Fallbuch der Klinischen

- Neuropsychologie. Praxis der Neurorehabilitation. Göttingen, Bern, Toronto: Hogrefe, 368-379.
- Götze, R., Höfer, B. (1999): AOT – Alltagsorientierte Therapie bei Patienten mit erworbener Hirnschädigung. Eine Aufgabe für das gesamte Reha-Team. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.
- Goldenberg, G. (2000): Apraxie. In: W. Sturm, M. Herrmann, C.-W. Wallesch (Hrsg.): Lehrbuch der Klinischen ..., 452-461.
- Goldenberg, G. (2002): Neuropsychologie. Grundlagen, Klinik, Rehabilitation³. München, Jena: Urban, Fischer.
- Goldenberg, G., Pössl, J., Ziegler, W. (2001): Neuropsychologie im Alltag. Stuttgart, New York: Thieme Verlag.
- Golper, L.A. (2001): Teams and Partnerships in Aphasia Intervention. In: R. Chapey (ed.): Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders⁴. Philadelphia, Baltimore, New York, London: Lippincott, Williams, Wilkins, 194-207.
- Karch, S. (2002): Kommunikationsschwierigkeiten nach Schädel-Hirn-Trauma: Entwicklung eines Fragebogens für Patienten und Angehörige. Diplomarbeit im Rahmen der Diplomprüfung für Psychologen. Bayrische Julius-Maximilians-Universität Würzburg.
- Karnath, H.-O., Kammer, Th. (2003): Manifestationen von Frontalhirnschädigungen. In: H.-O. Karnath, P. Thier (Hrsg.): Neuropsychologie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag, 515-528.
- Kerkhoff, G. (2000): Neurovisuelle Rehabilitation nach Hirnschädigung. *Ergotherapie* Jg. 1 (2), 53-65.
- Kerkhoff, G., Münßinger, U., Marquard, Ch. (1993): Sehen. In: D.Y. von Cramon, N. Mai, W. Ziegler (Hrsg.): Neuropsychologische Diagnostik ..., 1-38.
- Laireiter, A. (1997): Qualitätssicherung von Psychotherapie: Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität in der ambulanten Praxis. *Psychotherapie Forum*, 5, 203-218.
- MacLeod, G.M., MacLeod, L. (1996): Evaluation of client and staff satisfaction with a goal planning project implemented with people with spinal cord injuries. *Spinal Cord* 34, 525-530.
- Mai, N., Blaut, M., Hermsdörfer, J. (1993): Handfunktionen. In: D.Y. von Cramon, N. Mai, W. Ziegler (Hrsg.): Neuropsychologische Diagnostik ..., 225-257.
- Mangold, M. (2001): Die Untersuchung der Kommunikationsfähigkeit bei hirngeschädigten Patienten mit einer schweren expressiven Sprach- und Sprechstörung. Magisterarbeit. LMU, München.
- Pössl, J., Schellhorn, A. (2002): Therapieziele in der neuropsychologischen Rehabilitation. In: G. Goldenberg, J. Pössl, W. Ziegler (Hrsg.): Neuropsychologie im Alltag ..., 12-31.
- Pössl, J., Schellhorn, A., Ziegler, W., Goldenberg, G. (2003): Die Erstellung individueller Therapieziele als qualitätssichernde Maßnahme in der Rehabilitation hingschädigter Patienten. *Neurologie, Rehabilitation*, 9, 62-70.
- Schlenck, C., Schlenck, K.-J. (1994): Beratung und Betreuung von Angehörigen aphasischer Patienten. *Logos Interdisziplinär* 2, 90-97.
- Schneider, U. (1993): Psychotherapeutische Diagnostik. In: D.Y. von Cramon, N. Mai, W. Ziegler (Hrsg.): Neuropsychologische Diagnostik ..., 311-327.
- Schöler, M., Grötzbach, H. (2002): *Aphasie. Wege aus dem Sprachdschungel*. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Schuri, U. (2000): Gedächtnisstörungen. In: W. Sturm, M. Herrmann, C.-W. Wallesch (Hrsg.): Lehrbuch der Klinischen ..., 375-391.
- Schut H.A., Stam H.J. (1994): Goals in rehabilitation teamwork. *Disability and Rehabilitation* 16: 223-6.
- Sening, H., Wintersberger C. (1998): *Pflegeleitfaden. Rehabilitative Methoden*. München, Wien, Baltimore: Urban, Schwarzenberg.
- Springer, L. (1986): Behandlungsphasen einer syndromspezifischen Aphasie-therapie. *Sprache, Stimme, Gehör* 10, 22-29.
- Sturm, W., Zimmermann, P. (2000): Aufmerksamkeitsstörungen. In: W. Sturm, M. Herrmann, C.-W. Wallesch (Hrsg.): Lehrbuch der Klinischen ..., 345-365.
- Sturm, W., Herrmann, M., Wallesch, C.-W. (2000) (Hrsg.): Lehrbuch der Klinischen Neuropsychologie. Grundlagen, Methoden, Diagnostik, Therapie. Lisse, The Netherlands: Swets, Zeitlinger-Publishers.
- Tesak, J. (2001): Grundlagen der Aphasie-therapie. Idstein: Schulz-Krichner Verlag.
- Unverhau, S., Babinsky, R. (2000): Zielsetzung und Behandlungsplan in der neuropsychologischen Therapie. In: W. Sturm, M. Herrmann, C.-W. Wallesch (Hrsg.): Lehrbuch der Klinischen ..., 300-320.
- Vogel, H., Tuschhoff, T., Zillensen, E. (1994): Die Definition von Rehabilitationszielen als Herausforderung für die Qualitätssicherung. *Deutsche Rentenversicherung* 11, 751-64.
- WHO (2001): International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: World Health Organisation.

Anschrift der Verfasser:

Dr. phil. Ralf Glindemann
Städtisches Krankenhaus München-Bogenhausen, Abteilung für Neuropsychologie
Englschalkinger Str. 77
81925 München

Dr. phil. Ralf Glindemann, Neurolinguist, arbeitete als wissenschaftlicher Mitarbeiter an der RWTH Aachen schwerpunktmäßig in den Bereichen Therapieforchung und kommunikativ-pragmatische Ansätze in der Aphasie-therapie. Seit 1992 ist er Leiter der Sprachtherapie in der Abteilung für Neuropsychologie im Städtischen Krankenhaus München-Bogenhausen. Ralf Glindemann ist Autor zahlreicher Publikationen zur Aphasie-therapie. Er ist im wissenschaftlichen Beirat der Gesellschaft für Aphasieforschung und -behandlung (GAB).

Dr. Dipl.-Psych Josef Pössl
Städtisches Krankenhaus München-Bogenhausen, Abteilung für Neuropsychologie
Englschalkinger Str. 77
81925 München

Dr. phil. Josef Pössl war nach seinem Studium der Psychologie am Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München tätig. Seit 1990 ist er Mitarbeiter der Entwicklungsgruppe Klinische Neuropsychologie und arbeitete gleichzeitig als Psychologischer Psychotherapeut in der Abteilung für Neuropsychologie am Städtischen Krankenhaus München-Bogenhausen. Er beschäftigt sich schwerpunktmäßig mit psychosozialen Aspekten der Rehabilitation und Themen der Qualitätssicherung.

PD Dr. Wolfram Ziegler
Städtisches Krankenhaus München-Bogenhausen, EKN – Entwicklungsgruppe Klinische Neuropsychologie
Dachauer Str. 164
80992 München

PD Dr. Wolfram Ziegler ist Leiter der Entwicklungsgruppe Klinische Neuropsychologie in der Neuropsychologischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses Bogenhausen. Er ist als Privatdozent für das Fach Neurophonetik an der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) München tätig und unterrichtet Phonetik an der Staatlichen Berufsfachschule für Logopädie der LMU.

Wolfram Ziegler ist Schriftführer der Gesellschaft für Aphasieforschung und -behandlung (GAB) und Mitglied in wissenschaftlichen Beiräten und Editorial Boards verschiedener Fachzeitschriften. Er ist Autor zahlreicher Publikationen aus den Bereichen Dysarthrie, Sprechapraxie und Aphasie.

Prof. Dr. Georg Goldenberg
Städtisches Krankenhaus München-Bogenhausen, Abteilung für Neuropsychologie
Englschalkinger Str. 77
81925 München

Prof. Dr. Georg Goldenberg ist Chefarzt der Neuropsychologischen Abteilung des Krankenhauses München Bogenhausen. Er ist Verfasser zahlreicher Beiträge in internationalen Fachzeitschriften und Büchern und derzeit Vorsitzender der Gesellschaft für Aphasieforschung und -behandlung (GAB).

Die Delegiertenversammlung 2004 in Heidelberg: Klärung, Hoffnung und Bedrohung

Nahezu vollzählig trafen sich am Vortrag des 26. dgs-Kongresses die 134 Delegierten aus 17 Landesgruppen der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V. zur Neuwahl des Vorstands und seiner Gremien. Zunächst wurde über die Tätigkeitsberichte der zurückliegenden zwei Jahre beraten, die der Geschäftsführende Vorstand (GV) sowie die Landesgruppenvorsitzenden und die Redaktion im Heft 4/2004 dieser Zeitschrift vorgelegt hatten. Diese trafen auf allgemeine Zustimmung. Nachdem die Kassenprüfer ihren Bericht vorgelegt und den Antrag auf Entlastung des Rechnungsführers gestellt hatten, konnten auch der GV und die Redaktion von den 126 anwesenden Stimmberechtigten einstimmig entlastet werden.

Alle Mitglieder des „alten“ GV hatten sich zur Wiederwahl bereit erklärt, so dass diesmal der Wahlverlauf sehr zügig vonstatten gehen konnte. Nur über den ersten Bundesvorsitzenden wurde in geheimer Wahl abgestimmt, den anderen Kandidaten wurde oft einstimmig, manchmal mit wenigen Enthaltungen, öffentlich ein zustimmendes Votum erteilt: für den 2. Bundesvorsitzenden F. Schlicker, die Bundesgeschäftsführerin S. Fenk, den Rechnungsführer W. Scheuermann, die Schriftführerin V. Skupio sowie für die Redaktionsmitglieder Dr. U. de Langen-Müller und Dr. U. Förster. An der Wiederwahl Kurt Bielfelds mag niemand gezweifelt haben. Dass sie aber mit nur vier Gegenstimmen und zwei Enthaltungen erfolgte, zeugt von der großen Anerkennung, die seiner Führung des Verbandes in der zurückliegenden schwierigen Zeit gezollt wird. Ohne sein Engagement und den unermüdlichen Einsatz wäre ihm das nicht gelungen. Der bisher in der Redaktion kommissarisch arbeitende Prof. Dr. O.

Braun wurde einstimmig in die vakante Position gewählt. Ebenfalls neu gewählt wurden der Referent für Hochschulfragen, Prof. Dr. M. Grohnfeldt, und die bisher vom Hauptvorstand nur beauftragte Pressereferentin, Dr. K. Röchner-Münch. Mit der Neuwahl von T. Schaus als Kassenprüfer wurde für die in diesem Gremium notwendige Rotation gesorgt und durch die Wiederwahl von R. Beckmann zugleich für die Weitergabe des „prüfungstechnischen Know how“ gesorgt. Einstimmig im Amt bestätigt wurde auch der Wahlausschuss mit H. Gathen, T. Razzaghi und A. Bergmann.

Eine wesentliche **Klärung** brachte die anschließende Beratung und der Beschluss zum satzungsändernden ersten Antrag, der eine Neufassung des § 15 zum Gegenstand hat. Durch die Namensänderung des dbs und die Um-

wandlung der Doppelmitgliedschaft in eine freiwillige Mitgliedschaft, die die Mitgliederversammlung des dbs im Januar 2004 in Bochum beschlossen hatte, war diese Konsequenz unumgänglich geworden (vgl. „Auf ein Wort“ in „Die Sprachheilarbeit“ 4/2004). Statt der bisherigen Kennzeichnung des dbs als „selbständige Untergliederung der dgs“ stellt der neue § 15 die Beziehung zum dbs jetzt auf den Boden der „Kooperation mit dem Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten e. V. (dbs) ... Einzelheiten ihrer Zusammenarbeit regeln die Verbände in einer Kooperationsvereinbarung“. Das ist die entscheidende Aussage unter den vier Erläuterungen des § 15, weshalb vorab die eingehende Diskussion der im Vorfeld erarbeiteten Kooperationsvereinbarung notwendig war (s. u. die nunmehr verabschiedete Textfassung). Die



Der wiedergewählte dgs-Bundesvorsitzende Kurt Bielfeld (li), und der dbs-Bundesvorsitzende, Dr. Volker Maihack (re), tauschen unter dem Beifall der Delegierten und Vorstandsmitglieder die unterzeichneten Kooperationsvereinbarungen aus.

darauf folgende Abstimmung erbrachte nur eine Gegenstimme und acht Enthaltungen, womit das Resultat dieses langwierigen Entscheidungsprozesses von den Delegierten eindrucksvoll bestätigt worden ist. Beide Bundesvorsitzenden der jetzt selbständigen Verbände, K. Bielfeld und Dr. V. Maihack, brachten bei der Unterzeichnung dieser Absichtserklärung ihre Überzeugung zum Ausdruck, dass nunmehr im Interesse der sprachgestörten Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen die Basis für eine fruchtbare Zusammenarbeit zum Wohle beider Verbände und gegenseitigem Nutzen gefunden worden ist.

Auf diesen **Hoffnung** stiftenden Abschnitt der Delegiertenversammlung folgte nach der Mittagspause die Diskussion und Verabschiedung von weiteren neun Anträgen. Vier von ihnen sind auf technische Details der Verbandsarbeit gerichtet (Erweiterung des Verfügungsrahmens für den Rechnungsführer und Neufassung der dgs – Satzung sowie der Geschäftsordnung). Sie wurden einstimmig angenommen. In einem mit drei Gegenstimmen und zwei Enthaltungen angenommenen Antrag wird die Initiative des Verbandes hinsichtlich der Einführung verbindlicher zertifizierter Fortbildungen für schulisch tätige Sprachheilpädagogen angemahnt. Ein weiterer ähnlich hoch befürworteter Antrag zielt auf die Erstellung eines Leitbildes der dgs im Sinne eines Konzeptes zur Corporate Identity.

Eine **Bedrohung** stellt zweifellos die unter dem Diktat der Sparzwänge in mehreren Bundesländern beobachtete Nichtbesetzung oder sogar Streichung des Lehrstuhls für Sprachbehindertenpädagogik dar. An anderer Stelle zeichnen sich in der fachspezifischen Ausbildung schwere Einschnitte ab, weshalb zwei Anträge die Sicherung von Qualitätsstandards in der Ausbildung von Sprachbehindertenpädagogen zum Gegenstand haben. Von Seiten der dgs sollen diesbezüglich bei der Einführung der Bachelor- und Master-Studiengänge geeignete Maßnahmen ergriffen werden. Auch die zunehmende Einführung

der flexiblen Schuleingangsphase kann sich zur Gefahr für die Wahrung der Chancengleichheit für sprachbehinderte Kinder entwickeln, wenn nicht dafür gesorgt wird, dass ihnen durch professionelle Diagnostik noch vor Schuleintritt eine intensive Förderung von Anfang an zuteil werden kann. Diese drei von offensichtlich berechtigter Sorge getragenen Anträge wurden nach geringen Änderungsvorschlägen ebenfalls einstimmig verabschiedet.

So wurde dem alten/neuen Vorstand wiederum ein gehöriges Pensum mit auf den Weg gegeben. Allen, die an der Bearbeitung dieser Aufträge zukünftig beteiligt sein werden, ist zu wünschen, dass die nächste Delegiertenversammlung 2006 in Köln wieder eine ähnlich positive Bilanz erbringen mag! Wird es gelingen, den Bedrohungen erfolgreich entgegenzutreten? Werden sich die in die Kooperationsvereinbarung gesetzten Hoffnungen erfüllen? Unserem Verband stehen zwei weitere spannende Jahre bevor.

Karla Röhner-Münch

Kooperationsvereinbarung zwischen der dgs und dem dbs

Beide Verbände erklären, dass sie sowohl auf der Bundes- als auch auf der Landesebene weiterhin eine enge Zusammenarbeit pflegen wollen. Daher wird Folgendes vereinbart:

1. Die Partner wünschen, dass satzungsgemäß der Vorsitzende der dgs weiterhin Mitglied im Vorstand des dbs und der Vorsitzende des dbs Mitglied im Vorstand der dgs ist und aktiv an der Vorstandsarbeit des anderen Verbandes teilnehmen.
2. Es soll auch weiterhin gewährleistet bleiben, dass die freiberuflichen dgs-Mitglieder durch den dbs in Rechts- und Kassenangelegenheiten vertreten werden.
3. Die Sorge um die gemeinsame akademische Ausbildung ist für beide Partner ein Kernstück der gemeinsamen Verbandsarbeit. Beide Part-

ner streben den Erhalt und die Förderung der universitären Strukturen an.

4. Die dgs-Fortbildungen und Kongresse sowie das jährliche dbs-Symposium sollen weiterhin allen Mitgliedern zur Verfügung stehen. Die gemeinsame Fortbildung von Sprachheillehrern und Sprachtherapeuten ist gewünscht und notwendig.
5. Das gemeinsame Publikationsorgan – die wissenschaftliche Zeitschrift „Die Sprachheilarbeit“ – soll unbedingt erhalten bleiben. Dafür engagieren sich beide Partner. Sollte es aufgrund finanzieller Engpässe zu einer Gefährdung der Herausgabe kommen, tritt der dbs in die Finanzierung ein.
6. Eine gemeinsame Außendarstellung soll erhalten bleiben. Es soll auch weiterhin z. B. eine gemeinsame Pressemappe und eine gegenseitige Darstellung auf Messen geben.
7. Der erfolgreiche gemeinsame Internetauftritt soll bestehen bleiben und von beiden Partnern gefördert werden.

29. September 2004

Kurt Bielfeld

(1. Bundesvorsitzender der dgs)

Dr. Volker Maihack

(1. Bundesvorsitzender des dbs)

Neuartige Werkstatt mit Profil und Qualität – der XXVI. dgs-Kongress in Heidelberg

„Werkstatt Sprachheilpädagogik“ war das Thema des XXVI. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V., der vom 29. September bis 2. Oktober 2004 über 1300 interessierte Fachleute in die reizvolle Stadt am Neckar gelockt hat. Der XXV. war vor zwei Jahren ein etwas kleinerer und vor allem festlicher Jubiläumskongress (Die Sprachheilarbeit 6/2002, 280ff). Im Gegensatz dazu wollte das Leitungsteam unter Peter Arnoldy und Birgit Traub aus der Landesgruppe

Baden-Württemberg nun im nächsten Kongress den Werkstattgedanken betonen. Eine solche Arbeitstagung sollte „als Auseinandersetzung verstanden werden, in der intellektuelles, praktisches und kreatives sonderpädagogisches Handeln im Mittelpunkt steht“ und darüber hinaus „die Erprobung und das Kennenlernen innovativer Didaktiken, Methoden oder sonderpädagogischer Strömungen“ ermöglichen (*Die Sprachheilarbeit* 1/2003, 2). Das bedeutete zum einen, dass die „Werkstatt“ mit einer breiten Palette von Ideen aus Theorie und Praxis aufwarten würde, vor allem auch mit solchen, die sich noch im Entwicklungsprozess befinden und nicht endgültig veröffentlichungsreif sind – eben Werkstattberichte. Zum anderen bargen diese Überlegungen die Konsequenz, auf „repräsentative“ Veranstaltungen bewusst zu verzichten. Statt dessen würde in den drei Tagen die Fortbildungswilligen ein gleichsam studentisches Flair auf dem Campus der Pädagogischen Hochschule erwarten. Ist das Konzept aufgegangen? Hat das „Repräsentative“ gefehlt? Die letzte Frage kann mit einem klaren „Nein“ beantwortet werden, zumal der Eröffnungsabend von dem überzeugenden Auftritt der Kultusministerin des Landes, Frau Dr. A. Schavan, die gleichzeitig die amtierende Präsidentin der Kultusministerkonferenz ist, geprägt war. Darüber soll an anderer Stelle berichtet werden. Auch die abschließende Podiumsdiskussion des Kongresses, in der sich alle Teilnehmer noch einmal als Zuhörer zusammenfinden konnten (leider kaum auch als Fragende, was der knappen Zeit geschuldet war), dürfte mit der daraus hervorgegangenen Presseerklärung für die notwendige Öffentlichkeitsarbeit und „Repräsentativität“ gesorgt haben. Den fehlenden Eröffnungsvormittag wird kaum jemand vermisst haben, eingedenk seiner Erfahrungen mit manchmal etwas enttäuschenden „Großreferaten“ in Riesensälen (Halle 2002 bildete hier eine rühmliche Ausnahme!). Stattdessen ging es sofort „zur Sache“, und die sei nachfolgend näher betrachtet.

Vermochte die Idee einer „Werkstatt Sprachheilpädagogik“ zu überzeugen?

Nach meinen Erfahrungen und Rückmeldungen gibt es hier nur ein deutliches „JA“. Betrachtet man die Quantität, so beeindruckt die Menge des Angebotenen: Jeweils fünf Vorträge und zwölf Workshops liefen parallel. Zwischen denen mussten sich die Besucher entscheiden. Viele von ihnen hatten sich im Vorfeld per Internet bereits für einen der 50 Workshops eingetragen, so dass diese zu Kongressbeginn meist ausgebucht waren. Überraschenderweise wurden die Teilnehmerlisten auch voll respektiert, weil es genügend Ausweichmöglichkeiten gab. So schien es keine enttäuschten Gesichter zu geben. Welch eine Bestätigung für das erstmalige Inanspruchnehmen professioneller Hilfe für die Kongressorganisation, zu der sich die Landesgruppe Baden-Württemberg entschlossen hatte! Dank klarer Zeitstruktur konnte jede(r) Teilnehmer(in) maximal neun verschiedene Veranstaltungen von 90-minütiger Dauer besuchen. So war es möglich, sich relativ gründlich mit den einzelnen Themen auseinander zu setzen. Man konnte vor allem auch nachfragen oder ggf. darüber diskutieren. Die kaum beobachtete Fluktuation in den Veranstaltungen und vor allem die gespannte Aufmerksamkeit der Zuhörerschaft, von der allgemein berichtet wurde, bestätigte also die von den Veranstaltern gewählte Form. Die „Werkstatt“ war jeweils von 9.30 bis 18 Uhr geöffnet und bot, was nicht unwichtig ist, auch ausreichende Pausenzeiten für den kollegialen Gedankenaustausch und das so beliebte Stöbern auf dem Medienmarkt. Im Übrigen schien es allgemein begrüßt zu werden, dass die zwei Abende unverplant und der Initiative jedes Einzelnen überlassen blieben. Wie sonst hätte man die verlockenden Altstadt-Angebote der Gastgeberstadt prüfen können?

Was waren die inhaltlichen Schwerpunkte oder die „Highlights“? Einzelne Referenten zu benennen ist schier unmöglich, denn groß war die Zahl bekannter und sehr bekannter Namen. Es ist auch nicht leicht, die Schwerpunkte aus der Themenvielfalt herauszufiltern, nur vier seien benannt: Oben standen nach meinem Eindruck die

Fragen zur Unterstützung des Schriftspracherwerbs, bzw. zur Prävention und Überwindung von LRS, bezogen auf verschiedene Altersgruppen und Förderstrukturen. Hiervon fühlten sich offensichtlich schulische wie außerschulisch tätige Sprachheilpädagogen unmittelbar angesprochen. Auffällig war, dass in mehreren Beiträgen die Einbeziehung elektronischer Medien als ein inzwischen nahezu unverzichtbares Hilfsmittel explizit thematisiert, meist auch überzeugend demonstriert wurde.

Das verweist auf den zweiten Schwerpunkt: Fragen der Mediennutzung, speziell der multimedialen Softwarenutzung in Diagnose, Therapie und Unterricht bei unterschiedlichen sprachheilpädagogischen Fragestellungen, bezogen auf die Altersgruppen vom Kleinkind bis zum Jugendlichen. Dieser Bereich bildete eine weitere Themengruppe, die in früheren Zeiten sehr viel weniger Beachtung gefunden hat, jetzt aber deutlicher nachgefragt wird. Hier zeigte sich m. E. der Werkstattcharakter besonders deutlich, indem mehrfach von aktuellen Forschungen und in Arbeit befindlichen Projekten berichtet wurde.

Selbstverständlich stand auch das breite Spektrum zur Diagnose sowie zu unterschiedlichen Therapieansätzen und Modellen der Elternberatung bei spezifischer Sprachentwicklungsstörung mit sehr vielen Beiträgen im Blickfeld des Kongressangebotes. Die Einbeziehung von Spiel, Musik, Malen und/oder Bewegung fand ebenso in mehreren Beiträgen spezielle Berücksichtigung, wie das präventive Vorgehen im Vorschulalter. Bei diesem versucht man durch die systematische Förderung phonologischer Bewusstheit, den später zu erwartenden schulischen Problemen vorzubeugen.

Die „Klassiker“ der Sprachbehinderterpädagogik, wie Themen zur Stottertherapie und Stimmbehandlung oder didaktische Fragen i. S. sprachtherapeutischen Unterrichts, waren dagegen deutlich weniger vertreten. Doch auch hier beeindruckte die Vielfalt des Angebotenen, die z. B. Fragen des frü-

hen Fremdsprachenerwerbs oder den Umgang mit spezifischen Problemen der Migrantenkinder einschloss. Mich vermochte in diesem Feld ganz besonders der auf soliden Forschungen beruhende Beitrag „Kontextoptimierter Unterricht an der Schule für Sprachbehinderte“ zu überzeugen, weil er einen realistischen Weg für die unmittelbare schulische Förderung grammatischer Fähigkeiten aufzeigte. Auffällig war, dass keinerlei Beiträge zur Sprachrehabilitation im Erwachsenenalter vertreten waren.

Ein ganz besonderer Schwerpunkt waren zweifellos die verschiedenen Workshops, die von Musik, Tanz, Bewegung, rhythmischer Sprache und Improvisation getragen waren und die wohl allesamt begeistert genutzt worden sind. Durch kreatives Gestalten und die Einbeziehung verschiedener Medien sollten hierbei den Teilnehmer(inne)n sowohl Anregungen für die Arbeit mit ihren Kindern, als auch Gelegenheit zur Selbsterfahrung gegeben werden. Es wurde eine „Förderung und Stärkung der Gesamtpersönlichkeit des/der Therapeuten/Therapeutin bzw. des /der Sonderpädagogen/in“ (a.a.O.) beabsichtigt. Gewiss ein hoher Anspruch, der aber für

so manchen Kongressbesucher Realität geworden sein mag.

Unter dem Motto „Wie Sprachentwicklungsprobleme beginnen und wie sie enden“ fokussierte die Abschlussveranstaltung in einem Podiumsgespräch noch einmal die gesamte Spannweite und eminente gesellschaftliche Bedeutung der in den zurückliegenden Tagen bearbeiteten Thematik. Übereinstimmend betonten die Wissenschaftler Dr. Barbara *Gasteiger-Klicpera*, Prof. Dr. Hannelore *Grimm*, Prof. Dr. Manfred *Grohnfeldt*, Prof. Dr. Waldemar von *Suchodoletz* und Dr. med. Dipl.-Psych. Jochen *Jungmann* die Notwendigkeit von Frühförderung und interdisziplinärer Zusammenarbeit in hoher Qualität. Unter starkem Beifall wurde gefordert, eben diese in möglichst naher Zukunft rechtlich zu verankern, um zu gewährleisten, dass sie endlich den Status gesellschaftlicher Normalität erlangen. Ein optimistisch stimmender Ausklang! Werden wir diesem Ziel, zu dem es keine vernünftige Alternative gibt, ein Stück näher gekommen sein, wenn 2006 zum XXVII. Kongress nach Köln eingeladen wird?

Resümierend bleibt festzustellen: Die Veranstalter haben mit Ideenreichtum,

großem Engagement, spürbarer Begeisterung und Sorgfalt das Bestmögliche für einen reibungslosen und ertragreichen Kongressablauf getan und so den selbst gesetzten hohen Anspruch erfolgreich eingelöst. Ihnen allen sei herzlich dafür gedankt!

Karla Röhner-Münch

Fortbildungsangebote der dgs-Landesgruppen

LG Hamburg

05. Februar 2005, 9 – 16 Uhr, Sprachheilschule Zitzewitzstraße

Dr. Peter *Marx*: **Phonologische Bewusstheit: Bedeutung, Diagnostik und Förderung**; dgs-Mitglieder 10 €, erm. 8 €, Nichtmitglieder 30 €

16. April 2004, 9 – 16 Uhr, Sprachheilschule Zitzewitzstraße

S. *Kroffke*, Prof. Dr. M. *Rothweiler*: **Spezifische Sprachentwicklungsstörungen und Mehrsprachigkeit**; dgs-Mitglieder 10 €, erm. 8 €, Nichtmitglieder 30 €

Anmeldung bei Winfried *Mommsen* (dgs-Hamburg) Tel.: 040-609 57 86
Am Buckhornwald 9e, 22359 Hamburg
E-Mail: winfriedmommsen@aol.com

dbS – Beruf und Politik im Verband

Liebe Leserin, lieber Leser,

wieder einmal finden Sie auf Ihren Berufsverbandsseiten die gewohnten Informationen. Darüber hinaus möchte ich Sie aber auf die Bekanntgabe des neuen Studienganges 'Sprachtherapie' in München aufmerksam machen. Es ist der erste Studiengang dieser Art in Deutschland, der den Konsens des Papiers der Konferenz der akademischen Sprachtherapeuten Deutschlands (KaSD) vom Oktober 2000 in die Wirklichkeit umzusetzen verspricht.

Besonders freut sich Ihr dbS auch darüber, durch Jutta *Klene* wieder eine engagierte Arbeitnehmervvertretung anbieten zu können.

Bitte beachten Sie auch die Einladung zum 6. dbS-Symposium, die Sie unter der Rubrik Termine (S. 311) finden.

Ihre Ulrike *de Langen-Müller*

Kontakt: Dr. phil. U. de Langen-Müller, Mozartstr. 16, 94032 Passau
Tel./Fax: 0851-9346361 / 9666974
e-mail: deLangen-Mueller@addcom.de

Neuer Studiengang „Sprachtherapie“ in München

Ab dem WS 2004/05 wird an der Ludwig-Maximilians-Universität München ein konsekutiver Ba-/Ma-Studiengang „Sprachtherapie“ angeboten,

der interdisziplinär und international ausgerichtet ist. Auf der Grundlage des Konsenspapiers der „Konferenz der akademischen Sprachtherapeuten Deutschlands“ (KaSD)¹ vom 27.10.2000 zum „Ausbildungsprofil Sprachtherapeutin“ wurde ein Studiengang unter Berücksichtigung der Richtlinien der „International Association for Logopedics and Phoniatrics“ (IALP)²

¹ Konsenspapier der „Konferenz der akademischen Sprachtherapeuten Deutschlands“ (KaSD): Ausbildungsprofil Sprachtherapeutin. Die Sprachheilarbeit 46 (2001), 36-39.

² IALP Guidelines for Initial Education in Logopedics (Speech/Language Pathology/Therapy, Orthophony etc.) JALP News: Folia Phoniatri. logop 46 (1994), 48-55.

entwickelt. Das Studium ist modularisiert und bietet fachspezifische Anteile aus den Bereichen der Sprachheilpädagogik, Linguistik, Medizin und Psychologie an.

- Der 6-semestrige Bachelorstudiengang mit 114 SWS und 180 Leistungspunkten (Credits) beinhaltet einen ersten berufsqualifizierenden Abschluss. Durch die beiden Bereiche (Makromodule) „Wissenschaftliche Grundlagen der Sprachtherapie“ und „Theorie und Praxis der Sprachtherapie“ wird das Berufsfeld der Sprachtherapie bereits in seiner gesamten Breite abgedeckt. Weiterhin kann zwischen den Zusatzqualifikationen „Sprachentwicklungsstörungen“ und „Neurogene Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen“ gewählt werden. Während des Studiums ist eine supervidierte klinisch-praktische Ausbildung von 20 SWS in ausgewählten Einrichtungen (z.B. Lehrkrankenhäusern, freien Praxen) zu absolvieren.
- Der 4-semestrige Masterstudiengang mit zusätzlichen 60 SWS und 120 Leistungspunkten (Credits) baut darauf auf und beinhaltet neben dem vertieften berufsqualifizierenden Abschluss die besondere Möglichkeit zu einer intensivierten Forschung.

Neben dem Makromodul „Wissenschaftliche Grundlagen der Sprachtherapie“ stehen die Vertiefungen „Sprachentwicklungsstörungen“ und „Neurogene Sprach- und Sprechstörungen“ zur Auswahl. Wie in der Ba-Phase erfolgt eine klinisch-praktische Ausbildung von 20 SWS. Die Ma-Phase ist dabei in besonderem Maße auf besondere Forschungsaktivitäten und die Ausbildung von Führungskräften angelegt.

Durch die Verbindung von zwei Lehrstühlen (Prof. Dr. M. Grohnfeldt: Sprachheilpädagogik; Prof. Dr. E. Leiss: Germanistische Linguistik) ist es möglich, neben einem stringent aufgebauten Veranstaltungsangebot die o.g. Möglichkeiten der Differenzierung und Zusatzqualifikation anzubieten. Insgesamt handelt es sich um einen Studiengang, der bei einer Bündelung und

Vernetzung der Fächer grundsätzlich auf Spitzenleistungen in Forschung und Lehre im internationalen Wettbewerb ausgerichtet ist.

Bewerbungen sind jeweils zum Wintersemester möglich. Die Studentenzahl ist pro Jahr begrenzt und wird über ein Auswahlverfahren ermittelt. Nähere Informationen gibt die zentrale Studienberatung an der Ludwig - Maximilians - Universität München (Geschwister -Scholl-Platz 1, 80539 München).

Prof. Dr. M. Grohnfeldt
Lehrstuhl für Sprachheilpädagogik
Ludwig-Maximilians-Universität
München

Forschungsinstitut für Sprachtherapie
und Rehabilitation (FSR)
Leopoldstr. 13, 80802 München

Förderpreis der GAB

Die Gesellschaft für Aphasieforschung und -behandlung (GAB) verleiht alle zwei Jahre einen Preis für herausragende wissenschaftliche Arbeiten aus dem Gebiet der zentralen Sprach- und Sprechstörungen. Der Preis ist für die Förderung des wissenschaftlichen und therapeutischen Nachwuchses vorgesehen. Die Preishöhe beträgt derzeit € 1500,-. Die eingereichten Arbeiten werden von einer durch die GAB bestimmten Jury begutachtet. Werden mehrere Arbeiten als förderungswürdig erachtet, kann der Preis auch aufgeteilt werden.

Die **Bewerbungsfrist** für den nächsten Preis endet am **1. April 2005**.

Richtlinien für die Vergabe des Preises finden Sie auf der Homepage www.aphasiegesellschaft.de, von wo sie als PDF-Datei heruntergeladen werden können.

dbS für Arbeitnehmer

Von Jutta Klene, Beirat Angestellte

Praktikumbörse

Für unsere zukünftigen Arbeitnehmer haben wir eine bundesweite Praktikumbörse eingerichtet. Bei Interesse

an einem Praktikumsplatz wenden Sie sich bitte an Ihre regionalen dbS-Vertreter. Dort erhalten Sie detaillierte Hinweise zu einem Praktikumsplatz in Ihrer Nähe.

Supervisionsgruppen

Im Oktober diesen Jahres hat der dbS ein Pilotprojekt gestartet, in dem regionale Supervisionsgruppen für Arbeitnehmer angeboten werden.

Über den Zeitraum von einem Jahr trifft sich im Rheinland, in Bayern und in Niedersachsen jeweils eine Supervisionsgruppe mit einer qualifizierten Supervisorin.

An sechs Terminen nehmen jeweils sechs Arbeitnehmer an der Supervision und der Evaluation des Projekts teil. Ziel dieser Pilotphase ist es, möglichst vielen Arbeitnehmern eine qualitativ hochwertige und kostengünstige Supervision anzubieten.

Arbeitnehmertag 2005

Der Arbeitnehmertag 2005 wird voraussichtlich im Juni nächsten Jahres stattfinden. Veranstaltungsort ist Hannover. Geplant sind zwei themenspezifische Workshops mit namhaften Referenten und ein anschließender berufspolitischer Teil.

Über weitere Informationen halten wir Sie auf dem laufenden.

www.dbs-ev.de/arbeitnehmer

Besuchen Sie unsere Informationsseiten im Internet und nutzen Sie das vielfältige Serviceangebot.

dbS-Fortbildungsprogramm 2005

Im November ist das Fortbildungsprogramm des dbS für 2005 erschienen. Darin werden über 40 Seminare zu vielen unterschiedlichen Gebieten der Sprachtherapie angeboten, z.B. zur Früherkennung und Frühförderung, Spracherwerbsstörungen, Stimmstörungen, Aphasie und Dysarthrie, Dysphagien, Stottern, Lese-Rechtschreibstörungen und vieles mehr.

Das Fortbildungsprogramm ist den dbs-Mitgliedern bereits zugestellt worden, auf den dbs-Internetseiten abrufbar und kann in der dbs-Geschäftsstelle angefordert werden.

Immer erreichbar:
www.dbs-ev.de

Termine



Legasthenie beim Namen nennen

Prävention, Diagnostik und Therapie von Störungen des Schriftspracherwerbs

Einladung

zum 6. Wissenschaftlichen Symposium des Deutschen Bundesverbandes der akademischen Sprachtherapeuten im Rahmen der jährlichen Mitgliederversammlung

am 21./22.01.2005 in Würzburg

Warum ein Symposium zum gestörten Schriftspracherwerb?

Anlass für diese Themenwahl ist die Tatsache, dass die Prävention, die Diagnostik und die Therapie von Entwicklungsdyslexien und -dysgraphien besonders im außerschulischen sprachtherapeutischen Bereich in Deutschland bislang von Vielen vernachlässigt wurden. Dies ist vor allem wegen der häufigen Koinzidenz von Sprachentwicklungsstörungen und Erwerbsstörungen der Schriftsprache erstaunlich und unverständlich. Manche Therapeuten sind vielleicht auch aufgrund der verwirrenden Theorienvielfalt im Denken und Handeln verunsichert. Was sind 'Moderscheinungen', was sind Fakten?

Das wissenschaftliche Symposium, für das wir auf diesem Gebiet namhafte Referentinnen und Referenten gewinnen konnten, soll zeigen, an welchen wissenschaftlichen Ergebnissen wir uns für eine zielgerichtete Diagnostik und eine evidenzbasierte Therapie orientieren können. Ein 'Stand der Kunst' also. „Legasthenie beim Namen nennen“ bedeutet: Es soll gesagt werden, welche Defizite sich tatsächlich hinter diesem Begriff verbergen und, wie wir diese in der Diagnostik erkennen können. Das Symposium will zugleich auch Wege aufzeigen, wie wir diesen Störungen des Schriftspracherwerbs als Sprachtherapeuten in der Prävention und in der Therapie begegnen können.

Die Podiums- und Plenumsdiskussion bietet die Möglichkeit zur Diskussion mit Fachleuten über Entwicklungsdyslexie und -dysgraphie. Das Symposium soll dazu beitragen, dass der Stellenwert der Sprachdiagnostik und -therapie bei Störungen des Erwerbs der Schriftsprache neu definiert wird.

Die Podiums- und Plenumsdiskussion bietet die Möglichkeit zur Diskussion mit Fachleuten über Entwicklungsdyslexie und -dysgraphie. Das Symposium soll dazu beitragen, dass der Stellenwert der Sprachdiagnostik und -therapie bei Störungen des Erwerbs der Schriftsprache neu definiert wird.

Die Grußworte sprechen:

Dr. Volker *Maihack*, Bundesvorsitzender des dbs
Christine *Sczygiel*, Bundesvorsitzende des Bundesverbandes Legasthenie und Dyskalkulie

Es referieren:

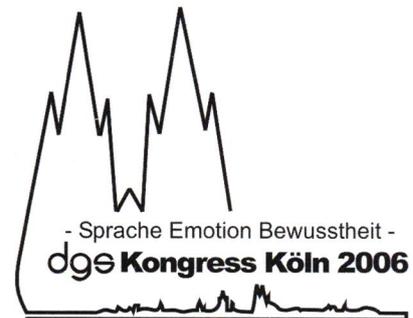
Dr. Leo *Blomert*, Faculteit der Psychologie, Universiteit Maastricht
HD Dr. Gerd *Mannhaupt*, Fachgebiet für Grundschulpädagogik und Kindheitsforschung, Universität Erfurt
Dr. Nicole *Stadie*, Institut für Linguistik, Universität Potsdam
HD Dr. Gerd *Schulte-Körne*, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Universität Marburg
Dr. Cordula *Löffler*, Abt. Sprachbehindertepädagogik, Pädagogische Hochschule Ludwigsburg
Dr. Petra *Küspert*, Würzburger Institut für Lernförderung
Drs. Marianne *Hellmann* & Drs. Michel *Ekkebus*, Regionaal Instituut voor Dyslexie, Arnhem.

Organisation und Moderation des Symposiums:

PD Dr. *Ernst G. de Langen*, Klinikum Passauer Wolf, Bad Griesbach / Institut für Linguistik, Universität Potsdam

Informationen und das vollständige Programm erhalten Sie beim Veranstalter:

dbs – Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten e.V. Geschäftsstelle:
Goethestr. 16, 47441 Moers
Tel.: 02841 988919, Fax 02841 988914
E-Mail: info@dbs-ev.de



Call for Papers

Vom 28. bis 30. September 2006 findet in Köln der XXVII. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V. statt. Die für die Organisation verantwortliche dgs-Landesgruppe Rheinland möchte mit dem Kongressthema „Sprache – Emotion – Bewusstheit“ drei sprachheilpädagogisch aktuelle und relevante Themenkreise ansprechen:

- Erstens geht es darum, Sprache und sprachliche Störungsbilder mit Fragen der emotionalen Bewältigung in Verbindung zu bringen. Bezugsgruppen sind sowohl Kinder und Jugendliche als auch Erwachsene.
- Zweitens verweist der Begriff „Bewusstheit“ auf die in den letzten Jahren zunehmend geforderte bewusste Beteiligung sprachlich beeinträchtigter Menschen an ihrem sprachlichen Lernprozess und auf die bewusste Auseinandersetzung mit Sprache überhaupt. Angesprochen sind hier sowohl schulische als auch außerschulische sprachheilpädagogische Handlungsfelder.

- Drittens schließlich wird angestrebt, Sprache, Emotion und Bewusstheit in ihrem inneren Zusammenhang zu thematisieren. Sprachliches Lernen in Therapie und Unterricht geschieht nicht losgelöst von Emotionen; sie entscheiden mit darüber, was im Gedächtnis Spuren hinterlässt und somit – bewusst oder unbewusst – abgerufen werden kann.

Die dgs-Landesgruppe Rheinland möchte mit ihrem *Kongress Köln 2006* einen Beitrag zur Qualitätsentwicklung des Unterrichts im sonderpädagogischen Förderschwerpunkt Sprache genauso wie zur Qualitätsentwicklung in der außerschulischen Sprachtherapie leisten. Dabei versteht sie das Thema insgesamt als Beitrag zu einem systemisch vernetzten Denken in Zeiten immer komplexer werdender Kommunikation.

Interessierte Referentinnen und Referenten aus Wissenschaft und Praxis werden gebeten, ihr Thema sowie die gewünschte Veranstaltungsform (Vortrag, Seminar) und -dauer (45 oder 90 Minuten) bis zum 15. Februar 2005 per Email beim Vorsitzenden der Landesgruppe Rheinland, Herrn Dr. Reiner Bahr, unter der Adresse bahr@dgs-rheinland.de einzureichen. Ihre Veranstaltung soll einen schon in der Themenformulierung deutlich erkennbaren Bezug zum Leitgedanken „Sprache – Emotion – Bewusstheit“ haben. Sie können bereits jetzt ein kurzes Abstract (maximal 15 Zeilen) anfügen. Auch eine kurze Beschreibung Ihres derzeitigen Tätigkeitsbereiches ist willkommen. Über die Annahme Ihres Angebots und über die sonstigen Rahmenbedingungen erhalten Sie bis zum 15. April 2005 Nachricht.

Dr. Reiner Bahr

8. Fachtagung Unterstützte Kommunikation (UK)

24. September 2005 Universität Dortmund

Anmeldung für Beiträge

Die 8. Fachtagung zur Unterstützten Kommunikation (UK) findet am 24.

September 2005 in Dortmund statt. Gastgeber sind ISAAC, Gesellschaft für Unterstützte Kommunikation e.V., in Kooperation mit der Universität Dortmund, Fakultät Rehabilitationswissenschaften und der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.

Unter dem Thema „Unterstützte Kommunikation über die gesamte Lebensspanne“ soll auf dieser Fachtagung Gelegenheit geboten werden, neben dem bisherigen Schwerpunkt „Schule“ und den anderen Themenfeldern Frühförderung/Therapie, Integration, Werkstatt und Wohnbereiche nun auch erstmals die zunehmend wichtiger werdenden Bereiche UK bei degenerativen Erkrankungen und UK im Alter zu erkunden. Wie bereits 2001 und 2003 sollen auch 2005 wieder neue Forschungsergebnisse und Forschungsmethoden vorgestellt werden. Es besteht darüber hinaus die Möglichkeit, Theorien und didaktische Modelle zur Unterstützten Kommunikation zu präsentieren und damit die theoretische Fundierung weiter voranzutreiben.

Für einen regen Austausch zwischen unterstützten sprechenden Menschen und deren Angehörigen, Pädagogen/innen, Therapeuten/-innen und Wissenschaftlern/-innen wird in den Vorträgen und Workshops, beim Elterncafé sowie im Foyer wieder genügend Zeit sein.

Die Meldung von Beiträgen für diese Fachtagung wurde bis zum 15. November 2004 erbeten. Leider erreichte uns die Ankündigung aber erst nach Redaktionsschluss der letzten Ausgabe der Sprachheilarbeit. Interessenten erfragen bitte beim Tagungsbüro, ob eine verspätete Vortragsanmeldung noch möglich ist.

Die Tagungsanmeldung für Teilnehmer erfolgt ab April 2005.

4. Karlsbader Dysphagie-Forum

31.3.- 2.4.2005 in Karlsbad-Langensteinbach

Informationen und Anmeldungen ab sofort über:

Sönke Stanschus, MA., Klinischer Linguist (BKL), Leiter Abt. Logopädie

Organisatorischer Leiter und Koordinator des Karlsbader Schluckzentrums, Klinikum Karlsbad-Langensteinbach GmbH
www.karlsbader-schluckzentrum.de
Guttmanstr. 1, 76307 Karlsbad
Tel.: 07202/61-3508, Fax: 07202/61-6151
e-mail: soenke.stanschus@kkl.srh.de

3. Leipziger Symposium mit Workshop Kinder- und Jugendstimme

Thema:
Sängerische Haltung

Zeitraum:
18.02.2005, 18.00 Uhr
20.02.2005, 14.00 Uhr

Veranstaltungsort:
Hochschule für Musik und Theater „Felix Mendelssohn Bartholdy“ Leipzig, Grassistr. 8, 04107 Leipzig

Zielgruppe:
Fachärzte für HNO-Heilkunde, Phoniatrie und Pädaudiologie, Kinderheilkunde, Logopäden, Sprechwissenschaftler, Stimmbildner, Chorleiter, Sänger, Gesangstudenten und Musikpädagogen.

Leitung:
Dr. Michael Fuchs, Leiter der Abteilung für Phoniatrie und Pädaudiologie, Universitätsklinikum Leipzig AÖR, Klinik und Poliklinik für HNO-Heilkunde, Liebigstr. 18a, 04103 Leipzig, Tel. 0341/9721800. Fax. 0341/9728102, E-Mail: phoniatrie@medizin.uni-leipzig.de

Informationen und Anmeldung:
Universitätsklinikum Leipzig AÖR, Klinik und Poliklinik für HNO-Heilkunde, Abteilung für Phoniatrie und Pädaudiologie, Liebigstr. 18a, 04103 Leipzig, Tel. 0341/9721800. Fax: 0341/9721709, E-Mail: phoniatrie@medizin.uni-leipzig.de und im Internet unter: www.uni-leipzig.de/~hno (>Lehre, >wissenschaftliche Veranstaltungen)
Die Anmeldung erfolgt ausschließlich mit einem gesonderten Formular, das unter o.g. Adresse angefordert werden kann.

Anmeldeschluss: 15.02.2005

Teilnahmegebühren:

80,- € (Studenten: 50,- €) Die Gebühren beinhalten den Besuch sämtlicher Vorträge und Seminare, ein warmes Mittagessen am 19.2.2005, Pausenverpflegung an allen Tagen und einen geselligen Abend am 19.2.2005.

Kooperation: Arbeitskreis Musik in der Jugend, Hochschule für Musik und Theater Leipzig, Bundesverband Deutscher Gesangspädagogen, Transdisziplinäres Institut für Stimmforschung.

Echo

Alter Hut – passt trotzdem gut? Ein Schriftwechsel

In der Ausgabe 3/04 der *Sprachheilarbeit* erschien der Artikel „Förderung schriftsprachlicher Fähigkeiten im Kindergartenalter“ von Claudia Osburg. Wir veröffentlichen hier, mit freundlicher Genehmigung der Korrespondierenden, einen Schriftwechsel zwischen Frau Claudia Osburg, Verfasserin des Artikels und Hochschuldozentin an der Carolo-Wilhelmina Universität zu Braunschweig und Herrn Manfred Düwert, ehemals Mitarbeiter in sonderpädagogischen Beratungsstellen für Stimm- und Sprachgestörte, seit 1994 Praxisinhaber und Vorsitzender der dbS-Landesgruppe Berlin-Brandenburg. Die Redaktion fand den Austausch der beiden spannend genug, um die Leser und Leserinnen der *Sprachheilarbeit* daran teilhaben zu lassen.

Sehr geehrte Frau Osburg,
bei der Überschrift in der *Sprachheilarbeit* horcht man auf, denn es ist ja eigentlich ein ziemlich alter Hut, dieses Thema. Da kommt Freude auf, wenn die Aktivitäten der vergangenen 30 Jahre auf diesem Gebiet erneut wissenschaftlich geweihte Anerkennung bekommen. Mein nächster Gedanke, dass man bei diesem Thema an Helmut Breuer und Maria Weuffen (Greifswald) „Gut vorbereitet auf das Lesen- und Schreibenlernen“, Deutscher Verlag der Wissenschaften, Berlin

1975, nicht vorbeikommt, konnte sofort verworfen werden. Es ist erstaunlich, man kommt vorbei. Auch an Gertraud Petermann „Vorschulkinder lernen Sprachlaute differenzieren“, Volk und Wissen, Volkseigener Verlag, Berlin 1986 (... wohl auch neu verlegt bei Diesterweg) dürfte man nicht vorbeikommen. Was ist da los? Ist es blanke Ignoranz? Oder Unwissen? Beides mag ich nicht glauben, stimmt aber traurig.

Mit einem freundlichen Gruß,
Manfred Düwert

Sehr geehrter Herr Düwert,
vielen Dank für Ihre Rückmeldung. Es ist weder Ignoranz noch Unwissenheit. Es ist eine Frage der theoretischen Positionierung. Im Jahre 2004 ist die Wissenschaft m. E. so weit, dass sie sich zwar auf diese Literatur von 1975 und 1986 noch mit gutem Gewissen stützen kann, aber auch ohne sie auskommt. Nach Gerhard Augsts Modell zur richtigen Schreibung kommt ein Schreiber über das Lautschema und das Schreibschema zu einer richtigen Schreibung. In meiner Dissertation (2. Aufl. 2002) zur „Gesprochenen und geschriebenen Sprache – Aussprachestörungen und Schriftspracherwerb“ (*Schneider*) habe ich die Position vertreten, dass insbesondere Kinder mit Aussprachestörungen nicht über den Weg des Lautschemas zur Schrift geführt werden sollten, wenngleich sie ihn auch!!! automatisch gehen. Die derzeit aktuellen Ansätze zum Schriftspracherwerb im Vorschulalter sind konträr: Der eine Ansatz – in diese Richtung gehen die von Ihnen genannten Autoren/innen – geht eher über das Lautschema, versucht, phonologische Bewusstheit und Sprachbewusstheit vor dem eigentlichen Schriftspracherwerb herauszubilden. So z.B. auch das Würzburger Programm, das an sich viele positive Seiten hat (wenngleich es sprachwissenschaftlich und sprachdidaktisch kontrovers diskutiert werden kann), aber es hört da auf, wo Schrift beginnt. Und das ist für viele Kinder fatal. Mut zum Weitergehen.

Der andere Ansatz – und hierzu gehören u.a. Wissenschaftler/innen wie Mechthild Dehn, Iris Füssenich, Heinz

Giese, ganz beeindruckend auch die Habilitationsschrift von K.-B. Günther, Erich Hartmann und viele andere – geht den Weg über die Schrift: ausgehend von der Schrift kommen die Kinder zur Lautung und zur Schreibung – und für sprachlich auffällige Kinder ist dieser Weg geradezu zentral.

Wählt man letzteren Ansatz, so kann man auf die von ihnen genannten Autoren verzichten, ohne sie aber schlecht zu machen. Es ist eine andere wissenschaftliche Position. Ich verstehe Wissenschaft zwar als kritische Auseinandersetzung mit aktuellen Positionen, kann aber gut darauf verzichten, Literatur nur dazu zu benutzen, um mich von ihr abzugrenzen, denn dadurch besteht die Gefahr, sie schlecht zu machen.

Übrigens haben Sie recht: Mein Ansatz ist älter, als der von Breuer/Weuffen und Petermann. Er bezieht sich ganz stark auf Wygotski ... also ein alter Hut ... wie so vieles im Vorschulbereich und Schriftspracherwerb ...

Mit einem freundlichen Gruß zurück,
Claudia Osburg

Sehr geehrte Frau Osburg,
vielen Dank für Ihre Antwort, die Ihren Artikel in der SHA besser verstehen lässt. Ein paar Anmerkungen sind aber noch von meiner Seite zu machen: Breuer und Weuffen haben ca. 1970 mit ihrer „Differenzierungsprobe“ für die Kindergartenkinder ein förderdiagnostisches Mittel geschaffen, das in der DDR breite Anwendung fand. Die praktische Umsetzung erfolgte ziemlich systematisch und breit in vielen älteren Gruppen der Kindergärten. Dieses Förderdiagnostikum für die Bereiche optische, phonematische, kinästhetische, melodische und rhythmische Differenzierung ermöglicht mit geringem Zeitaufwand die Aussage über den Stand der Vorbedingung für das Lesen- und Schreibenlernen bei einem Kindergartenkind ein Jahr vor der Einschulung. Die ggf. erforderlichen Fördermaßnahmen in einzelnen Bereichen wurden mit den Eltern besprochen und bei der Beschäftigung im Kindergarten weitgehend berücksichtigt. Die Wiederholung

der Differenzierungsprobe hat dann entweder altersgerechte Ergebnisse gebracht oder noch partielle Defizite aufgezeigt. Mit diesen gezielten Hinweisen für die Grundschullehrerin konnte der Schulanfänger dann den Lese-Schreiblehrgang ohne größere Negativerfahrungen beginnen. – Das ist Geschichte. Mit diesem und ihrem eigenen geschichtlichen Hintergrund werden viele Sprachheilpädagogen/innen den Artikel gelesen haben (oder ihn jetzt aufmerksam lesen) und wie ich fragen, ob da nicht irgendwo eine große Kiste mit Erfahrungen und Forschungsergebnissen von *Breuer* und *Weuffen* herumsteht? Bei genauerer Suche findet sich auch noch eine Langzeitstudie von Käthe-Maria *Schuster*, in der auch die Ergebnisse der Differenzierungsprobe von Probanden Berücksichtigung finden.

Auch heute sind in der sprachtherapeutischen Praxis die Eltern schnell über die erforderlichen Fördermaßnahmen informiert und sensibilisiert, wenn mit ihnen gemeinsam die Differenzierungsprobe durchgeführt wurde.

Mit freundlichen Grüßen,
Manfred Düwert

Frau *Osburg* bedankt sich für die Rückmeldung und den Abdruck der Diskussion und verzichtet auf die von der Redaktion gebotene Möglichkeit einer abschließenden Antwort.

Medien



Vassilia Triarchi-Herrmann: Mehrsprachige Erziehung. Wie Sie Ihr Kind fördern. München: Ernst Reinhardt 2003 (Vorwort von Prof. Dr. Dr. Dr. Wassilios E. Fthenakis); ISBN 3-497-01671-3; 135 S., 11,90 €.

Fragen mehrsprachiger und mehrkultureller Erziehung sind über unsere Gesellschaft nicht unerwartet hereingebrochen. Schon seit langem gibt es darüber eine breite gesellschafts- und bildungspolitische Diskussion. Leider blieb sie weitgehend akademisch und unverbindlich. Was aber vielleicht nicht vorhergesehen wurde, war das Ausmaß, in dem sich diese Problematik mittlerweile *verschärft* hat. Nachdem die Blüenträume einer sich im Lauf der Zeit selbst regulierenden Integration geplatzt sind, und sich zentrifugale und konfliktträchtige Tendenzen des Miteinanders von aufnehmenden und zugewanderten Bevölkerungskreisen in der 3. Generation als gravierender und gefährlicher zu erweisen beginnen, als bei früheren Generationen, ist die allseitige *Ratlosigkeit* bezüglich konkreter Lösungsansätze deutlich zu erleben.

Das gilt auch für die Sprachheilpädagogik; darüber können die jüngsten Themenhefte der *Sprachheilarbeit* nicht hinweg täuschen. Zwar ist ihr Ausstoß an pädagogischer, soziokultureller und bildungspolitischer Programmatik – meist recht wolkigen Charakters – in den letzten Jahren merklich angewachsen. Es wird die eine oder andere „Sichtweise“ proklamiert, deren Konsensfähigkeit niemand auf die Probe gestellt hat. Aber ihr Beitrag zu psycho- und patholinguistischem Erkenntnisgewinn blieb bescheiden und wurde in der Regel nicht durch die fundierte Kenntnis einer der dominierenden Migrantensprachen gespeist.

Noch erheblich dürftiger ist die Bilanz ihres Wirkens hinsichtlich der dringenden Handlungserfordernisse der Praxis: (1) Einer präzisen Definition und Abgrenzung der spezifisch sprachheilpädagogischen (der Begriff „sprachpädagogisch“ ist eine Spruchblase!) Indikation im Problemfeld der Mehrsprachigkeit. Schließlich ist die Sprachheilpädagogik nicht die Maßstäbe setzende Leitwissenschaft für alle Aspekte dieser gesellschaftlichen Aufgabe. (2) Damit zusammenhängend: Die Erarbeitung differenzialdiagnostischer Kriterien und erprobter Verfahren zur Unterscheidung scheiternder mehrsprachiger Entwicklung auf Grund einschlä-

gig erschwelter Existenzbedingungen von solchen auf Grund spezifischer Beeinträchtigungen genuiner Spracherwerbsmechanismen. (3) Die Bereitstellung wissenschaftlich begründeter therapie- und unterrichtsdidaktischer Konzeptionen und methodischer Instrumentarien, um bei differenzialdiagnostisch spezifizierten Adressaten mit gefährdeter mehrsprachiger/mehrkultureller Entwicklung effektiv *intervenieren* zu können.

In entsprechenden Bildungseinrichtungen ist es immer wieder bestürzend, zu erleben, wie sehr die praktisch Tätigen sich bei solch zentralen Aufgaben mit *ad hoc*-Strategien, intuitiven Konzepten und Notlösungen behelfen *müssen*. Sie können nichts dafür. Gegen manche dieser Selbsthilfen werden prompt Einwände erhoben, andere sind keineswegs schlecht. Das Angebot an *eigenem* geistigen Eigentum, das sie bisher bei der Sprachheilpädagogik für solche konkreten Problemstellungen vorfinden können, tendiert gegen Null, vor allem, da jene keine erwähnenswerte eigene *Empirie* vorzuweisen hat. Manchmal gibt es Personen, welche sich berufen fühlen, sich zu Problembereichen zu äußern, denen sie nie wirklich nahe gekommen sind.

Da ist es wohlthuend, durch das vorliegende Buch die authentische Stimme einer Person zu vernehmen, für die mehrsprachige/mehrkulturelle Erziehung einen realen und umspannenden Lebenshintergrund bildet. Dr. *Triarchi-Herrmann* ist zunächst einmal *selbst* perfekt bilingual und hat sich bemüht, ihre eigene Tochter von Anfang an mehrsprachig zu erziehen. Dabei erlebte sie noch einmal die damit verbundenen Spannungen und Hürden, die sich im Leben eines jungen Menschen ergeben können. In ihrer Doktorarbeit, einer aufwändigen *empirischen* Studie, befasste sie sich mit den Effekten mehrsprachiger Erziehung nach verschiedenen Modellen auf den Sprachentwicklungsstand von Vorschulkindern. Während dieser Zeit gehörte sie als Mitarbeiterin zur Arbeitsgruppe Mehrsprachigkeit im Staatsinstitut für Frühpädagogik (*Prof. Fthenakis*).

Jahrelang bewältigte sie den Unterricht und die Therapie in Sonderklassen mehrsprachiger Kinder mit zum Teil erheblichen Behinderungen neben einer ausgedehnten Beratungspraxis für betroffene Eltern. Derzeit ist sie als Leiterin und Organisatorin der Ausbildung ausländischer Lehrkräfte für genau diese Aufgaben in Bayern tätig. Seit zwei Jahrzehnten nimmt sie einen Lehrauftrag der Universität München zum Thema mehrsprachige und mehrkulturelle Erziehung wahr. Im Rahmen dessen leitet sie Studierende der Sprachheilpädagogik zu empirischen Examensarbeiten an, die zum Teil hochklassige wissenschaftliche Beiträge darstellen, oder der Entwicklung und Erprobung spezifischer didaktischer Materialien dienen (leider nur zum geringsten Teil veröffentlicht).

Ohne diese Hintergrundinformation ist der Stellenwert des Buches schwerer zu beurteilen. Es wendet sich nämlich nicht an Fachkollegen, die schon alles wissen, sondern an Lehrerinnen und Lehrer, die – solitär in Deutschland – von Dr. *Triarchi-Herrmanns* Mitarbeiterinnen befragt wurden, welche Information sie wünschten bzw. benötigten und auf welchen wissenschaftlichen Bombast sie lieber verzichten würden, an Studierende, die eine schnörkellose Grundinformation suchen, bevor oder während in Seminaren das unvermeidliche theoretische Beiwerk auf sie niedergeht, und *vor allem an Eltern*, die Schlüsselfiguren im Prozess der mehrsprachigen/mehrkulturellen Erziehung und Entwicklung, die in manchen sprachheilpädagogischen Planspielen nur als soziokulturelle Randbedingung erwähnt sind, sofern sie überhaupt vorkommen.

Das Buch erhebt somit keine überhöhten Ansprüche, sondern steht – in positivem Sinn – in der Tradition der Ratgeber. Bei seinem bescheidenen Umfang kann es natürlich nicht *all the problems, the universe and everything* ins Auge fassen. Dafür beschränkt es sich auf das Wesentliche und verlebendigt dies durch ein breites Spektrum konkreter Erfahrungen. Das kommt bereits dem ersten Kapitel zugute, in dem die

terminologischen Differenzierungen von Formen der Zweisprachigkeit entsprechend relevanter Bedingungen und Einflussfaktoren vorgenommen werden. Die Vielseitigkeit der Phänomene findet ihren Niederschlag in knappen und klaren begrifflichen Erläuterungen. Ferner werden besondere Erscheinungsformen der Zweisprachigkeit wie Interferenzen, code-switching und Sprachmischung anhand von treffenden Beispielen vorgestellt.

Im zweiten Kapitel wird das Thema der Mehrsprachigkeit aus der Perspektive der Entwicklung angegangen. Es werden unterschiedliche Wege von Kindern aufgezeigt, je nach gegebenen Lebensumständen den Herausforderungen des zweisprachigen Aufwachsens zu begegnen. Vor allem werden die allmählichen Ausdifferenzierungen der inneren sprachlichen Systeme aus eher globalen Anfängen und die Wirksamkeit von Prioritäten und Invarianzen einer allgemeinen Spracherwerbslogik der beteiligten Sprachen skizziert. Auch hier werden die Ausführungen immer wieder durch authentische biographische und sprachliche Ausschnitte exemplarisch konkretisiert.

Das dritte Kapitel schneidet sprachpathologische Sachverhalte an. Einerseits geht es um die Frage, ob und in welcher Form Mehrsprachigkeit als Faktor abweichender Spracherwerbsprozesse eine Rolle spielt. Den Lesern, interessierten Laien, wird klar gemacht, dass Mehrsprachigkeit *allein* nicht störungsauslösend ist, aber in Verbindung mit endogenen Dispositionen und ungünstigen Lebensumständen durchaus multiplikativ wirken kann. Daran schließen sich Ausführungen an, in denen häufige Phänomene von Sprachentwicklungsauffälligkeiten abrisshaft beschrieben sind. Da diese an Nichtspezialisten gerichtet sind, bieten sie keine tief gehenden Darstellungen. Angesichts der großen Erfahrung der Autorin hätte man sich etwas eindringlichere Schilderungen der möglichen Komplikationen mehrsprachiger Erziehung insbesondere im Kontext der Bedingung von gestörter Sprachentwicklung gewünscht. Aber vielleicht kann

dies in einem eigenen Ratgeber für Lehrer erfolgen.

Im vierten Kapitel werden die bereits mehrfach angeschnittenen Fragen, ob sich mehrsprachige Erziehung und Entwicklung als Risiko oder Chance für ein Kind herausstellen, zusammenfassend diskutiert. Unter Bezug auf internationale Forschung und ohne dogmatische Einseitigkeiten werden Vorzüge, aber auch mögliche Belastungen durch Zweisprachigkeit unterschiedlicher Kompetenzniveaus erläutert. Ganz besonders hervorzuheben ist die plausible und lebensnahe Ausführung des Netzwerks sozio-kultureller, emotionaler und sprachlicher Einflussfaktoren, welche als entscheidende Bedingungskonstellationen gelingender oder misslingender Mehrsprachigkeit fungieren.

Schließlich werden im abschließenden Kapitel Tipps für den zweisprachigen Alltag mit Kindern vermittelt. Es darf ohne Einschränkung als Fundgrube bezeichnet werden, die für Familien eine wesentliche Orientierungshilfe darstellen kann. Hier schlägt sich die außergewöhnliche Erfahrung der Verfasserin in reflektierten und erprobten Grundsätzen nieder, deren Sinnhaftigkeit unmittelbar nachvollziehbar ist. Man kann unschwer erkennen, dass eigenes Erleben und die persönliche Begegnung mit den konkreten Problemen betroffener Menschen in diese Empfehlungen eingingen.

Im Ganzen gesehen handelt es sich um ein nützliches Buch, das übersichtlich strukturiert, sowie klar und zielstrebig ausgeführt ist. Wenn es auf breiter Basis Eltern empfohlen wird, die zusammen mit ihren Kindern die Aufgabe mehrsprachiger Erziehung und Entwicklung zu bewältigen haben, so kann es sicher eine positive Wirkung erzielen, indem es zu einem sachgerechten Umgang mit einer zentralen gesellschaftlichen Problematik beiträgt. Darüber hinaus ist seine Lektüre allen Studierenden, Lehrerinnen und Lehrern, aber auch bildungspolitisch Verantwortlichen zu empfehlen, die eine elementare Grundbildung zum Thema Mehrsprachigkeit wünschen oder benötigen.

Friedrich Michael Dannenbauer



Claudio Nodari / Raffaele De Rosa: Mehrsprachige Kinder. Ein Ratgeber für Eltern und andere Bezugspersonen. Haupt Verlag, Bern 2003, ISBN 3-258-06319-2, 124 S., 19,90 €.

Die Schweiz ist ein Staat, in dem seit eh und je mehrere Sprachen gesprochen wurden. Es verwundert daher nicht, dass gerade aus diesem Land ein kompetenter Ratgeber zum Umgang mit Mehrsprachigkeit kommt, verfasst von zwei Autoren, die selbst zweisprachig (Italienisch – Schweizerdeutsch) sind.

Das Buch von *Nodari / De Rosa* ist keine wissenschaftliche Abhandlung. Von daher ist es auch nicht mit anderen Publikationen, die in den letzten Jahren von Autorinnen und Autoren aus der Sprachbehindertenpädagogik zu diesem Thema veröffentlicht wurden, vergleichbar. Die Qualität des vorgestellten Buches ist daran zu messen, ob es seinem Anspruch, ein „Ratgeber für Eltern und andere Bezugspersonen“ zu sein, gerecht wird. Dies ist hier aus meiner Sicht insgesamt der Fall.

Die beiden Autoren arbeiten in sehr gut verständlicher Sprache und recht ausführlich heraus, worin die Unterschiede zwischen dem Erwerb zweier bzw. mehrerer Sprachen und dem Erwerb einer Sprache als Fremdsprache bestehen. Anhand zahlreicher Beispiele werden familiäre Konstellationen aufgezeigt, wie sie insbesondere in der Schweiz, aber prinzipiell auch in jedem anderen Zuwanderungsland faktisch vorkommen.

Von zentraler Bedeutung ist gewiss das Kapitel 3: „Sprachen erwerben, lernen und vermitteln“. Hier erhalten Eltern, Erzieherinnen, Lehrer und andere, die mit migrationserfahrenen und anderen

multilingualen Kindern Kontakt haben, sehr klare Hinweise für eine mehrsprachige Erziehung. Leitendes und immer wieder erwähntes Prinzip ist dabei die Zuordnung einer Sprache zu jeweils einer Bezugsperson. Über den ganzen Text verteilt finden sich nützliche Tipps, die die Leserinnen und Leser dazu anhalten, über sich selbst – ihre eigene sprachliche Sozialisation und ihren Umgang mit mehrsprachigen Menschen – nachzudenken.

Etwas knapp ist das Kapitel 4: „Sprachkompetenz und Schulerfolg“ geraten. Hier beschränken sich *Nodari / De Rosa* darauf, auf nur sieben Seiten jene Kompetenzen zu erwähnen, die beim schulischen Sprachlernen eine Rolle spielen – konkretere Hinweise zum Umgang mit Mehrsprachigkeit im Klassenraum, auch im Sinne einer interkulturellen Perspektive, hätten hier den Wert des Ratgebers für Lehrerinnen und Lehrer noch erhöht. Erfreulich ist aber, dass gegen Ende des Buches noch viele Fördermöglichkeiten, vor allem für den häuslichen Bereich, zur Sprache kommen. Und das Beispiel einer gelungenen zweisprachigen Erziehung (ein Längsschnitt aus dem Leben Stefanos und seiner italienisch-deutschschweizerischen Sozialisation) macht Mut, das Thema Mehrsprachigkeit verstärkt im eigenen Alltag zu berücksichtigen.

Reiner Bahr



Claudia Hammann: Übungsprogramm für eine gesunde Stimme mit einem Vorwort von Manfred Grohnfeldt, 2. neu bearbeitete Auflage, München: Reinhardt 2001, kartoniert, 95 S. 15,90 € (ISBN 3-497-01576-8).

Im Vorwort wird auf den Zusammenhang von Stimme und Stimmung verwiesen und auf die Möglichkeit und Notwendigkeit der Prophylaxe. Die Verfasserin beschreibt dann das Phänomen Stimme und deren erfolgreiche Beeinflussbarkeit durch Training. Sie erklärt kurz, wie Stimme entsteht und wieso sie zu jedem Menschen unverwechselbar gehört. Den Abschnitt beschließen Hinweise auf belastungsbedingte Erkrankungen der Stimme und deren Behandlungschancen.

Dann (21) beginnt das eigentliche Übungsprogramm, das von Körperhaltung bis Artikulationsförderung reicht. Das Buch profitiert von den skurrilen Zeichnungen von Oliver Schmitz, die offenbar von Tiki *Küstenmacher* beeinflusst sind und die sehr zur Auflockerung des Buches und zum Verständnis der Erklärungen beitragen, zumal die Zeichnungen überwiegend an den Seitenrändern angeordnet sind.

Immer wird bei den Erklärungen sowohl die gesamtkörperliche Verfassung als auch der pragmatische Effekt der Übung miteinbezogen. Die Übungen zur Haltung und Atmung sind eng verbunden und lassen sich gut nachvollziehen. Hilfreich sind auch Aufmerksamkeitssignale, die ebenfalls auf den Rändern angeordnet sind.

Die Stimmkräftigung wird vor allem als Anregung der Stimmelmelodie verstanden. Dabei bleibt der Aspekt der Kraftstimme – Durchsetzungsfähigkeit der Stimme (wie z. B. durch den Atemwurf – vorher bei Atemübungen) unberücksichtigt. Bedenklich erscheint auch, dass die Sprechmelodie ohne Beispiel pauschal positiv eingeschätzt wird, weil bestimmte Melodieführungen den Kölner/Schweizer verraten (41f.).

Entspannungs- und Lockerungsübungen sind grundsätzlich in der empfohlenen Spannweite zu begrüßen und bei regelmäßiger Anwendung auch sicher wirksam. Originell finde ich die stimmliche Entspannung durch Seufzen und Lachen – ich würde auch Gähnen einbeziehen. Von der Kauübung über die Resonanz geht die Erläuterung folgerichtig über zur Sprechstimmlage, die damit zu einer Funktion der Artikula-

tion wird. Ob es immer günstig ist, mit der Anlautmethode Resonanzeffekte und die individuelle Sprechstimmlage zu erschließen, sei dahingestellt. Besser scheint mir, hier Texte vorzusehen, wie dies Barbara Maria Bernhard¹ tut.

Ganz besonders wichtig dürfte dies bei den Vokalübungen sein (67ff.), die zur Anregung einer physiologischen Stimmlippenöffnung vorgesehen sind und zur Anwendung der Akzentmethode.

Skeptisch bin ich auch bei der Anwendung der Korkmethode für das Artikulieren, weil das lockere Halten des Korkens die Aufmerksamkeit des Sprechers von der Artikulationsspannung ablenkt.

Die Vorschläge für das Üben im Alltag, für die Stimmhygiene, sind dagegen uneingeschränkt zu begrüßen.

Somit ist das Bändchen für jeden Berufssprecher eine nützliche Anregung, die sich evtl. durch andere Anregungen, z. B. auch durch Kerstin Werner², ergänzen lässt.

Die angehängte Literaturseite vereinigt phoniatische Fachliteratur (mit Ausnahme von *Brügge/Mohs*) mit stimmhygienischen Anregungen und Textquellen. Es wäre hilfreich, hier zu differenzieren.

Eberhard Ockel



Marga Hogenboom: Menschen mit geistiger Behinderung besser verstehen. Angeborene Syndrome verständlich erklärt. Reinhardt Verlag München 2003. 130 S. 14,90 €.

Marga Hogenboom arbeitete als Allgemeinärztin in der Medizinischen Praxis Camphill und ist Schulärztin für die Rudolf Steiner Schulen in Camphill – diese biographische Angabe auf der zweiten Umschlagseite erklärt Anliegen und Stil der kleinen Monographie. Camphill ist zugleich Arbeits- und Lebensweise für Menschen mit geistiger Behinderung und ihre Betreuer – „eine Oase der Menschlichkeit“, wie es Hogenboom in ihrem Vorwort selbst formuliert. Gegründet 1940 in Schottland von Karl König, einem österreichischen Arzt jüdischer Herkunft – zu einer Zeit, in der das Recht eines Kindes, geschweige denn eines geistig behinderten Kindes, auf Erziehung und Bildung noch keine Selbstverständlichkeit war, verfolgt man in den einzelnen Camphill-Gemeinschaften des inzwischen weltweiten Netzes auch heute noch das Hauptideal des Begründers: „den einzigartigen ‘gesunden Geist’ in jedem Individuum zu erkennen, unabhängig von seiner Rasse, seinem Geschlecht oder ‘seiner Behinderung’“ (S.13).

So erklärt Marga Hogenboom, nach einer kurzen Einführung in die Grundlagen der Genetik, sehr persönlich und zum Teil auf der Grundlage von Briefen und Tagebuchaufzeichnungen verschiedene Behinderungen wie das Down-Syndrom, das Williams-Beuren-, Rubinstein-Taybi-, Fragile-X-, Prader-Willi-, Angelman- und das Wolf-Hirschhorn-Syndrom sowie – aus der Reihe der ansonsten genetischen Syndrome herausfallend – das Fetale Alkoholsyndrom. Dabei geht es der Autorin vor allem auch darum, dem anthroposophischen Menschenbild entsprechend, die Menschen mit ihren verschiedenen Syndromen und den damit verbundenen Eigenheiten immer auf ihre unverwechselbare Persönlichkeit hin zu beobachten und zu beschreiben. In ihren Portraits lässt die Autorin, inspiriert durch Oliver Sacks, die Menschen mit Genveränderung lebendig werden und zeigt, dass den Betroffenen trotz vergleichbarer Chromosomen-Aberration eine Vielzahl von Entwicklungsmöglichkeiten, auch in Abhängigkeit von geeigneter Förderung und

Umfeldberatung, zur Ausprägung ihrer Individualität bleibt.

Die menschlich-anthroposophische Sichtweise hat dabei deutlichen Vorrang. Wer das Individuum hervorheben möchte, scheut sich, verallgemeinernde Symptomkonstellationen zu liefern – wenn es Hogenboom dennoch versucht, bleiben die tabellarischen Übersichten (z.B. S. 51 und 112) oder Beschreibungen der körperlichen, kognitiven, sprachlichen und Verhaltensmerkmale etwas vage und oberflächlich. Als Sprachtherapeutin, die in ihrem Behandlungsalltag auch mit geistig Behinderten konfrontiert ist, fand ich die fachliche Quintessenz häufig unbefriedigend: So findet sich z.B. im Unterkapitel ‘Körperliche Merkmale, Sprache und Verhalten’ (S.45 f) zum Sprachgebrauch bei Williams-Beuren-Syndrom nur der Satz „Kinder und Erwachsene mit Williams-Syndrom sprechen flüssig (obwohl man einen Unterschied zu normal entwickelten Menschen bemerkt) und machen in der Regel einen sozial eingebundenen Eindruck“ (S. 46). Weiter hinten wird man durch die Erläuterung der ‘Cocktailparty-Sprechweise’ etwas entschädigt, bleibt aber hinsichtlich der frappierenden Diskrepanz, die bei diesem Syndrom zwischen IQ und verbalen Fähigkeiten bestehen kann, nur ahnend. Für Laien wird mit der Erläuterung von Fachtermini nicht ausreichend konsequent umgegangen. Auch stolperte ich immer wieder über Sätze, die mir unglücklich übersetzt erschienen: Hat z.B. die Mutter eines Down-Syndrom-Kindes wirklich eine 25-Prozent-‘Chance’ (S. 34), ein zweites solches zur Welt zu bringen?

Interessierte und verantwortungsbewusste Fachkräfte aus den Bereichen Gesundheitswesen und Erziehung werden und sollten es nicht dabei bewenden lassen, nur dieses Buch zur entsprechenden Weiterbildung zu lesen – dann kann man guten Gewissens sagen, dass

¹ Sprechtraining. Professionell sprechen – auf der Bühne und am Mikrophon. Wien: öbv 2002.

² Sprechbildung. Ein Übungsbuch. Wien: öbv 1998.

sie sowie Eltern und Betreuerinnen in diesem Buch eine wertvolle Hilfe zum Verständnis der Welt derjenigen, die mit einer geistigen Behinderung leben, finden. Wertvoll deswegen, weil es vielleicht anderenorts erworbenes trockenes Fachwissen oder langjährig angewöhntes Routineverhalten im Umgang mit den Betroffenen in ein neues Licht stellt und ergänzt.

Ulrike de Langen-Müller



Boris Hartmann, Michael Lange: Ratgeber Mutismus im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. Schulz-Kirchner, 2003 (64 Seiten, 7,80 Euro) ISBN: 3-8248-0506-5.

War man bisher als betroffene Person der Angst- und Kommunikationsstörung Mutismus bei der Suche nach Beratungs- und Therapiemöglichkeiten auf umfangreiche und streng wissenschaftlich verfasste Monographien oder schwer zugängliche Beiträge in Fachzeitschriften angewiesen, so ergeben sich mit dem nun vorliegenden Ratgeber erhebliche Erleichterungen in der Aneignung von Grundlageninformationen sowohl für die Schweigenden selbst, als auch für die behandelnden Fachdisziplinen. Den beiden Autoren Boris Hartmann (Therapeut, Publizist und Dozent innerhalb des Spezialgebietes Mutismus) und Michael Lange (Betroffener und Gründer der deutschen Mutismus-Webseite) ist es gelungen, einen speziell für Angehörige und Betroffene, aber auch für therapeutische und pädagogische Berufe konzipierten Ratgeber vorzulegen, der eine empfindliche Lücke in der praxisorientierten Vermittlung des bisher wenig beachteten Schweigens bei intakter Sprechfähigkeit schließt.

Thematisiert werden zuerst die typischen sichtbaren Anzeichen und die unterschiedlichen Lebensphasen, in denen der Mutismus beginnen kann. Es folgt eine Begriffsbestimmung mit der Darstellung der diagnostischen Schritte und eine differenzialdiagnostische Abgrenzung Mutismus vs. Autismus. Besonders hilfreich für therapeutisch und pädagogisch Praktizierende sind hier die Hinweise auf aktuelle Testverfahren zur Erfassung von sozialen Ängsten, generellen Angstempfindungen, Depressionen, sowie von Stresserleben und Stressbewältigung. Ein spezieller Evaluationsbogen für das sozialinteraktive Kommunikationsverhalten bei Mutismus wird ebenfalls angeboten.

Im Anschluss an die Erscheinungsformen des Schweigens, sowie weiterer Verhaltenskomponenten, wie z.B. die aktiv oder passiv geführte Dominanz- und Kontrollsucht, die von den Autoren als Tendenz zu narzisstisch-perfektionistischen Wesenzügen interpretiert wird, erfolgt die Darstellung von Erklärungsmodellen. Sie unterteilen sich in psychologische und organische Verursachungsfaktoren. Den Untersuchungsergebnissen der letzten drei Jahrzehnte, sowie dem in anderen Arbeiten von Hartmann postulierten Diathese-Stress-Modell entsprechend, haben sich die Autoren in besonderem Maße den genetischen Anlagen gewidmet.

In den weiteren Kapiteln 'Mutismus im Kindergarten' und 'Mutismus in der Schule' werden praxisnah Beratungshilfen für den Kindergarten und die Schule vorgegeben, die einen adäquaten Umgang mit mutistischen Kindern und Jugendlichen ermöglichen und helfen, sie vor Fehlinterpretationen zu schützen. Besonders zu erwähnen sind darüber hinaus die Diskussion 'Regelschule oder Sonderschule' sowie die anschaulichen Tips in „Wie kann ich als Lehrerin/Lehrer helfen?“

Mit den abschließenden Kapiteln über die therapeutischen Möglichkeiten der Fachdisziplinen Psychiatrie, Psychologie und Sprachtherapie verstärkt der Ratgeber den Eindruck eines unverzichtbaren Leitfadens für alle, die sich aus eigener Betroffenheit heraus oder

aufgrund eines therapeutischen bzw. pädagogischen Interesses mit der Thematik beschäftigen.

Fazit: Das in der Ratgeberreihe erschienene Buch über Mutismus im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter mit seinen zahlreichen Abbildungen und optisch hervorgehobenen Infoblocks überrascht mit einem Informationsspektrum, das auf 64 Seiten nicht zu erwarten gewesen wäre. Nicht zuletzt durch die eingefügten Leserbriefe erhält die Darstellung eine menschliche, den Leser fesselnde Note. Interessierte erhalten weitere Informationen auf den Webseiten der Autoren www.drhartmann.my:netcologne.de und www.mutismus.de oder über das mitgegebene Verzeichnis der (Internet-)Adressen.

Kurt Eberhard

Reihe der Informationshefte über Sprachstörungen vor dem Abschluss

Die Informationsreihe der dgs zu Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen ist in den zurückliegenden Jahren sehr erfolgreich gelaufen. Anlässlich der Delegiertenkonferenz übergab der 1. Bundesvorsitzende Kurt Bielfeld das neue Heft „Gestörter Schriftspracherwerb“, das von K. Röhner-Münch verfasst und wiederum von A. Schindler redaktionell betreut worden ist. Damit steht dieses sehr öffentlichkeitswirksame Projekt der dgs vor dem Abschluss.

Die Broschüren eignen sich sowohl zur Öffentlichkeitsarbeit als auch zur Unterstützung von Beratung und Therapien. Folgende Hefte sind bereits erschienen:

- Heft 1: Stimmstörungen bei Kindern
- Heft 2: Stimmstörungen bei Jugendlichen und Erwachsenen
- Heft 3: Störungen des Spracherwerbs
- Heft 4: Förderung des Spracherwerbs
- Heft 5: Aphasietherapie
- Heft 6: Myofunktionelle Therapie
- Heft 7: Dysarthrophonie

Heft 8: Stottern bei Kindern
 Heft 9: Stottern bei Jugendlichen und Erwachsenen
 Heft 10: Gestörter Schriftspracherwerb
 Bestellungen werden nur schriftlich oder per Fax entgegengenommen. Ein

Einzelheft ist gegen eine Schutzgebühr von € 1,- zuzüglich Portokosten unter der unten angegebenen Adresse zu beziehen. Bei größeren Bestellungen wird ein Rabatt gewährt. Fragen Sie bitte bei Interesse nach. Wir informieren Sie gerne.

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (dgs), Goldammerstraße 34, 12351 Berlin
 Telefon: 030 / 6616 004
 Telefax: 030 / 6616 024

Aus- und Fortbildung

Dysgrammatismus:

Diagnostik und Therapie bei Störungen des Grammatikerwerbs

Termin: 11./12. Februar 2005
 Aufbaukurs: 2./3. September 2005

Lesen-Rechtschreibschwäche:

Diagnostik und Therapie bei Störungen des Schriftspracherwerbs

Termin: 21./22. Februar 2005
 Aufbaukurs: 25./26. November 2005

Phonologische Störungen:

Diagnostik und Therapie bei Kindern mit Aussprachestörungen

Termin: 22./23. April 2005

Ort: Wildeshausen (nahe Bremen)
 Referentin: Ilse Wagner

Auskunft & Anmeldung:
 Regine Mayer, Mühlendamm 1
 27793 Wildeshausen, Tel. 04431/73000

Fortbildungen für die Praxis

STIMMIG SEIN - INSTITUT FÜR GESANG & SPRECHSTIMME

FORT- UND AUSBILDUNGEN IN DER STIMMIG SEIN - METHODE®
 Funktional - psychointegrale Selbstregulation der Stimme
 Leitung: Uta Feuerstein, Autorin des Buches "Stimmig sein".
 STIMMIG SEIN - INSTITUT FÜR GESANG & SPRECHSTIMME
 MAURITIUSSTEINWEG 2, 50676 KÖLN, 0221 - 80 162 80, WWW.STIMMIGSEIN.DE

- > Suchen Sie einen wirksamen Therapieansatz beim Stimmismus lateralis?
- > Was tun bei stagnierenden Therapien?
- > Möchten Sie die Ursachen und nicht die Symptome therapieren z.B. bei orofacialen Dysfunktionen?

Antworten auf diese und viele weitere Fragen gebe ich in dem Seminar

Neurofunktions!therapie

In 2 aufeinander aufbauenden Blöcken werde ich Ihnen für die Stimulation der wichtigen Bewegungsentwicklung von Mund und Körper das nötige Handwerkszeug auf neurophysiologischer Basis in Theorie und Praxis vermitteln.

Kurs 1/05: 28./29.01. + 25./26.02.2005

Kurs 3/05: 15./16.04. + 20./21.05.2005

Infos: Logopädische Praxis Elke Gumbrich, Hauptstr. 8a, 28857 Syke, Tel.: 04242-60305, Fax: 04242-933775
 New: E-Mail: gumbrich.logopaedie.syke@tiscalinet.de

Auf Wunsch und bei genügender Teilnehmerzahl komme ich auch in Ihre Stadt!!!

ISST-Unna • Kurstermine 2005

Veranstaltungsort: ISST-Unna, Wasserstr. 25, 59423 Unna



Myo-Funktionelle-Therapie MFT

Vom AK-MFT anerkannte Fortbildungen

Kurs 1: Theorie und Praxis der Myofunktionellen Therapie

Termin: 25.02.-26.02.2005 v. 9.00-16.00 Uhr

Leitung: Dr. K.-J. Berndsen / S. Berndsen

Inhalte:

- Muskeln und Funktionen des orofazialen Systems: Auswirkungen auf Sprache, Kauen, Schlucken, Zahnstellung, Kieferform u.a. Fehlfunktionen: Ursachen, Anamnese, Diagnose
- MFT-Therapie (Berndsen/Berndsen)
- Praktische Übungen, Patientenvorstellung
- Face-Former Therapie

Kurs 2: Praxis der MFT: Logopädie, Zahnmedizin, Kieferorthopädie

Termin: 07.05.2005 v. 9.00-16.00 Uhr

Leitung: Dr. K.-J. Berndsen und S. Berndsen

Inhalte:

- Diagnostik und Behandlungsziele der Logopädie, der Zahnmedizin und der Kieferorthopädie
- Technische Hilfen zur Diagnostik und Therapie
- Praktische Übungen zur MFT: Diagnose und Therapie, Demonstrationen am Patienten; Übungen

Kurs 3: Orofaziale Therapien: Therapiekonzepte für Fortgeschrittene

Termin: 23.09.-24.09.2005 v. 9.00-16.00 Uhr

Leitung: Dr. K.-J. Berndsen und S. Berndsen

Inhalte:

- Behandlung orofazialer Dyskinesien u. Dysphagien: Anamnese, Diagnose und Möglichkeiten der >Therapie
- Methoden passiver Aktivierung orofazialer Muskelketten
- Hilfen bei gestörtem Essen und Trinken
- Ansätze der Orofazialen Regulationstherapie nach R. Castillo Morales

Kurs 4: Therapie mit OSP (Orale-Stimulations-Platten) und Face-Former

eintägige Kurse für Therapeuten und Ärzte

Termine: 27.02.2005 und 25.09.2005 v. 9.00-16.00 Uhr

Leitung: Dr. K.-J. Berndsen u. S. Berndsen

Inhalte:

- Diagnose, Indikation, Anpassung und Therapie

Kurs 5: Face-Former-Therapie (Theoretische Grundlagen, Einführung)

Termine: 03.03.2005 und 27.09.2005 v. 9.00-12.00 Uhr

Inhalte:

- Theorie des Cranio-Cervicalen-Systems, Indikationen und Therapie

Kurs 6: TAS-Trainingstherapie bei Apnoe und Schnarchen

Termine: 23.04.2005 und 19.11.2005 v. 9.00-16.30 Uhr

Inhalte:

- Theorie: Schlaf, Schlafstörungen, Schnarchen, Apnoe
- Diagnose und Therapie von Schnarchen und Schlafapnoe
- TAS Therapie mit Face-Former und OSP
- Zertifizierung

Kurs 7: Praxis Cranio-Cervicale-Funktionsdiagnostik und -therapie, Face-Former und OSP

Termine: 24.04.2005 und 20.11.2005 v. 9.00-12.30 Uhr

Kurs 8: Hospitationstage am ISST-Unna

Kurs 9: Übungen zur Stimmbildung und Rhetorik

Kurs 10: Intensivtherapie bei Stottern und Poltern

Termine: nach Vereinbarung

Leitung: Dr. K.-J. Berndsen und S. Berndsen

Kursgebühren:

Kurse 1 + 3 (2-Tageskurs): 210,00 € / Studenten 170,00 €

Kurse 2 + 4 (1-Tageskurs): 115,00 € / Studenten 95,00 €

Kurse 5 + 7 (1/2 Tageskurs): 65,00 €

Kurs 6 TAS-Kurs: 420,00 €

Kurse 9 + 10: pro Tag 280,00 €



Institut für Stimm- und Sprachtherapie
Dr. K.-J. Berndsen u. S. Berndsen

Wasserstr. 25, 59423 Unna, Tel.: 02303/86888, Fax: 02303/89889

Mobiltelefon: 0178/8999119 • 0178/8999129

W-Mail: praxis@isst-unna.de H.-Page: <http://www.ist-unna.de>

LRS und Fremdsprachen

Aufsätze schreiben mit Legasthenikern

Spezifische Probleme von Legasthenikern mit dem Erlernen von Fremdsprachen und dem Verfassen von Texten oder Aufsätzen werden dargestellt. Anhand praktischer Übungsbeispiele werden konkrete Hilfestellungen für die Praxis gegeben.

Referentin: Dr. phil. Simone Baur,
Sprachheilpädagogin M. A.

Zielgruppe: Legasthenietherapeuten, Sonderpädagogen,
Sprachheillehrer

Ort: Tagungshotel in München

Datum: Samstag, 19. Februar 2004, 10:00 bis 16:00 Uhr

Kosten: 200,00 €

Anmeldung: Telefon (0 89) 59 48 86 oder www.simone-baur.de

Zur Verstärkung meines Teams in interdisziplinärer Praxis (Sprachtherapie, Ergotherapie, Krankengymnastik) suche ich ab sofort oder zum nächstmöglichen Zeitpunkt

eine/n Sprachheilpädagogin oder Logopädin

gerne auch Berufsanfänger zur Anstellung in Voll- oder Teilzeit

Ich biete: leistungsgerechte Bezahlung • Therapie aller Störungsbilder • Eigenen Therapieraum • Regelmäßige Teambesprechung • Supervision nach Bedarf • Freie Zeiteinteilung • Interdisziplinäres Team • Interne und externe Fortbildung

Ich freue mich auf Ihre persönliche Bewerbung!

**Sprachtherapeutische Praxis Christina Kolb, Stepgesstr. 30,
41061 Mönchengladbach, Tel.: 0 21 61/2 94 18 55**



Ab sofort oder später suchen wir eine/einen

Logopädin/Logopäden

(mind. 3-jährige Berufserfahrung)

als **Ausbildungsleiterin/-leiter (Lehrkraft)**

einer neu zu gründenden Logopädienschule. Als Standort können Sie **Hannover** oder **Friedrichshafen** wählen. Eine einzurichtende logopädische Praxis kann zusätzlich geführt werden.

Bewerben Sie sich bitte schriftlich mit den üblichen Unterlagen über die Agentur:

techna GmbH, Postfach 20 01 65, 31669 Bückeburg

Ich suche für meine Praxis in Bottrop zum 1.1.2005 oder nächstmöglichen Zeitpunkt eine/n

Sprachheilpädagogin / Sprachheilpädagogen

oder eine/n **Logopädin/Logopäde**

in Teil- oder Vollzeit. Es erwartet Sie ein nettes und erfahrenes Team; selbständiges Arbeiten; computer- und videounterstützte Therapie; sehr gut ausgestattete Praxisräume; umfangreiches Therapiematerial; Behandlung aller Störungsbilder; leistungsgerechte Bezahlung.

Schriftliche Bewerbungen bitte an:

Praxis für Logopädie, Barbara Bracht,

Andreas-Hofer Str. 6, 46240 Bottrop

Tel.: 02041 / 79 00 85 ; Fax: 02041/ 79 00 82

Klinikum der
Universität München
Großhadern-Innenstadt

LMU
Ludwig-
Maximilians-
Universität
München

Staatliche Berufsfachschule für Logopädie am Klinikum der Universität München

Zur Ergänzung unseres Teams suchen wir bald möglichst

eine Lehrlogopädin/ einen Lehrlogopäden

- Teilzeit (Elternzeitvertretung) -
für den Fachbereich Stimmstörungen

Die Tätigkeit umfasst den theoretischen und praktischen Unterricht in enger Zusammenarbeit mit der Abteilung für Phoniatrie und Pädaudiologie der Universitäts-HNO-Klinik.

Wir wünschen uns eine/n engagierte/n Kollegin/Kollegen mit mindestens zwei Jahren Berufserfahrung, die/der Freude an der Teamarbeit sowie organisatorischen Aufgaben hat und zur intensiven Zusammenarbeit mit den Studierenden bereit ist.

Die Vergütung erfolgt nach BAT mit allen Sonderleistungen des öffentlichen Dienstes.

Ihre schriftliche Bewerbung richten Sie bitte an:

Frau Dr. med. I. Nejedlo
Leiterin der Berufsfachschule für Logopädie
Pettenkofferstrasse 4a, 80336 München



Arbeiterwohlfahrt
Unterbezirk
Hagen-Märkischer Kreis

Wir suchen ab sofort für unseren Heilpädagogischen Kindergarten in Meinerzhagen eine/n qualifizierte/n und engagierte/n

Sprachheilpädagogen/in Logopäden/in

Das Aufgabengebiet umfasst Therapien mit sprachauffälligen Kindern im Vorschulalter.

Wir erwarten die Fähigkeit zur selbständigen Arbeit im interdisziplinären Team sowie eine positive Einstellung zur Arbeiterwohlfahrt. Die Stelle ist zunächst auf zwei Jahre befristet. Ihre Bewerbung senden Sie bitte an:

Heilpäd. Kindergarten Schürfelde
Schürfelde 2 • 58540 Meinerzhagen • Tel. 02354 / 2662
E-mail: skg-schuerfelde@awo-ha-mk.de

HfH

Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik Zürich

An der Interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik Zürich ist im **Departement Pädagogisch-therapeutische Berufe** per **1. Juni 2005** oder nach Vereinbarung folgende Stelle zu besetzen:

Dozent / Dozentin Logopädie 66 %

Ihr Aufgabenbereich

Lehrfähigkeit im Studiengang Logopädie
Begleitung und Beratung von Studierenden im Praktikum
Begleitung von Diplom- und Projektarbeiten
Mitarbeit in der Konzeptionierung neuer Studienabschlüsse (BA/MA)
Organisatorische Aufgaben im Studiengang
Mitarbeit auf Departements- und Hochschulebene

Ihr Profil

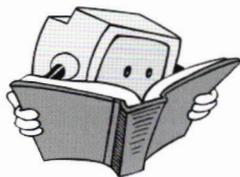
Diplom in Logopädie und abgeschlossenes Hochschulstudium
Fundierte Fachkenntnisse im Bereich Kindersprache und mehrjährige Berufserfahrung mit Kindern
Kenntnisse der Schweizer Logopädie
Qualifikation in der Erwachsenenbildung
Lehrerfahrung im Hochschulbereich
Bereitschaft zur interdisziplinären Kooperation

Unser Angebot

Eine lebendige und in Entwicklung stehende Hochschule
eine vielseitige Aufgabe in einem engagierten Team
Möglichkeit zur Tätigkeit im Departement Weiterbildung,
Forschung und Dienstleistungen
Besoldung und Sozialleistungen gemäss ABO der HfH

Weitere Informationen finden Sie unter www.hfh.ch

Nähere Auskünfte erteilt Ihnen gerne Prof. Susanne Amft, Departementsleiterin (Tel. 0041 44 317 11 61) oder Dr. Beate Kolonko, Dozentin Logopädie (Tel. 0041 79 645 22 52). Ihre Bewerbung richten Sie bitte bis zum 1. Februar 2005 an Prof. Dr. Urs Strasser, Rektor HfH, Schaffhauserstrasse 239, CH-8057 Zürich.



**Heute
schon gesurft?**

Logopädin
mit langjähriger Erfahrung,
sucht Mitarbeit in
Praxis oder Einrichtung.
Charme SXYZ

Wir suchen eine/n
Sprachheilpädagogin
für die Therapie von Kindern
Sprachheilpraxis
Spichernstr. 1
27570 Bremerhaven

**Stellenanzeigen
erscheinen kostenlos
auf unserer Homepage
im Internet**

www.verlag-modernes-lernen.de

E-Mail: info@verlag-modernes-lernen.de

Die Sprachheilarbeit

Fachzeitschrift für
Sprachbehindertenpädagogik

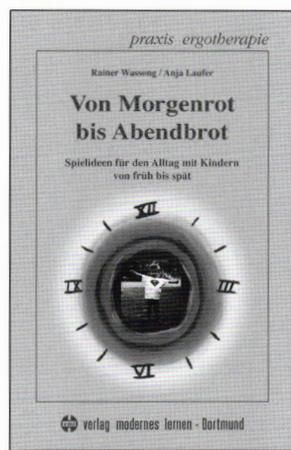
verlag modernes lernen
Hohe Str. 39 • D - 44139 Dortmund

PVSt, Deutsche Post AG, „Entgelt bezahlt“, K 11772

Wir bringen Lernen in Bewegung® ...



Christine Leutkart / Andreas Leutkart
Schachtelfresser und Sonnenwürmer
Geschichten und Phantasien
als Anlass für kreatives Gestalten
in Atelier und Kunstunterricht
2004, 168 S., farbige Abb., Format 16x23cm, fester Einband
ISBN 3-8080-0550-5 Bestell-Nr. 1212, € 21,50



Rainer Wassong / Anja Laufer
Von Morgenrot bis Abendrot
Spielideen für den Alltag mit Kindern
von früh bis spät
2004, 140 S., Format 16x23cm, Ringbindung
ISBN 3-8080-0558-0 Bestell-Nr. 1058, € 15,30

Anke Nienkerke-Springer
Präsent sein – Audio-CD
Vertreten Sie Ihr Anliegen glaubwürdig und wirkungsvoll
Trainingsprogramm für überzeugendes Sprechen
2004, 50 Min. Laufzeit, Booklet 16 S., Jewelcase
ISBN 3-8080-0566-1 Bestell-Nr. 1925, € 19,80

Das besondere Geschenk!

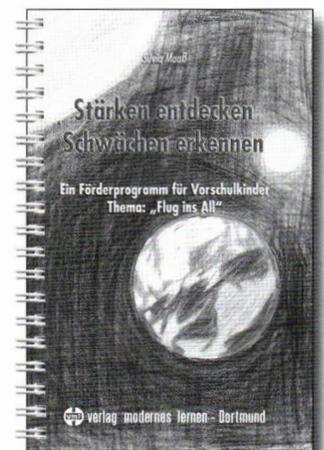
Fredrik Vahle
Liegen lassen
Einladung zu einer
naheliegenden
Entdeckung
2004, 184 S., Format
DIN A5 quer, fester
Einband,
ISBN 3-86145-274-X

Zusätzlich erhältlich:
Audio-CD: Liegen lassen
Musik von Jean KleeB
2004, 66 Minuten, Jewelcase
ISBN 3-86145-279-0



Bestell-Nr. 8337, € 19,50

Silvia Maaß
Stärken entdecken – Schwächen erkennen
Ein Förderprogramm für Vorschulkinder – Thema: „Flug ins All“
2004, 160 S., farbige Abb., Format DIN A4, Ringbindung
ISBN 3-8080-0580-7 Bestell-Nr. 1226, € 24,60



vml verlag modernes lernen *borgmann publishing*
Hohe Straße 39 • D - 44139 Dortmund • ☎ (0231) 12 80 08 • FAX (0231) 12 56 40
Unser Buchkatalog im Internet: www.verlag-modernes-lernen.de