

Die Sprachheilarbeit

K 11772

Fachzeitschrift für Sprachheilpädagogik und Sprachtherapie



dbs-Förderpreis

*Damaris Tschirner, Lörrach; Martina Hielscher-Fastabend, Bielefeld
Tanja Jungmann, Hannover*

**Relative Effektivität von Sprachfrühintervention bei zweijährigen Risikokindern:
Zwei Programme im Vergleich**

Hannah Hoffmann, Vechta-Langförden

Dysphagie im Alter – Evaluation des Wissensstandes beim Pflegepersonal in Altenpflegeeinrichtungen

Juliane Mühlhaus, Halle; Wilma Vorwerk, Magdeburg; Bernd J. Kröger, Aachen

**Zur Diagnostik der Auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen (AVWS) – zwei Verfahren zur
Identifikation und Diskrimination ambivalenter akustischer Stimuli im Vergleich**

Stefanie Schmied, Altomünster

CoMuZu – ein Computerprogramm zur Unterstützung der Myofunktionellen Therapie bei Jugendlichen

5

2007

52. Jahrgang/Oktober 2007

ISSN 0584-9470

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



dgs • Bundesvorsitzender: Gerhard Zupp, Idar-Oberstein
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 • Heide Mackert, Gartenweg 30, 74821 Mosbach,
Tel.: 0 62 61 / 91 73 71, Fax: 0 62 61 / 91 78 64

Bayern:

dgs • Horst Hußnätter, Borkumer Str. 70, 90425 Nürnberg,
Fax. + Tel.: 09 11 / 34 17 55

dbS • Daniela Kiening, Freibadstr. 3, 85540 Haar

Berlin:

dgs • Helmut Beek, Frohnauer Str. 15, 13467 Berlin, Tel.:
0 30 / 4 04 83 23

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 • Christiane Wellmann, Am Pferdemarkt 4, 27356
Rotenburg, Tel.: 0 42 61 / 96 34 40

Hamburg:

dgs • Prof. Dr. Alfons Welling, Universität Hamburg, Se-
danstr. 19, 20146 Hamburg, Tel.: 0 41 31 / 97 04 91

dbS • Ulrike Bunzel-Hinrichsen, Norderquerweg 148,
21037 Hamburg, Tel.: 0 40 / 7 23 83 90

Hessen:

dgs • Käthe Lemp, Arheilger Straße 57, 64287 Darm-
stadt, Tel.: 0 61 51 / 66 49 04

dbS • Barbara Jung, Bahnhofstr. 11, 34497 Korbach,
Tel.: 0 56 31 / 91 36 36

Mecklenburg-Vorpommern:

dgs • Kirsten Diehl, Peter Kalffstr. 4, 18059 Rostock, Tel.:
03 81 / 45 33 77

dbS • Barbara Stoll, Augustenstr. 31A, 18055 Rostock
Tel.: 03 81 / 4 99 74 75

Niedersachsen:

dgs • Andreas Pohl, Lange-Hop-Str. 57, 30559 Hanno-
ver, Tel.: 05 11 / 52 86 90

dbS • Natanja Umbach, Hebbelstr. 1, 30952 Ronneburg,
Tel.: 0 51 09 / 56 25 54

Rheinland:

dgs • Heinz-Theo Schaus, Propsteistr. 78, 45239 Essen,
Tel.: 02 01 / 40 42 63

dbS • Meike Lonczewski, Benrather Schloßallee 10,
40597 Düsseldorf, Tel.: 02 11 / 71 73 20

Rheinland-Pfalz:

dgs • Birgitt Braun, Frühmess 5, 76831 Ilbesheim, Tel.:
0 72 72 / 64 13

dbS • Dorothea Valerius, Helenenstr. 3, 54295 Trier, Tel.:
06 51 / 7 68 22

Saarland:

dgs • Frank Kuphal, Am Hirtenberg 3, 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, Rosa-Luxemburg-Str. 25, 01796
Pirna, Tel.: 0 35 01 / 52 87 70

Sachsen-Anhalt:

dgs • Antje Thielebein, Am Mühlenfeld 22, 06188 Plöß-
nitz, Tel.: 03 46 04 / 2 29 30

dbS • Beate Stoye, Ernst-König-Str. 5, 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 • Nicola Schultheis, Schönberger Str. 114, 24148
Kiel, Tel. 04 31 / 72 52 34, Fax 04 31 / 72 52 54

Thüringen:

dgs • Kerstin Lüder, Sundremdaer Str. 37, 07407 Remda,
Tel.: 03 61 / 7 92 12 93

dbS • Katrin Schubert, Rosa-Luxemburg-Str. 25, 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

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

BORGMANN MEDIA

Verlag: **verlag modernes lernen Borgmann GmbH & Co. KG**
Schleefstraße 14 • D - 44287 Dortmund
www.verlag-modernes-lernen.de
Verkauf und Vertrieb: (0180) 5 34 01 30, Fax: (0180) 5 34 01 20
E-mail: info@verlag-modernes-lernen.de

Anzeigen

Unterlagen bitte an den Verlag senden.
Gültige Preisliste: Nr. 8 vom 01.01.2007
Anzeigenleitung: Gudrun Nucaro
Anzeigen: (02 31) 12 80 11 FAX: (02 31) 9 12 85 68
E-mail: anzeigen@verlag-modernes-lernen.de
Herstellung: Löer Druck GmbH, Dortmund

Die Sprachheilarbeit

Fachzeitschrift für Sprachheilpädagogik und Sprachtherapie

Redaktion

Prof. Dr. Otto Braun, Zandergasse 10, 78464 Konstanz,
Dr. Uwe Förster, Schieferberg 8, 31840 Hess. Oldendorf,
Dr. Ulrike de Langen-Müller, Mozartstr. 16, 94032 Passau

Mitteilungen der Redaktion

In der **Sprachheilarbeit** werden Beiträge veröffentlicht, die die Auseinandersetzung mit Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen vorbringen. Schwerpunkte sind grundlegende und anwendungsbezogene Fragen zu Diagnostik, Förderung, Unterricht, Therapie und Rehabilitation von sprachgestörten Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Die Veröffentlichung von Manuskripten erfolgt als Haupt- oder Magazinbeitrag, je nach Berücksichtigung der in den Autorenrichtlinien festgelegten Qualitätsstandards. Die Begutachtung wird jeweils von zwei Beiratsmitgliedern vorgenommen.

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 nicht mit den Ansichten der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik ev. (dgs), der Redaktion oder des Beirates überein zu stimmen.

Beirat

Dr. paed. Reiner Bahr, Düsseldorf
Prof. Dr. phil. Gerhard Blanken, Erfurt
Theo Borbonus, Essen
Dr. paed. Barbara Giel, Köln
Giselher Gollwitz, Bad Abbach
Prof. Dr. phil. Christina Kauschke, Potsdam
Priv.-Doz. Dr. phil. Ernst G. de Langen, Bad Griesbach/Potsdam
Priv.-Doz. Dr. paed. Ulrike Lüttke, Berlin
Prof. Dr. phil. Hans-Joachim Motsch, Köln
Dr. Jenny von Frankenberg, Potsdam
Prof. Dr. med. Martin Ptok, Hannover
Dr. phil. Susanne Voigt-Zimmermann, Heidelberg
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 (CHF 78,00) 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 Adressenänderungen 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

5

2007

Auf ein Wort

Ulrike de Langen-Müller, Passau

Qualität: fremd bestimmt,
aber selbst gemacht _____

186

Hauptbeiträge

Damaris Tschirner, Lörrach;

Martina Hielscher-Fastabend, Bielefeld;

Tanja Jungmann, Hannover

Relative Effektivität von Sprachfrühintervention
bei zweijährigen Risikokindern:
Zwei Programme im Vergleich _____

188

Hannah Hoffmann, Vechta-Langförden

Dysphagie im Alter –
Evaluation des Wissensstandes beim Pflege-
personal in Altenpflegeeinrichtungen _____

197

*Juliane Mühlhaus, Halle a. S.; Wilma Vorwerk,
Magdeburg; Bernd J. Kröger, Aachen*

Zur Diagnostik der Auditiven Verarbeitungs-
und Wahrnehmungsstörungen (AVWS) –
zwei Verfahren zur Identifikation und
Diskrimination ambivalenter akustischer
Stimuli im Vergleich _____

205

Stefanie Schmied, Altomünster

CoMuZu – ein Computerprogramm zur
Unterstützung der Myofunktionellen
Therapie bei Jugendlichen _____

213

Aktuelles: dgs – Aktuelles, Informationen, Nachrichten _____

225

dbf – Beruf und Politik im Verband _____

227

Medien _____

231

Aus der Hochschule _____

235

Termine _____

237

Rückblicke _____

237

52. Jahrgang/Oktober 2007

dgs/dbf

ISSN 0584-9470



Ulrike de Langen-Müller, Passau

Qualität: fremd bestimmt, aber selbst gemacht

Im deutschen Gesundheitssystem sind die finanziellen Ressourcen knapp geworden. Deshalb müssen die Ausgaben strenger kontrolliert werden – bezahlt werden soll schließlich nur noch, was gewissen Qualitätsstandards entspricht. So ist Qualitätsmanagement zu einem viel benutzten und mit vielen Konnotationen versehenen Begriff im Gesundheitswesen geworden. Doch wer definiert, was Qualität ist und wer kontrolliert, ob Qualität geliefert wird?

Weil die Qualitätskontrolle eine diffizile Angelegenheit ist, hat der Gesetzgeber sie delegiert. An den gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) – bestehend aus Vertretern der gesetzlichen Krankenkassen, Ärzten, Psychotherapeuten, Zahnärzten und Krankenhäusern. Dieses höchste Beschlussgremium im Gesundheitswesen entscheidet über die Aufnahme einer Methode in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherer (GKV) – also über ihre „Qualität“. Für die GKV mögen dabei Aspekte der Wirtschaftlichkeit dominieren, für die Leistungserbringer medizinische Notwendigkeit und der Nutzen einer Behandlungsmethode.

Da Notwendigkeit, Nutzen und Wirtschaftlichkeit nun wiederum von vielen Variablen im Behandlungs- und Heilungsverlauf abhängen, setzt Qualitätskontrolle ein Forschungsinteresse voraus. Forschung aber ist nicht Sache des G-BA, weshalb dieser nun seinerseits die Bewertung von Behandlungsmethoden delegiert: an das IQWiG – das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, ein im Zuge der Gesundheitsreform 2004 gegründetes wissenschaftliches Institut, das im Auftrag des G-BA und des Bun-

desgesundheitsministeriums (BMG) den Nutzen medizinischer Leistungen für den Patienten untersucht. So hat es derzeit zum Beispiel den Auftrag, in seinem „Projekt S06-01“ den aktuellen Wissensstand zur Früherkennungsuntersuchung auf umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache zu prüfen und ihren Nutzen zu bewerten. Das IQWiG muss für das Projekt seine Aufgabe klar umschreiben, einen Plan entwickeln, das methodische Vorgehen offen legen, sowie Experten, Fach- und Betroffenenverbände anhören. Dabei führt aber auch das Institut nicht selbst die Forschung durch, sondern analysiert die bisher durchgeführte, indem es die einschlägige Literatur zum Thema berücksichtigt.

Diese Literatur hat ihrerseits eine Reihe von Qualitätskriterien zu erfüllen. So sollte sie zum Beispiel den Datenbanken der „indizierten Zeitschriften“ entnommen sein – Zeitschriften also, die im so genannten „Science Citation Index Expanded“ aufgenommen sind, weil sie regelmäßig erscheinen, zumindest ihre Abstracts auch in englischer Sprache verfasst sind, ihre Beiträge einem Begutachtungsverfahren unterliegen und sie in der wissenschaftlichen Gemeinschaft ausreichend beachtet, d. h. häufig zitiert werden. Auf Hinweis von Experten oder Betroffenen sucht das IQWiG für sein Projekt aber auch nach relevanten Publikationen in nicht indizierten Zeitschriften – zum Beispiel in der *Spracheheilarbeit*. Hier wird es auf Veröffentlichungen stoßen, über deren Annahme – obwohl noch keine indizierte Zeitschrift – wiederum wissenschaftliche Beiräte, Gutachter und Redaktion wachen.

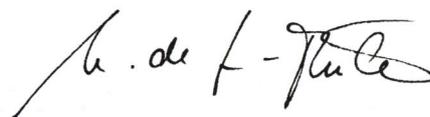
So ist es ein langer, Kriterien-gepflasterter Weg, bis es eine bewährte Methode oder eine empirisch geprüfte Erkenntnis vom Therapiezimmer oder Forschungsinstitut bis in den Leistungskatalog der GKV schafft. Eine Pforte könnte die *Spracheheilarbeit* (SHA) sein – denn, wenn wir die beschriebene Kaskade mit einer guten Portion Selbstbewusstsein und einem Augenzwinkern betrachten, dann haben Gesetzgeber und G-BA die Qualitätskontrolle genau genommen uns übertragen... und diese Herausforderung nehmen wir an: in unserem täglichen therapeutischen Wirken, in der Verbandsarbeit, mit unseren Forschungsinteressen und in unserer Fachzeitschrift.

Die in dieser Ausgabe der *SHA* veröffentlichten vier Hauptbeiträge sind aus Diplom- und Magisterarbeiten hervorgegangen, die mit dem *dbs-Förderpreis 2007* prämiert wurden. Weitgehend unabhängig von den großen Kontrollinstituten haben *dbs-Förderpreis-Jury* sowie Redaktion und Beirat der *SHA* Relevanz und Qualität der Arbeiten anerkannt. Zwei Autorinnen leisten mit vergleichenden Studien einen Beitrag zur Nutzenbewertung von Diagnostik und Frühintervention: Während Juliane Mühlhaus (3. Preis) zwei Untersuchungsparadigmen im Bereich der Auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen einer Prüfung unterzogen hat und am Ende einer von beiden den Vorrang gibt, hat Damaris Tschirner (1. Preis) eine Studie durchgeführt, mit der sie den Vorteil zweier Programme der Frühintervention bei sprachentwicklungsgestörten Kindern gegenüber einer nicht behandelten Kontrollgruppe belegen kann. Die bei-

den anderen Autorinnen haben eine Methodenentwicklung in den Dienst des patientenrelevanten Nutzens gestellt: Stefanie *Schmied* (3. Preis) entwickelte und erprobte ein Computerprogramm zur myofunktionellen Therapie mit Jugendlichen, das in seiner Gestaltung die besonderen Lernbedürfnisse dieser Altersgruppe berücksichtigt. Hannah *Hoffmann* (2. Preis) führte bei Pflegepersonen in Altenheimen eine Befragung zu deren Wissensstand und Handlungskompetenzen im Bereich Dysphagiemanagement durch und zeigt am Ende, dass eine Verände-

rung der interdisziplinären Kooperationsstrukturen notwendig ist, um die Patienten adäquat zu versorgen.

Alle vier Veröffentlichungen dokumentieren überzeugend das Streben nach einer ziel- und patientenorientierten Versorgung im Bereich Sprachtherapie und machen damit klar, wo und wem es eigentlich tatsächlich möglich ist, Qualität unverdünnt und direkt zu definieren, umzusetzen und zu kontrollieren... Ich wünsche Ihnen und den Gesandten der Qualitätsinstitute eine gewinnbringende Lektüre.



Ulrike de Langen-Müller

Dr. Ulrike de Langen-Müller arbeitet als akademische Sprachtherapeutin in der Ambulanz eines Reha-Zentrums in Niederbayern. Sie ist Öffentlichkeitsreferentin des dgs und ehrenamtliche Redakteurin dieser Fachzeitschrift.

Reihe von Informationsheften über Sprachstörungen

Die Informationsreihe der dgs zu Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen ist in den zurückliegenden Jahren sehr erfolgreich gelaufen.

Die Broschüren eignen sich sowohl zur Öffentlichkeitsarbeit als auch zur Unterstützung von Beratung und Therapien. Folgende Hefte werden angeboten:

Heft 1: Stimmstörungen bei Kindern

Heft 6: Myofunktionelle Störungen

Heft 2: Stimmstörungen bei Jugendlichen und Erwachsenen

Heft 7: Dysarthrie / Dysarthrophonie

Heft 3: Störungen des Spracherwerbs

Heft 8: Stottern bei Kindern

Heft 4: Förderung des Spracherwerbs

Heft 9: Stottern bei Jugendlichen und Erwachsenen

Heft 5: Aphasie

Heft 10: Gestörter Schriftspracherwerb

Heft 11: Dysphagien

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
www.dgs-ev.de



Damaris Tschirner, Lörrach
Martina Hielscher-Fastabend, Bielefeld
Tanja Jungmann, Hannover

Relative Effektivität von Sprachfrühintervention bei zweijährigen Risikokindern: Zwei Programme im Vergleich¹

Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wurde die Effektivität zweier Frühinterventionsprogramme, einer lernbarkeitstheoretischen Inputtherapie und einer Elternberatung, über einen Zeitraum von drei Monaten überprüft. An der Untersuchung nahmen insgesamt 18 zweijährige Risikokinder teil, die in eine Therapiegruppe (n = 6), eine Elternberatungsgruppe (n = 6) und eine Kontrollgruppe (n = 6) verteilt wurden. Zur Beurteilung wurden die rezeptiven und produktiven Sprachfähigkeiten der Kinder bei der Prä- und Posttestung miteinander verglichen. Die Ergebnisse implizieren, dass für den Bereich der Satzrezeption der lernbarkeitstheoretische Ansatz die effektivere Förderform darzustellen scheint, wohingegen eine Elternberatung in Form eines einmaligen Gesprächs kaum Veränderungen bewirken konnte. Aufgrund der kleinen Stichprobengröße lassen sich aus den Ergebnissen nur vorsichtige Schlussfolgerungen ableiten, die abschließend diskutiert werden.

Schlüsselwörter: Frühintervention, SSES, Elternberatung, lernbarkeitstheoretische Therapie

Effectiveness of early language intervention for two year old late talkers: a comparison study

Abstract

The study investigated the effectiveness of a three-month early language intervention comparing two different methods of treatment (parent-based intervention vs. intervention from a learning theoretical perspective). The 18 late talking children who participated in the investigation were assigned to a learning theory group (n = 6), a parent-based-group (n = 6), or a control group (n = 6). The groups' receptive and productive language abilities were compared pre-test and post-test. A significant difference between the groups was found only with regard to comprehension at sentence level, with where the learning-intervention group was superior. It appears that in this respect the learning-theoretical method is the more effective approach, whereas a single parental advice session resulted in little or no improvement. The research sample is relatively small, therefore any results and conclusions discussed below must remain tentative.

Keywords: Early language intervention, SLI, parent-based intervention, learning theoretical perspective

1. Einleitung

Sind die Sorgen berechtigt, die sich Eltern machen, wenn ihre Kinder mit zwei Jahren noch nichts oder nur sehr wenige Wörter sprechen, während sich ihre Altersgenossen bereits in ersten Wortkombinationen üben? Intensive Forschungsbemühungen zeigen, dass

solche Kinder ein erhöhtes Entwicklungsrisiko tragen und prädestiniert sind, eine Spezifische Sprachentwicklungsstörung (SSES; engl. specific language impairment, SLI) auszubilden mit zum Teil schwerwiegenden Folgestörungen, so dass die Antwort lauten muss: Ja, diese Sorgen sind durchaus berechtigt. Doch was lässt sich ange-

sichts dieser wenig erfreulichen Tatsache tun? Welche Hilfen gibt es für diese Kinder?

¹ Basiert auf der Magisterarbeit: Tschirner, D. (2005): Relative Effektivität der Sprachfrühförderung bei zweijährigen Risikokindern: Zwei Programme im Vergleich. Magisterarbeit Universität Bielefeld.

1.1 „Wait and see“ oder „so früh wie möglich“?

In der Praxis stellt sich die relevante Frage, ob man ein zweijähriges Kind, das als Late Talker identifiziert wurde und damit als Risikokind für die Ausbildung einer Sprachentwicklungsstörung gilt, sprachtherapeutisch behandelt, oder erst mal abwartet. Befürworter der Spättherapie argumentieren, dass der Organisationsaufwand und die Kosten zu hoch wären und zudem eine Förderung vor dem vierten Lebensjahr ohnehin nicht zu vertreten sei, da nur mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit von einer Manifestation einer SSES auszugehen ist (vgl. von Suchodoletz 2002). In der Tat gibt es im wei-

teren Verlauf in ca. 50% der Fälle eine Annäherung an sprachunauffällige Kinder (sog. Late-Bloomer), was jedoch nicht unproblematisch zu beurteilen ist, da das sprachliche Aufholen nicht so eindeutig stattfindet, wie es zunächst auf lexikalischer Ebene erscheint und in einigen Fällen sogar als „illusionäres Aufholen“ entlarvt werden muss (Scarborough/Dobrich 1990; Rescorla et al. 1997; Roberts et al. 1998; Penner 2002). Kauschke (2003) verdeutlicht, dass eine frühe Sprachförderung die Gefahr einer Stigmatisierung birgt, was durchaus zu negativen Folgen führen kann. Ebenso kann eine frühe Intervention zu negativen Veränderungen familiärer Interaktionen führen, die Verhaltensstörungen begünsti-

gen und letztlich für manche Kinder kontraproduktiv wirken können (Paul 2000). Allerdings ist derzeit unklar, inwieweit man von solchen fatalen Folgen einer frühen Intervention tatsächlich ausgehen muss.

Was hingegen eindeutig und hinreichend belegt ist, sind die kumulativen sprachlichen Defizite und die schwerwiegenden Folgestörungen, die sich aus einer Sprachentwicklungsstörung ergeben. Die in der Literatur beschriebenen Fälle liefern kein einheitliches Störungsbild der sprachlichen Problematik von SSES im Jugend- und Erwachsenenalter, aber insgesamt belegen sie dennoch sehr deutlich, dass sich die gravierenden Sprachprobleme nicht auswachsen, sondern eine Fortsetzung

Laudatio für den 1. Preis des dbs-Förderpreises 2007

Prof. Dr. Gerd Homburg

Ich habe die erfreuliche Aufgabe, die Arbeit zu würdigen, die mit dem 1. Preis des dbs-Förderpreises 2007 ausgezeichnet wird.

Diese Arbeit untersucht in einer vergleichenden Studie die Effektivität der Sprachfrühförderung bei zweijährigen Risikokindern. Während wir bereits über diagnostische Mittel zum Erkennen von Risikokindern verfügen, sind Erkenntnisse über wirksame Frühfördermaßnahmen eher noch begrenzt. Es gibt zwar eine Reihe von Vorschlägen, die sich aber noch nicht in evaluierten Interventionsstudien bewähren mussten oder bisher nur einer internen und keiner externen Evaluation unterzogen wurden.

Da setzt diese Arbeit an. Sie bildet *eine* Gruppe von Kindern, bei der sich die Frühförderung auf die Elternberatung stützt, *eine* die dem lernbarkeitstheoretischen Ansatz von Penner folgt und eine Kontrollgruppe. Damit trifft die Verfasserin eine hochaktuelle Fragestellung. Auf dem Weg zu ihrer Untersuchung erläutert sie das Störungsbild der Spezifischen Sprachentwicklungsstörung, Konzepte der Frühförderung, linguistische und psychologische Theorien und hat nebenbei stets auch die Handlungsansätze mit im Blick. Die eigene Studie erfüllt alle Qualitätsanforderungen an eine empirische Arbeit. Die Verfasserin diskutiert Ergebnisse und Vorgehen auch in kritischer Distanz. Sie entwickelt ein modellgeleitetes multifaktorielles Gesamtbild mit der Möglichkeit einer Feinanalyse für jedes Kind.

Die Arbeit erhält den 1. Preis, weil sie exquisit ist in allen Belangen: In Fragestellung, Theorie, Empirie, Darstellung, Präsentation der Ergebnisse für den schnellen Leser.

Freuen Sie sich mit mir über den 1. Preis. Begrüßen Sie für ihre Arbeit „Relative Effektivität der Sprachfrühförderung“ die Preisträgerin des 1. dbs-Preises Damaris Patrizia Tschirner aus Bielefeld, nun aus Lörrach angereist.

Einen herzlichen Glückwunsch!

bis ins Erwachsenenalter finden, wobei die Leistungen teilweise stagnieren und die Betroffenen selten das sprachliche Niveau eines normal entwickelten Erwachsenen erreichen (Aram et al. 1984; Tomblin et al. 1992; Grimm/Wilde 1998; Stothard et al. 1998; Dannenbauer 2001; 2002; Manhardt/Rescorla 2002). Zum anderen stellt die aus der Manifestation einer Sprachentwicklungsstörung resultierende Folgeproblematik mit der Ausbildung von Sekundärstörungen für diese Kinder ein ernsthaftes Entwicklungsproblem dar, das den weiteren schulischen und kognitiven Fortschritt beeinträchtigt (Bishop/Adams 1990; Catts 1993; Stackhouse 2000; Conti-Ramsden et al. 2002; Grimm 2003; Weinert 2004). Ebenso lassen die sozialen und emotionalen Schwächen, die aus der Sprachstörung resultieren können, die Kinder im Umgang mit Peergruppen scheitern und psychische Probleme entwickeln (Rice 1993; Fujiki/Brinton 1994; Goodyer 2000; Weinert 2002). Aus den Ergebnissen lässt sich die brisante Frage ableiten, ob diese negative Spirale nicht zu verhindern oder aufzuhalten ist. Auf der einen Seite stehen die erschreckenden Beweise der Outcome-Forschung und auf der anderen Seite wird schon lange angenommen, dass die ersten drei Lebensjahre für die spätere sprachliche, soziale und intellektuelle Entwicklung bedeutsam sind (z.B. Lenneberg 1967; Bzoch/League 1971), so dass es nahe liegt zu vermuten, dass primäre Sprachstörungen und die sich daraus weiter entwickelnden Folgestörungen vermieden oder zumindest begrenzt werden könnten, wenn sie vor dem vierten Lebensjahr identifiziert und behandelt werden könnten. Bedenkt man die für den Spracherwerb postulierte „sensible Phase“, für die zwischen dem 12. und 36. Lebensmonat eine hohe Sensibilität für das Sprachlernen angenommen wird (Locke 1997), so muss auch aus neurolinguistischer Sicht eine möglichst frühe Intervention unterstützt werden, da in diesem sensiblen Zeitraum von einer hohen Effektivität einer Behandlung auszugehen ist. Des Weiteren ist die zentrale Bedeutung der

Sensibilität gegenüber prosodischen Merkmalen innerhalb der ersten Lebensjahre für die Sprachentwicklung hinlänglich bekannt (Jusczyk 2000; Grimm 2000b; Weinert 2004) und jüngste Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass Kinder mit SSES Defizite bei der Nutzung prosodischer Hinweisreize haben, die letztlich eine Fehlentwicklung neuronaler Systeme bewirken können, wenn nicht frühzeitig interveniert wird (Penner 2004), so dass doch alles daran gesetzt werden müsste, um zu verhindern, dass sich nicht optimale Kompensationssysteme entwickeln. Auch aus wirtschaftlicher Sicht kann eine Frühtherapie nur befürwortet werden, da die Dauer einer therapeutischen Behandlung vom Zeitpunkt ihres Beginns abhängt: Je früher begonnen wird, desto kürzer ist die Behandlungsdauer (Ritterfeld/Niebuhr 2002). Ein weiterer evidenzbasierter Zusammenhang besteht hinsichtlich der Effektivität und dem Alter des Kindes bei Therapiebeginn: Je jünger das Kind, desto effektiver ist die Behandlung (McLean/Cripe 1997; vgl. Ritterfeld/Niebuhr 2002).

Spätestens mit der Veröffentlichung der bemerkenswerten Studie von Sally Ward (1999) wurde belegt, dass frühe Intervention präventiv gegen die Ausbildung einer Sprachentwicklungsstörung wirken kann und in der Praxis zu funktionieren scheint. Ebenso liegen empirische Studien vor, anhand derer nachgewiesen wurde, dass durch eine frühe Intervention die akkumulierenden Folgestörungen einer SSES verringert werden könnten (vgl. Leonard 1998; Robertson/Weismer 1999). Darüber hinaus verfügen wir in Deutschland über geeignete valide diagnostische Mittel zur Früherkennung von Risikokindern, so dass sich nicht mehr die Frage stellt, ob sich durch eine frühe Intervention eine Störung verhindern lässt oder ob frühe Intervention die schädigenden Auswirkungen begrenzen kann, sondern vielmehr welche Maßnahmen einer frühen Intervention zu welchen effektiven Wirkungen führen. An dieser Stelle setzt die vorliegende empirische Untersuchung an und stellt dabei zwei Präventionsmaß-

nahmen einander gegenüber, wobei zwischen einem kindzentrierten lernbarkeitstheoretischen Ansatz nach Zvi Penner (2003a; 2004) und einem elternzentrierten Verfahren in Anlehnung an Ute Ritterfeld (2000; 2001) unterschieden wurde.

1.2 Konzepte der Frühintervention

So wie der unauffällige Spracherwerb auf unterschiedlichen Wegen gemeistert werden kann, ist auch von verschiedenen Formen und Methoden einer wirksamen Therapie auszugehen, die sich jedoch im Hinblick auf eine Frühintervention in zwei verschiedene Ansätze einteilen lassen: Der (1) kommunikative Ansatz betont Sprache immer im Zusammenhang mit sozialer Interaktion, innerhalb derer die Entdeckung von Sprachfunktionen im Mittelpunkt steht, während für den (2) sprachspezifischen Ansatz das zentrale Anliegen in einer effektiven Sprachverarbeitung liegt (Kölliker-Funk 2003). Das Ziel der kommunikativen Ansätze wird im Aufbau eines sprachlichen Regelsystems gesehen, das durch die Erzeugung von Kommunikation innerhalb sozialer Interaktionssituationen realisiert werden soll. Sprachspezifische Ansätze gehen hingegen von der Überlegung aus, dass die Probleme der SSES-Kinder durch eine nicht optimale Nutzung der Inputinformationen hervorgerufen werden, die dazu führen, dass sprachliches Wissen nicht aufgebaut werden kann, so dass spezifische Inputinformationen nötig sind, um die Lernbeschränkungen aufzuheben, die Stagnationen im Spracherwerb zu lösen und Entwicklung wieder in Gang zu bringen (Penner 2004). Die im Rahmen der vorliegenden Studie vergleichenden Therapieprogramme lassen sich, wenn auch nicht in rigider Form, in diese Unterscheidung von Ansätzen einordnen. Auf der einen Seite handelt es sich um eine so genannte *lernbarkeitstheoretische Inputtherapie*, die eher den sprachspezifischen Ansatz repräsentiert und kindzentriert vorgeht. Auf der anderen Seite wurde ein Elternberatungsgespräch eingesetzt, das auf Kommunikation

und Optimierung von Sprachlehrstrategien abzielt und eher den kommunikativen Ansatz vertritt.

1.2.1 Die lernbarkeitstheoretische Inputtherapie

Inhaltlich setzt das Therapieprogramm an den spezifischen Stellen an, an denen Stagnationen auftreten. In diesem Zusammenhang spielt vor allem eine eingeschränkte Bootstrapping-Kapazität eine bedeutsame Rolle. Bootstrapping im Spracherwerb meint Lernstrategien, bei denen das Kind sowohl Informationen aus einer bereits bekannten Sprachkomponente nutzt (z. B. Prosodie), um abstrakte Regeln einer anderen Sprachkomponente (z. B. Syntax) abzuleiten als auch von sprachlichen Beschränkungen Gebrauch macht, die ihm eine Ausrichtung auf ganz bestimmte Informationen ermöglichen (Penner/Kölliker-Funk 1998). Hierzu dienen vor allem die derzeit viel diskutierten lexikonspezifischen Constraints, die hinsichtlich der schnellen Erschließung von Wortbedeutungen im Spracherwerb als Explikation fungieren (vgl. Markman 1990; Waxman 1990). So wird z. B. angenommen, dass neue Wörter auf das ganze Objekt bezogen werden und nicht auf seine Einzelteile („whole object constraint“); oder dass Wörter auf Objekte derselben Form bezogen werden und nicht auf ihre Größe, Beschaffenheit oder Farbe („shape bias“). Der lernbarkeitstheoretische Ansatz geht davon aus, dass es im sprachlichen Input Widersprüche gibt, die auch im normalen Spracherwerb zu Stagnationen führen, solange bis der Widerspruch mittels Bootstrapping-Strategien gelöst werden kann. Kinder mit SSES können diese Widersprüche nicht lösen, was zu anhaltenden Stagnationen und Ersatzstrukturen führt (Penner/Kölliker-Funk 1998). Das Ziel der Intervention besteht demzufolge in der Präsentation von spezifischen Input-Informationen, die dem Kind die bisher ungenügende Regelableitung erleichtern sollen. Dabei wird entsprechend dem normalen Sprachentwicklungsverlauf vorgegangen, so dass der Erwerb sprachrhythmischer Wortbildungsregeln und deren

Nutzung den ersten Interventionsbaustein „Startkit“ bilden (Penner 2003b; 2004). Hierbei stehen zunächst innerhalb der Sprachwahrnehmung prosodische Aspekte wie die Beachtung von Betonungsmuster, Silbengewicht usw. im Mittelpunkt, die das Erkennen von Wort- und Phrasengrenzen im Redefluss und den Erwerb prosodischer Regeln bewirken und dann sprachproduktiv für die Wortbildung und darauf aufbauende Ebenen genutzt werden sollen. Dazu gehört vor allem die Entdeckung der Grundbetonungsregel der Muttersprache, die für den Worterwerb eine basale Rolle spielt. Der typische Grundrhythmus des Deutschen ist der Trochäus, wobei im sprachlichen Input auch Ausnahmen wie z. B. Salat oder Kamel vorkommen. Um die Regel dennoch entdecken zu können, sollen dem Kind Wortpaare, die eine Verniedlichungsform beinhalten, gehäuft präsentiert werden, denn diese spiegeln immer die trochäische Grundregel wider (Bsp. **Kamel** – **Kami**). Darauf aufbauend folgt das sog. „Lexkit“, dessen Ziel der Auf- und Ausbau des Wortschatzes ist. Auch hier werden sprachspezifische Lernhilfen vermittelt, durch die die Mehrdeutigkeiten im Input gelöst werden können. Dazu werden lexikonspezifische Prinzipien präsentiert, wie z. B. Objektganzheitspräferenz oder andere Constraints. Daran schließt ein weiterer Baustein an, dessen Schwerpunkt den Grammatikaufbau mit seinen Grundregeln beinhaltet und der als Voraussetzung für die Schnittstelle zwischen Bedeutung, Verstehen und Grammatik gilt (Penner 2003b; 2004).

1.2.2 Die Elternberatung

Obwohl die Umweltsprache nicht ursächlich für SSES verantwortlich gemacht werden kann (Bishop 1997; Hoff-Ginsberg 2000), könnten jedoch Umweltveränderungen kompensatorische Wirkung haben und dadurch die Sprachentwicklung unterstützen. Es wird davon ausgegangen, dass ein optimierter Input die Lernmöglichkeiten für Kinder mit sprachlicher Verzögerung verbessern kann (Girolametto et

al. 1996; Bishop 2000). Weismer (2000) zeigte in einer Untersuchung, dass Modifikationen des Inputs bei SSES-Kindern sowohl den Worterwerb als auch die Syntax positiv beeinflussen, was zu der Überlegung führt, dass nicht an der Sprache der Kinder anzusetzen ist, sondern an der Sprache der Eltern. Dabei lassen sich grundsätzlich drei Techniken voneinander unterscheiden: Die (a) kindorientierte Technik zielt hauptsächlich auf eine gemeinsame Aufmerksamkeit ab, während (b) interaktionsförderliche Strategien einen balancierten Dialog entstehen lassen. (c) Sprachmodellierende Strategien hingegen fokussieren die Verbindung zwischen Form, Inhalt und Gebrauch von sprachlichen Äußerungen (Girolametto et al. 1996). Elternberatung besteht demzufolge hauptsächlich darin, die Eltern auf ihre sprachförderlichen intuitiven Strategien aufmerksam zu machen, die dann verstärkt und in erweiterter Form angewendet werden sollen, während gleichzeitig solche sprachlichen Verhaltensweisen minimiert werden sollen, die dem Spracherwerb nicht dienlich sind (Ritterfeld 2000). Obwohl intuitives Vorgehen möglicherweise bei Risikokindern nicht ausreicht (Kauschke 2003), implizieren jedoch einerseits Studien, wie die von Ward (1999) den Erfolg von elternzentrierten Verfahren in der frühen Intervention, und andererseits ist die sprachförderliche Wirkung der Elternsprache in der Literatur belegt (z. B. Rüter 2004), so dass eine Elternberatung gerade in der Frühintervention große Chancen in sich birgt. Offene Fragen bestehen jedoch hinsichtlich der Art und Dauer eines solchen Verfahrens. Wenn man von den gegebenen Umständen in Deutschland ausgeht, innerhalb derer Elternarbeit nicht finanziell vergütet wird, ist zu klären, ob ein einmaliges Beratungsgespräch für eine förderliche Sprachentwicklung ausreicht und ob sich dadurch Sprachverhaltensänderungen bei Eltern erzielen lassen. Ebenso nötig sind Vergleichsstudien, die die Effektivität bestehender Ansätze in der Frühintervention überprüfen, so dass die vorliegende Untersuchung als ein

kleines Puzzleteil innerhalb des großen Gebietes der Präventionsforschung verstanden werden kann.

2. Probanden

Insgesamt nahmen 18 Kinder im Alter zwischen 24 und 34 Monaten, davon 8 weiblichen und 10 männlichen Geschlechts, an der Untersuchung teil, die von den zuvor kontaktierten Kinderärzten aus dem Raum Bielefeld, Gütersloh und Leer an die Universität Bielefeld weitergeleitet wurden. Alle Kinder bestanden ausschließlich aus Risikokindern für die Ausbildung einer Sprachentwicklungsstörung und wiesen keine primären oder zusätzlichen anderen Erkrankungen oder Beeinträchtigungen wie schlechtes Hörvermögen, neurologische Erkrankungen, körperliche oder kognitive Entwicklungsdefizite oder organische Fehlbildungen im Bereich der Artikulationsorgane auf.

3. Methode

Zentrales Anliegen der Arbeit bestand in der Überprüfung der relativen Effektivität zweier Präventionsmaßnahmen, die bei zweijährigen Risikokindern über einen Zeitraum von drei Monaten vergleichend eingesetzt wurden. Dabei wurde ein Leistungsunterschied zwischen den Interventionsgruppen im Hinblick auf den Leistungszuwachs nach drei Monaten in dem Sinne erwartet, als durch das Interventionsprogramm nach Penner ein relativ größerer Leistungszuwachs vermutet wurde. Weiterhin wurde erwartet, dass die Kontrollgruppe in ihrer Leistungsentwicklung schlechter als die beiden Interventionsgruppen abschneidet. Die statistische Überprüfung erfolgte in einem längsschnittlichen Prä-Post-Design. Hierzu wurden die Kinder, wie in Abbildung 1 im Überblick dargestellt ist, in drei gleichgroße Gruppen verteilt. Das Prä-Post-Design wurde gewählt, um Aussagen über die Effektivität der eingesetzten Präventionsverfahren geben zu können, in dem die Sprachentwicklung während eines Zeitraumes von drei Monaten zwischen

den Gruppen vor und nach den Präventionsmaßnahmen verglichen wurde. Die zusätzliche Kontrollgruppe sollte als Maß für den Sprachentwicklungsverlauf von Risikokindern innerhalb drei Monaten dienen, die keinerlei Sprachförderung erhalten haben. Zur Untersuchung der rezeptiven und produktiven Sprachverarbeitungsfähigkeiten der Kinder wurde der *Sprachentwicklungstest für zweijährige Kinder* (SETK-2, Grimm 2000a) sowohl zur Prätestung als auch nach der Phase der jeweiligen Intervention zur Posttestung eingesetzt. Er beinhaltet Untertests zur Wortrezeption, Satzrezeption, Wortproduktion und Satzproduktion. Für die Elternberatungsgruppe wurden zusätzlich Mutter-Kind-Dyaden zur Prä- und Posttestung erstellt und ausgewertet.

Dies waren im Einzelnen in Anlehnung an Grimm (2003): (1) Einhaltung des gemeinsamen Aufmerksamkeitsfokus, (2) Initiierung des Aufmerksamkeitsfokus, (3) Antwortverhalten der Mutter (informativ vs. Ja-/Nein-Antworten), (4) Häufigkeit kontingenten Verhaltens der Mutter auf Interaktionsangebote des Kindes, (5) Häufigkeit kontingenten Verhaltens des Kindes auf Interaktionsangebote der Mutter, (6) durchschnittliche Anzahl der Turns pro thematischer Sequenz, (7) durchschnittliche Anzahl der Wörter (Mutter und Kind getrennt) pro thematischer Sequenz, (8) Vorkommen sprachlicher Wiederholungen mit Erweiterungen, (9) Vorkommen sprachlicher Transformationen, (10) prozentualer Anteil an W-Fragen im Vergleich zu Ja-/Nein-Fragen, (11) Vorkommen welcher W-Fragen, (12) Verwendung evokativer

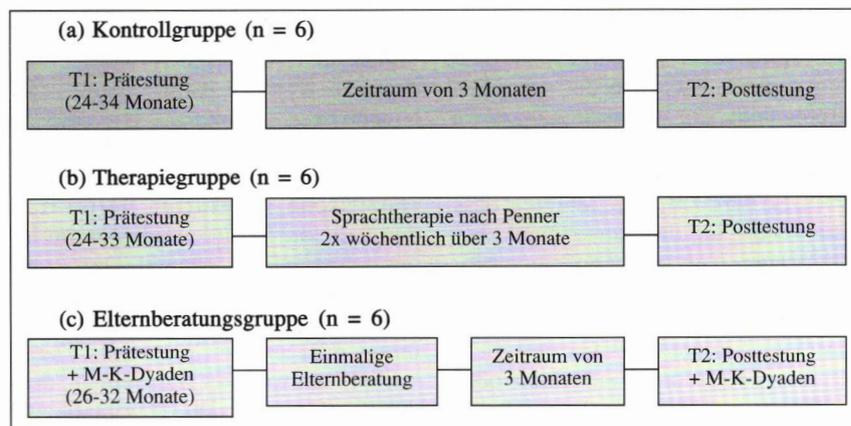


Abb. 1: Die Gruppen im Prä-Post-Design (n = Größe der Stichprobe; T = Testzeitpunkt; Altersangabe der Kinder in Monaten; M-K-Dyaden = Mutter-Kind-Dyaden)

3.1 Mutter-Kind-Dyaden für die Elternberatungsgruppe

Um die möglichen Veränderungen im Sprachverhalten der Mütter als unmittelbares Resultat der Elternberatung kontrollieren zu können, wurden zusätzlich Mutter-Kind-Dyaden aus Videoaufnahmen während einer Bilderbuchsituation vor der Elternberatung und nach der Posttestung transkribiert und hinsichtlich solcher Kriterien ausgewertet, die im Wesentlichen bei der Elternberatung angesprochen wurden.

Techniken, (13) kognitive Komplexität der sprachlichen mütterlichen Äußerungen nach Blank und Franklin (1980). Aus Gründen der Vergleichbarkeit wurde bei allen Aufnahmen das *Riesensbilderbuch* von Mitgutsch vorgegeben.

3.2 Zusätzliche Feinanalysen

Es wurden zusätzliche Feinanalysen durchgeführt, die zum Verständnis der Ergebnislage beitragen sollten und im Folgenden kurz erläutert werden. Die

sprachliche Entwicklung unterliegt während des dritten Lebensjahrs (24-35 Monate) großen Veränderungen. Diese bedeutenden Entwicklungsschritte werden im SETK-2 durch die Trennung in zwei Altersgruppen berücksichtigt. Denkbar ist, dass auch die Wirksamkeit der Verfahren zur Frühintervention in Abhängigkeit des Alters variiert, so dass nicht eine Interventionsform per se zu bevorzugen ist, sondern je nach Alter des Kindes entschieden werden muss, denn möglicherweise verändern sich in diesem Entwicklungszeitraum die Sprachlernfähigkeiten der Kinder und damit auch die Präferenzen oder Sensibilisierungen für eine bestimmte Interventionsform. Zu diesem Zweck wurde die Leistungsveränderung durch die hier eingesetzten Maßnahmen in Abhängigkeit der Altersgruppen berechnet. Dazu wurden zwei Altersgruppen gebildet (Altersgruppe 1 = 24-26 Monate; Altersgruppe 3 = 30-35 Monate).

3.3 Auswertung und statistische Datenanalyse

Zur Überprüfung der relativen Effektivität der beiden Therapieverfahren wurden zum Vergleich der mittleren T-Werte zwischen den Gruppen, unter Berücksichtigung der Leistungsstreuung als Standardabweichung vom Gruppenmittelwert, Varianzanalysen (ANOVA) mit Messwiederholung berechnet, mit Alter als Kovariate. Aufgrund der kleinen Stichprobengröße wurden zusätzlich nichtparametrische Testverfahren (Kruskal-Wallis-Test oder Mann-Whitney-U-Test) herangezogen. Bei der Analyse der Mutter-Kind-Dyaden wurde eine rein deskriptive Datenauswertung gewählt, da neben der geringen Teilstichprobe die zu bewertenden Kategorien statistisch nicht abgesichert sind. Hinsichtlich der Berechnung der Leistungsveränderung in Abhängigkeit der Altersgruppen wurde auf eine statistische Auswertung verzichtet, da es sich hierbei nur noch um sehr wenige Kinder pro Gruppe handelt, was eher dem Status einer Einzelfallstudie entspricht.

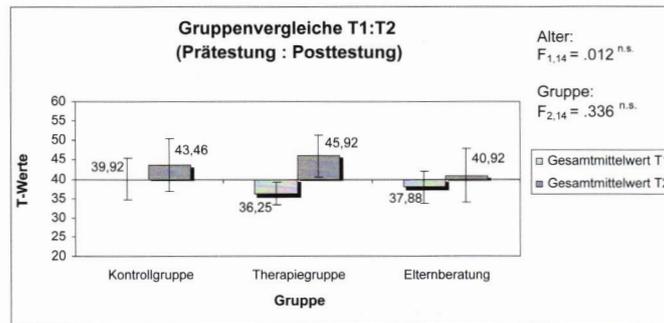


Abb. 2: Leistungsentwicklung der Gruppen zwischen Prä- und Posttestung in mittleren T-Werten für den Gesamtmittelwert. Die jeweilige Standardabweichung ist als Fehlerbalken gekennzeichnet. Nicht signifikante Ergebnisse sind mit n.s. gekennzeichnet.

4. Ergebnisse

Bei den varianzanalytischen Berechnungen (ANOVA mit Messwiederholung) zur Überprüfung der relativen Effektivität zeigen sich keine signifikanten Gruppenunterschiede innerhalb der einzelnen Untertests des SETK-2. Allerdings weist die Therapiegruppe deskriptiv in allen Untertests die relativ größten Leistungszunahmen auf, die jedoch statistisch nicht bedeutsam werden. Stellvertretend ist daher lediglich in Abbildung 2 der zusätzlich errechnete Gesamtmittelwert (alle Untertests) wiedergegeben, wobei die x-Achse bei einem T-Wert von 40 die untere Normgrenze markiert.

Bei der nichtparametrischen Kruskal-Wallis-Rangtestung zur Überprüfung der relativen Effektivität lässt sich ein statistisch leicht signifikanter Unterschied ($X^2 = 5.99$; $p = .050$) zwischen den Gruppen bei dem Untertest *Verstehen II (Sätze)* nachweisen. Aufgrund

der mittleren Ränge muss dieser signifikante Unterschied auf 5%-Niveau zugunsten der Therapiegruppe ausfallen, die hinsichtlich des Satzverständnisses mit einem mittleren Rang von 13.75 deutlich über den Rängen der beiden anderen Gruppen (Elternberatung: 8,0; Kontrollgruppe: 6.75) liegt. Bei der Überprüfung der Leistungsunterschiede innerhalb der Untertests zwischen den Gruppen bei beiden Prüfverfahren (Varianzanalysen mit Messwiederholung und Mann-Whitney-U-Test) trotz des rein deskriptiv größeren Leistungszuwachses der Interventionsgruppe zwar nicht signifikant, aber es ist im Gesamtmittelwert immerhin eine tendenzielle statistische Interaktion vorhanden ($p < .1$). Abbildung 3 veranschaulicht stellvertretend für alle Untertests den Gesamtmittelwert im Gruppenvergleich.

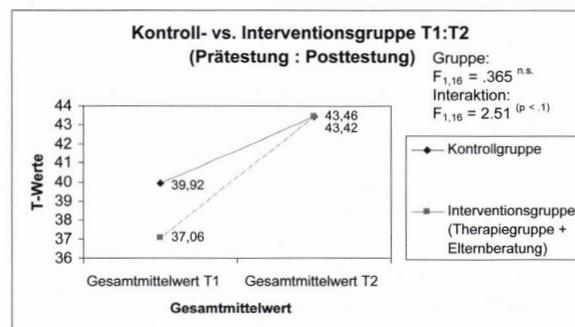


Abb. 3: Mittlere Gesamt-T-Werte im Vergleich zwischen der Kontroll- und Interventionsgruppe. Nicht signifikante Ergebnisse sind mit n.s. gekennzeichnet.

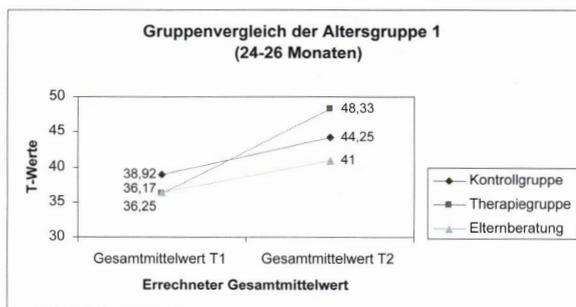


Abb. 4: Leistungsentwicklung der Altersgruppe 1 im Gruppenvergleich hinsichtlich des Gesamtmittelwerts (T-Werte).

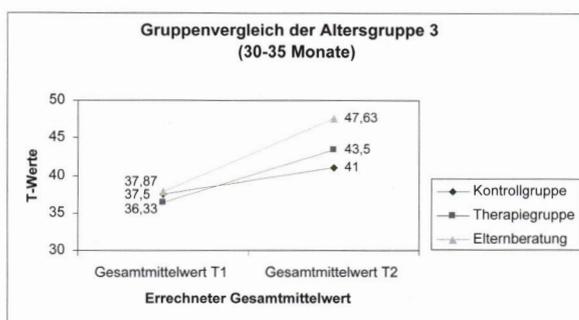


Abb. 5: Leistungsentwicklung der Altersgruppe 3 im Gruppenvergleich hinsichtlich des Gesamtmittelwerts (T-Werte).

Die Ergebnisse der zu bewertenden Kategorien aus den Mutter-Kind-Dyaden zeigen über die Testzeitpunkte kaum Unterschiede. Das *Antwortverhalten der Mütter*, das *Vorkommen sprachlicher Wiederholungen* sowie das *Vorkommen evokativer Techniken* erfahren sogar keine Veränderung über die Testzeitpunkte.

Abbildungen 4 und 5 illustrieren die Leistungsverläufe der jeweiligen Gruppen hinsichtlich des zusätzlich errechneten T-Gesamtmittelwerts aller Untertests für die beiden Altersgruppen. Während bei der Altersgruppe 1 die Therapiegruppe den größten Leistungszuwachs von etwa 10 T-Werten verzeichnen kann und die Elternberatungsgruppe kaum Unterschiede zur Kontrollgruppe zeigt, geht aus der Altersgruppe 3 die Elternberatungsgruppe mit der deutlichsten Leistungszunahme um etwa 10 T-Wertpunkte hervor.

5. Diskussion

Bei der Überprüfung der relativen Effektivität lässt sich in Bezug auf die Eingangshypothese feststellen, dass der vorausgesagte größere Leistungszuwachs der Therapiegruppe nur anhand des Untertests zur Satzrezeption bestätigt werden konnte, und die Frühintervention nach Penner lediglich hinsichtlich der Satzrezeption die effektivere Förderform darstellt.

Auch die Vorannahme eines signifikant geringen Leistungszuwachses der Kontrollgruppe gegenüber den Interventionsgruppen konnte nicht in der vorhergesagten Weise bestätigt werden. Betrachtet man jedoch die graphische Darstellung (Abb. 3), so lässt sich feststellen, dass bei einer Fortführung der Linien, unter Annahme eines linearen Wachstums, die Interventionsgruppe die Kontrollgruppe mit der Zeit überholen würde, was dann möglicherweise zu signifikanten Ergebnissen führen

würde, denn man bedenke, wie kurz die Interventionsdauer war. Dies bedeutet, dass eine längere Behandlungsdauer die Gruppenunterschiede vermutlich statistisch eindeutiger hervorbringen würde. Für diese These spricht die tendenzielle statistisch gefundene Interaktion, die zeigt, dass sich die Gruppen über die Zeit zumindest unterschiedlich verhalten. Die Ergebnisse aus den Mutter-Kind-Dyaden deuten darauf hin, dass insgesamt betrachtet das Sprach- und Kommunikationsverhalten der Mütter durch ein einmaliges Beratungsgespräch keine wesentlichen Veränderungen zu erfahren scheinen, was diese Interventionsform erheblich in Frage stellt.

Grundsätzlich muss sicherlich die geringe Stichprobengröße als Hauptparameter für das Ausbleiben statistisch bedeutsamer Unterschiede in Betracht gezogen werden. Eine andere Erklärung könnte in dem verwendeten Testverfahren bestehen, als zu fragen gilt, inwiefern der SETK-2 Therapieeffekte überhaupt abbilden kann. Zumindest lassen sich quantitative Unterschiede zwischen der Prä- und der Posttestung erkennen, was auf eine differenzierte Fähigkeit der Darstellung von Leistungsveränderungen des SETK-2 spricht. Denkbar ist weiterhin, dass die Zeit zwischen Prä- und Posttestung zu kurz war, als dass sich wesentliche signifikante Unterschiede gezeigt hätten. Trotz dieser Unsicherheitsfaktoren implizieren die Ergebnisse eine leichte Tendenz, die für eine höhere Wirksamkeit der Therapieform nach Penner spricht. Betrachtet man noch einmal die Gruppenleistungen zwischen Prä- und Posttestung hinsichtlich ihrer mittleren T-Werte (siehe Abb. 2), so wird deutlich, dass die Therapiegruppe den insgesamt relativ größten Leistungszuwachs aufweisen kann und im Gesamtmittelwert mit ihren erzielten T-Werten im Normbereich liegt, während die anderen beiden Gruppen etwas geringere Leistungsverbesserungen aufweisen und bis zur Posttestung Normwerte eher am unteren Rand erreichen. Ein statistisch bedeutsamer Zuwachs der rezeptiven Leistungen würde eine bessere prognostische Ausgangslage für

die weitere Sprachentwicklung dieser Kinder schaffen (Grimm 2000a). Selbst wenn also die Frühintervention nach Penner „lediglich“ den Nachweis einer verbesserten Sprachrezeption zur Folge hätte, wäre dies ein deutlicher Therapieerfolg, da die rezeptiven Fähigkeiten den produktiven vorausgehen und insofern ein Leistungszuwachs auf produktiver Ebene als Folge der verbesserten Sprachverständnisfähigkeiten zu erwarten wäre.

Die Ergebnisse bezüglich der Feinanalysen lassen die, aufgrund der geringen Stichprobengröße, vorsichtige Schlussfolgerung zu, dass zumindest tendenziell für jüngere zweijährige Kinder der kindzentrierte Ansatz nach Penner als relativ effektivere Form der Frühförderung angenommen werden kann. Es lassen sich hypothetische Überlegungen dahingehend formulieren, als die Möglichkeit besteht, dass sich die Sprachlernfähigkeiten von jüngeren zweijährigen Kindern gegenüber älteren zweijährigen Kindern unterscheiden, was durch zerebrale Mechanismen der neurolinguistischen Entwicklung, etwa wie sie Locke (1997) postuliert, erklärbar wäre. Möglicherweise liegt der Schlüssel bei jüngeren Kindern in einer qualitativen Verbesserung der Sprachrezeption, durch die sich die gesamte Sprachentwicklung in Richtung normale Weiterentwicklung umlenken lässt. Es wäre denkbar, dass das Zeitfenster für die Wirksamkeit eines solchen Eingriffs bis zum Ende des dritten Lebensjahres bereits geschlossen ist, so dass hier andere Strategien zum Einsatz kommen müssen. Die Ergebnislage impliziert, dass ältere Kinder von der lernbarkeitstheoretischen Interventionsform weniger zu profitieren scheinen, selbst dann, wenn die Kinder in ihren Rezeptionsleistungen unauffällig sind. Dies könnte damit zu tun haben, dass die Therapieform hauptsächlich über den Weg einer qualitativen Verbesserung der Sprachrezeption geht und wo diese unbeeinträchtigt ist, scheint das Programm nicht zu greifen. Für die Elternberatungsgruppe gilt, dass vor allem die jüngeren Kinder recht wenig von der Beratung profitieren konnten. Dass je-

doch die älteren Kinder deutlich größere Leistungserfolge verzeichnen konnten, darf die Möglichkeit der grundsätzlichen Wirksamkeit eines elternzentrierten Verfahrens nicht außer Acht lassen, allerdings scheinen hier Konzepte einer längerfristigen Elternbetreuung in Form eines Elterntrainings vonnöten zu sein.

Die Ergebnisse implizieren, dass es unwahrscheinlich ist, eine Maßnahme entwickeln zu können, die universell anwendbar ist und evidenzbasierte Nutzen für alle Risikokinder gleichermaßen hat. Vielmehr muss es Anliegen sein, zu überprüfen, welche Interventionsmaßnahmen bei welchen Kindern zu welchen Nutzen führen, wobei sich aus dieser Studie erste Ideen ableiten lassen, in welche Richtung zukünftige Forschungsarbeiten gehen könnten.

Literatur

- Aram, D. M., Ekelman, B.L., Nation, J. E. (1984): Preschoolers with language disorders: 10 years later. *Journal of Speech and Hearing Research* 27, 232-244.
- Bishop, D. V. M., Adams, C. (1990): A prospective study of the relationship between specific language impairment, phonological disorders and reading retardation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 31, 7, 1027-1050.
- Bishop, D. V. M. (1997): Uncommon understanding. *Development and disorders of language comprehension in children*. East Sussex: Psychology Press.
- Bishop, D. V. M. (2000): How does the brain learn language? Insights from the study of children with and without language impairment. *Medicine and Child Neurology* 42, 133-142.
- Blank, M., Franklin, E. (1980): Dialogue with preschoolers: a cognitively-based system of assessment. *Applied Psycholinguistics* 1, 127-150.
- Bzoch, K. R., League, R. (1971): *Assessing language skills in infancy. A handbook for the multidimensional analysis of emergent language*. Gainesville Florida: The tree of life.
- Catts, H. W. (1993): The relationship between speech-language impairments and reading disabilities. In: H. Grimm, H. Skowronek (Eds.), *Language acquisition problems and reading disorders: aspects of diagnosis and intervention* (167-181). Berlin: de Gruyter.
- Conti-Ramsden, G., Knox, E., Botting, N., Simkin, Z. (2002): Educational placements and National Curriculum Key Stage 2 test outcomes of children with a history of specific language impairment. *British Journal of Special Education* 29, 2, 76-82.
- Dannenbauer, F. M. (2001): Chancen der Frühintervention bei spezifischer Sprachentwicklungsstörung. *Die Sprachheilarbeit* 46, 3, 103-111.
- Dannenbauer, F. M. (2002): Spezifische Sprachentwicklungsstörung im Jugendalter. *Die Sprachheilarbeit* 47, 10-17.
- Fujiki, M., Brinton, B. (1994): Social competence and language impairment in children. In: R.V. Watkins and M.L. Rice (Eds.): *Specific language impairments in children* (123-143). Baltimore, Maryland: Brookes.
- Girolametto, L., Pearce, P., Weitzman, E. (1996): Interactive focused stimulation for toddlers with expressive vocabulary delays. *Journal of Speech and Hearing Research* 39, 1274-1283.
- Goodyer, I. M. (2000): Language difficulties and psychopathology. In: D.V.M. Bishop, L.B. Leonard (Eds.): *Speech and language impairments in children. Causes, characteristics, intervention and outcome* (227-244). East Sussex: Psychology Press.
- Grimm, H., Wilde, S. (1998): Sprachentwicklung: Im Zentrum steht das Wort. In: H. Keller (Hrsg.): *Lehrbuch Entwicklungspsychologie* (445-473). Bern: Huber.
- Grimm, H. (2000a): SETK-2: Sprachentwicklungstest für zweijährige Kinder. Diagnose rezeptiver und produktiver Sprachverarbeitungsfähigkeiten. Göttingen: Hogrefe.
- Grimm, H. (2000b): Entwicklungsdysphasie: Kinder mit spezifischer Sprachstörung. In: H. Grimm (Hrsg.): *Sprachentwicklung. Enzyklopädie der Psychologie, C III, Band 3* (603-640). Göttingen: Hogrefe.
- Grimm, H. (2003): *Störungen der Sprachentwicklung. 2. überarbeitete Auflage*. Göttingen: Hogrefe.
- Hoff-Ginsberg, E. (2000): Soziale Umwelt und Sprachlernen. In: H. Grimm (Hrsg.): *Sprachentwicklung. Enzyklopädie der Psychologie, CIII, Band 3* (463-494). Göttingen: Hogrefe.
- Jusczyk, P. W. (2000): Bootstrapping from the signal. Some further directions. In: J. Weissenborn, B. Höhle (Eds.): *Approaches to bootstrapping: phonological, lexical, syntactic and neurophysiological aspects of early language acquisition, Volume I* (3-23). Amsterdam: John Benjamins.
- Kauschke, C. (2003): Sprachtherapie bei Kindern zwischen 2 und 4 Jahren – ein Über-

- blick über Ansätze und Methoden. In: *U. de Langen-Müller, C. Iven, V. Maihack* (Hrsg.): Früh genug, zu früh, zu spät? Modelle und Methoden zur Diagnostik und Therapie sprachlicher Entwicklungsstörungen von 0-4 Jahren (152-182). Köln: ProLog.
- Kölliker-Funk, M.* (2003): Gegenüberstellung sprachspezifischer und kommunikativer Sprachtherapie für Kleinkinder mit Spracherwerbsstörungen. In: *U. de Langen-Müller, C. Iven, V. Maihack* (Hrsg.): Früh genug, zu früh, zu spät? Modelle und Methoden zur Diagnostik und Therapie sprachlicher Entwicklungsstörungen von 0-4 Jahren (184-200). Köln: ProLog.
- Lenneberg, E. H.* (1967): Biological foundations of language. New York: Wiley.
- Leonard, L. B.* (1998): Children with specific language impairment. Cambridge: MIT Press.
- Locke, J. L.* (1997): A theory of neurolinguistic development. *Brain and Language* 58, 265-326.
- Manhardt, J., Rescorla, L.* (2002): Oral narrative skills of late talkers at ages 8 and 9. *Applied Psycholinguistics* 23, 1-21.
- Markman, E. M.* (1990): Constraints children place on word meanings. *Cognitive Science* 14, 1, 57-77.
- McLean, L. K., Cripe, J. W.* (1997): The effectiveness of early intervention for children with communication disorders. In: *M.J. Guralnick* (Ed.): The effectiveness of early intervention (349-428). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Paul, R.* (2000): Predicting outcomes of early expressive language delay: ethical implications. In: *D.V.M. Bishop, L.B. Leonard* (Eds.): Speech and language impairments in children. Causes, characteristics, intervention and outcome (195-209). East Sussex: Psychology Press.
- Penner, Z., Kölliker-Funk, M.* (1998): Therapie und Diagnose von Grammatikerwerbsstörungen. Ein Arbeitsbuch. Luzern: Edition SZH/SPC.
- Penner, Z.* (2002). Plädoyer für eine präventive Frühintervention bei Kindern mit Spracherwerbsstörungen. In: *W. v. Suchodoletz* (Hrsg.): Therapie von Sprachentwicklungsstörungen – Anspruch und Realität (106-142). Stuttgart: Kohlhammer.
- Penner, Z.* (2003a): Zwischen Forschung und Praxis. Die Grundlagen einer bereichsspezifischen Frühintervention. In: *U. de Langen-Müller, C. Iven, V. Maihack* (Hrsg.): Früh genug, zu früh, zu spät? Modelle und Methoden zur Diagnostik und Therapie sprachlicher Entwicklungsstörungen von 0-4 Jahren (114-134). Köln: ProLog.
- Penner, Z.* (2003b): Neue Wege der sprachlichen Frühförderung von Migrantenkindern. Berg (Schweiz): kon-lab GmbH.
- Penner, Z.* (2004): Forschung für die Praxis: Neue Wege der Intervention bei Kindern mit Spracherwerbsstörungen. *Forum Logopädie* 6, 6-13.
- Rescorla, L., Roberts, J., Dahlsgaard, K.* (1997): Late talkers at 2: Outcome at age 3. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 40, 556-566.
- Rice, M. L.* (1993): Social consequences of specific language impairment. In: *H. Grimm, H. Skowronek* (Eds.): Language acquisition problems and reading disorders: aspects of diagnosis and intervention (111-137). Berlin: de Gruyter.
- Ritterfeld, U.* (2000): Zur Prävention bei Verdacht auf eine Spracherwerbsstörung: Argumente für eine gezielte Interaktionsschulung der Eltern. *Frühförderung Interdisziplinär* 19, 80-87.
- Ritterfeld, U.* (2001): Handanweisungen für Eltern von ein- bis zweijährigen Risikokindern. *Logos Interdisziplinär* 2, 109-113.
- Ritterfeld, U., Niebuhr, S.* (2002): Neue Wege in der Sprachentwicklungsdiagnostik. *Kinder- und Jugendarzt* 4, 321-329.
- Roberts, J., Rescorla, L., Giroux, J., Stevens, L.* (1998): Phonological skills of children with specific expressive language impairment (SLI-E): Outcome at age 3. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 41, 374-384.
- Robertson, S.B., Weismer, S.E.* (1999): Effects of treatment on linguistic and social skills in toddlers with delayed language development. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 42, 1234-1248.
- Rüter, M.* (2004): Die Rolle der Elternsprache im frühen Spracherwerb. *Sprache, Stimme, Gehör* 28, 29-36.
- Scarborough, H. S., Dobrich, W.* (1990): Development of children with early language delay. *Journal of Speech and Hearing Research* 33, 70-83.
- Stackhouse, J.* (2000): Barriers to literacy development in children with speech and language difficulties. In: *D.V.M. Bishop & L.B. Leonard* (Eds.): Speech and language impairments in children. Causes, characteristics, intervention and outcome (73-97). East Sussex: Psychology Press.
- Stothard, S.E., Snowling, M.J., Bishop, D.V.M., Chipchase, B.B., Kaplan, C.A.* (1998): Language-impaired preschoolers: A follow-up into adolescence. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 41, 407-418.
- Suchodoletz, W.v.* (2002): Ansprüche an eine Therapie sprachentwicklungsgestörter Kinder. In: *W.v. Suchodoletz* (Hrsg.): Therapie von Sprachentwicklungsstörungen. Anspruch und Realität (11-34). Stuttgart: Kohlhammer.
- Tomblin, J.B., Freese, P.R., Records, N.L.* (1992): Diagnosing specific language impairment in adults for the purpose of pedigree analysis. *Journal of Speech and Hearing Research* 35, 832-843.
- Ward, S.* (1999): An investigation into the effectiveness of an early intervention method for delayed language development in young children. *International Journal of Language and Communication Disorders* 34, 3, 243-264.
- Waxman, S.R.* (1990): Linguistic biases and the establishment of conceptual hierarchies: evidence from preschool children. *Cognitive Development*, 5, 123-150.
- Weinert, S.* (2002): Therapie bei Sprachentwicklungsstörungen: Forschung und Praxis. In: *W.v. Suchodoletz* (Hrsg.): Therapie von Sprachentwicklungsstörungen. Anspruch und Realität (40-69). Stuttgart: Kohlhammer.
- Weinert, S.* (2004): Wortschatzerwerb und kognitive Entwicklung. *Sprache, Stimme, Gehör* 28, 20-28.
- Weismer, S.E.* (2000): Intervention for children with developmental language delay. In: *D.V.M. Bishop, L.B. Leonard* (Eds.): Speech and language impairments in children. Causes, characteristics, intervention and outcome (157-176). East Sussex: Psychology Press.

Anschrift der Verfasserinnen:

Damaris Tschirner
Am Unteren Sonnenrain 10
79539 Lörrach

Persönliche Angaben:

- Klinische Linguistin M.A.
- Studium *Klinische Linguistik* in Bielefeld
- Seit 2005 in innovativer logopädischer Praxis in Lörrach tätig – überwiegend Arbeit mit Kindern
- 2007 Förderpreis des dbs erhalten

HD Dr. Martina Hielscher-Fastabend
Universität Bielefeld
Fakultät für Linguistik und
Literaturwissenschaft
Fach Klinische Linguistik
Postfach 10 01 31
33501 Bielefeld

Jun. Prof. Dr. Tanja Jungmann (Dipl.-Psych.)
Institut für Sonderpädagogik
Bismarckstraße 2
30173 Hannover



Hannah Hoffmann, Vechta-Langförden

Dysphagie im Alter Evaluation des Wissensstandes beim Pflegepersonal in Altenpflegeeinrichtungen¹

Zusammenfassung

Hintergrund: Ziel dieser empirischen Studie war es, erstmalig beim Pflegepersonal in deutschen Altenpflegeeinrichtungen den Wissensstand über Schluckstörungen zu erfassen. Die Studie sollte eine Beschreibung der allgemeinen Bedingungen und Verhältnisse in den Altenheimen geben sowie mögliche Zusammenhänge zwischen einzelnen Faktoren ermitteln. Internationale Studien konnten erhebliche Defizite im Umgang von Pflegekräften mit Dysphagikern aufdecken (u.a. Kayser-Jones et al. 1999).

Methoden: Mithilfe eines Fragebogens wurden 153 Probanden befragt, die im Rahmen ihrer Tätigkeit in einem Altenheim (Pflege/Hauswirtschaft) mit dem Reichen von Essen und der Versorgung der alten Menschen konfrontiert sind. Diese Befragung wurde exemplarisch für die Region Ostwestfalen-Lippe durchgeführt. Als Variablen wurden die Situation für die Pflegekräfte und das Wissen über Symptome, Verhaltensmaßnahmen und Maßnahmen bei Aspiration ausgewählt. Es wurde vermutet, dass Korrelationen bestehen zwischen Wissen, Alter, Berufsgruppenzugehörigkeit und Berufserfahrung.

Ergebnisse: Das Pflegepersonal sieht die Versorgung hinsichtlich Zeiten für Essenreichen, Fortbildungen und Hilfestellungen/Interdisziplinarität als nicht hinreichend. Des Weiteren lässt sich ein erhöhter Bedarf an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen in deutschen Altenheimen belegen. Korrektes Wissen über Dysphagien ist zwar vorhanden, es zeigten sich zudem aber auch Fehler und irrtümliche Annahmen.

Schlussfolgerungen: Neben einem erhöhten Bedarf an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen für das Pflegepersonal durch Sprachtherapeuten zeigt sich auch ein verstärkter Bedarf an Beratung und Anleitung im Pflegealltag. Des Weiteren bedarf es einer genaueren Überprüfung des Verhaltens der Pflegekräfte bei der praktischen Umsetzung des Wissens in einer Essenssituation. Das Management des Pflegealltags hinsichtlich der Versorgung von dysphagischen Patienten sollte demzufolge überdacht werden. Die Ergebnisse der Studie bestätigen damit die Befunde internationaler Studien.

Schlüsselwörter: Dysphagie, Alter, Pflegepersonal, Mahlzeiten

Dysphagia in the elderly Evaluation of knowledge about dysphagia in nursing homes

Abstract

Background: The aim of the study was to evaluate German nursing staff's knowledge of dysphagia for the first time. The study describes conditions in nursing homes and shows correlations between different factors. International studies have shown a lack of knowledge about dysphagia and its treatment in nursing homes (Kayser-Jones et al., 1999).

Methods: The knowledge of 153 geriatric nurses in Ostwestfalen-Lippe who are responsible for attending to and feeding the elderly was assessed by a questionnaire. The aim was to investigate knowledge of symptoms and treatment of dysphagia and measures towards treatment of aspiration. It was assumed that there are correlations between knowledge, experience, age and education.

Results: Some knowledge of dysphagia could be confirmed, but some errors were detected. An urgent need of educational programs in German nursing homes was found. Additionally the situation is not optimal in regard to mealtimes, educational programs and support from speech-language pathologists.

Conclusion: The results confirm the findings of the international studies. Besides an urgent need of educational programs, the need of more cooperation between speech pathologists and the nursing staff was shown. Furthermore it should be evaluated how the nursing staff actually uses their knowledge in concrete situations at mealtimes. The management of daily nursing routines regarding dysphagia patients should be reconsidered.

Keywords: Dysphagia, Elderly, Nursing staff, Mealtime

¹ Die Veröffentlichung basiert auf der gleichnamigen Diplomarbeit, vorgelegt von H. Hoffmann 2005 an der Universität Bielefeld.

1. Theoretischer Rahmen

Erkrankungen wie z.B. ein Schlaganfall, aber auch physiologische Alterungsprozesse oder kognitive Prozesse können im Alter zu altersbedingten Schluckstörungen oder so genannten Presbyphagien führen. Es werden primäre und sekundäre Presbyphagien unterschieden (Niers 2000). Die primären Presbyphagien, die in den meisten Fällen durch morphodynamische Umbauvorgänge verursacht werden, bleiben meist lange Zeit ohne klinische Relevanz, indem so genannte „funktionelle Reserven“ die Veränderungen so kompensieren, dass die vorliegende Schluckstörung unerkannt und verdeckt bleibt (Niers 2000). Bei den sekundären Presbyphagien kommen zusätzlich zu den physiologischen Veränderungen noch Erkrankungen hinzu. Es handelt sich hierbei also um krankheitsbedingte Veränderungen des Schluckvorgangs (Niers 2000). Auslöser können hier unterschiedliche

Krankheitsbilder wie neuro-degenerative, zerebrovaskuläre oder strukturelle Erkrankungen sein. Symptome akuter Dehydration können beim Betroffenen beispielsweise ein Hinweis auf das Vorliegen einer Schluckstörung sein (Böhme 2003). Zu den häufigsten Erkrankungen, die im erhöhten Lebensalter auftreten, zählen vor allem zerebrovaskuläre Erkrankungen und Kopf-Hals-Tumore (Bartolome et al. 1999). Aufgrund ihres physischen und mentalen Status stellen ältere Menschen eine besonders gefährdete Risikogruppe im Bezug auf Dysphagien dar und es ist davon auszugehen, dass 30–55% aller Pflegeheimbewohner unter einer Schluckstörung leiden (vgl. Böhme 2003). Dysphagien, die nicht erkannt oder falsch behandelt werden und möglicherweise immer wieder zu Pneumonien führen, können besonders für ältere Menschen mit einem geschwächten Allgemeinzustand ernsthafte und oftmals tödliche Folgen haben. Daher bedarf es größter Sorgfalt

im Erkennen von klinischen Anzeichen sowie unspezifischeren Warnzeichen, wie beispielsweise Fieber.

Studien von Kayser-Jones et al. (1999), Steele et al. (1997) sowie Kolodny und Malek (1991) konnten erhebliche Defizite im Umgang von Pflegepersonal mit Patienten mit einer Dysphagie, vor allem in der Situation des Essenreichens aufdecken. Die Befunde zeigten, dass die betroffenen Bewohner häufig während der Mahlzeiten nicht richtig positioniert wurden und somit ein erhöhtes Aspirationsrisiko besteht (Kayser-Jones et al. 1999). Des Weiteren konnten Kayser-Jones et al. (1999) zeigen, dass die Bewohner in manchen Fällen mit nicht passenden, falschen Nahrungskonsistenzen versorgt wurden, und dass Anzeichen einer Dysphagie vom Pflegepersonal nicht erkannt wurden. Insgesamt zeigte das Pflegepersonal deutliche Unsicherheiten im Umgang mit Dysphagikern und es bestätigte sich ein erhöhter Fort- und Weiterbildungsbedarf zu dem Thema.

Laudatio für den 2. Preis des dbs-Förderpreises 2007

Prof. Dr. Claudia Iven

Ich habe die große Freude, hier eine Arbeit loben zu dürfen, die an der Schnittstelle von Prävention und interdisziplinärer Zusammenarbeit steht und die ein Praxiskonzept vorlegt, das auf einem sehr umfassenden Theoriestock fußt. Eine Arbeit, in der viele aktuelle Studienergebnisse unter vielen unterschiedlichen Gesichtspunkten beleuchtet werden, die ein methodisch sauberes Studiendesign vorlegt und dabei einen riesigen Datenpool auswertet, der sich aus der Befragung ergeben hat. Was bei dieser Arbeit besonders beeindruckt, ist, dass ganz nebenbei ein hervorragend ausgearbeiteter Ratgeber für Pflegeberufe zum Thema Dysphagie entstanden ist. Gelobt und mit dem zweiten Preis des dbs-Förderpreises bedacht wird eine Arbeit, die den Informationsstand bei Pflegekräften beim Thema Dysphagie ermittelt, und das mit einem wirklich sehr großen Datenpool, wobei flächendeckend eine gesamte Region von Pflegern in Altenheimen befragt worden sind. Die Ergebnisse werden sehr wohlthuend kritisch und vielfältig ausgewertet und vor allem in Beziehung zur Pflegeausbildung und zu den Arbeitsbedingungen in den Heimen gesetzt. Es wird also nicht einfach nur behauptet, dass Pflegekräfte über zu wenig Wissen verfügen, sondern es findet eine sehr differenzierte Betrachtung statt. Und dass so ganz nebenbei ein Ratgeber geschrieben und zudem noch ein Fortbildungskonzept vorgelegt wurde, macht die Sache mehr als rund. Dies ist uns absolut förderwürdig erschienen. Genaueres erzählt die Preisträgerin gleich selbst. Ich freue mich, den zweiten Preis an eine Absolventin des Studiengangs klinische Linguistik aus Bielefeld vergeben zu können.

Herzlichen Glückwunsch Frau Hannah Hoffmann!

2. Ziel der Studie und Fragestellungen

Ausgehend von diesen Ergebnissen sowie eigenen Beobachtungen und Erfahrungen im Pflegealltag wurde vermutet, dass sich ähnliche Befunde für deutsche Altenpflegeeinrichtungen belegen lassen.

Ziel dieser empirischen Untersuchung war demzufolge, den Wissensstandard beim Pflegepersonal in Altenpflegeeinrichtungen über Schluckstörungen zu erfassen und eine deskriptive Beschreibung der allgemeinen personellen Versorgungssituation in den Altenheimen zu geben sowie mögliche Zusammenhänge zwischen einzelnen Faktoren zu ermitteln.

Es wurde folgenden Fragen nachgegangen:

- Welche **Versorgungsstandards** herrschen in deutschen Altenpflegeeinrichtungen bezüglich der Essenreichtumsituation, d.h. wer pflegt die alten Menschen, wie sehen die zeitlichen Faktoren aus, welche Hilfsmaßnahmen stehen zur Verfügung und welche Mängel werden vom Pflegepersonal gesehen?
- Über welches **Wissen** hinsichtlich Dysphagien verfügt das in Altenpflegeeinrichtungen beschäftigte Personal?
- Wie sieht der **Umgang** mit Schluckstörungen in den Einrichtungen aus?
- Bestehen zwischen der Berufsgruppenzugehörigkeit der Probanden, dem Lebensalter der Pflegekräfte, der Berufserfahrung und dem Beschäftigungszeitraum in der jeweiligen Einrichtung und ihrem korrekten bzw. falschen Wissen **Zusammenhänge**?

3. Methoden

3.1 Stichprobe

Um das Wissen, die Meinungen und Einstellungen von Pflegepersonal in Altenpflegeeinrichtungen genauer zu

erfassen, wurde das Personal verschiedener Altenheime mithilfe eines Fragebogens befragt. Die Probanden stellten eine gemischte Gruppe der verschiedenen Berufsgruppen dar, die im Rahmen ihrer Tätigkeit in einem Altenheim (Pflege/Hauswirtschaft) mit dem Reichen von Essen und der Versorgung der alten Menschen konfrontiert sind, wie examinierte Altenpfleger, Altenpflegehelfer, Auszubildende, Praktikanten, (Wochenend-) Aushilfen, Krankenschwestern, etc. Generell sollte die Stichprobe aus einer repräsentativen Gruppe von Heimen verschiedener Trägerschaften aus dem Bielefelder Raum und Umgebung (Ostwestfalen-Lippe) bestehen. In der Stichprobe sollten die größten übergeordneten Trägerschaften wie kirchliche (Diakonie und Caritas), staatliche und private Träger, repräsentiert werden.

Insgesamt ergab sich eine Stichprobe von **13 Altenheimen** unterschiedlicher Trägerschaften. Aus jedem Heim lagen die Angaben verschiedener Pflegekräfte vor (N = 5 bis N = 22), so dass insgesamt **153 Personen** befragt werden konnten. Der Stichprobe wurde eine kleine **Kontrollgruppe** (N = 10) aus kompetenten, im Umgang mit Schluckstörungen geschulten und erfahrenen Probanden aus dem neurologischen Akutbereich gegenüber gestellt.

3.2 Material

Die Befragung der Probanden fand mithilfe eines **Fragebogens** statt. Der selbst entwickelte Fragebogen beinhaltete verschiedene Aspekte im Umgang mit Schluckstörungen wie unter anderem Wissensaspekte, Verhaltensregeln, emotionale Aspekte sowie Fragen zur Ausstattung der Heime und zum Fort- und Weiterbildungsbedarf.

Um gezielte Informationen über das frei abrufbare und spontane Wissen des Pflegepersonals über Schluckstörungen und den Umgang mit Betroffenen in den Altenpflegeeinrichtungen zu sammeln, bestand der Fragebogen sowohl aus offenen als auch geschlossenen Fragen. Der erste Teil umfasste 21 Fragen und im zweiten Teil wurden

26 Aussagen, die die Wahrnehmung und Meinungen zum Ess- und Schluckverhalten älterer Menschen widerspiegeln, angeführt, die dann auf einer Skala von 0–4 eingeschätzt werden mussten. Aufgrund des großen Umfangs des Fragebogens wird hier auf eine gesamte Darstellung verzichtet. Die für nachfolgende Betrachtungen relevanten Fragen sind in Tabelle 1, S. 200, aufgeführt. Eingangs wurden Angaben zur Person wie Alter und Berufsgruppenzugehörigkeit erhoben. Die **Fragen 1–7** betrafen den Bereich des Essenreichens und der Mahlzeiten. Des Weiteren sollte die Frage, wie viele der Bewohner der Station unter Schluckstörungen leiden (Frage 10), eine Einschätzung des Teilnehmers darüber abgeben, wie häufig Schluckstörungen im Pflegealltag auftreten. Die nachfolgenden Fragen waren offen formuliert. Frage 11 fragte nach den klinischen, körperlichen Anzeichen und Warnzeichen einer Dysphagie, während Frage 12 sich eher auf Verhaltensregeln im Umgang mit Patienten mit Dysphagie bezog. Frage 13 sollte das Verhalten in einer konkreten Problemsituation abbilden. Die Fragen 14 und 15 beschäftigten sich mit zur Verfügung stehenden und auch fehlenden Hilfsmitteln in den Einrichtungen. Frage 16 sprach Wünsche und Vorschläge und auch Beurteilungen zur Situation des Essenreichens an. Die Fragen 17–20 erhoben Daten zu Ausbildung und Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen.

Die **Aussagen 1–16** des zweiten Teils des Fragebogens fragten noch einmal gezielt Wissen ab und erfassten, ausgehend von möglichen Fehlerquellen im alltäglichen Umgang mit Schluckstörungen, die Meinungen und Einstellungen der Probanden zu dem Thema. Die Aussagen 17–22 und 25/26 thematisierten persönliche Empfindungen wie Ängste und Sorgen und Einstellungen der Befragten zur Situation des Essenreichens und zur Verwendung von Andickmitteln. Die Aussagen 23 und 24 stellten allgemein gültige Meinungen zum Thema „alte Menschen und Verschlucken“ wie auch zum Thema Sonden dar. Das Ziel bei diesen

Teil I (Fragen)	Teil II (Aussagen)	
1. Werden Sie im Rahmen der Pflege und Dokumentation mit Schluckstörungen konfrontiert?	1. Ein Viertel aller Pflegeheimbewohner leiden an Schluckstörungen.	0 1 2 3 4*
5. Verwenden Sie spezielle Andickmittel (wie z.B. Thicken Up, Quick and Dick) in der Pflege? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Ahnung	2. Nach Schlaganfällen ist das Risiko von Schluckstörungen besonders hoch.	0 1 2 3 4
11. Woran machen Sie das am Bewohner fest?	3. Beim Aspirieren gelangen Fremdkörper in die oberen Atemwege.	0 1 2 3 4
12. Worauf achten Sie diesbezüglich in der Situation des Essenreichens? Wie verhalten Sie sich?	17. Ich habe keine Zeit, mich während des Essenreichens hinzusetzen.	0 1 2 3 4
13. Wie reagieren Sie auf mögliche auftretende Probleme?	19. Ich fühle mich oftmals dem Betroffenen hilflos gegenüber, wenn dieser sich offensichtlich verschluckt hat.	0 1 2 3 4
15. Gibt es Ihrer Meinung nach fehlende Formen der Unterstützung oder Hilfestellung, die Sie für wünschenswert erachten würden?	23. Im Alter verschlucken sich die Leute eben manchmal etwas häufiger.	0 1 2 3 4

Tab. 1.: Beispielfragen aus dem erstellten Fragebogen.

* 0 steht für „Ich weiß nicht“, die Werte 1 bis 4 stehen für den Grad der Zustimmung

Aussagen war es, gerade solche vorurteilsbehafteten Meinungen aufzudecken und zu betrachten.

3.3 Durchführung

Der Fragebogen wurde gewöhnlich mittags in der Übergabezeit von jedem/r Teilnehmer/in individuell ausgefüllt. Meistens war die Untersucherin dabei, um für eventuelle Nachfragen zur Verfügung zu stehen. Die Bearbeitungszeit umfasste 15–20 Minuten, maximal 30 Minuten. Die Auswertung der Daten fand anonymisiert statt.

4. Ergebnisse

Die mithilfe des Fragebogens ermittelten Daten wurden zunächst codiert und dann mithilfe des Statistikprogramms SPSS ausgewertet.

4.1 Status in den Heimen (Personal- und Versorgungsstandards)

Insgesamt bestand die Gruppe der befragten Altenpflegekräfte zu 88,9% aus Frauen, und nur 9,8% der Befragten waren Männer. Die Hälfte der Befragten war älter als 41 Jahre (52,3%) und das Durchschnittsalter betrug 41,51 Jahre (vgl. Tab. 2, S. 201).

Unter den Teilnehmern waren verschiedene Berufsgruppen vertreten. Hierbei stellen die examinierten Altenpfleger mit 41,8%, die Altenpflegehelfer mit 30,1% und die Krankenpfleger mit 15,7% die größten Gruppen dar. Auffällig ist, dass die untersuchte Gruppe vermehrt aus gut ausgebildeten Kräften bestand, was nicht unbedingt ein genaues Abbild des Pflegealltags darstellt.

93,5% der Altenpflege-Probanden sowie 100% der Kontrollprobanden führen an, in der Pflege und Dokumentation mit Schluckstörungen konfrontiert zu werden. Die Angaben, wie vielen Bewohnern der Einzelne das Essen zu reichen hat, schwanken in beiden Gruppen sehr und reichen von ein bis zwei bis zu 12 Bewohnern. 13,7% der Altenpflegekräfte führen an, nur zwei bis drei Bewohnern das Essen zu reichen, die Hälfte der Kontrollgruppe macht Angaben bis zu vier Patienten. Auf die Frage, wie viel Zeit ihnen dafür zur Verfügung stehe, wird bei den Altenpflegekräften zu 42,6% eine Zeitspanne zwischen 10 und 15 Minuten genannt. Das Verwenden von Andickmitteln in der Pflege bestätigen nur 66,7% der Probanden aus der Altenpflege. 96,1% der Altenpflegekräfte

	ALTENPFLEGEKRÄFTE	KONTROLLGRUPPE
Probanden	N = 153	N = 10 100% examinierte Krankenschwestern/ Pfleger
Geschlecht	88,9% Frauen 9,8% Männer	90% Frauen 10% Männer
Durchschnittsalter	41,51 Jahre	60% zw. 20-40 Jahren
Berufserfahrung	77,7% zw. 0-20 Jahren	50% zw. 0-20 Jahren
Beschäftigungszeitraum in der Einrichtung	58,8% zw. 0-5 Jahren	60% zw. 0-15 Jahren

Tab. 2: Übersicht über die ermittelten personenbezogenen Daten für die Altenpflegekräfte und Kontrollgruppe.

bejahen das Vorliegen von Schluckstörungen bei Bewohnern der Station, und 92,2% haben dieses auch schon in einer konkreten Situation bei einem Bewohner erlebt.

Auf die Frage nach verfügbaren Hilfen wird der Einsatz von Andickmitteln von 2,0% der befragten Altenpflegekräfte aufgeführt. Bei der Beurteilung der Essenssituation wünschen sich 7,2% der Pflegekräfte an die Bewohner und ihre Schwierigkeiten angepasste Mahlzeiten wie passierte oder angedickte Kost. Nur 1,3% der Altenpflegekräfte geben an, durch Fachkräfte wie Logopäden Unterstützung für den Umgang mit Betroffenen zu erhalten, bei den Kontrollprobanden ist dies zu 70% der Fall. Auf die Frage nach fehlenden Hilfsmitteln, aber auch bei der Beurteilung der Essenssituation führen die befragten Altenpflegekräfte Zeitprobleme und -mangel an (12,4%) sowie das Fehlen von Personal (2,6%). Die Pflegekräfte sehen einen erhöhten Bedarf an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen und betonen die Notwendigkeit, ihre Kenntnisse über spezielle Schlucktechniken zu erweitern sowie diese in der Praxis unter Anleitung einzusetzen (15,0%). Den generellen Wunsch, interdisziplinär mit Ärzten und Sprachtherapeuten zusammenzuarbeiten, äußern 5,9% der Probanden.

Die Aussagen 17–22 und 25/26 des zweiten Teils des Fragebogens belegen z. T. ein sehr positives Selbstbild der Altenpflegekräfte und Kontrollprobanden bezüglich ihrer Gefühle, ihrer Ein-

stellungen und ihres Können. So stellt beispielsweise die optimale Lagerung des Bewohners zu den Mahlzeiten nach Auffassung von 46% der Altenpflegekräfte kein Problem dar (Aussage 18) und zu 36,2% führen die Altenpflegeprobanden an, sich dem Bewohner gegenüber nicht hilflos zu fühlen, wenn dieser sich verschluckt hat (Aussage 19).

Bei den Angaben über Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen in den jeweiligen Einrichtungen geben 75,5% der befragten Altenpflegekräfte und 80% der Kontrollprobanden an, keine Fortbildung zu dem Thema besucht zu haben und nur 14,1% der Altenpflegekräfte und 20% der Kontrollgruppe haben an einer Schulung teilgenommen. Bei diesen habe es sich aber zumeist um Informationsveranstaltungen von Sondenkost-Herstellern gehandelt. Die Probanden führen zudem Mängel in der Zusammenarbeit der unterschiedlichen Fachbereiche wie Ärzte, Kollegen, Küchenpersonal und Sprachtherapeuten an und kritisieren Zeit- und Personalmangel.

4.2 Fragen nach Symptomen, Verhaltensregeln und Maßnahmen bei Aspiration

Symptome

Bei der offenen Frage nach den klinischen und körperlichen Anzeichen einer vorliegenden Schluckstörung (Frage 11) geben die Befragten eine Vielzahl von Symptomen an. 26 Fragebögen (17%) bleiben ohne Ergebnis, da

keine Angaben gemacht werden. Im Durchschnitt geben die Altenpflegekräfte 2,72 Antworten und die Kontrollprobanden 1,78. Davon waren 2,5 ($s = 1.5854$) Antworten bei den examinierten Altenpflegekräften korrekt, nur 1,65 ($s = .8431$) bei den nicht-examinierten und alle Antworten waren bei den Kontrollprobanden als richtig zu werten. Dieser Unterschied zwischen den Gruppen war signifikant mit $F(2, 154) = 6.314, p < .01$.

Auffällig ist, dass die untersuchten Probanden häufig nur Stichwörter wie „Husten“ oder „Verschlucken“ angeben. Unspezifische Warnzeichen einer Dysphagie wie eine erhöhte Körpertemperatur werden dagegen nicht angeführt. Die Altenpflegekräfte machen zu 8,5% undifferenzierte Äußerungen („man weiß es“, „man kann es beobachten“). Falsche Angaben werden zu 2,6% von den Altenpflegekräften gemacht. Hierbei werden Bluthochdruck, erhöhter Puls, Schweißausbrüche oder Verschlucken durch Reden beim Essen genannt. Bei der Kontrollgruppe treten solche Antworten nicht auf.

Verhaltensregeln

Auf die offen gestellte Frage nach Verhaltensregeln im Umgang mit Schluckstörungen werden ebenfalls viele unterschiedliche Angaben gemacht. Bei den Altenpflegekräften sind es durchschnittlich 2,84 und bei den Kontrollprobanden 3,10. Korrekt sind bei den examinierten Altenpflegern 2,99 ($s = 1.578$), bei den nicht-examinierten Kräften 1,81 ($s = 1.230$) und

bei der Kontrollgruppe 3,10 (s = 1.101) der Antworten. Die Werte unterscheiden sich hochsignifikant mit $F(2, 154) = 11.999, p = .00$. Insgesamt kommt es bei dieser Frage jedoch zu einer hohen Anzahl an fehlenden Angaben (17,6%) seitens der Altenpflegekräfte, während die Fragebögen der Kontrollgruppe keine Enthaltungen aufweisen. Bei den genannten Verhaltensregeln zeigen sich ebenfalls sehr vage formulierte Angaben wie „Durchatemungskontrolle“ (0,7%) oder „Auslösen des Schluckens“ (2,6%). Des Weiteren ist auffällig, dass nur ein geringer Prozentsatz beider Gruppen Verhaltensmaßnahmen wie „Mundhygiene nach der Mahlzeit“ (1,3% Altenpflegekräfte; 0% Kontrollgruppe) oder „nach dem Essen

den Oberkörper hochgelagert lassen“ anführt (0,7% Altenpflegekräfte; 0% Kontrollgruppe). Als falsch zu werten sind nur 0,7% der Angaben der Altenpflegeprobanden.

Maßnahmen bei Aspiration

Auf die offene Frage nach Maßnahmen bei auftretenden Problemen/Aspiration werden von den Altenpflegekräften im Mittel 2,46 Antworten angeführt und von der Kontrollgruppe 2,5. Die examinierten Pflegekräfte geben im Mittel 1,88 (s = 1.390) korrekte Antworten, die nicht-examinierten 1,20 (s = 1.155). Die Kontrollgruppe macht durchschnittlich 2,20 (s = 1.135) korrekte Angaben. Der Unterschied zwischen den Gruppen war signifikant mit

$F(2,154) = 5.671, p = .004$. Auf diese Frage fehlen bei den Altenpflegekräften vermehrt Angaben (17,6%) und es werden zu 26,2% falsche Antworten gegeben. Diese betreffen vor allem falsche Angaben zur Lagerung, wie „auf die Seite lagern“. 9,8% der Befragten machen undifferenzierte Angaben wie „kommt auf die Situation an“ aus (vgl. Tab. 3). Die Kontrollgruppe zeigt keine Enthaltungen, macht jedoch zu 20% falsche Angaben. Insgesamt führen die Befragten auf diese Frage nicht nur direkte Maßnahmen für die Situation selbst an, sondern auch längerfristige Maßnahmen wie „Kostumstellung“ oder „Fieberkurvenkontrolle“.

Genannte Maßnahmen bei Aspiration		AG	KG
akut wichtig	Hochsetzen/ Aufrichten	21,6%	
	Fachpersonal holen	15,1%	
	Aufhören/ Unterbrechen mit Essenreichen	14,4%	60%
	Mund leeren	13,1%	20%
	Notarzt rufen, Erste Hilfe Maßnahmen leisten	11,5%	
	Oberkörper nach vorne, unten beugen	5,9%	
	Heimlich Manöver	3,9%	
	Absaugen	2,6%	50%
akut nachrangig	Bewohner beruhigen, bei ihm bleiben	13,2%	
	Verbale Aufforderung zu Husten, Räuspern, Schlucken, Atmen	10,5%	
	Hände nach oben/ Arme hochhalten	6,5%	
	Flüssigkeit anbieten	5,9%	
	Zahnprothesen rausnehmen	2,9%	
	Auslösen Schluckreflex (unspezifische extraorale Massagen)	2,0%	
langfristig	Rücksprache mit Ärzten, Küche, Kollegen	13,1%	70%
	Nur kleine Portionen geben, langsames Tempo	10,4%	
	Kost modifizieren (u.a. Andicken, Pürieren)	8,5%	20%
	Einsatz von Hilfsmitteln (u.a. Schnabelbecher)	3,3%	
	Therapeuten mit einbeziehen	1,3%	
	Fieberkurve/ Allgemeinzustand beobachten	0,7%	
falsch	Auf Rücken klopfen	15,7%	
	Auf die Seite lagern	9,8%	20%
	Undifferenziert (Beobachten, kommt auf Situation an, Ursache ermitteln)	9,8%	10%
	Bewohner schütteln	2,0%	
	Sonstiges (Quiensche Heringslage)	0,7%	

Tab. 3: Verteilung der genannten Maßnahmen bei Aspiration der Altenpflegekräfte (AG) und der Kontrollgruppe (KG).

4.3 Einflüsse von Ausbildung, Alter und Berufserfahrung auf den Wissensstand

Als unabhängige Variablen wurden der **Ausbildungsstand** (examinierte Altenpflegekraft, nicht-examinierte Kräfte und Kontrollgruppe), das **Alter** sowie die **Berufserfahrung** erhoben. Es wurde vermutet, dass diese eine entscheidende Rolle auf das korrekte bzw. falsche Wissen der Befragten, gemessen an der Anzahl genannter Symptome, Verhaltensregeln sowie Maßnahmen bei Aspiration haben würden. Unter 4.2 sind Unterschiede zwischen den drei Gruppen schon dargestellt.

Zum **Alter** ergab sich kein linearer Zusammenhang mit dem Abruf von korrektem Wissen. Zwischen der **Berufserfahrung** (Berufsjahre insgesamt) und dem Wissen (korrekte Antworten Frage 11–13) konnte mit $r = .254$, $p = .001$ ein statistisch nachweisbarer, positiver, linearer Zusammenhang festgestellt werden. Ebenso zeigte sich im zweiten Teil des Fragebogens (Aussagen 1–16) ein positiver Zusammenhang zwischen der Vergabe korrekter Punktwerte und der Berufserfahrung ($r = .144$, $p = .040$).

5. Zusammenfassung und Diskussion

5.1 Status in den Heimen (Personal- und Versorgungsstandards)

Die Angaben der Altenpflegekräfte zum Vorliegen von Schluckstörungen bei Bewohnern der Station zeigen, dass das Problem der Dysphagien von Seiten der Pflegekräfte zwar gesehen, aber möglicherweise unterschätzt wird. So schwanken die Angaben darüber, wie viele der Bewohner ihrer Meinung nach davon betroffen sind stark und sind generell im Vergleich zu der Bewohnerzahl der Stationen eher niedrig. Diese Ergebnisse und auch die Abstimmung der Pflegekräfte untereinander beim Beantworten dieser Frage lässt mögliche Unsicherheiten beim Erkennen von Schluckstörungen vermuten. Auf die Frage nach verfügbaren Hil-

fen ist auffällig, dass der Einsatz von Andickmitteln nur von 2,0% der befragten Altenpflegekräfte aufgeführt wird, im Vergleich werden diese zu 10% von der Kontrollgruppe genannt. Zusätzlich werden von den Altenpflegekräften Andickmittel zu 3,3% bei den fehlenden Hilfsmitteln angeführt, und dies wird durch die zu hohen Kosten dieser Produkte begründet. Ausgehend davon, dass 96,1% der Probanden angeben, Bewohner mit Schluckstörungen zu betreuen und ausgehend von der Tatsache, dass nur 66,7% der Befragten angeben, Andickmittel in der Pflege zu verwenden, zeigen sich hier deutliche Defizite. Bei der Beurteilung der Essenssituation wünschen sich 7,2% der Pflegekräfte stärker an den Bewohner und seine Schwierigkeiten angepasste Mahlzeiten wie passierte oder andickte Kost. Der Gebrauch von Andickmitteln scheint aufgrund von hohen Kosten, aber möglicherweise auch durch Unkenntnis über ihre Einsatzmöglichkeiten, in nur wenigen Altenheimen verbreitet zu sein. Mithilfe von Andickmitteln kann das Aspirationsrisiko jedoch erheblich gesenkt werden und eine orale Ernährung länger aufrechterhalten werden. Nur 1,3% der Altenpflegekräfte geben an, durch Fachkräfte wie Sprachtherapeuten Unterstützung für den Umgang mit Betroffenen zu erhalten. Bei den Kontrollprobanden ist dies zu 70% der Fall. Diese Ergebnisse unterstützen die Beobachtungen aus dem Alltag, dass in vielen Altenpflegeeinrichtungen kein Sprachtherapeut zur Behandlung von Dysphagien herangezogen wird. Betrachtet man jedoch die Anzahl der betroffenen Bewohner, wird ein erhöhter Bedarf an schlucktherapeutischer Versorgung und Beratung deutlich.

Die Aussagen des zweiten Teils des Fragebogens belegen ein sehr positives Selbstbild der Pflegekräfte über ihre Gefühle, ihre Einstellungen und ihr Können. Es bleibt zu untersuchen, ob dieses wirklich dem Umgang der Pflegekräfte mit Dysphagikern in konkreten Alltagssituationen entspricht und dieses positive Selbstbildnis gerechtfertigt ist. Die überraschend niedrigen Angaben über Fort- und Weiter-

bildungsmaßnahmen in den jeweiligen Einrichtungen bestätigen zusammenfassend, dass ein erhöhter Bedarf an Schulungen und Weiterbildungsmaßnahmen auch von Seiten der Altenpflegekräfte gesehen wird.

Es muss berücksichtigt werden, dass die Kontrollgruppe der examinierten Krankenpfleger im Vergleich zu der Anzahl der Probanden aus der Altenpflege ($N = 153$) aus einer sehr kleinen Anzahl an Probanden ($N = 10$) bestand. Eine größere Kontrollgruppe könnte die Aussagekraft der Ergebnisse weiter verstärken.

5.2 Symptome, Verhaltensregeln und Maßnahmen sowie Zusammenhänge

Zusammenfassend führen die Altenpflegekräfte relativ viele und korrekte Angaben bei den Fragen nach Symptomen, Verhaltensregeln und auch nach Maßnahmen bei auftretenden Problemen an. Über welches theoretische Wissen das Pflegepersonal in Altenpflegeeinrichtungen genau verfügen muss, um einen sicheren Umgang mit Patienten mit Dysphagien zu gewährleisten, konnte bisher nicht geklärt werden. Die Befunde belegen neben einem relativ guten theoretischen Wissen der Altenpflegekräfte auch erhebliche Defizite. So erscheint das Wissen der Probanden über Schluckstörungen zum größten Teil eher undifferenziert. Deutliche körperliche Anzeichen wie Verschlucken oder Husten werden als Symptome einer Dysphagie erkannt. Unspezifische Warnzeichen wie eine erhöhte Körpertemperatur, die auch unabhängig von der Nahrungsaufnahme auftreten können, werden nicht zwangsläufig mit einer Schluckstörung in Verbindung gebracht. Gerade ältere Menschen sind jedoch aufgrund ihrer körperlichen Verfassung oftmals einer besonderen Gefährdung ausgesetzt, an den Folgen einer Dysphagie zu sterben. Des Weiteren fallen besonders die falschen Angaben der Probanden bezüglich der Maßnahmen bei akuter Aspiration ins Auge. Hier scheint es erhebliche Defizite bzw. falsche Kenntnisse auf Seiten der Pflegekräfte zu geben.

Derartige **Wissensmängel** bringen eine zusätzliche Gefährdung mit sich und setzen den Betroffenen einem erhöhten Aspirationsrisiko aus. Bessere Aufklärung und Anleitung der Pflegekräfte über mögliche Maßnahmen bei auftretenden Problemen sind also zwingend nötig, um Fehlverhalten vorzubeugen. Die Befunde induzieren somit für die Altenpflegekräfte einen deutlichen Bedarf an **Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen** zu diesem Thema. Obwohl festgestellt werden konnte, dass neben der beruflichen Qualifikation der einzelnen Berufsgruppen die Berufserfahrung einen Einfluss auf den Umgang mit Schluckstörungen hat, sollten die Pflegekräfte stärker mit dem Thema Schluckstörungen konfrontiert und im Erkennen und Einschätzen einer vorliegenden Dysphagie geschult werden, um eine adäquate und qualifizierte Versorgung von Betroffenen zu gewährleisten.

6. Ausblick

Die Ergebnisse belegen insgesamt ein relativ gutes theoretisches **Wissen** der befragten Altenpflegekräfte, weisen aber dennoch auf Defizite im Umgang mit Schluckstörungen hin. So zeigen sich trotz der relativ guten Wissensleistungen der Pflegekräfte insgesamt auch Wissensmängel bzw. falsches Wissen. Es konnte festgestellt werden, dass neben der beruflichen Qualifikation der verschiedenen Berufsgruppen die Berufserfahrung eine nicht unbedeutende Rolle für das Wissen und den Umgang mit Schluckstörungen spielt. Offen bleibt dabei allerdings, welches der beiden Kriterien ein verlässlicheres Maß für kompetenten und sicheren Umgang mit Schluckstörungen darstellt. Es bedarf trotz aller theoretischer Grundkenntnisse auch ausreichender praktischer Erfahrungen. Dennoch bleibt zu bedenken, dass auch jahrelange berufliche Erfahrung allein einen kompetenten Umgang mit Dysphagien nicht gewährleisten kann. So zeigt sich im Pflegealltag oftmals ein Widerspruch zwischen Tun und Wissen der Pflegekräfte. Trotz des wie die Ergebnisse zeigen relativ guten Wissens über

Schluckstörungen, zeigen sich im Pflegealltag oftmals defizitäre Zustände im **Umgang** mit Betroffenen. So überwiegt durch Zeitmangel und immerpflege- und zeitintensivere Betreuung der Bewohner oftmals das schnelle „Abfertigen“ dieser Personen. Dies wirkt sich zugunsten der Effizienz, aber zulasten der korrekten medizinisch-pflegerischen Behandlung aus. Die alltägliche Routine und die Abläufe bringen also auch Risiken mit sich, die vom bestehenden Wissen nicht kompensiert oder aufgefangen werden können. Auf dieser Grundlage wird der erhöhte und dringende Fort- und Weiterbildungsbedarf zu diesem Thema, aber auch der Bedarf an Beratung und Anleitung durch Sprachtherapeuten im Pflegealltag deutlich. Auf diese Weise könnten unter anderem Problempatienten auffindig gemacht werden, Kostumstellungen angeleitet und Hilfestellungen vermittelt werden. Zur Manifestierung, Erweiterung und Auffrischung des Wissens über Schluckstörungen sollten regelmäßige Schulungen für das Personal durch Sprachtherapeuten auch in Deutschland vorgenommen werden (vgl. O'Loughlin et al. 1998). Hierbei sollten die Schwerpunkte auf anatomischen und physiologischen Grundlagen des geregelten und gestörten Schluckaktes, auf alltagsnahe Verhaltensregeln für Patienten mit Schluckstörungen, auf Essensregeln, auf Maßnahmen bei Problemen, auf Lagerungsmöglichkeiten sowie auf Mundpflege und genereller Prävention liegen. Insgesamt muss jedoch berücksichtigt werden, dass die Überprüfung des theoretischen Wissens allein nicht ausreicht, um Rückschlüsse auf den Pflegealltag zu ziehen. Es bedarf zusätzlich einer genaueren Überprüfung des Verhaltens der Altenpflegekräfte bei der praktischen Umsetzung des Wissens in einer Essenssituation (vgl. Kayser-Jones et al. 1999), d.h. einer genaueren Analyse des Verhaltens der Pflegekräfte im Umgang mit Betroffenen. Des Weiteren wäre hier die Frage interessant, inwieweit solche Schulungen langfristige Auswirkungen und Effekte auf den Umgang mit Dysphagikern von Seiten der Pflegekräfte mit sich bringen. Fest-

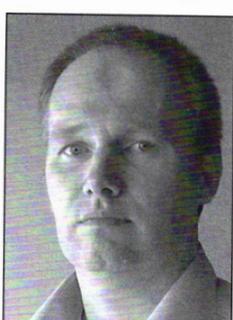
zuhalten ist aber, dass ein erhöhter Fort- und Weiterbildungsbedarf zu dem Thema Schluckstörungen auch in deutschen Altenpflegeeinrichtungen sichtbar wurde und auch den Wünschen der Pflegekräfte entspricht. Auf diese Weise kann ein sicherer Umgang mit Schluckstörungen in der Altenpflege gewährleistet und die Risiken für die älteren Menschen minimiert werden.

Literatur

- Bartolome, G., Buchholz, D., Feussner, H., Hannig, C., Neumann, S., Prosiel, M., Schröter-Morasch, H., Wuttge-Hannig, A. (2009): Schluckstörungen: Diagnostik und Rehabilitation, München/Jena: Urban & Fischer.
- Böhme, G. (2003): Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen. Band 1: Klinik, München/Jena: Urban & Fischer.
- Kolodny, V., Malek, A. M. (1991): Clinically enhancing nursing practice: improving feeding skills. *Journal of Gerontological Nursing* 17, 6, 20–24.
- Kayser-Jones, J., Pengilly, K. (1999): Dysphagia Among Nursing Home Residents. *Geriatric Nursing* 20, 77–84.
- Niers, N. (2000): Der physiologische Schluckvorgang und altersbedingte Veränderungen. In: Kolb, G. (Hrsg.). *Dysphagie. Kompendium für Ärzte und Sprachtherapeuten in der Klinik, Rehabilitation und Geriatrie*. München: Urban & Vogel.
- Steele, C.M., Greenwood, C., Ens, L., Robertson, C., Seidmann-Carlson, R. (1997): Mealtime difficulties in a home for the aged, not just dysphagia. *Dysphagia* 12, 45–50.
- O'Loughlin, G., Shanley, C. (1998): Swallowing Problems in the Nursing Home: A Novel Training Response. *Dysphagia* 13, 172–183.

Anschrift der Verfasserin:

Hannah Hoffmann
(Klinische Linguistin, M. A.)
Aphasie-Zentrum Josef-Bergmann
Josef-Bergmann Str. 1
49377 Vechta-Langförden
Hannah_Hoffmann@web.de



Juliane Mühlhaus, Halle a. S.
Wilma Vorwerk, Magdeburg
Bernd J. Kröger, Aachen

Zur Diagnostik der Auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen (AVWS) – zwei Verfahren zur Identifikation und Diskrimination ambivalenter akustischer Stimuli im Vergleich¹

Zusammenfassung

Der umfangreiche Diagnostikprozess im Rahmen Auditiver Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen (AVWS) gibt Anlass, sich mit den bestehenden Verfahren wissenschaftlich auseinander zu setzen, um diesen Prozess so effektiv wie möglich zu gestalten. Aus den bestehenden diagnostischen Untersuchungen der auditiven Teilfunktionen innerhalb der AVWS-Diagnostik wurden für diese Studie die Diskrimination und die Identifikation von Silben näher betrachtet, da sie zu den trennschärfsten auditiven Funktionen zählen, um Gruppendifferenzierungen zwischen auditiv auffälligen und auditiv unauffälligen Kindern vornehmen zu können (Nickisch/Oberle 2002). Dennoch belegen Untersuchungen, dass eindeutige Gruppenunterschiede in der Diskrimination von Silbenpaaren fehlen (Mody et al. 1997).

Daher ist das Ziel dieser Studie, eine Methode zur eindeutigen Gruppendifferenzierung zwischen auditiv auffälligen und unauffälligen Probanden zu identifizieren. Es wurden 28 auditiv unauffällige Grundschul Kinder und 14 Patienten mit Verdacht auf bzw. diagnostizierter AVWS im Alter von 6;6 bis 10;7 Jahren mit zwei Testverfahren untersucht. In Verfahren 1 wurde ein Stimuluskontinuum über die Konsonant-Vokal-Silben von /ba/, über /da/ bis /ga/ nach Stevens und Blumstein (1978), in Verfahren 2 eines von /ba/ bis /da/ nach Serniclaes et al. (2001) genutzt.

Die Ergebnisse zeigten im ersten Testverfahren (Stevens/Blumstein 1978) sowohl bei der Identifikation als auch bei der Diskrimination keine eindeutige Gruppendifferenzierung. Dagegen bestätigten sich im zweiten Testverfahren (Serniclaes et al. 2001) bei beiden überprüften auditiven Teilleistungen signifikante Gruppenunterschiede.

Die Methode der Identifikation und der Diskrimination mit ambivalenten akustischen Stimuli nach Serniclaes und Mitarbeiter kann daher in der Diagnostik der AVWS eine sinnvolle Ergänzung sein.

Schlüsselwörter: Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen (AVWS), Grundschul Kinder, ambivalente akustische Stimuli, Identifikation, Diskrimination, Diagnostik, kategoriale Sprachwahrnehmung

The diagnosis of auditory processing disorders (APD) – a comparison between two methods of identification and discrimination of ambivalent acoustic stimuli

Abstract

The extensive diagnostic process of auditory processing disorders (APD) is an occasion to scientifically analyze the existing techniques in order to make this process as effectively as possible.

From among the existing diagnostic tests of auditory subfunctions within APD diagnostics this study will look more closely at discrimination and identification of syllables. They belong to the sharpest discriminating auditory functions for group differentiation between auditorily conspicuous and auditorily non-conspicuous children (Nickisch & Oberle 2002). Other studies, however, show a lack of unambiguous group differences in the discrimination of pairs of syllables (Mody et al. 1997).

It is therefore the aim of this study to find a method for unambiguous group differentiation between auditorily conspicuous and non-conspicuous subjects. 28 children

¹ Die vorliegende Veröffentlichung basiert auf der Diplomarbeit von Juliane Mühlhaus (2006): Identifikation und Diskrimination ambivalenter akustischer Stimuli in der Diagnostik der auditiven Verarbeitungsstörungen (AVWS). Universität Aachen, Studiengang Lehr- und Forschungslogopädie.

with normal auditory abilities and 14 patients with suspected or diagnosed APD aged from 6;6 up to 10;7 were tested with two test techniques. In the first a continuum of stimuli through the consonant-vowel-syllables from /ba/ through /da/ to /ga/ after Stevens and Blumstein (1978) was used. The second method used a continuum of stimuli from /ba/ to /da/ after Serniclaes et al. (2001).

The results of the first test procedure (Stevens & Blumstein 1978) showed that in identification as well as discrimination there was no unambiguous group differentiation. On the contrary the second test (Serniclaes et al. 2001) showed significant group differences concerning both auditory sub-functions.

The method of identification and discrimination of ambivalent acoustic stimuli via the test procedure after Serniclaes and his colleagues has therefore come out to be a useful complement to APD diagnosis.

Keywords: auditory processing disorders, pupils, ambivalent acoustic stimuli, identification, discrimination, diagnostics, categorical speech perception

1. Einleitung

1.1 Die Auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen

Der Prozess der auditiven Verarbeitung und Wahrnehmung ist sehr komplex und besteht aus vielen Teilprozessen. Daraus resultierend können mehrere dieser Teilleistungen beeinträchtigt und für das Störungsbild der AVWS verantwortlich sein. Infolgedessen ist die AVWS von anderen Störungen, die ebenfalls mit auditiven Defiziten einhergehen, wie z. B. ADS, schwierig abzugrenzen und ist somit ein breites Störungsbild. Die Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie (DGPP) handhabt eine aktuelle Ar-

beitshypothese der AVWS, die unter Mitwirkung vieler Autoren (Nickisch, Gross, Schönweiler, Uttenweiler, am Zehnhoff-Dinnesen, Berger, Radü, Ptok) 2007 in einem Konsensuspapier wie folgt formuliert wurde:

Eine auditive Verarbeitungs- und/oder Wahrnehmungsstörung (AVWS) liegt vor, wenn bei normalem Tonaudiogramm zentrale Prozesse des Hörens gestört sind. Zentrale Prozesse des Hörens ermöglichen u. a. die vorbewusste und bewusste Analyse, Differenzierung und Identifikation von Zeit-, Frequenz- und Intensitätsveränderungen akustischer oder auditivsprachlicher Signale sowie Prozesse der binauralen Interaktion (z. B. zur Geräuschlokalisation, Lateralisation, Störgeräuschbefreiung, Summation)

und der dichotischen Verarbeitung (S.63).

Die Ursachen, aber auch die Entstehung und Entwicklung für eine AVWS sind vielfältig. Bamiau, Musiek und Luxon (2001), Gravel und Ellis (1995), Grossgerge (1995), Lauter (1999) und von Suchodoletz (2000) machen frühere Otiden und damit länger anhaltende oder wiederholt auftretende Hörstörungen als Ursache für dieses Störungsbild verantwortlich. Im Gegensatz dazu sieht Chermak (2000) nicht die rezidivierende Otitis media per se als Ursache der AVWS, sondern den fluktuierenden Hörverlust und die auf Grund dessen fehlenden Hörererfahrungen. Dadurch liegt eine Entwicklungs- und Reifungsverzögerung in Hirnbereichen vor (Ebert 1997). Ptok et al. (2000)

Laudatio für den 3. Preis des dbs-Förderpreises 2007

Dr. Jenny v. Frankenberg

Sehr geehrte Damen und Herren. Ich beginne nun mit der Vergabe des dritten Preises. Genauer gesagt gibt es dieses Jahr zwei dritte Preise. Als erstes soll eine empirische Arbeit ausgezeichnet werden, die drei international bekannte Verfahren zur kategorialen Wahrnehmung ambivalenter akustischer Stimuli – im Hinblick auf die Unterscheidung von Kindern mit und ohne Auditiver Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung – evaluiert. Die Studie zeichnet sich durch eine hohe Wissenschaftlichkeit aus. Sie besticht durch einen exzellenten experimentellen Aufbau und eine exzellente Datenanalyse. Die Ergebnisse der Studie sind bedeutsam für die Diagnostik der Auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung bei Kindern. Es handelt sich um die Arbeit von Juliane Mühlhaus von der RWTH Aachen. Der Titel der Arbeit lautet: „Identifikation und Diskrimination ambivalenter akustischer Stimuli in der Diagnostik der Auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen“. Frau Mühlhaus, ich bitte Sie auf die Bühne.

geben an, dass Dysfunktionen der Afferenzen und Efferenzen der zur Hörbahn gehörenden Anteile des Zentralen Nervensystems (ZNS) vorliegen, wobei dennoch undeutlich ist, ob eine isolierte Störung der Hörbahn vorliegt oder generelle Defizite existieren. Die Autoren vermuten, dass einzelne Abschnitte der Hörbahn im unterschiedlichen Maße betroffen sein können. Die Prävalenzrate der AVWS liegt in Folge von Untersuchungen durch Chermak und Musiek (1997) vor. Sie geben bei Kindern nach dem sechsten Lebensjahr eine Prävalenz von 2-3% und bei Erwachsenen von 10-20% an. Das Geschlechterverhältnis beläuft sich auf 2:1 zwischen Jungen und Mädchen (Nickisch et al. 2007).

Infolge der vielfältigen Symptome der AVWS sind umfangreiche Testbatterien nötig, um die Diagnose AVWS stellen zu können. Sowohl national als auch international existiert kein „goldener Standard“, der die diagnostischen Testresultate miteinander vergleichen kann (Musiek 1999). Somit steht für dieses Störungsbild eine eingehende Ausschlussdiagnostik im Vordergrund, durch die eine Differenzierung zu den anderen Störungsbildern denkbar ist. Wichtige Bestandteile innerhalb der umfangreichen Diagnostik stellen die auditiven Teilleistungen Identifikation und Diskrimination (Nickisch/Oberle 2002) dar. Nach klinischen Untersuchungen von Nickisch (2005) haben Grundschulkinder eher Probleme in der auditiven Diskrimination (bei modalitätsspezifischer AVWS = 67%) und Identifikation (bei modalitätsspezifischer AVWS = 24%) auf Phonemebene und weniger auf Klang- oder Geräuschebene. Auch Gordon und Ward (1995) heben die Relevanz der auditiven Diskrimination in der Beurteilung der Hörwahrnehmung hervor. Sie stellen fest, dass viele der bisher existierenden Tests nicht schwer genug sind, um die auditiven Diskriminationsprobleme zu identifizieren. Studien zeigen (Glück/Schickel 2001), dass signifikante Unterschiede in der Minimalpaardiskrimination nur bei sinnlosen Wörtern gefunden werden konnten, nicht aber bei sinnvollen Wörtern. An-

passungen unter Berücksichtigung dieser Ergebnisse haben in der klinischen Praxis durch die Verwendung von Sinnlossilben (Nickisch 2005) in der phonematischen Diskrimination und Identifikation statt gefunden. Dennoch konnte in der Dyslexie-Forschung von Mody et al. (1997) ermittelt werden, dass in der Phonemdiskrimination von einfachen, nicht synthetisierten Konsonant-Vokal-Silben (CV-Silben) keine Gruppenunterschiede existierten. Durch die Konstruktion eines abgestuften Lautkontinuums besteht die Möglichkeit, die differenzierte Wahrnehmung einzelner phonetischer Aspekte der Laute zu überprüfen (Schulte-Körne 2001).

1.2 Die kategoriale Sprachwahrnehmung

Die auditive Sprachwahrnehmung gilt als eigenständiges höheres System innerhalb des funktionalen Sprachsystems, in dem psychoakustische Prozesse ein integraler Bestandteil sind (Günther 1994; Pompino-Marschall 1983). Die Sprachwahrnehmung integriert die Aufnahme, Verarbeitung und Perzeption sprachlich-akustischer Informationen. Sie beginnt mit der Hörempfindung, der einleitenden Reaktion für neurale Prozesse, und endet mit dem Hörverstehen. Das Auffassen der

sprachlichen Signale durch die Diskrimination und Identifikation leitet den Prozess des Sprachverstehens ein (Günther 1994). Gerrits und Schouten (2004) gehen davon aus, dass bei der Diskrimination und Identifikation verschiedene Wahrnehmungsstrategien stattfinden. Während der Hörer bei der Diskrimination der Stimuli deren Information auditiv vergleicht, greift er bei der Identifikation der gehörten Stimuli hauptsächlich auf das „phonetische Labeling“, d.h. auf ein rein lautliches Urteil, zurück. In den Untersuchungen zur Sprachwahrnehmung werden deshalb häufig synthetische Sprachreize verwendet, um an Hand eines Lautkontinuums die kategoriale Sprachwahrnehmungsfähigkeit zu überprüfen (Schulte-Körne 2001). Um die Phonemkategorien von Sprachlauten und deren Grenzen akustisch zu repräsentieren, wird ein Stimuluskontinuum, d.h. eine Reihe von Stimuli, aufgestellt. In diesem Kontinuum wird eine Spracheigenschaft, wie z.B. die Artikulationsstelle, in kleinen Schritten von der CV-Silbe /ba/ über /da/ zu /ga/ systematisch verändert. Es findet eine kontinuierliche Änderung der Stärke und Richtung der Formanttransitionen, der akustischen Repräsentation der sichtbaren Veränderung des Artikulationsortes der Konsonanten, statt (siehe Abb. 1-1).

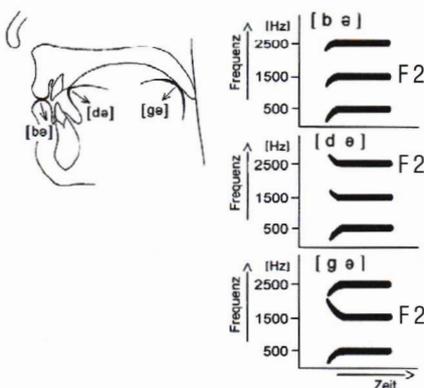


Abb. 1-1: Transition vom zweiten Formanten (F2), die die Artikulationsorte von bilabial (/b/) über alveolar (/d/) zu velar (/g/) definiert. Der Startpunkt von F2 steigt kontinuierlich an (aus: Kröger 2003, 523).

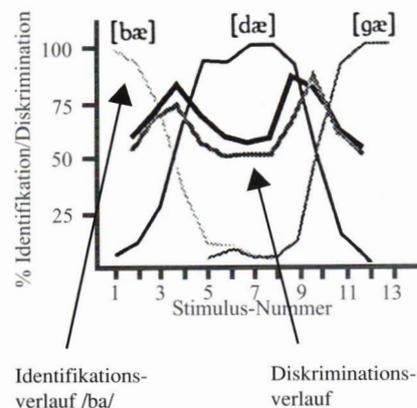


Abb. 1-2: Identifikations- und Diskriminationsverlauf der CV-Silben /ba/, /da/ und /ga/ in Prozent (%) innerhalb eines Kontinuums mit dreizehn Stimuli bei erwachsenen Hörern (aus: Pompino-Marschall 1995, 154).

Für Untersuchungen zur kategorialen Sprachwahrnehmung existieren die Aufgabentypen der Identifikation und der Diskrimination (siehe Abb. 1-2). Die Stelle, an der man einen steilen Kurvenverlauf erkennt, wird als Phonemgrenze (PhG) zwischen den Kategorieabschnitten bezeichnet. Die Paare, die sich innerhalb einer Kategorie befinden, sind nur schwer zu unterscheiden, während Paare an der Phonemgrenze besser unterschieden werden können. Daraus resultiert für die Diskrimination ein charakteristischer Kurvenverlauf.

1.3 Ziel der Studie

Diese Studie soll Diagnostikmöglichkeiten in der Identifikation und Diskrimination aus der klinischen Phonetik zur auditiven Verarbeitung und Wahrnehmung herausstellen, indem sie den Einsatz von Testverfahren mit ambivalenten akustischen Stimuli, die gegenüber der gesprochenen Sprache eine Indifferenz aufweisen, überprüft. Die Untersuchung der Sprachwahrnehmungsfähigkeit erfolgt anhand eines Plosivlaut-Paradigmas, in dem die Plosivlaute hinsichtlich des Artikulationsortes variiert werden (von /ba/ über /da/ zu /ga/). Ziel ist es, ein Instrumentarium zu entwickeln, das auditiv auffällige von auditiv unauffälligen Grundschulkindern frühzeitig unterscheidet.

2. Auswahlkriterien und Probanden

Für die vorliegende Studie wurden 28 gesunde, auditiv unauffällige Grundschulkindern und 14 diagnostizierte AVWS-Patienten von 6;6 bis 10;7 Jahren ausgewählt. Die Geschlechterverteilung belief sich bei der Patientengruppe auf 12 Jungen und 2 Mädchen und bei der Kontrollgruppe auf 11 Jungen und 17 Mädchen. Alle untersuchten Kinder sind monolingual deutsch aufgewachsen, peripher normalhörig, normal intelligent und besuchen die erste bis vierte Klasse. Die Kinder der Kontrollgruppe sind altersgerecht entwickelte Kinder aus

der Regelschule, bei denen es keine anamnestischen Hinweise auf eine Lese-Rechtschreib-Schwäche, eine Sprachstörung, eine AVWS oder andere spezifische Defizite im schulischen Bereich gibt. Eine mögliche AVWS wurde durch ein in Anlehnung an *Nik-kisch* und *Oberle* (2002) und *Wohlleben* (2004) erstelltes Screening zur auditiven Verarbeitung und Wahrnehmung ausgeschlossen. Dieses Screening beinhaltet ein Testverfahren zur Phonemdifferenzierung, zur auditiven Hörmerkspanne und einen Hörtest mit zeitkomprimierter Sprache.

Von den 14 Probanden der Patientengruppe weisen 10 keine modalitätsspezifische AVWS auf. Die gleichzeitig bestehenden Komorbiditäten, wie z.B. LRS oder ADS, sind möglichst gering ausgeprägt.

3. Material und Methoden

Die Untersuchung der Probanden gliederte sich in zwei Testverfahren auf, die jeweils aus einem Diskriminations- und einem Identifikationstest bestanden. Erster Untersuchungsabschnitt war die Abnahme des Testverfahrens nach *Stevens* und *Blumstein* (1978). Es wurden 14 unterschiedliche Stimulusfolgen realisiert, die von der CV-Silbe /ba/ über /da/ zu /ga/ liefen. Die Stimulusfolgen wurden jeweils vier Mal in randomisierter Reihenfolge wiedergegeben, ebenso wie die Stimuluspaare, die mit dem Abstand eines Stimulus (z.B. 1_3; 2_4; ...; 12_14) für den Diskriminationstest gruppiert wurden. Anschließend erfolgte die Abnahme des Testverfahrens nach *Serniclaes* et al. (2001). Für dieses Testverfahren wurden sechs Stimuli für die CV-Silben /ba/ und /da/ sechs Mal in randomisierter Reihenfolge beim Identifikationstest angeboten. Der Diskriminationstest bestand aus vier Paaren, die den Abstand eines Stimulus hatten (z.B. 1_3; ...; 4_6) und ebenfalls sechs Mal randomisiert angeboten wurden.

Die Realisierung der Stimuluskontinua geht auf unterschiedliche Syntheseverfahren (Formant-Synthese-Stimuli nach *Stevens / Blumstein* 1978 und Sinewave-Synthese-Stimuli nach *Ser-*

niclaes et al. 2001) zurück und wurde mit dem Softwareprogramm PRAAT (*Boersma/Weenink* 2004) erstellt.

4. Ergebnisse

Die Ergebnisse beider Testverfahren werden im folgenden Abschnitt dargestellt. Neben der Betrachtung der Identifikationsleistungen innerhalb der Patienten- und Kontrollgruppe und im Gruppenvergleich, werden die Diskriminationsleistungen an den zu erwartenden Phonemgrenzen der jeweiligen Kategorien beurteilt.

4.1 Testverfahren nach *Stevens/Blumstein*

Identifikation

Wie in Abb. 4-1 (S. 209) beispielhaft dargestellt, bestätigt sich der Eindruck, dass die CV-Silbe /ba/ von der Patientengruppe eindeutig kategorisiert werden kann, aber in der Entscheidung der CV-Silben /da/ und /ga/ keine sicheren Zuordnungen stattfinden. Sowohl von der Patientengruppe als auch von der Kontrollgruppe wird nur das /ba/ eindeutig erkannt. Die Patientengruppe entscheidet sich bei Stimulus 1 mit $p_1 = < .001$ für ein /ba/. Ebenso bei $p_2 = < .001$, $p_3 = .003$, $p_4 = .001$ und $p_5 = .010$. Die Kontrollprobanden zeigen ähnliche Identifikationsleistungen mit $p_1 = < .001$, $p_2 = < .001$, $p_3 = < .001$, $p_4 = .004$ und $p_6 = .015$. Während die Kontrollgruppe ohne Signifikanz, aber mit höheren Mittelwerten einer /da/-Identifikation im mittleren Bereich des Silbenkontinuums nahe kommt, gelingt es der Patientengruppe nicht, sich in diesem Bereich vorrangig für eine der zur Auswahl stehenden CV-Silben zu entscheiden. Die erwartete Identifikation der /ga/-Silbe gelingt beiden Gruppen nicht. Sie weisen eher eine wiederholte Identifikation von /ba/ auf.

Im Gruppenvergleich muss herausgestellt werden, dass sich vereinzelt Gruppenunterschiede in der /ba/-Identifikation zu Gunsten der Patientengruppe zeigen (Stimulus 5: $p_5 = .043$; Stimulus 6: $p_6 = .047$). Auf den mittleren Stimuluspositionen entscheidet

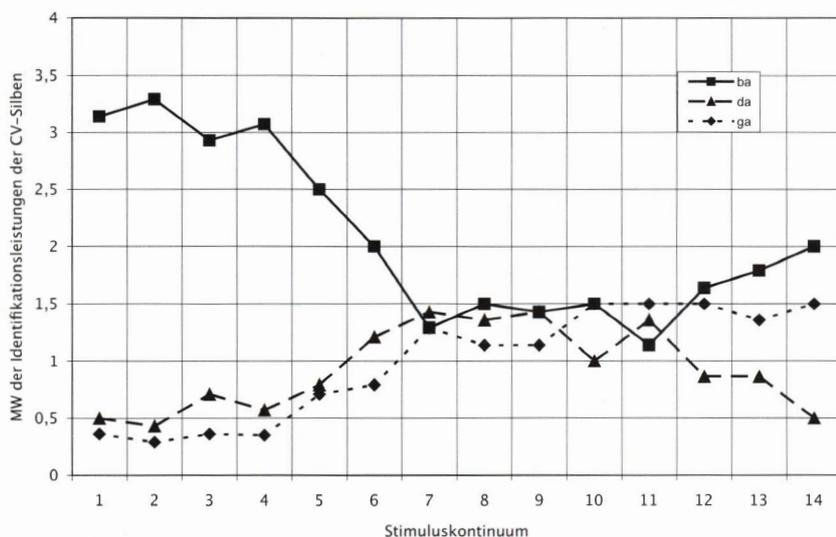


Abb. 4-1: Mittelwerte (ohne Standardabweichungen) der Identifikation von /ba/, /da/ und /ga/ der Patientengruppe. Jeder Stimulus wurde vier Mal angeboten.

sich die Kontrollgruppe signifikant besser für ein erwartetes /da/ (Stimulus 6: $p_6 = .009$; Stimulus 10: $p_{10} = .027$). Beide Gruppen unterscheiden sich in der Identifikation der /ga/-Silbe nicht voneinander.

Diskrimination

Grafisch wird durch die Mittelwertbetrachtung in Abb. 4-2 verdeutlicht, dass beide Gruppen, sowohl die Kontrollgruppe als auch die Patientengruppe, mehrere Maxima verzeichnen, die

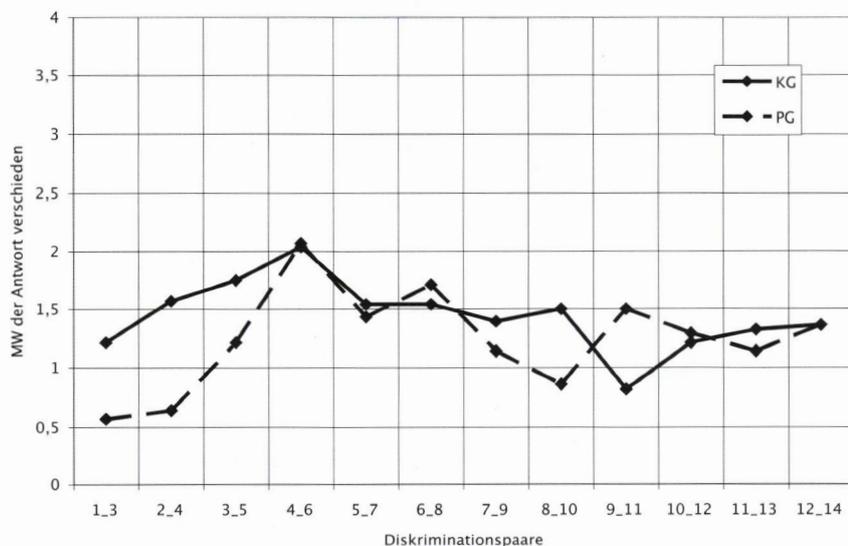


Abb. 4-2: Mittelwerte (ohne Standardabweichungen) der Diskriminationsleistung von /ba/, /da/ und /ga/ der Kontrollgruppe und der Patientengruppe. Jedes Paar wurde vier Mal angeboten.

einen Kategoriewechsel beschreiben könnten. Diesbezüglich scheint die Patientengruppe sich bei drei Diskriminationspaaren des Kontinuums (4_6, 6_8 und 9_11) für unterschiedliche Kategorien zu entscheiden. Dagegen nimmt die Kontrollgruppe eine entsprechend andere Kategorie bei den Paaren 4_6 und 8_10 wahr.

Hinsichtlich der statistischen Auswertung im Gruppenvergleich zeigt die Kontrollgruppe in ihren Diskriminationsleistungen an beiden Phonemgrenzen (erste Phonemgrenze (p_1) zwischen /ba/ und /da/; zweite Phonemgrenze (p_2) zwischen /da/ und /ga/) signifikant bessere Leistungen als die Patientengruppe ($p_1 = .008$ und $p_2 = .027$). Werden diese Leistungen der Kategoriedifferenzierung innerhalb der jeweiligen Gruppen betrachtet, sind sie einzeln signifikant. Während die Kontrollgruppe an der zweiten Phonemgrenze unterschiedliche Kategorien (zwischen 8_10 und 10_12 mit $p = .020$) wahrnimmt, zeigt die Patientengruppe eine signifikante Differenzierung eines Diskriminationspaares an der ersten erwarteten Kategoriegrenze (4_6 mit $p = < .001$).

4.2 Testverfahren nach Serniclaes et al.

Identifikation

Die Abb. 4-3 (S. 210) zeigt beispielhaft die Identifikationsleistung der Patientengruppe der angebotenen sechs Stimuli aus dem zweiten Testverfahren nach Serniclaes et al. Die ersten drei Stimuli werden zu einem hohen Anteil dem /ba/ zugeordnet. Die CV-Silbe /da/ erscheint schwieriger identifizierbar.

Die statistische Betrachtung bestätigt diese Annahme. Die Patientengruppe weist mit $p_1 < .001$, $p_2 = .016$ und $p_3 = .001$ nur Signifikanzen in der Identifikation der CV-Silbe /ba/ auf. Die Kontrollgruppe erkennt /ba/ und /da/ durch Signifikanzen aller sechs Stimuli mit $p_{1-6} = < .001$ eindeutig.

Diese ungleichen Identifikationsleistungen innerhalb der Gruppen werden durch die signifikanten Unterschiede der Stimuli 4 bis 6 im Gruppenvergleich bestätigt (siehe Tab. 4-1, S. 210).

Diskrimination

Bezüglich der statistischen Überprüfung der Diskriminationsleistungen zeigt die Kontrollgruppe an der Phonemgrenze zwischen /ba/ und /da/ mit $p_{2,4} = .014$ und $p_{3,5} = .005$ signifikant bessere Leistungen als die Patientengruppe (siehe Tab. 4-2). Dennoch nehmen sowohl die Patientengruppe als auch die Kontrollgruppe den Kategorieübergang vom /ba/ zum /da/ wahr. Die Kontrollgruppe entscheidet sich signifikant ($p = .011$) für das Diskriminationspaar 3_5 als Kategoriengrenze gegenüber dem Paar 2_4. Dagegen zeigt die Patientengruppe mit $p = .295$ keine Signifikanzen zwischen den Diskriminationspaaren des Kategorieübergangs.

5. Diskussion und Zusammenfassung

In dieser Studie wurde sich innerhalb der bestehenden Testbatterie zur Diagnostik der AVWS auf die auditiven Teilleistungen Identifikation und Diskrimination bezogen, da nach *Chermak und Musiek (1997)*, *Nickisch (2005)* und *Nubel (2002)* vor allem Defizite in der Diskrimination bei Kindern mit AVWS häufig auftreten. Die Ergebnisse aus dem ersten Testverfahren mit Teststimuli nach *Stevens und Blumstein (1978)* weisen darauf hin, dass die Identifikation und Diskrimination nicht unabhängig voneinander betrachtet werden können. Es zeigt sich, dass bei einer fehlerhaften Diskriminationsleistung des Hörers dieser auch an der

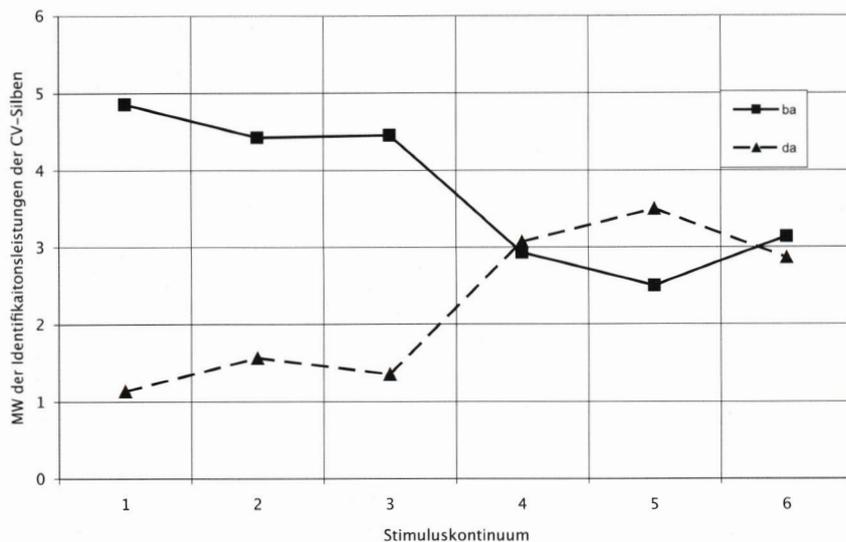


Abb. 4-3: Mittelwerte (ohne Standardabweichungen) der Identifikation von /ba/ und /da/ der Patientengruppe. Jeder Stimulus wurde sechs Mal angeboten.

Position Stimulus- Kontinuum	Phonem- entscheidung	KG (n=28)		PG (n=14)		Mann-Whitney-U-Test* p-Wert
		[MW]	[SD]	[MW]	[SD]	
1	BA	4.71	1.49	4.86	.95	.424
2	BA	5.14	1.24	4.43	2.06	.208
3	BA	4.93	1.39	4.64	1.50	.245
4	DA	4.36	1.45	3.07	2.02	.021
5	DA	4.46	1.53	3.50	1.83	.048
6	DA	4.64	1.57	2.86	2.32	.008

Anmerkungen: *exakt (df=2), einseitige Testung; n = Anzahl der Probanden. Die Identifikationsleistungen der Gruppen (PG und KG) sind durch MW (Mittelwerte) und SD (Standardabweichungen) gekennzeichnet.

Tab. 4-1: Gruppenvergleich zwischen Kontrollgruppe und Patientengruppe hinsichtlich der Identifikationsleistungen von /ba/ und /da/ mit dem Mann-Whitney-U-Test.

Diskriminationspaare Phonemgrenze ba_da	2_4		3_5		Wilcoxon Vorzeichen Rangtest* p-Wert	paarweise Vergleiche** (> s.) (= n.s.)
	[MW]	[SD]	[MW]	[SD]		
Kontrollgruppe (n=28)	4.50	1.45	5.18	1.19	.011	3_5 > 2_4
Patientengruppe (n=14)	3.07	2.09	3.36	2.31	.295	3_5 = 2_4
Mann-Whitney-U Test* p-Wert	.014		.005			

Anmerkungen: *exakt, (df=2), einseitige Testung; **exakt, (df=2), einseitige Testung geordnet nach absteigenden MW. Vertikal sind die MW (Mittelwerte) und die SD (Standardabweichungen) der Diskriminationspaare an der erwarteten PhG (Phonemgrenze) zwischen /ba/ und /da/ der jeweiligen Gruppe dargestellt, die durch den Mann-Whitney-U-Test auf Gruppenunterschiede getestet werden. Horizontal wird die Signifikanz zwischen den Paaren durch den Wilcoxon Vorzeichen Rangtest geprüft. „>“ signifikante Identifikation des Paares an erster Position. „=“ keine Signifikanz dieses Paares, jedoch höherer MW.

Tab. 4-2: Diskriminationsleistungen an der Phonemgrenze von /ba/ und /da/ innerhalb (horizontal abgebildet) und zwischen (vertikal abgebildet) Kontrollgruppe und Patientengruppe.

Identifikation der Silben versagt. Da sowohl sprachliche als auch nicht-sprachliche Prozesse in die Wahrnehmungsleistungen der Probanden einfließen, kann nach *Nickisch* (2005) davon ausgegangen werden, dass beide Leistungen deutliche Überlappungsbereiche aufweisen.

Das genannte Phänomen der kategorialen Sprachwahrnehmungsfähigkeit gelingt im ersten Testverfahren nur tendenziell. *Schwippert* und *Koopmans-van Beinum* (1998) weisen darauf hin, dass schon die Probanden früherer Studien (*Repp* 1984, in *Schwippert/Koopmans-van Beinum* 1998) eine nur teilweise gelungene kategoriale Wahrnehmung der Plosive vorwiesen. Insbesondere die Identifikation des Lautes /ga/ gelingt weder der Kontrollgruppe noch der Patientengruppe. Ähnliche Resultate zeigten sich in den Untersuchungen von *Schulte-Körne* (2001). Einen Grund des veränderten Identifikationsverlaufes sieht der Autor im Fehlen des „burst“, dem messbaren Schalldruckpegel, der durch die Anpassung des Vokaltraktes vor Beginn der Transition hervorgerufen wird. Somit fehlt die zusätzliche Information über die Lautverbindung /ga/.

Im Testverfahren nach *Serniclaes* et al. (2001) treten bei der Betrachtung der Kategorialität signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen auf. Die fehlenden Signifikanzen der höher positionierten drei Stimuli in der Patientengruppe lassen einen Einfluss des Störungsbildes hinsichtlich der auditiven Leistungseinschränkungen vermuten. Zusammenfassend zeigen die Resultate Identifikation und Diskrimination von CV-Stimuluskontinua im Verfahren nach *Stevens* und *Blumstein* (1978) nicht den erwarteten Gruppenunterschied zwischen Patienten und Kontrollprobanden. Das gewählte Stimulusmaterial könnte durch akustische Anpassungen verbessert werden. Dagegen präsentieren die Ergebnisse des Testverfahrens nach *Serniclaes* et al. (2001) einen eindeutigen Gruppenunterschied sowohl in der Identifikation der CV-Silbe /da/ als auch in der Diskrimination zwischen den Kategorien /ba/ und /da/. Eine Testung mittels die-

ser Stimuli könnte eine sinnvolle Ergänzung in der Diagnostik der AVWS sein und ist als möglicher Bestandteil der AVWS-Diagnostik diskutabel, um auditiv auffällige von auditiv unauffälligen Kindern frühzeitig unterscheiden zu können. Jedoch ist zu berücksichtigen, dass dieses Testverfahren für den Einzelfall hinsichtlich der Gruppenzuordnung noch nicht absolut aussagekräftig ist. Das hier vorgestellte Testverfahren sollte immer nur als Testbestandteil innerhalb einer ganzen Testbatterie Anwendung finden.

Literatur

- Bamiou, D. E., Musiek, F. E., Luxon, L. M.* (2001). Aetiology and clinical presentations of auditory processing disorders – a review. *Archives of Disease in Childhood* 85, 361-365.
- Boersma, P., Weenink, D.* (2001): Praat – a system for doing phonetics by computer. Version 3.9.11 [Internet]. Verfügbar unter: www.praat.org [14.09.2004].
- Chermak, G. D., Musiek, F. E.* (1997): Central Auditory Processing Disorders. *New Perspectives*. San Diego, London: Singular Publishing Group, Inc.
- Chermak, G. D.* (2002): Deciphering auditory processing disorders in children. *Otolaryngologic Clinics of North America* 35 733-749.
- Ebert, H.* (1997): Auditive Wahrnehmungsstörungen. Ursachen, Auswirkungen, Diagnose und Therapie. *Spektrum Hören* 5, 6-12.
- Gerrits, E., Schouten, M. E. H.* (2004): Categorical perception depends on the discrimination task. *Perception & Psychophysics* 66, 3, 363-376.
- Glück, C. W., Schickel, S.* (2001): Phonemdiskrimination bei Vorschülern mit und ohne Sprachentwicklungsstörung. *Die Sprachheilarbeit* 46, 73-74.
- Gordon, N., Ward, S.* (1995): Abnormal response to sound, and central auditory processing disorder. *Developmental Medicine and Child Neurology* 37, 645-652.
- Gravel, J. S., Ellis, M. A.* (1995): The Auditory Consequences of Otitis Media with Effusion: the Audiogram and beyond. *Seminars in Hearing* 16, 1, 44-58.
- Gross, M., Nubel, K., Wohlleben, B.* (2001): Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen (AVWS): komplexe Störungsbilder. In: *Böhme, G.* (Hrsg.), *Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen*. Band 2: Therapie (263-287). Jena, München: Urban & Fischer.
- Grossgerge, H.* (1995): Zentrale Hörwahrnehmungsschwächen bei Kindern. *Ergotherapie & Rehabilitation* 5, 486-491.
- Günther, H.* (1994): Zur Relevanz zentraler Funktionen der auditiven Perzeption hinsichtlich der Sprachwahrnehmung. *Die Sprachheilarbeit* 39, 6, 352-362.
- Kröger, B. J.* (2003): Initiation, Phonation und Artikulation. In: *Hermann, T., Grabowski, J.* (Hrsg.): *Enzyklopädie der Psychologie*. Serie 3. Band 1: Sprachproduktion (511-529). Göttingen: Hogrefe.
- Lauter, J. L.* (1999): Central auditory processing. *Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery*, 7, 274-281.
- Mody, M., Studdert-Kennedy, M., Brady, S.* (1997): Speech Perception Deficits in Poor Readers: Auditory Processing or Phonological Coding? *Journal of Experimental Child Psychology* 64, 199-231.
- Mühlhaus, J.* (2006): Identifikation und Diskrimination ambivalenter akustischer Stimuli in der Diagnostik der Auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen (AVWS). Unveröffentlichte Diplomarbeit, RWTH Aachen.
- Musiek, F. E.* (1999): Central auditory tests. *Scandinavian Audiology* 28 Suppl 51, 33-46.
- Nickisch, A., Oberle, D.* (2002): Analyse von Testprofilen bei auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen. In: *Gross, M., Kruse, E.* (Hrsg.): *Aktuelle phoniatrich-pädaudiologische Aspekte 2002/2003*. Bd.10 (327-331). Heidelberg: Median-Verlag.
- Nickisch, A.* (2005). Diagnostik und Therapiebausteine. In: *Nickisch, A., Heber, D., Burger-Gartner, J.* (Hrsg.): *Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen (AVWS) bei Schulkindern*. Diagnostik und Therapie (9-82). Dortmund: verlag modernes lernen.

- Nickisch, A., Gross, M., Schönweiler, R., Uttenweiler, V., am Zehnhoff-Dinnesen, A., Berger, R., Radü, H. J., Ptok, M. (2007): Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen. Konsensus-Statement der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie. HNO 55, 61–72.
- Nubel, K. (2002): Klinisch-therapeutische Relevanz aus Sicht der Phoniatrie/Pädaudiologie. In: Homburg, G., Iven, C., Maihack, V. (Hrsg.): Zentral-auditive Wahrnehmungsstörungen – ein therapierelevantes Phänomen oder Phantom? (68–78). Köln: Prolog.
- Pompino-Marschall, B. (1983): Die Wahrnehmung gesprochener Sprache. In: Günther, H., Günther, K. B. (Hrsg.): Schrift, Schreiben, Schriftlichkeit (69–88). Tübingen: Max Niemeyer.
- Pompino-Marschall, B. (1995): Einführung in die Phonetik. Berlin: Walter de Gruyter.
- Ptok, M., Berger, R., von Deuster, C., Gross, M., Lamprecht-Dinnesen, A., Nickisch, A., Radü, H. J., Uttenweiler, V. (2000): Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen. Konsensus-Statement. Sprache Stimme Gehör 24, 90–94.
- Schulte-Körne, G. (2001): Lese-Rechtsschreibstörung und Sprachwahrnehmung: psychometrische und neurophysiologische Untersuchungen. Münster: Waxmann.
- Schwippert, C. E., Koopmans-van Beinum, F. J. (1998): Phoneme boundary perception in dyslexic and normal-reading adults. IFA Proceedings 22, 125–134.
- Serniclaes, W., Sprenger-Carolles, L., Carré, R., Demonet, J. F. (2001): Perceptual Discrimination of Speech Sounds in Developmental Dyslexia. Journal of Speech, Language, and Hearing Research 44, 384–399.
- Stevens, N. K., Blumstein, S. E. (1978): Invariant cues for place of articulation in stop consonants. Journal of Acoustical Society of America 64, 5, 281–291.
- von Suchodoletz, W. (2000): Physiologie und Pathophysiologie der auditiven Wahrnehmung. Forum Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 10, 62–71.
- Wohlleben, B. (2004): Untersuchung der auditiven Verarbeitung und Wahrnehmung bei Schulkindern der 2. und 3. Klassenstufe [Internet]. Verfügbar unter: www.diss.fu-berlin.de/2004/226/ [30.08.2004]. Dissertation. Berlin.

Anschriften der Verfasser:

Juliane Mühlhaus
Universitätsklinikum der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen-,
Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie
Abteilung Phoniatrie & Pädaudiologie
Magdeburger Straße 12
06097 Halle (Saale)
juliane.muehlhaus@medizin.uni-halle.de

Juliane Mühlhaus arbeitet seit ihrem Abschluss im September 2006 als Dipl.-Logopädin in der Phoniatrieabteilung des Universitätsklinikums der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Neben der Diagnostik und Therapie erwachsener Patienten mit neurologischen Störungen und Stimmstörungen diagnostiziert sie sprachentwicklungsgestörte Kinder und schwerpunktmäßig Kinder mit Auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen.

Dr. med. Wilma Vorwerk
Universitätsklinik für HNO-Heilkunde,
Arbeitsbereich Phoniatrie/Pädaudiologie
Universitätsklinikum Magdeburg A.ö.R.
Leipziger Straße 44
39120 Magdeburg
wilma.vorwerk@med.ovgu.de

Wilma Vorwerk ist Fachärztin für Phoniatrie, Pädaudiologie und HNO-Heilkunde und seit 2006 Leiterin des Arbeitsbereiches Phoniatrie/Pädaudiologie der Universitätsklinik für Hals-Nasen- und Ohrenheilkunde des Universitätsklinikums Magdeburg. Zur Förderung der besseren Zusammenarbeit unterschiedlicher Fachbereiche baute sie bereits vor ihrer leitenden Tätigkeit einen Arbeitskreis Wahrnehmungsstörungen auf. Neben ihrer schwerpunktmäßigen Arbeit mit auditiv verarbeitungs- und wahrnehmungsgestörten Kindern konzentriert sie sich derzeit auf die Sicherstellung eines flächendeckenden Neugeborenenhörscreenings im Land Sachsen-Anhalt.

Prof. Dr. phil. Dipl.-Phys. Bernd J. Kröger
Klinik für Phoniatrie, Pädaudiologie und
Kommunikationsstörungen Universitätsklinikum Aachen (UKA)
Pauwelsstraße 30
52074 Aachen
bkroeger@ukaachen.de

Bernd Kröger ist Diplom-Physiker und habilitierte sich im Fach Phonetik. Seit 2001 arbeitet er im Bereich Klinische Phonetik an der Klinik für Phoniatrie, Pädaudiologie und Kommunikationsstörungen am Universitätsklinikum Aachen. Er führt Forschungsprojekte aus dem Arbeitsbereich der Phonetik, klinischen Phonetik und der Neurophonetik durch.



Stefanie Schmied, Altomünster

CoMuZu – ein Computerprogramm zur Unterstützung der Myofunktionellen Therapie bei Jugendlichen¹

Zusammenfassung

Seit geraumer Zeit werden Computerprogramme zur Unterstützung von Lern- und Förderprozessen auch im therapeutischen Rahmen, meist im Zusammenhang mit Lese-Rechtschreibproblematiken eingesetzt. Der Computer ist besonders bei Jugendlichen ein wichtiges Medium zur Informationsgewinnung und Arbeitserleichterung. Er fordert zum Handeln heraus und hat zudem einen hohen Motivationsfaktor. Es stellt sich nun die Frage, ob diese Eigenschaften auch für die Myofunktionelle Therapie genutzt werden können, bei der durch intensives Üben Muskelaktivitäten evoziert werden sollen, Habits abgestellt und neue Funktionsabläufe automatisiert werden müssen. Ausgehend von den Grundprinzipien Information, Motivation und eigenaktives Handeln wurde das Computerprogramm CoMuZu entwickelt, das Jugendliche im Alter von 10 bis 16 Jahren in ihrer Myofunktionellen Therapie unterstützen soll. Erste Überprüfungen und weitere Erfahrungen in der Praxis haben gezeigt, dass sowohl Jugendliche als auch Therapeuten das Computerprogramm als eine sinnvolle Ergänzung zur MFT sehen.

Schlüsselwörter: Myofunktionelle Therapie, Möglichkeiten der Informationsgewinnung, Motivation, Eigenaktivität, Selbstkontrolle, Computerprogramm CoMuZu

CoMuZu – a computer program to support adolescents in their oral myofunctional therapy

Abstract

Computer programs have been used for some time to support the learning process as well as in therapy situations concerning reading or writing difficulties. Today computers are an important medium for adolescents as an information source and as a learning support in general; they are highly motivating and challenging. The research question is whether these characteristics can be used for oral myofunctional therapy as well, which has the goal of improving muscle activity, suppressing habits and making new functional sequences automatic. Based on the three basic principles of information, motivation and independent activity, the computer program CoMuZu was developed. This program is meant to support adolescents (from 10 to 16 years) in their oral myofunctional therapy.

Reviews and practical experience show that for adolescents as well as for therapists the program CoMuZu complements oral myofunctional therapy well.

Keywords: Oral myofunctional therapy, gain of information, motivation, independent activity, self-regulation, program CoMuZu

1. Einleitung

„Das Kind organisiert seinen Mund als Teil einer sensumotorischen Einheit selbst; seine Eigenaktivität ist hierfür die Basis, sein Alltag der Bezug“ (Welling 1999, 243).

Der Mundraum kann als komplexes System betrachtet werden, dessen einzelne Muskeln und deren Funktionen sich wechselseitig beeinflussen und in

einem harmonischen Gleichgewicht zueinander stehen sollten. Aufgabe der Myofunktionellen Therapie (MFT) ist es, orofaziale Dysfunktionen zu korrigieren und eine Balance zwischen den einzelnen Muskelgruppen zu schaffen (Hahn / Hahn 2003). Der Klient gelangt durch die Unterstützung des Therapeuten zu der Möglichkeit „... seinen Mund als Teil einer sensumotorischen Einheit“ selbst zu organisieren (Welling 1999, 235ff). Wichtigster

Baustein hierfür ist die Motivation, die sowohl von der Person selbst ausgeht als auch durch den Kontext bedingt werden kann. Vor diesem Hintergrund wird der Entstehung und Unterstützung von Motivation in der Myofunktionellen Therapie ein großer Stellenwert beigemessen (Campiche Weber 2001). Besonders Kinder und Jugendliche sind für das Üben einzelner Muskelfunktionen und der Übertragung neuer Verhaltensweisen in den Alltag oft er-

¹ Die Veröffentlichung basiert auf der Magisterarbeit von Stefanie Roos (2005): Konzeption und inhaltliche Gestaltung eines Computerprogramms zur informativen, motivationalen und aktiven Unterstützung der Myofunktionellen Therapie bei Jugendlichen. Ludwig-Maximilians-Universität München, Fakultät für Psychologie und Pädagogik.

schwert zu motivieren. Durch spielerisches Vorgehen und unter Verwendung von Bildmaterial werden Kinder an die Ausübung orofazialer Bewegungen herangeführt. Das kindgerechte Material ist hierbei für Jugendliche oftmals weniger attraktiv gestaltet.

Es stellt sich nun die Frage, ob Elemente aus dem Alltag eines Jugendlichen mit der Myofunktionellen Therapie in Beziehung gesetzt werden können. Mit dem Ziel Jugendliche für ihre Myofunktionelle Therapie zu motivieren, ihnen auf der Grundlage von Informationen ein näheres Verständnis für die Thematik zu geben und sie zur aktiven Auseinandersetzung mit ihrer Therapie anzuregen, wurde ein Computerprogramm entwickelt, dessen Konzeption und inhaltliche Gestaltung in dieser Arbeit vorgestellt werden soll.

2. Die Myofunktionelle Therapie – ein sensomotorisches Therapiekonzept

Die Myofunktionelle Therapie kann allgemein als sensomotorisches Therapiekonzept umschrieben werden, das seinen Einsatz bei funktionellen Störungen im orofazialen Bereich findet und anhand von altersgerechten Muskelfunktionsübungen, oraler Wahrnehmungsförderung und dem Abstellen von Fehlgewohnheiten die Grundlagen zu physiologischen Primär- und Sekundärfunktionen des orofazialen Systems

schafft. In Abhängigkeit vom Alter der betroffenen Person, der Komplexität der Störung und dem Problemverständnis werden in der MFT unterschiedliche Therapieansätze angewendet, um zu einem korrekten Schluckablauf, der richtigen Zungenruhelage, dem Mundschluss mit Nasenatmung und einer physiologischen Körperhaltung zu gelangen (Hahn / Hahn 2003).

2.1 Orofaziale Dysfunktionen – Erscheinungsformen myofunktioneller Störungen

Bei myofunktionellen Störungen handelt es sich um Störungen innerhalb des orofazialen Systems, bei dem der innere Funktionskreis (mit Dysfunktionen des Zungenmuskels) und/oder der äußere Funktionskreis (Lippen-, Wangen- und Kiefermuskulatur) betroffen sein können. Da sämtliche orale Strukturen als funktionelles System angesehen werden können, ist selten nur ein Symptom einer myofunktionellen Störung vorzufinden. Ist eine Form oder Funktion gestört, herrscht innerhalb des orofazialen Systems ein muskuläres Ungleichgewicht vor und es können somit weitere orofaziale Dysfunktionen in Erscheinung treten (Giel/Tillmanns-Karus 1999).

Einzelne Symptome einer myofunktionellen Störung können sowohl die Primärfunktionen als auch die Sekundärfunktionen des orofazialen Systems

betreffen. Somit ist neben der Atmung und dem Schlucken auch häufig die Mimik und Artikulation in ihrer Funktion gestört. Die charakteristischsten Merkmale einer orofazialen Funktionsstörung sind das Zungenpressen, die offene Mundhaltung und die Mundatmung, das falsche Schlucken und Störungen der Aussprache. Von außen sichtbare Symptome können sein: vermehrter Speichelfluss, grimassierende Mitbewegungen der Lippen- und Wangenstruktur, irreguläre Unterkieferaktivität, Ekzembildung um den Mundbereich, Zahnfleischentzündungen, schüsselartige Zungenform, verkürztes Zungenbändchen, anomale Zahnstellung, hoher und enger Gaumen, Zahnimpressionen auf der Zunge, sowie Gesamtkörperproblematiken in Form von Fehlhaltungen und Koordinationsprobleme (Bigenzahn 2003, Kittel 2001).

2.2 Mit Motivation Habits und Fehlgewohnheiten ändern

Mit dem Begriff „Habit“ werden in der MFT alle Angewohnheiten bezeichnet, die sich negativ auf die oralen Strukturen und das physiologische Schlucken auswirken.

Hierbei kann man allgemein zwischen Lutschgewohnheiten und Fehlfunktionen wie Zungenpressen, Mundatmung, falscher Zungenruhelage und inkorrektem Schluckmuster unterscheiden. Häufig haben diese Angewohnheiten

Laudatio für den 3. Preis des dbs-Förderpreises 2007

Dr. Jenny v. Frankenberg

Mit einem weiteren dritten Preis wird eine Arbeit ausgezeichnet, die sich auf herausragende Weise der Therapie von myofunktionellen Störungen im Jugendalter gewidmet hat. Die Preisträgerin legt ein selbstkonzipiertes, gestaltetes und unter Begleitung von Jugendlichen evaluiertes Computerprogramm vor. Die myofunktionelle Therapie von Jugendlichen soll mit diesem Programm unterstützt werden. Jugendliche sollen dadurch motiviert und informiert sowie zur aktiven Eigenarbeit angeregt werden. Das ansprechende Computerprogramm wurde erarbeitet von Frau Stefanie Schmied von der Ludwig-Maximilians-Universität in München. Der Titel ihrer Arbeit lautet: „Konzeption und inhaltliche Gestaltung eines Computerprogramms zur informativen motivationalen und aktiven Unterstützung der aktiven Therapie bei Jugendlichen“. Herzlichen Glückwunsch!

Fehlfunktionen zur Folge und bedingen somit morphologische Veränderungen des stomatognathen Systems (Striebel 2000, Bigenzahn 2003). Aufgrund der festen „Verankerung“ von Habits und Fehlgewohnheit ist es oftmals sehr schwierig, ein jahrelang angewöhntes Verhaltensmuster abzustellen oder zu ändern. Damit die betroffene Person dieses Ziel erreicht, muss die Problematik in ihrer Gesamtheit erfasst und wahrgenommen werden. Besonders in der MFT ist es wichtig, dass nicht nur die Folgen einer Störung behoben werden, sondern die Ursache selbst direkt angegangen wird. Die oft als positiv empfundenen Habits können häufig nur durch intensives Üben und gründliche Veränderungen im Alltag überwunden werden. Der Therapeut hat hierbei die Aufgabe, dem Patienten seine falschen Angewohnheiten verständlich zu machen, positive Auswirkungen bei einer Änderung aufzuzeigen und durch konzeptionelle Unterstützung zur Korrektur des Fehlverhaltens beizutragen. Letztendlich ist jedoch die Eigenaktivität des Patienten der wichtigste Baustein in der MFT (Thiele 1992).

3. Motivation und Eigenaktivität

3.1 Motivation unter Berücksichtigung wissenschaftstheoretischer Forschungsperspektiven

Motivation spielt in der Psychologie, Pädagogik und Sprachheilpädagogik eine zentrale Rolle. Über Aussagen zur Motivation erhält man eine Antwort auf das „Warum“ und „Wozu“ menschlichen Verhaltens und Erlebens. Auf der Grundlage von Motivation kommt es zu intentionalen, bewusst gesteuerten und zielgerichteten Handlungen und somit zu einer Weiterentwicklung von Wissen und Fähigkeiten. Vor diesem Hintergrund gehört es zu den wichtigsten Aufgaben von Therapeuten, Pädagogen und Lehrern, Motivation zu evozieren und zu erhalten. Jedoch kann Motivation nicht nur durch externe Bestrebungen, sondern auch

aus der Handlung selbst oder aus dem Wunsch, ein bestimmtes Ziel zu erreichen, entstehen.

Um herauszufinden, warum ein Mensch eine bestimmte Handlung ausführt, beschäftigt man sich mit der Motivation, die der Handlung vorausgeht oder sie begleitet. Grundsätzlich kann man von unterschiedlichen Faktoren, die als Erklärung für Motivation dienen sollen ausgehen (Heckhausen 1989):

- *Behavioristische Grundprinzipien*: positive bzw. negative Verstärkung,
- *Leistungsorientierte Motivation*: die Handlung beruht auf Überlegungen zum möglichen Nutzen,
- *Selbstbestimmung*: Streben nach Kompetenz und sozialer Eingebundenheit (Stark / Mandl 2000).
- *Interesse*: positive Gefühle im Kontakt mit dem Gegenstand und dessen subjektive Bedeutung (Krapp 1999).

3.2 Der Computer als motivierendes Medium

Der Computer ist eines der wichtigsten Medien der modernen Gesellschaft. Besonders Kinder und Jugendliche beschäftigen sich immer häufiger mit diesem Medium (Decker 1998).

- *Emotionale Motive*
Der emotionale Aspekt kann besonders bei Kindern im Alter von 10 bis 12 Jahren beobachtet werden. Spaß am Spiel und teilweise Identifikation mit den Spielfiguren werden von den Kindern als Hauptanreize genannt (JIM-Studie 2002).
- *Leistungsbezogene Motive*
In der Motivationsforschung wird vielfach das Motiv „Sich-durchsetzen“ oder „Sich-von-anderen-hervorheben“ für Handlungsbegründungen genannt. Hierbei ist ein wichtiger Motivationsfaktor, einen Punktstand zu steigern und/oder auf eine höhere Schwierigkeitsstufe aufzusteigen. Diese Beweggründe stehen besonders bei Jugendlichen ab 12 Jahren im Vordergrund und werden oftmals noch durch personenbezogene Motive ergänzt.

- *Personenbezogene Motive*
Das Streben nach Selbstbestätigung als wichtiger Motivationsfaktor kann nach Decker (1998) den personenbezogenen Motiven zugeordnet werden. Hierbei ist es bedeutsam, dass Erfolg sichtbar gemacht wird und der Jugendliche die Kontrolle über sein Tun erlangt und behält.

- *Ästhetische Merkmale*
Die positive Einstellung gegenüber dem Medium ist v.a. bei Jugendlichen deutlich zu beobachten. In der „JIM-Studie“ (Jugend, Information, (Multi-) Media: Basisstudie zum Medienumgang 12- bis 19-Jähriger in Deutschland) von 2002 standen 95% der befragten Jugendlichen hinter der Aussage, dass der Computer ein Medium ist, „mit dem man interessante Sachen machen kann“ (JIM-Studie 2002, 34). Auch hier war ein wichtiges Motiv der Spaß im Umgang mit dem Computer sowie das leistungsbezogene oder personenbezogene Kriterium, dass Computerkenntnisse eine wichtige Voraussetzung in der heutigen Gesellschaft sind (JIM-Studie 2002). Somit können sowohl extrinsische Faktoren (soziale Akzeptanz) als auch intrinsische Motive (Spaß) mit der Benutzung von Computerspielen verbunden werden. Da immer mehr Lernprogramme auf den gleichen Merkmalen beruhen wie Computerspiele, können auch diese zur Motivation der Benutzer beitragen und somit positiv auf das Lernverhalten einwirken (Stark / Mandl 2000).

4. CoMuZu – ein Computerprogramm zur Unterstützung der Myofunktionellen Therapie bei Jugendlichen

Auf der Grundlage theoretischer und praktischer Hintergründe zur Myofunktionellen Therapie und unter Beachtung methodisch-didaktischer Erfordernisse wurde ein Computerpro-

gramm für die MFT bei Jugendlichen erstellt. Zielsetzung dieses Computerprogramms ist es, Jugendliche im Alter von ca. 10 bis 16 Jahren über MFT zu informieren, sie zum Üben zu motivieren und die selbständige Auseinandersetzung mit der Thematik zu fördern. Eine wichtige Rolle spielt hierbei, dass sich die Aspekte Information, Motivation und Aktivität gegenseitig bedingen, beeinflussen und verstärken (vgl. Abb. 1).

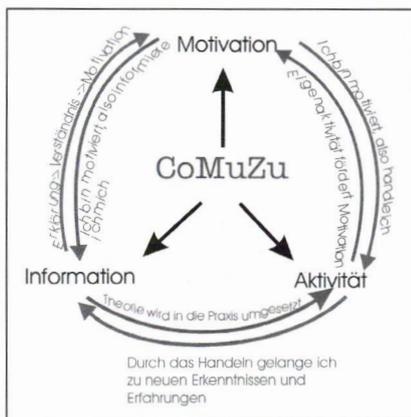


Abb. 1: Graphische Darstellung der Wirkungsfaktoren des Computerprogramms

4.1 Konzeption und Aufbau des Computerprogramms

In dem Computerprogramm CoMuZu („Computer – Mund – Zunge“) finden sich allgemeine Informationen zur MFT, wichtige Hinweise zum Übungsverhalten, Tipps zu den einzelnen Übungskategorien, Übungsbeschreibungen mit Text, Audio und Video, Bildmaterial zum Ausdrucken und Möglichkeiten, das Üben zu protokollieren und zu kontrollieren. Durch Informationsmaterial im Programm können sich Eltern über die Hintergründe der Therapie informieren. Der Therapeut ist die Fachperson im Therapiegeschehen und sollte als solche, ausgehend von diagnostischen Erkenntnissen, das Vorgehen in der Therapie professionell planen, strukturieren und anleiten (Homburg / Lüdtko 2003). Aufgrund von Sach- und Methodenkompetenz ist die Rolle des Therapeu-

ten nicht durch das Computerprogramm zu ersetzen. Es ist somit zu betonen, dass CoMuZu in der MFT begleitend und nicht ersetzend wirken soll. Der Therapeut wählt auf den Einzelfall abgestimmt die Übungen aus, plant und strukturiert das Vorgehen und überprüft die neu erlernten Funktionen des orofazialen Bereichs.

Die Verwendung von CoMuZu in der MFT setzt den Einsatz zweier Computerprogramme voraus, CoMuZu und CoMuZu-T, und ermöglicht eine individuelle Vorgehensweise bei gleichzeitigem Bestehen des ursprünglichen Therapievorgehens (Roos 2005).

CoMuZu, das Programm für den Jugendlichen

Grundsätzlich ist das Computerprogramm CoMuZu so konzipiert, dass der Jugendliche zu Hause damit arbeitet. Unabhängig von seinem täglichen Üben soll er die Möglichkeit haben, die in der Therapie besprochenen Übungen nochmals nachzulesen, auf einem Video anzuschauen und Tipps zu den jeweiligen Übungskategorien, z.B. den Zungenübungen zu bekommen. Sobald er die Ausführung der jeweiligen Übung verstanden hat, kann er mit dem Üben (ohne Computer) beginnen. Neben den Übungsinformationen stellt

CoMuZu noch weitere Funktionen zur Verfügung. Der Jugendliche kann sich Merkkarten ausdrucken, die ihn an das Einhalten von Mundschluss und der richtigen Ruhelage der Zunge erinnern sollen. Außerdem kann er in Tabellen eintragen, ob und wann er geübt hat und vermerken, wie oft am Tag er die richtige Ruhelage eingehalten hat. Er kann somit sein Übungsverhalten und das Eingewöhnen einer neuen Verhaltensweise kontrollieren. CoMuZu setzt sich aus drei Modulen zusammen, der „Startseite“ (hier können sich der Jugendliche und seine Eltern über die MFT und die Funktionen des Programms informieren), der „persönlichen Startseite“ (dies ist das eigentliche Computerprogramm zur Myofunktionellen Therapie, da von hier aus die verschiedenen Funktionen abgerufen werden, siehe Abb. 2) und der Präsentation der „Übungen“ (siehe Abb. 3, S.217).

Die persönliche Startseite bleibt grundsätzlich allein dem Jugendlichen vorbehalten. Ihm allein ist es möglich, hierzu mit seiner Kennung und seinem Passwort Zugang zu bekommen. Somit wird dem Jugendlichen automatisch die Selbstkontrolle und Eigenverantwortlichkeit für seine Therapie übergeben.

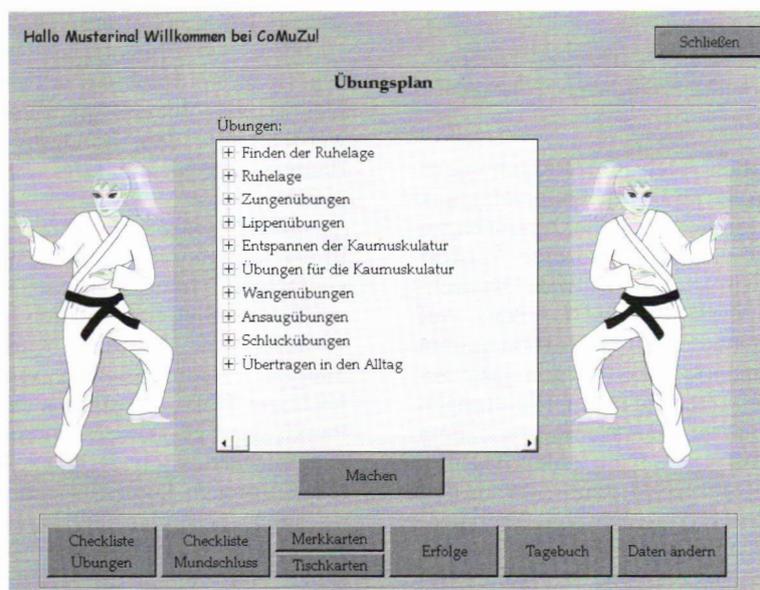


Abb. 2: Bildschirmdarstellung: Die persönliche Startseite von CoMuZu



Abb. 3: Bildschirmdarstellung: Übungsbeispiel aus CoMuZu, hier eine Schluckübung.

Die Übungen

Insgesamt umfasst das Computerprogramm CoMuZu 112 Übungen der Myofunktionellen Therapie. In Anlehnung an Kittel (2001) wurden diese Übungen in Kategorien eingeteilt und nach ihrem Schwierigkeitsgrad angeordnet. Der Großteil der Übungen leitet sich von der Myofunktionellen Therapie nach Kittel (2001) ab, jedoch wurden auch Übungen nach Garliner (1982), Krüger/Tränkmann (1997) und Rosenfeld-Johnson (1999) in CoMuZu übernommen.

CoMuZu – T, das Computerprogramm für den Therapeuten

CoMuZu – T ist das spezielle Computerprogramm des Therapeuten, mit dem er die Therapie des Jugendlichen steuert und kontrolliert. In CoMuZu – T sind sämtliche Übungen des Programms zur MFT enthalten, die der Therapeut nach Bedarf für den Jugendlichen auswählt und ihm für sein Computerprogramm zu Hause freischaltet. Außerdem hat der Therapeut die Möglichkeit, die Tabellen des Jugendlichen, die dieser zu Hause zu seinem Üben und dem Mundschluss und der richtigen Ruhelage ausgefüllt hat, zu betrachten. Hierfür kann er dem Jugend-

lichen nach eigenem Ermessen Medaillen als Belohnung vergeben, die dieser dann wiederum in CoMuZu sieht. Somit kann der Therapeut dem Jugendlichen ein Feedback für seine Leistung geben und ihn zu weiterem Üben motivieren. Der Therapeut ist also verantwortlich für den Verlauf der Therapie und kann gleichzeitig Fortschritte des Jugendlichen sichtbar machen. Des Weiteren findet der Therapeut „Theoretische Grundlagen zu den Übungskategorien“ und eigene Übungsbeschreibungen mit den jeweiligen Therapiezielen. Es ist vorgesehen, dass der Therapeut das Programm CoMuZu – T auf einem Computer, auf den er in der Therapiestunde Zugriff hat, installiert und jeweils zu Beginn oder gegen Ende der Therapieeinheit dem Jugendlichen neue Übungen vergibt, alte Übungen als Hausaufgabe entfernt, Medaillen vergibt und alles auf Diskette oder einen USB-Stick speichert (Roos 2005).

4.2 Beachtung technischer, motivationaler und didaktischer Kriterien bei der

Konzeption von CoMuZu und CoMuZu – T

Bei der Konzeption eines Computerprogramms zur Förderung bestimmter

Fähigkeiten ist es wichtig, dass gestalterische und motivierende Anziehungsfaktoren vorliegen, aber auch methodisch-didaktische Prinzipien berücksichtigt werden. Decker (1998, 157f) hat hierzu ein Bewertungsschema für Lernsoftware erstellt, nach dem im Folgenden das Computerprogramm CoMuZu (mit CoMuZu – T) geprüft werden soll (siehe Tab. 1, S. 218).

5. Praktikabilität des Computerprogramms in der MFT

In einer ersten Evaluation wurde das Computerprogramm hinsichtlich seiner Praktikabilität und Inhalte in drei Schritten untersucht:

- während der Entwicklungsphase durch Jugendliche und Therapeuten,
- durch den praktischen Einsatz in der MFT von drei Jugendlichen,
- Beurteilung von zehn Therapeuten mittels eines Fragebogens.

Ziel der Überprüfung war es, die Inhalte des Programms kritisch zu betrachten, bei Bedarf einzelne Übungen zu modifizieren und zu ergänzen und die Handhabung des Computerprogramms während der Therapiestunde und beim Üben zu Hause zu erheben. Letzteres sollte auch Einblick in tendenzielle Wirkungen hinsichtlich Information, Motivation und Eigenaktivität geben, die jedoch noch keine endgültigen Effekte bezüglich des Übungsverhaltens und des Therapieerfolgs geben konnten.

Das Computerprogramm CoMuZu – T konnte sowohl in der 45-minütigen als auch in der 30-minütigen Therapie eingesetzt werden. Nachdem die Therapeuten sich in die einzelnen Funktionen eingearbeitet hatten, wurde das Programm zu Beginn der Stunde und/oder gegen Ende benutzt, um Übungen freizuschalten, alte Übungen als Hausaufgabe zu entfernen und Medaillen zu vergeben. Die eigentliche Therapie fand hierbei jeweils an einem anderen Arbeitsplatz statt, so dass die Computerbenutzung getrennt von der Durchführung der Übungen war. Die Therapeuten sind größtenteils von der Kon-

Anforderung	Ausführung
Technische Aspekte:	
Ausführliche Gebrauchsanweisung	Begleitheft zu CoMuZu mit genannten Zielen des Programms und „Funktionen des Programms“ auf der Startseite von CoMuZu
Eingrenzung der Zielgruppe	CoMuZu ist konzipiert für Jugendliche im Alter von 10 – 16 Jahren (gilt als die Personengruppe, die sich zunehmend mit Computern befasst, siehe JIM-Studie 2002).
vertretbare Hardwareanforderungen	CoMuZu fordert ein Betriebssystem ab Windows ME und einen Festplattenspeicher von ca. 210 MB (dies ist, verglichen mit geläufigen Computerspielen, relativ gering).
einfache Installation	Installation mit CD-ROM, die auch .NET Framework enthält. Außerdem kann dem Jugendlichen eine ausführliche Installationsanleitung ausgehändigt werden.
übersichtliche Benutzeroberfläche	CoMuZu besteht aus drei Modulen, auf denen max. 7 Funktionen möglich sind. Es kann immer nur eine Funktion per Mausclick geöffnet werden. Wird diese geschlossen, so kehrt man zum vorherigen Dialog zurück.
gezielter Einsatz multimedialer Effekte	Bildmaterial zur Motivation und als Erinnerungshilfe, Videos und Audios als Informationsquelle
vorhandene Speicher- und Druckfunktion	Speicherung auf Datenträger und/oder Festplatte möglich, Drucken von Merkkarten und Kontrollkarten
Absturzsicherheit	Vorhanden, jedoch Speicherung auf Diskette wird gefordert (=> mögliches Risiko von Datenverlust).
Motivationale Aspekte:	
selbständige Handhabung des Programms durch den Benutzer	Freie Wahl, ob und welche Übung angesehen wird. Jugendlicher wählt die Funktion aus, die er benutzen will.
versch. Schwierigkeitsgrade wählbar	Nein, der Therapeut bestimmt die jeweiligen Übungen, die sich jedoch in ihrem Schwierigkeitsgrad steigern.
Feedback	Bereits abgelegte Übungen werden als solche sichtbar gemacht, Pokale für regelmäßiges Üben werden vergeben, Medaillen für Fortschritte, Tagebuch-Funktion.
einfache Handhabung des Programms	Jugendlicher kann durch „Ausprobieren“ einzelne Funktionen schnell erkennen.
Sprachausgabe	Beim Öffnen einer Übung wird die Übungsbeschreibung gesprochen.
Maussteuerung	Ja
visuelle und auditive Reize	Ton- und Videoausgabe der Übung
Identifikationsfigur	Weibliche und männliche Judofigur
Didaktische Aspekte:	
Übungen in sinnvollem Zusammenhang zueinander	Die Übungen sind in Kategorien angeordnet und in ihrem Schwierigkeitsgrad hierarchisch strukturiert.
versch. Aufgabenformen, abwechslungsreiche Gestaltung	Nein, alle Übungen werden auf die gleiche Weise präsentiert (Video, Audio, Text), jedoch differieren die Übungen in ihrer Ausführung.
Inhalte	Sämtliche Informationen in dem Programm basieren auf Fachliteratur.
altersangemessene Darbietung und Inhalt	Keine zu „kindisch“ wirkende Bilder, Videodarstellung von Jugendlichen aus der gleichen Zielgruppe, Texte in Umgangssprache
Anregung zu computerunabhängigen Aktivitäten	Übungen sollten vor dem Spiegel ausgeführt werden und das eigene Verhalten (Ruhelage, Schlucken) sollte im Alltag kontrolliert und korrigiert werden.

Tab. 1: Beurteilung von CoMuZu an den Anforderungen an ein Lernprogramm

zeption von CoMuZu überzeugt und geben an, auch in Zukunft mit diesem Programm bei Jugendlichen arbeiten zu wollen.

Obwohl die Jugendlichen CoMuZu auf verschiedene Art und unterschiedlich oft zu Hause nutzten, bemerkten sie alle, dass ihnen der Umgang mit dem Programm großen Spaß gemacht habe und ihre Übungsmotivation gesteigert werden konnte. Das Erhalten von Belohnungen in Form von Medaillen, Pokalen und Gürteln und das Eintragen des Übungsverhaltens wurde von ihnen sehr positiv bewertet. Großen Anklang fand die Präsentation der Übungen in Form von Videos, wohingegen die Textbeschreibungen nur gelegentlich gelesen wurden. Grundsätzlich kann festgehalten werden, dass die Jugendlichen sich motivierter fühlten zu üben und sehr gerne mit CoMuZu arbeiteten.

6. Verbesserungen und Ausblick

Durch die Beurteilung der Therapeuten und die Funktionsprüfung an drei Jugendlichen wurde ersichtlich, welche Stärken und Schwächen das Computerprogramm CoMuZu aufweist. Ausgehend von diesen Resultaten galt es, Verbesserungen vorzunehmen und eine neue Version zu erstellen. Hierbei war es wichtig, die Kritikpunkte und Vorschläge der potenziellen Anwender zu berücksichtigen, wobei darauf geachtet werden musste, dass das Programm von den Therapeuten in der Praxis bestmöglich eingesetzt werden kann und weiterhin die Eigenaktivität und Selbstverantwortung der Jugendlichen erhalten bleibt.

Auf der Basis kritischer Anmerkungen und Vorschläge wurde inzwischen die nächste Version von CoMuZu entwickelt (Version 2.0). Hierbei wurden Verbesserungen und Ergänzungen vorgenommen, beispielsweise kann der Therapeut nun zu jeder Übung eigene Anmerkungen hinzufügen, um eine noch individuellere Gestaltung der Therapie zu ermöglichen.

Im Rahmen der Magisterarbeit konnte lediglich eine qualitative formative

Evaluation durchgeführt werden, da zum gegebenen Zeitpunkt die Konzeption und inhaltliche Gestaltung des Computerprogramms im Vordergrund stand. Es bleibt weiterhin die Aufgabe, genauer zu untersuchen, inwieweit das Programm in der Praxis einzusetzen ist und ob weitläufigere Änderungen vorgenommen werden müssen. Es ist festzuhalten, dass sowohl von den Jugendlichen als auch von den Therapeuten CoMuZu als gute Ergänzung der Myofunktionellen Therapie angesehen wird. Besonders das Bereitstellen einer großen Anzahl an Übungen in Form von Textbeschreibungen, Videos und Audioanweisungen wurde als informativ und motivierend beurteilt. Es hat sich jedoch auch gezeigt, dass der Umgang und die tendenziellen Wirkungen vom Einzelfall abhängig sind. Somit bleibt abzuwägen, für welchen Klienten das Programm eingesetzt werden kann und welche Vor- und Nachteile sich hieraus ergeben.

Um über die einzelnen Wirkungsweisen von CoMuZu hinsichtlich Information, Motivation und Aktivität Aussagen treffen zu können, sind weitere Untersuchungen notwendig. In einer breit angelegten qualitativen und/oder quantitativen Studie sollten weitere Aspekte der Praktikabilität, des Einsatzes in der Praxis, der Benutzung der einzelnen Funktionen und der Inhalt überprüft werden. Hierbei gilt es besonders, mögliche Effekte bezüglich der Motivation und deren Auswirkung auf das Übungsverhalten und Fortschritte in der Therapie zu kontrollieren und auszuwerten. Ausgehend von den hieraus erzielten Resultaten können möglicherweise Rückschlüsse für die Wirksamkeit des Programms gezogen werden (Roos 2005).

In der Praxis hat sich der Einsatz des Computerprogramms in der MFT bereits sehr bewährt; Jugendliche, Eltern und Therapeuten arbeiten gerne mit CoMuZu. Es hat sich gezeigt, dass bei einer Therapie wie der MFT, die sehr stark von Motivation abhängig ist und eine intensive Auseinandersetzung mit der Thematik erfordert, der Einsatz neuer Medien einen Teil dieser Anforderungen erfüllen kann.

Literatur

- Bigenzahn, W.* (2003): Orofaziale Dysfunktionen im Kindesalter. Grundlagen, Klinik, Ätiologie, Diagnostik und Therapie. Stuttgart: Thieme.
- Campiche Weber, M.* (2001): Therapie der orofazialen Dysfunktionen. In: Böhme, G. (Hrsg.): Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen. Band 2: Therapie (67-79). München, Jena: Urban & Fischer.
- Decker, M.* (1998): Kinder vor dem Computer. Die Herausforderung von Pädagogen und Eltern durch Bildschirmspiele und Lersoftware. München: Kopäd Verlag.
- Garliner, D.* (1982): Myofunktionelle Therapie in der Praxis. Gestörtes Schluckverhalten, gestörte Gesichtsmuskulatur und die Folgen – Diagnose, Planung und Durchführung der Behandlung. München: Verlag zahnärztlich-medizinisches Schrifttum.
- Giel, B., Tillmanns-Karus, M.* (1999): Myofunktionelle Störungen. Informationsbroschüre der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. Emsdetten: Lechte Druck.
- Hahn, V., Hahn, H.* (2003): Myofunktionelle Störungen. Beratung – Therapie – Rehabilitation. In: *Grohnfeldt, M.* (Hrsg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Band 4: Beratung, Therapie und Rehabilitation (350-359). Stuttgart: Kohlhammer.
- Heckhausen, H.* (1989): Motivation und Handeln. Berlin: Springer-Verlag.
- Homburg, G., Lüdtke, U.* (2003): Zur Komplexität sprachtherapeutischen Handelns. Sprachheilpädagogische Therapietheorie: Die Kunst der Balance in einem dreidimensionalen theoretischen Raum. In: *Grohnfeldt, M.* (Hrsg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Band 4: Beratung, Therapie und Rehabilitation (114-133). Stuttgart: Kohlhammer.
- Kittel, A.* (2001): Myofunktionelle Therapie. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- JIM-Studie 2002.* Jugend, Information, (Multi-) Media: Basisstudie zum Medienumgang 12- bis 19-Jähriger in Deutschland. Bearbeitet von: *Feierabend, S., Klingler, W.* (2003). Baden-

Baden: Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest.

Krapp, A. (1999): Intrinsische Lernmotivation und Interesse. Forschungsansätze und konzeptuelle Überlegungen. Zeitschrift für Pädagogik 45, 387-406.

Krüger, M., Tränkmann, J. (1997): Myofunktionelle Therapie. Sprache-Stimme-Gehör 21, 173-184.

Roos, S. (2005): Konzeption und inhaltliche Gestaltung eines Computerprogramms zur informativen, motivationalen und aktiven Unterstützung der Myofunktionellen Therapie bei Jugendlichen. Unveröffentlichte Hausarbeit zur Erlangung des Magistergrades an der Ludwig-Maximilians-Universität München.

Rosenfeld-Johnson, S. (1999): Oral-Motor Exercises For Speech Clarity. A comprehensive, step-by-step guide, that fills

the gap between what we were taught and what we need to know. Tucson, Arizona: Innovative Therapists International.

Stark, R., Mandl, H. (2000): Konzeptualisierung von Motivation und Motivierung im Kontext situierter Lernens. In: Schiefele, U., Wild, K.-P. (Hrsg.): Interesse und Lernmotivation. Untersuchungen zu Entwicklung, Förderung und Wirkung (95-115). Münster: Waxmann.

Striebel Delgado Vázquez, E. (2000): Habits in der Myofunktionellen Therapie. In: Codoni, S. (Hrsg.): Habits – eine interdisziplinäre Annäherung. Lutschen – Saugen – Beissen, Fehlfunktionen. Ätiologie und Genese von orofazialen Dyskinesien (102-106). Basel: Eigenverlag des AK-MFT e.V.

Thiele, E. (1992): Myofunktionelle Therapie in der Anwendung. Heidelberg: Hüthig.

Welling, A. (1999): Der Mund – das Tor zur Welt. Eigenaktivität des Kindes und Evaluation myofunktionell-therapeutischer Praxis. In: Hahn, V., Schneider, C., Hahn, H. (Hrsg.): Schauplatz Mund (235-247). München: Eigenverlag des AK-MFT e.V.

Anschrift des Verfasserin:

Stefanie Schmied, Sprachheilpädagogin M.A.

Aichacher Str. 15b
85250 Altomünster
schmied@comuzu.de

Stefanie Schmied arbeitet seit zwei Jahren als Sprachheilpädagogin in einer Praxis für Stimm- und Sprachtherapie in München/Laim. Ihr Aufgabenfeld umfasst sowohl den Kinder- als auch den Erwachsenenbereich. Der Schwerpunkt ihrer Tätigkeit ist jedoch die Myofunktionelle Therapie von Kindern und Jugendlichen.



Das erste Computerprogramm zur Unterstützung der Myofunktionellen Therapie bei Jugendlichen (im Alter von 10-16 Jahren)

- Das Programm motiviert die Jugendlichen zum regelmäßigen und selbstständigen Üben!
- Jede Übung auf Video!
- Der Therapeut lenkt die Therapie durch Freigabe der in der Therapie erarbeiteten Übungen.
- Selbstkontrolle durch Führen einer Übungsliste!
- Belohnung für regelmäßiges Üben!

Preis:
99,- € zzgl. Versandkosten

Bestellung unter:
www.comuzu.de

Stefanie Schmied
Aichacherstr. 15 B, 85250 Altomünster
Tel.: 08254/418611, Fax: 0721/151242538

E-Mail: info@comuzu.de





edition meixner PROF. FRIEDERIKE MEIXNER

VERLAG FÜR SPRACHHEILPÄDAGOGIK IN ÖSTERREICH

Ferdinandgasse 11, A – 2340 Mödling
Telfon: +43 2236 22690, Telefax: +43 2236 908033
E-Mail: edition.meixner@kabsi.at

THEORETISCHE GRUNDLAGEN

- Spracherwerbsstörungen à 23,90 €
- Begegnungen mit stotternden Kindern à 22,00 €
- Sprachheilpädagogische Rhythmik à 13,90 €
- Stottern à 13,90 €
- Sprache und Bewegung à 13,90 €
- Sprachheilpädagogische Arbeit à 13,90 €
- Sprache und Lernen à 13,90 €

SPRACHHEILPÄDAGOGISCHES ÜBUNGSMATERIAL BEZOGEN AUF BASALSTÖRUNGEN DER LAUT- UND SCHRIFTSPRACHE

- Kinder erzählen 1, 2 à 12,90 €
- Familie Zappelmeier 1, 2, 3 à 12,90 €
- Was hör ich da 1, 2 à 19,90 €

Weitere Informationen: www.edition-meixner.at

ZARB

Ein ideales Hilfsmittel für die Logopädie

ZARB erstellt Übungen zu Textverständnis und -reproduktion, zu Phonologie, zu Syntax/Morphologie oder auch Wortfindung.

legeip S

Buch
Buc
Bu
B

Augen	riechen
Ohren	sehen
Nase	hören

W O R
O T

ESWAR EINMAL

In Microsoft Word integriert stellt die Software über 60 Funktionen zur Verfügung: Rätsel, Wortformen- und Zuordnungsübungen, Geheimschriften, Lücken- und Umstellübungen entstehen aus beliebigen Texten ganz einfach per Mausclick.

**hans
zybura
software**

Waldquellenweg 52 • 33649 Bielefeld
Fon 0521.9 45 72 90 • Fax 0521.9 45 72 92
www.zybura.com



DynaVox ✓

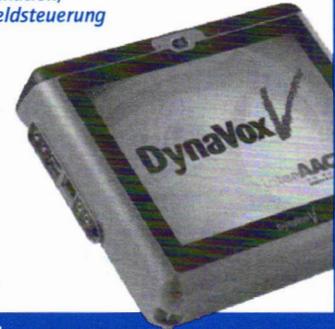
**KOMMUNIKATION
MIT VIELEN NEUEN
MÖGLICHKEITEN.**

REHA VISTA®

Hilfsmittel zur Kommunikation,
PC-Bedienung und Umfeldsteuerung

Zahlreiche Studien belegen:
Unterstützte Kommunikation
wirkt sich positiv auf
die Verbesserung der
eigenen Lautsprache aus.

**DIE NEUE
GERÄTE-
GENERATION**



Wir nehmen uns
für Sie Zeit und beraten Sie gern.

Über unsere kostenfreie Telefonnummer
erreichen Sie uns bundesweit: 0800 7 34 28 47.

Im Internet finden Sie uns unter: www.rehavista.de

Therapieprogramme

Infos unter www.etverlag.de

Eugen Traeger Verlag Tel/Fax: 05404 -71858

X UniWort

Zur Erlangung von Schrift- und Sprachkompetenz sowie zur Behandlung von LRS- u. Aphasie. **49,90 €**

das Auto

das Aut_

★★★★

X Wahrnehmung

Visuelle Wahrnehmungsdifferenzierung, visuelles u. auditives Gedächtnis- u. Reaktionstraining **59,90 €**

1. Verbinden	Das Programm Wahrnehmung Wahrnehmung des Kindes L1 L2 L3 L4 L5 L6 L7 L8 L9 L10 L11 L12 L13 L14 L15 L16 L17 L18 L19 L20 L21 L22 L23 L24 L25 L26 L27 L28 L29 L30 L31 L32 L33 L34 L35 L36 L37 L38 L39 L40 L41 L42 L43 L44 L45 L46 L47 L48 L49 L50 L51 L52 L53 L54 L55 L56 L57 L58 L59 L60 L61 L62 L63 L64 L65 L66 L67 L68 L69 L70 L71 L72 L73 L74 L75 L76 L77 L78 L79 L80 L81 L82 L83 L84 L85 L86 L87 L88 L89 L90 L91 L92 L93 L94 L95 L96 L97 L98 L99 L100
2. Vergleichen	
3. Auswählen	
4. Puzzle	
5. Geisterjagd	
6. Reaktionstraining	
7. Gleiche Reihen	
8. Vervollständigen	
9. Bild suchen	
A. Erinnern	
B. Wo bin ich?	



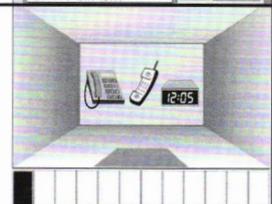
X Hören-Sehen-Schreiben

Lesen, Schreiben, Hören, auditives Zuordnen, Erinnern, geeignet für die Aphasietherapie. **49,90 €**

sich käm

X Audio 1

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



X Elektroblicker

Leseanlässe für Silben, Wörter, Sätze, fördert Sprachverständnis und Konzentration. **49,90 €**



Ich schneide eine Banane.
Ich schneide einen Apfel.
Ich schneide in meinen Finger.
Ich schneide eine Salatgurke

X Wortbaustelle

Mit 11 Programmen zur Bearbeitung von Silben, Wortgruppen, Morphemen usw. **47,-**

Mit 11 Programmen zur Bearbeitung von Silben, Wortgruppen, Morphemen usw. **47,-**

die Kar|to|ffel
die Kar-tof-
Aus
der Bäcker
wird
backen

Schriftspracherwerb Sprachtherapie Logopädie

Beate Bender-Körper / Hildegund Hochlehnert
Elternzentriertes Konzept zur Förderung des Spracherwerbs
Handbuch zur Durchführung von Elternworkshops
◆ 2006, 124 S., Format DIN A4, Ringbindung,
ISBN 3-938187-18-2, Bestell-Nr. 9369, € 21,50

Jutta Burger-Gartner / Angelika Papillion-Piller /
Beate Reinhart
Da sind wir
Sprachförderung für Kinder ab 2 Jahre
◆ 2006, 240 S., Format DIN A4, im Ordner,
ISBN 3-8080-0600-5, Bestell-Nr. 1930, € 34,80

Jutta Burger-Gartner / Dolores Heber
Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsleistungen bei Vorschulkindern
Diagnostik und Therapie
◆ 2003, 204 S., Format DIN A4, im Ordner,
ISBN 3-8080-0530-0, Bestell-Nr. 1923, € 34,80

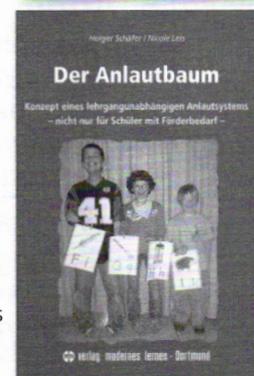
Iris Adams / Veronika Struck /
Monika Tillmanns-Karus
Kunterbunt rund um den Mund
Materialsammlung für die mundmotorische
Übungsbehandlung
◆ 7. Aufl. 2003, 152 S., Format 17x24cm,
Ringbindung, ISBN 3-8080-0428-2,
Bestell-Nr. 1905, € 22,50

Franziska Meisen **neu**
Frieda will verstanden werden
Ein Bilderbuch für Sprachheilpädagogik und
Logopädie
◆ 2007, 48 S., farbige Illust., Format DIN A4,
fester Einband, ISBN 978-3-8080-0614-6
Bestell-Nr. 1932, € 15,30

Barbara Giel / Monika Tillmanns-Karus
Kölner Diagnostikbogen für Myofunktionelle Störungen
◆ 2004, 32 S. (7 S. Formular-Kopiervorlagen),
Format DIN A4, Ringbindung, ISBN 3-8080-0556-4,
Bestell-Nr. 1924, € 15,30

Barbara Giel (Hrsg.)
Dokumentationsbögen Sprachtherapie
◆ 2005, 126 S., Format DIN A4, mit 24 Formularen
im PDF-Format auf CD-ROM, im Ordner
ISBN 3-8080-0567-X, Bestell-Nr. 1926, € 39,00

Holger Schäfer / Nicole Leis **neu**
Der Anlautbaum
Konzept eines lehrgangunabhängigen Anlautsystems
◆ 2007, 288 S., Format DIN A4, im Ordner
ISBN 978-3-8080-0604-7, Bestell-Nr. 1931, € 34,80



Simone Lentes **neu**
Spielerisch zur Sprache
Fördereinheiten zur Erweiterung sprachlicher Fähigkeiten – Mit Kopiervorlagen und Förderplangestaltung
◆ Okt. 2007, 128 S., Format DIN A4, Ringbindung
ISBN 978-3-8080-0613-9, Bestell-Nr. 1933, € 19,80

Anna Fischer-Olm
„... und dann hat die Erzieherin zu mir gesagt“
Wie Eltern die Sprachentwicklung ihres Kindes unterstützen können
◆ 2006, 88 S., Format DIN A5, br
ISBN 3-938187-03-4, Bestell-Nr. 9354, € 15,30

Andreas Nickisch /
Dolores Heber / Jutta Burger-Gartner
Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen bei Schulkindern
◆ 2., verb. Aufl. 2002, 208 S. (davon 81 S. Kopiervorlagen),
Format DIN A4, Ordner,
ISBN 3-8080-0516-5, Bestell-Nr. 1915, € 34,80

Anke Nienkerke-Springer / Wolfgang Beudels
Komm, wir spielen Sprache
Handbuch zur psychomotorischen Förderung von Sprache und Stimme
◆ 2. Aufl. 2003, 256 S., farbige Fotos, Format 16x23cm,
fester Einband, ISBN 3-86145-208-1,
Bestell-Nr. 8133, € 22,50

Elke Zierhut
Simon und die Schlange
Eine sprachheilpädagogische Geschichte für das Phonem „SCH“
Handbuch für Lautanbahnung, Silbentraining, Worttraining und Phonologische Bewusstheit
◆ 2006, 96 S., Format DIN A4, Ringbindung
ISBN 3-938187-22-0, Bestell-Nr. 9365, € 21,80

Elke Zierhut
Simon und die Schlange
Ein sprachheilpädagogisches Bilderbuch für den Laut „SCH“
◆ 2006, 28 S., 10 farbige Bildgeschichten, Format DIN A4,
fester Einband
ISBN 3-938187-23-9, Bestell-Nr. 9374, € 15,30

M. Noterdaeme / A. E. Breuer-Schaumann (Hrsg.)
Lesen und Schreiben – Bausteine des Lebens
Ein Übungsprogramm zum Schriftspracherwerb
◆ 2003, 256 S., Format DIN A4, im Ordner
ISBN 978-3-8080-0527-9, Bestell-Nr. 1921, € 40,00

BORG MANN MEDIA

vml verlag modernes lernen **p** borgmann publishing

Schleefstr. 14 • D-44287 Dortmund • **Kostenlose Bestell-Hotline:** Tel. 0800 77 22 345 • FAX 0800 77 22 344
Ausführliche Informationen und Bestellen im Internet: www.verlag-modernes-lernen.de



Lernspiele mit einfacher Selbstkontrolle:

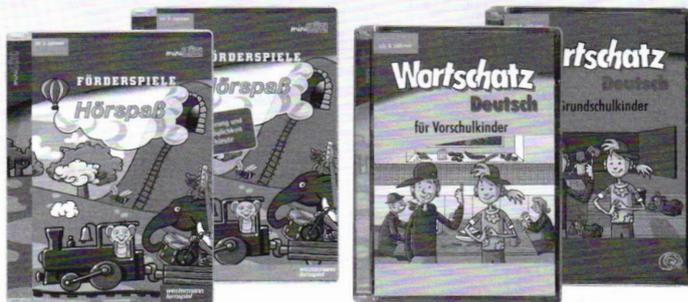
Erfolgreich fördern mit System!



Im miniLÜK-Programm sind zum universellen miniLÜK-Kontrollgerät fast 200 verschiedene Übungshefte vom Kindergarten bis zur 4. Klasse erhältlich!



Das miniLÜK-Programm bietet zum universellen LÜK-Kontrollgerät über 100 verschiedene Übungshefte vom Kindergarten bis zur 4. Klasse erhältlich!



CD-ROMs zum selbstständigen Lernen nach dem bewährten LÜK-Prinzip. Zur allgemeinen und besonderen Stärkung der Fähigkeiten von Kindern im Vor- und Grundschulalter.



Westermann Lernspielverlag GmbH
Postfach 4929 • D-38039 Braunschweig
Tel.: +49 531.70 87 63 • Fax: +49 531.70 87 64
E-Mail: lernspiel@westermann.de

**westermann
lernspiel**

www.luek.de

Bitte fordern Sie unseren ausführlichen LÜK-Katalog an!

... spielend lernen mit System

Wenn Sprache zum Problem wird ...



Störungen der Schriftsprache
Modellgeleitete Diagnostik und Therapie
 Costard
 2007. 188 Seiten, 15 Abb., kart.
 ISBN 9 78 3 13 139641 9
€ [D] 34,95
 € [A] 36,-/CHF 64,10

- Systematische Einführung in die Störungen des Leseprozesses, Ursachen, Diagnostik und Therapie
- Das einzige deutschsprachige Buch, das sowohl Entwicklungsstörungen als auch erworbene Dyslexien behandelt
- Topaktueller Überblick über die verschiedenen Modelle zum Leselerwerb, auch neuroanatomische Modelle und neue Erkenntnisse aus bildgebenden Verfahren



Phonologische Bewusstheit und Schriftspracherwerb
 Schnitzler
 2007. 192 S., 59 Abb., kart.
 ISBN 978 3 13 138221 4
€ [D] 34,95
 € [A] 36,-/CHF 59,40

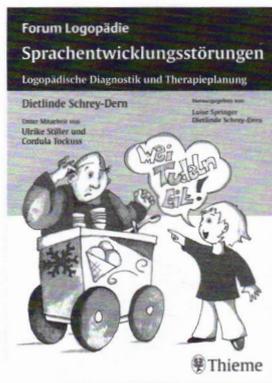
- 95% aller Kinder mit Lese-Rechtschreib-Schwäche haben Probleme im Bereich der phonologischen Sprachverarbeitung. Doch phonologische Bewusstheit ist trainierbar – besonders effektiv ist das Training, wenn ein direkter Bezug zur Schriftsprache hergestellt wird.
- Dieser neue Band aus der Reihe Forum Logopädie stellt Diagnostikinstrumente und Therapiemethoden vor, die speziell für den logopädisch-sprachtherapeutischen Bereich entwickelt wurden. Ziel ist es, im Rahmen der LRS-Therapie die Fähigkeiten der Kinder zur phonologischen Bewusstheit zu fördern.



Sprechapraxie im Kindes- und Erwachsenenalter
 Lauer/Birner-Janusch
 2007. 184 Seiten, 17 Abb., kart.
 ISBN 9 78 3 13 142451 8
€ [D] 34,95
 € [A] 36,-/CHF 59,40

- Systematische Einführung ins Thema Sprechapraxie mit Darstellung des einzigen verfügbaren Testverfahrens
- Behandelt sowohl die verbale Entwicklungsdyspraxie als auch die Sprechapraxie bei erworbenen neurologischen Erkrankungen
- Verschiedene Therapiekonzepte und deren Umsetzung anhand von Fallbeispielen
- Das erste deutschsprachige Fachbuch zum Thema Sprechapraxie
- Beide Autorinnen geben seit Jahren Seminare zum Thema Sprechapraxie

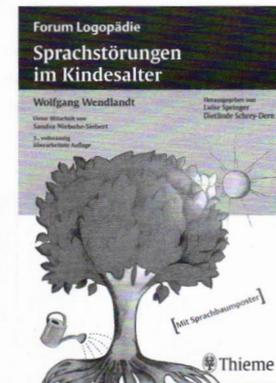
Informationen zu weiteren Titeln:
www.thieme.de/titel/logopaedie



Sprachentwicklungsstörungen
Logopädische Diagnostik und Therapieplanung
 Schrey-Dern/Stiller/Tockuss
 2006. 176 S., 12 Abb., kart.
 ISBN 978 3 13 131191 7
€ [D] 34,95
 € [A] 36,-/CHF 59,40



Phonologische Störungen bei Kindern
Diagnostik und Therapie
 Jahn
 2. A. 2007. 108 S., 32 Abb., 19 Tab. kart.
 ISBN 978 3 13 124091 1
€ [D] 34,95
 € [A] 36,-/CHF 59,40



Sprachstörungen im Kindesalter
Materialien zur Früherkennung und Beratung
 Wendlandt
 5. A. 2006.
 192 S., 9 Abb., kart
 ISBN 978 3 13 778505 7
€ [D] 34,95
 € [A] 36,-/CHF 59,40

Preisänderungen und Irrtümer vorbehalten. Lieferung zzgl. Versandkosten. Bei Lieferungen in [D] betragen diese 3,95 € pro Bestellung. Ab 50 € Bestellwert erfolgt die Lieferung versandkostenfrei. Bei Lieferungen außerhalb [D] werden die anfallenden Versandkosten weiterberechnet. Schweizer Preise sind unverbindliche Preisempfehlungen. Georg Thieme Verlag KG, Sitz u. Handelsregister Stuttgart, HRA 3499, pHC: Dr. A. Hauff V448

☎ Telefonbestellung:
 0711/8931-908

☎ FAX Bestellung:
 0711/8931-901

@ Kundenservice:
 @thieme.de

🌐 www.thieme.de

 **Thieme**

dgs – Aktuelles, Informationen, Nachrichten

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

der letzte dgs-Kongress in Köln liegt nun bereits über ein Jahr hinter uns. Inzwischen laufen die Vorbereitungen im Team der Landesgruppe Brandenburg unter Leitung von Michaela Dallmaier für den nächsten Kongress schon auf Hochtouren. Die inhaltlichen Vorbereitungen sind bereits so weit fortgeschritten, dass zurzeit keine Referentennennungen mehr erforderlich sind.



Der Kongress findet vom 25. bis 27. September 2008 in Cottbus statt. Vorgeschaltet sind wie immer die Tagungen der Verbandsgruppen am 23. und 24.09.2008.

Das Thema des 28. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (dgs) lautet: „Sprache als Brücke von Mensch zu Mensch: Handeln – Sprechen – Schreiben“.

Die Sprache bezeichnet die wichtigste Kommunikationsform des Menschen. Sie wird akustisch durch Schallwellen oder visuell-räumlich durch Gebärden oder Schrift realisiert. Inhaltliche Schwerpunkte sind daher:

- Sprachförderung im weitesten Sinne – für Vorschul- und Schulkinder, aber auch für Jugendliche und Erwachsene,
- Zustand und Entwicklung der Kommunikation vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen Veränderungen,

- Sprache als Mittel zur Kommunikation, als gesprochenes und geschriebenes Wort / als mündliche Äußerung und geschriebener Text,
- Sprache als verbindendes Glied über Ländergrenzen hinweg,
- Entwicklung und Förderung von Sprache durch und mit Bewegung,
- Sprache und Musik.

Seminare, Workshops und Vorlesungen finden in der Technischen Universität Cottbus statt.

Schirmherr des Kongress ist der Ministerpräsident des Landes Brandenburg Matthias Platzeck.

BAG Behindertenpädagogik: Gemeinsame Leitlinien

Die in der BAG Behindertenpädagogik zusammengeschlossenen Verbände vds, VBS, BDH und dgs haben gemeinsame Leitlinien für die Akkreditierung und Zertifizierung der beruflichen Fort- und Weiterbildung erarbeitet. Aus dem umfangreichen Papier zitieren wir hier die Grundsätze. Über die Umsetzung der Akkreditierung und Zertifizierung werden wir Sie zu gegebener Zeit im Detail informieren.



Berufsverband Deuter Hörgeschädigtenpädagogogen



Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik



Verband der Blinden- und Sehbehindertenpädagogogen und Pädagoginnen e. V.



Verband Sonderpädagogik

„Die duale Basis einer qualifizierten Erstausbildung und einer berufsbegleitenden Fort- und Weiterbildung war und ist Bestandteil des professionellen Selbstverständnisses von Sonderpädagoginnen und Sonderpädagogen.

Berufliche Fort- und Weiterbildung hat zum Ziel, erworbene Qualifikationsstandards zu erhalten, zu erweitern und auf der Basis beruflicher Erfahrungen kritisch zu reflektieren. Die Bereitschaft und die Fähigkeit zur kooperativen Reflexion und Problemlösung sollen erweitert werden, damit im Sinne lebenslangen Lernens berufliche Handlungsfähigkeit mindestens gesichert und möglichst erweitert werden kann. Sonderpädagoginnen und Sonderpädagogen bedürfen hierzu systematischer, fachlich fundierter Fort- und Weiterbildung überwiegend in dem Fachgebiet, in dem sie tätig sind.

Das Ideal berufsbegleitender Fort- und Weiterbildung ist für uns das individuell verantwortete, wissenschaftlich fundierte, erfahrungsbasierte und reflektierende Lernen.

- *Individuell verantwortet muss berufliche Fort- und Weiterbildung sein, da sie sich am Vorwissen, den Erfahrungen und den Praxisanforderungen der Kolleginnen und Kollegen orientieren muss.*
- *Wissenschaftlich fundiert haben die in Fortbildungsveranstaltungen angebotenen Inhalte insofern zu sein, als dass wissenschaftlich geprüfte Theorien und Befunde die Handlungsfähigkeit erweitern und als kritische Instanzen für die Reflexion eigenen Lebens und Handelns dienen und das professionelle Handeln leiten sollen.*
- *Ein solches Lernen muss an das Vorwissen und den bisherigen Erfahrungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer anknüpfen.*
- *Reflektierend soll das berufsbegleitende Lernen sein, weil die Teilnehmerinnen und Teilnehmer*

einer Fortbildungsveranstaltung eigene Praxis in die Diskussion einbringen können. Sie sollten nicht bloß belehrt werden, sondern müssen die Gelegenheit erhalten, eigene Praxis zu hinterfragen und zu verbessern.

Die Zertifizierung der systematischen Fort- und Weiterbildung von Sonderpädagoginnen und Sonderpädagogen auf der Basis dieser Leitlinien ist ein zeitgemäßes Verfahren zur Qualitätssicherung sonderpädagogischen Handelns in Schulen, Internaten und therapeutischen Einrichtungen.

Alle akkreditierten Fort- und Weiterbildungsangebote unterliegen einer kontinuierlichen Evaluation mit dem Ziel der Qualitätssicherung. Jede Fortbildungsveranstaltung wird mindestens einmal systematisch evaluiert, indem den Teilnehmerinnen und Teilnehmern die Möglichkeit eröffnet wird, anonym und in schriftlicher Form die Inhalte, Methoden und Organisation der Fortbildungsveranstaltung zu kommentieren und zu beurteilen. Die Rückmeldungen werden mit dem Ziel ausgewertet, solche Fortbildungsveranstaltungen anzubieten, die von den Kolleginnen und Kollegen als wissenschaftlich fundiert und praktisch hilfreich beurteilt werden.

Die Unabhängigkeit von politischen, religiösen oder kommerziellen Interessen muss bei allen Fortbildungsveranstaltungen gewährleistet sein. Von den Referentinnen und Referenten wird erwartet, dass sie solche Interessen immer dann, wenn sie mit der Thematik der Veranstaltung verknüpft sind, offenlegen und sich grundsätzlich um die unvoreingenommene und ausgewogene Behandlung von Themen und Problemen bemühen, die eine wissenschaftlich fundierte Fortbildung erfordert.“

Aus den Ländern und Landesgruppen

Die Landesgruppen Berlin und Rheinland haben neue Vorsitzende: Herr

Helmut Beek (Berlin) und Herr Heinz-Theo Schaus (Rheinland) werden ihre Landesgruppen zukünftig in den Gremien der dgs vertreten. Die dgs gratuliert herzlich zur Wahl und wünscht den Kollegen gutes Gelingen bei ihren neuen, verantwortungsvollen Aufgaben!

Des Weiteren gratulieren wir unserem Ehrenvorsitzenden Kurt Bielfeld zu seiner Ernennung als Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde e. V. (DGSS).

Bitte beachten Sie die aktuellen Mitteilungen der Landesgruppen auf deren Internetseiten, die sämtlich über die zentrale dgs-Seite abrufbar sind:

www.dgs-ev.de

Fortbildungen der dgs-Landesgruppen – Oktober bis Dezember 2007

Landesgruppe Baden-Württemberg

Dreiteilige Fortbildungsveranstaltung in Löwenstein

1. Termin: 10. – 12. 10. 2007
2. Termin: 05. – 07. 03. 2008
3. Termin: 15. – 17. 10. 2008

Kooperative Beratung – Grundlagen und Methoden der Beratung und Supervision im Berufsalltag von SonderpädagogInnen

Referent: Prof. Dr. Wolfgang Mutzeck

Detailinformationen unter www.dgs-sprachheilbronn.de

Des Weiteren kündigt die LG Baden-Württemberg die „4. Sprach-Heilbronn Tage“ an. Sie finden vom 19. – 20. Oktober 2007 in Heilbronn statt. Das Programm wurde bereits ausführlich in Heft 4/2007 (August) der „Sprachheilarbeit“ veröffentlicht.

Landesgruppe Hamburg

10.11.2007

Sprachverstehen bei Kindern: Diagnostik und therapeutische Ansätze
Referentin: Dipl. Päd. Claudia Schlessiger, Universität Dortmund

Die Veranstaltung findet von 9 bis 16 Uhr in der Sprachheilschule Zitzewitzstraße statt.

Kosten: Mitglieder: € 25,- / ermäßigt: € 20 / Nichtmitglieder: € 50,

Anmeldefrist: 27. Oktober 2007

Weitere Informationen bei der LG Hamburg über www.dgs-ev.de

Landesgruppe Niedersachsen

Die Landesgruppe Niedersachsen bietet drei Fortbildungsmodule an, die nach individueller Absprache als Tages- oder Abendveranstaltungen von Eltern, Erzieherinnen und Schulkollegien gebucht werden können. Die Themen im Einzelnen:

„Sprache beobachten – Sprache fördern“

„Herausforderung Mehrsprachigkeit“

„Fit für die Schrift“

Anmeldung und weitere Informationen bei der LG Niedersachsen, Rainer Beckmann,
Email: beckmann@dgs-ev.de

Landesgruppe Rheinland

27.10.2007

Aspekte der Diagnostik und Therapie bei kindlichen Dysphonien
Referentin: Birgit Appelbaum

02./03.11.2007

Unterstützte Kommunikation Teil 2: Und jetzt? Wie fange ich an? Wie geht es weiter? Methodisch-didaktische Aspekte beim Kommunizieren – Lernen mit unterstützenden Formen (Zertifikats-Aufbaukurs nach ISAAC-Standard)

Referentinnen: Miriam Thiemann/
Bärbel Weid-Goldschmidt

09./10.11.2007

Stimme und Feldenkrais
Referentin: Petra Simon

16.11.2007

Der Wortschatz- und Wortfindungstest für 6-10-jährige Kinder (WWT 6-10): Einführung und Anwendung
Referent: Prof. Dr. Christian W. Glück

17.11.2007

Diagnostik des Sprachverstehens bei (spezifischer) Sprachentwicklungsstörung
Referentin: Claudia Schlesiger

01.12.2007

Die Behandlung der orofazialen Muskulatur im Vorschulalter
Referentin: Gudrun Beckmann-Hopp

Detailinformationen unter www.dgs-rheinland.de

Landesgruppe Westfalen-Lippe

19.10.2007

Wahrnehmungs- und Bewegungskompetenzen als Voraussetzungs- und Eingangskompetenzen für die Sprachentwicklung
Referent: Dr. Klaus Balster

20.10.2007

Behandlung phonologischer Störungen bei Kindern
Ref.: Dipl. Log. Tanja Jahn

30.11/01.12.2007

Funktionales Stimmtraining – Erlanger Modell
Referentinnen: Ingrid Visser/Sabine Degenkolb-Weyers

Detailinformationen unter www.dgs-doppelpunkt.de

Abschließend möchten wir noch auf die folgende Veranstaltung des Kollegen Jörg Mußmann (dgs-Landesgruppe Niedersachsen) in Zusammenarbeit mit dem Institut für Sonderpädagogik der Universität Hannover hinweisen:

Lernen und fördern im Landesmuseum – Außerschulische Lernorte in der sonderpädagogischen Förderung. Tagung zum informellen Lernen in der Sonder-

pädagogik: Kooperation zwischen dem Niedersächsischen Landesmuseum Hannover und der Leibniz Universität Hannover, Institut für Sonderpädagogik (IfS)

Freitag, 16.11.2007

14.00 bis 18.00 Uhr

Niedersächsisches Landesmuseum Hannover

Willy-Brandt-Allee 5

30169 Hannover

Anfahrt siehe: www.landeshmuseum-hannover.niedersachsen.de

Angeboten werden verschiedene Workshops und Vorträge:

PD Dr. Dagmar-Beatrice Gaedtker-Eckhardt (Landesmuseum)

Prof. Dr. Rolf Werning (IfS)

Jörg Mußmann (IfS/dgs)

Der Eintritt ist frei. Bitte melden Sie sich an unter: dagmar.gaedtker-eckardt@nlm-h.niedersachsen.de oder 05119807860

Dr. Reiner Bahr

dbS – Beruf und Politik im Verband

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

„Lehrer verordnet Rezept“ meldeten aufgebracht die Ruhr-Nachrichten vom 4. Juli, weil Eltern Zettel wie diesen auf die Praxistische der nordrhein-westfälischen Kinderärzte legten: „Bitte dem Kinderarzt wg. Rezept für Logopädie vorstellen.“ Unterschrieben von der Lehrkraft, die den Eltern das Testergebnis der „Sprachstandsfeststellung zwei Jahre vor der Einschulung/ 2. Verfahrensstufe“ in die Hand drückte. „Unterricht fiel aus für Sprachtests“ hieß eine andere Schreckensmeldung laut dpa vom 23. Juli – der erste Sprachtest aller Vierjährigen in NRW hat entgegen den Erwartungen von Schulministerin Barbara Sommer (CDU) an den Grundschulen doch zu Unterrichtsausfällen geführt. Uns können Erwärmen und Aufregung im Nachhinein nur wundern, decken sich die Folgen von Delfin 4 doch eher mit

den Erwartungen und Warnungen, die wir Fachleute schon in der Vorbereitungsphase ausgesprochen hatten. Der dbS ruft aber eher zu Besonnenheit und fachlich-inhaltlicher Beharrlichkeit auf – lesen Sie dazu unseren Kommentar auf den folgenden Seiten.

Des Weiteren informieren wir Sie über das aktuelle Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen – das ganz im Sinne der langjährigen Bemühungen des dbS argumentiert. Ebenso finden Sie einen Bericht zu einer Tagung des IKK-Landesverbandes Niedersachsen und der Akademie für Sozialmedizin Hannover e.V., die zu einer kritischen Bestandsaufnahme eingeladen hatten. Dem dbS bot sich hier eine gute Möglichkeit, Gespräche zu führen und sich bei den inhaltlichen Diskussionen einzubringen.

Bitte beachten Sie auch die Hinweise aus den jeweiligen Vertretungen der Studenten, Arbeitnehmer und Praxisinhaber sowie die Mitteilungen aus dem Referat für Fort- und Weiterbildung.

Ihre Ulrike de Langen-Müller

Kontakt:

Dr. phil. U. de Langen-Müller,

Mozartstr. 16, 94032 Passau

Tel./Fax: 0851-9666979 / 9666974

e-mail: delangen-mueller@dbS-ev.de

Verordnung oder Hilferuf?

von Ulrike de Langen-Müller

„Lehrer verordnet Rezept“ meldeten die Ruhr-Nachrichten vom 4. Juli. In der ohnehin knisternden Stimmung im Lande NRW, nachdem der Delfin die Feuertaupe nicht wirklich bestanden

hat, klingt so eine Überschrift nach noch mehr Zündstoff. Doch Vorsicht! Je mehr sich die Befürchtungen rund um die schlecht vorbereiteten Sprachstandserhebungen in NRW zu bewahrheiten scheinen, desto vorsichtiger müssen wir mit Anekdoten sein, die die Stimmung anheizen, aber letztlich nicht sachdienlich sind.

Es stimmt, der Verband der Kinder- und Jugendärzte hatte in einer Pressemitteilung davor gewarnt, dass die Sprachstandserhebungen zu einer vermehrten Pathologisierung sprachlicher Auffälligkeiten führen könnten, die keiner spezifischen Sprachtherapie bedürfen, sondern auch mit einer allgemeinen Sprachförderung gut zu bedienen sind. Medizinische Kostenträger befürchteten zu Recht, dass das Fehlen von Maßnahmen in Betreuungs- und Bildungseinrichtungen auf Krankenschein kompensiert werden könnte. Und nun scheint es tatsächlich *vermehrt* zu passieren: veranlasst vom Ergebnis im Rahmen der Sprachstandsfeststellung unterschreiben Lehrkräfte die Empfehlung, das Kind beim Kinderarzt vorzustellen – wg. eines Rezeptes für Sprachtherapie.

Aber was heißt vermehrt? Vermehrt überhaupt, oder nur vermehrt schriftlich? Mehr als erforderlich oder mehr als früher? Eine gute Zusammenarbeit zwischen KiTa bzw. Schule und Arzt barg schon immer die Möglichkeit einer solchen Empfehlung durch Erzieherin oder Lehrer. Und schon immer gab es dann die Möglichkeit einer Verordnung von Sprachtherapie oder eben einer anders lautenden Empfehlung durch den Arzt. Sensibel zu machen für eventuelle sprachliche Auffälligkeiten und Kindern rechtzeitig die erforderlichen Hilfen zukommen zu lassen, ist doch das erklärte Ziel der Politik. Nirgends steht, dass im Rahmen von Delfin 4 nicht auch behandlungsbedürftige Sprachentwicklungsstörungen entdeckt werden dürfen. Kinder mit berechtigten Positiv-Diagnosen dürfen natürlich weiterhin den Solidartopf der Krankenkassen in Anspruch nehmen. Kein Erzieher oder Lehrer begeht eine Kompetenzüberschreitung, wenn er

seine *Empfehlung* für eine fachkompetente Untersuchung schriftlich weitergibt. Dem Arzt obliegt die sorgfältige Prüfung und die ist – wie eine Studie des dbs gezeigt hat – in Zusammenarbeit mit einem erfahrenen Sprachtherapeuten häufig zuverlässiger und genauer. So kann eine eventuell falsch positive Diagnose möglichst rasch und kostengünstig festgestellt werden. Eines stimmt allerdings auch: wären Spezialisten schon frühzeitiger in die Sprachstandserhebungen eingebunden, ließen sich die Falsch-Positiv-Diagnosen von Anfang an reduzieren und weniger Kinder mit Risiko-Diagnose kämen in den Arztpraxen an. Der Streit um die vermeintliche Verordnung von Sprachtherapie durch Lehrer – die in Wirklichkeit nur eine Empfehlung, vielleicht sogar ein Hilferuf ist – spiegelt ein politisches Kernproblem wider: die mangelnde Vernetzung von Bildungs- und Gesundheitswesen in Deutschland. Gegenseitig werden Grenzen verkannt und Kompetenzen übersehen, geschweige denn Kosten geteilt.

Der dbs vertritt hier eine klare Position: Von weitgehend ungeschultem Personal durchgeführte Sprachstandserhebungen helfen *nicht*, die schwierige Unterscheidung zu treffen, welches Kind eine therapiebedürftige Sprachentwicklungsstörung hat und welches nur eine allgemeine Sprachförderung braucht. Delfin 4 misst ein Risiko, wie ein Teststreifen aus der Apotheke den Blutzuckerspiegel. Es ersetzt nicht die fachärztliche und fachtherapeutische Untersuchung. Tests gehören in die Hand von Spezialisten. Ihre Durchführung und Auswertung, auch die Mitteilung besorgniserregender Ergebnisse, erfordern eine spezifische Fachausbildung und den geschützten Rahmen der Einzelsituation. Und deshalb „verordnen Lehrer Rezepte“ – sie haben Recht: Bildungswesen und Ärzte sollten auf die langjährige Erfahrung zurückgreifen, die Sprachtherapeuten in der Untersuchung sprachauffälliger Kinder haben. Eine gute Zusammenarbeit zwischen Eltern, pädagogischem Fachpersonal, Ärzten und Sprachtherapeuten

braucht kein Delfin 4 – sie schützt die Kinder vor falschen Diagnosen und vor unzureichenden bzw. überflüssigen Interventionen und die Kassen vor ungerechtfertigter Inanspruchnahme ihrer Leistungen. Bei der „schwierigen Differenzierung zwischen Förderung als staatlicher Leistung und Therapie als Leistung der gesetzlichen Krankenkassen“ empfehlen wir die dbs-Infobroschüre „Sprachentwicklung ist kein Kinderspiel... Sprachförderung oder Sprachtherapie – welche Hilfe braucht das Kind?“. Zu beziehen über www.dbs-ev.de.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen legt neues Gutachten vor

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat sein neues Gutachten der Bundesregierung vorgelegt. Unter dem Titel

Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung

analysiert der Sachverständigenrat die aktuelle Situation im Gesundheitswesen und gibt Empfehlungen zur Verbesserung ab.

Auf gut 900 Seiten begutachtet der Sachverständigenrat

- die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe,
- die Integrierte Versorgung,
- die Planung und Finanzierung der Krankenhäuser und
- die Prävention bei benachteiligten Bevölkerungsgruppen.

Im Bereich der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe empfiehlt der Sachverständigenrat dabei insbesondere eine Neuordnung der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe, eine neue Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen, sowie eine stärkere Einbeziehung der nicht-ärztlichen Heilberufe in die Versorgungskonzepte. Die-

se Einbeziehung könnte z.B. in regionalen Modellprojekten durchgeführt und evaluiert werden.

Ferner empfiehlt der Sachverständigenrat eine Profilierung der Ausbildung in den Gesundheitsberufen und begrüßt eine Akademisierung im Bereich der nicht-ärztlichen Heilberufe. Hier sollte eine Vereinheitlichung der heterogen angelegten Studiengänge erfolgen und die medizinischen Fakultäten der Universitäten sollten mehr Ausbildungsverantwortung tragen.

Auch weist der Sachverständigenrat darauf hin, dass die Aufteilung und Begrifflichkeiten im Gesundheitswesen dringend zu modernisieren seien.

Der dbs sieht sich mit diesem Gutachten in seinen Anliegen bestätigt, denn die Etablierung neuer Versorgungskonzepte und die Akademisierung in der Sprachtherapie wird seit langem vom dbs vorangetrieben.

Beitragsfelder für Sprachtherapie? Der dbs beteiligt sich an kritischer Bestandsaufnahme des IKK-Landesverbandes Niedersachsen und der Akademie für Sozialmedizin Hannover e.V.

von Ulrike de Langen-Müller

Am 12. Juli veranstalteten der IKK-Landesverband Niedersachsen und die Akademie für Sozialmedizin Hannover e.V. eine gemeinsame Fachtagung. Die Ankündigung einer kritischen Bestandsaufnahme zum Thema „Sprachentwicklungsstörungen und ihre Therapie“ hatte so viel Anklang gefunden, dass kurzfristig eine Verlegung von den Räumen der IKK in einen Veranstaltungssaal des „Plaza Hannover Schweizerhof“ vorgenommen werden musste.

Das Programm

Ausgangspunkt waren die Verordnungsdaten der Krankenkassen (Prof. Dr. Gerd Glaeske) und die Daten aus

Schuleingangsuntersuchungen in der Region Hannover (Dr. Angelika Schammert-Prenzler). Vier weitere Beiträge lieferten inhaltliche Aspekte: sie befassten sich mit der Rolle sozialer Defizite in den Familien (Manfred Flöther), der Normalität der Sprachentwicklung und der Frühdiagnostik sensomotorischer Störungen (Prof. Dr. Eberhard Kruse), den Langzeitfolgen von Sprachentwicklungsstörungen (Michael Wachtendorf) sowie den Ergebnissen der GLAD-Studie, einer Langzeitstudie zu Ursachen, Prävalenz, Dauerhaftigkeit und Therapiechancen bei Spracherwerbsstörungen (Dr. Zvi Penner). Zum Abschluss stellte Maïke Damrau – als Beispiel gelungener Vernetzung und ehrenamtlichen Engagements – einen Arbeitskreis von freiberuflich tätigen akademischen Sprachtherapeutinnen und Logopäden vor, der sich in den Kindergärten Frieslands und der Stadt Wilhelmshaven als Anlaufstelle für alle Fragen der Sprachentwicklung und Sprachförderung bereitstellt.

Die Diskussion

Die Diskussionen drehten sich um aktuelle Fragen der Debatte „Sprachtherapie vs. Sprachförderung“:

- Können Ursachen für den 250 %igen Anstieg sprachtherapeutischer Verordnungen gefunden werden, ohne solche zu unterstellen? Eltern und soziale Aspekte erscheinen derzeit als Buh-Männer sehr beliebt; Penner und Kruse erbringen Nachweise für verzögerte Hörnervenreifung und sensomotorische Defizite in der Lallperiode als biologische Faktoren.
- Erhalten alle Kinder früh genug die für sie hilfreichen Therapiemaßnahmen? Schammert-Prenzler und Flöther zeigen, dass dies abhängig vom sozialen Hintergrund, dem Bildungsgrad und der Berufstätigkeit der Mütter ist; Penner und Kruse beklagen eine zu späte Erkennung von organischen Defiziten.
- Werden bei den Sprachstandserhebungen die „richtigen“ Kinder erkannt und welche Maßnahmen sind überhaupt geeignet? Nein, Kruse fordert rechtzeitige phoniatrische

Untersuchungen; dbs und dbl die ergänzende Durchführung von Tests und Untersuchungen durch Sprachtherapeuten; und Penner die flächendeckende frühzeitige theoriegeleitete Sprachförderung.

- Besteht die Gefahr, dass Medizin und Therapie ungerechtfertigt zunehmend Bestandteil der Vorschulangebote werden? Werden die Beitragsfelder zielgerichtet eingesetzt? Die Fragen bleiben als Sorgen im Raum stehen; Penner und Damrau zeigen Konzepte zur Schonung von Beitragsgeldern auf; dbs verweist auf biopsychosoziales Modell der Entstehung, Aufrechterhaltung und Behandlung von Entwicklungsstörungen.
- Welche konkreten Veränderungen sind notwendig und wie schnell? Wolfgang Krause, Vorstandsvorsitzender der IKK Niedersachsen, warnt vor voreiligem Rufen nach Ordnungspolitik, die zu einer lähmenden Verstaatlichung von Maßnahmen führen könnte und plädiert stattdessen für die gemeinsame inhaltliche Projektentwicklung.

dbs verweist auf Versorgungsmängel, Schnittstellenproblematik und Kooperationsbereitschaft

Der dbs konnte im Rahmen der Diskussionen unter Bezugnahme auf die „retro quant-Studie“ zur Sprachtherapie mit Kindern (vgl. *Die Sprachheilarbeit 2/07*) Missstände in der sprachtherapeutischen Versorgung datengestützt aufzeigen. Ebenso verwiesen wir auf das dbs-Symposium Anfang 2007 in Gelsenkirchen, auf dem deutlich wurde, dass weniger fachliche Probleme, als viel mehr bildungs- und gesundheitspolitische Kooperationsmängel dabei im Wege stehen, therapiebedürftige sprachentwicklungsgestörte Kinder von sprachauffälligen Kindern mit allgemeinem Förderbedarf zu unterscheiden. Prof. Dr. Gerd Glaeske vom Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen, Autor des Heil- und Hilfsmittel-Reports der GEK, Mitglied des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und Moderator der Veran-

staltung, griff den Hinweis auf die Schnittstellenproblematik auf. Schon in seinem Einführungsvortrag hatte er, unter Bezugnahme auf das Gutachten des Sachverständigenrates, von einem arztzentrierten Gesundheitssystem in Deutschland gesprochen. Im Sinne einer ökonomischen Verwendung der Beitragsgelder müsse auch über eine geeignetere Verteilung von Verantwortlichkeiten nachgedacht werden. Glaeske sprach sich in diesem Zusammenhang auch für die Entwicklung interprofessioneller Leitlinien aus. In der Diskussion und in Randgesprächen nutzte der dbs die Möglichkeit, seine Mitwirkung an Konzeptentwicklungen und Studien zur Versorgungs- und Evaluationsforschung anzubieten.

Aus der studentischen Vertretung des dbs

Praxistage in Niedersachsen

Raus aus der Theorie, rein in die Praxis! Im Dezember 2005 wurde in Niedersachsen der so genannte „Praxistag“ ins Leben gerufen. Er gibt den Studierenden die Gelegenheit, auch während der Vorlesungszeit „Praxisluft“ zu schnuppern. Zu diesem Zweck stellen engagierte Sprachtherapeutinnen aus Stadt und Region Hannover ihre Praxisräume sowie ihre freie Zeit zur Verfügung. Unter der Leitung der damaligen Studentischen Vertretung der Landesgruppe Niedersachsen, Ulrike Wiecha, versammelten sich erstmals interessierte Studierende des auslaufenden Diplom-Studiengangs sowie des neuen B.A.-Studiengangs Sonderpädagogik der Leibniz Universität Hannover, um für einen Tag einen intensiven Einblick in die sprachtherapeutische Arbeit hinsichtlich eines ausgewählten Störungsbereiches zu gewinnen.

Ein kurzer Vortrag der Sprachtherapeutin führt in die jeweilige Thematik ein. Anschließend werden Diagnoseinstrumente sowie therapeutische Methoden und Materialien kennengelernt, Thera-

pie- und weitere Praxisräume besichtigt. Wenn auch ohne Patienten: anhand von Fallbeispielen der Referentin werden Diagnosestellung und Therapieplanung erörtert. Testmaterialien können in Partnerarbeit ausprobiert oder Übungen im Selbstversuch nachvollzogen werden. Die maximale Teilnehmerzahl von acht Studierenden gewährleistet eine angenehme, entspannte Atmosphäre und bietet damit Gelegenheit zu Erfahrungsaustausch und Diskussion. Offene Fragen können auch während eines kleinen Imbiss, der für die Beteiligten während der mehrstündigen Veranstaltung bereitgehalten wird, geklärt werden. Neben den Einblicken in die praktische Arbeit in vollkommen ungezwungener Atmosphäre wird besonders das Zusammentreffen mit Studierenden aus anderen Studienphasen von Seiten der Teilnehmerinnen geschätzt.

Ich möchte an dieser Stelle den Referentinnen der bisherigen Praxistage, auch im Namen von Ulrike Wiecha, für die gute Zusammenarbeit danken und freue mich auf die kommenden Veranstaltungen.

Anne Prilop

Studentische Vertretung des dbs in Niedersachsen

Aktuelles aus der dbs-Vertretung der Arbeitnehmer

Neue Grundlagen für Gehaltsverhandlungen

Ein großer Teil der Anfragen, die die dbs-Arbeitnehmervertretung erreichen, betreffen die Frage, welches Gehalt ein akademischer Sprachtherapeut bzw. eine akademische Sprachtherapeutin verlangen kann. Besonders schwierig erscheint diese Frage bei Anstellungen in sprachtherapeutischen Praxen, da hier die Arbeitsverträge frei ausgehandelt werden und keinem Tarifvertrag unterworfen sind.

Die Ergebnisse der Arbeitnehmerumfrage 2007 geben einen Überblick über

das durchschnittliche Einkommen angestellter akademischer Sprachtherapeuten. Es kann aber, z.B. durch die unterschiedliche Einnahmesituation von Praxisinhabern je nach Region, zu deutlichen Abweichungen davon kommen.

Die dbs-Arbeitnehmervertretung hat eine Anleitung entworfen, wie als Grundlage für Gehaltsvorstellungen bzw. -verhandlungen errechnet werden kann, welchen Gewinn der Arbeitgeber mit einem angestellten Sprachtherapeuten erwirtschaftet. Diese ist im Internet (www.dbs-ev.de/arbeitnehmer), bei den Arbeitnehmervertretern oder in der dbs-Geschäftsstelle abrufbar.

Auf der genannten Internetseite finden sich außerdem weitere Auswertungen der Arbeitnehmerumfrage, z.B. zum Urlaub oder zu Arbeitsbedingungen von Honorarkräften.

Arbeitnehmertag 2007

Am Samstag, dem 20. Oktober, findet in Köln der Arbeitnehmertag 2007 statt. Es sind noch kurzfristige Anmeldungen zu den Workshops (Aphasietherapie / LRS) möglich. Bitte informieren Sie sich darüber im Internet. Auch ohne Anmeldung (und selbstverständlich ohne Teilnehmergebühr) können Sie am berufspolitischen Teil der Veranstaltung teilnehmen. Von 16.00 Uhr bis 18.00 Uhr werden die Arbeitnehmervertreter sowie unsere Justiziarin, Frau Weiffen, über aktuelle, Arbeitnehmer betreffende berufspolitische Entwicklungen informieren und Ihre Fragen beantworten.

Vorbereitung von Anträgen an die Mitgliederversammlung

Am 26. Januar 2008 findet im Rahmen des dbs-Symposiums die nächste Mitgliederversammlung statt. Wir möchten darauf hinweisen, dass dabei jedes dbs-Mitglied Anträge an den Vorstand stellen kann. Arbeitnehmer, die einen Antrag einbringen, ihren Namen aber nicht nennen möchten, können sich bis spätestens 15.12.2007 an die Arbeitnehmervertretung wenden. Wir werden

den entsprechenden Antrag dann stellvertretend einreichen.

Ralf Rokitta rokitta@dbs-ev.de für die Arbeitnehmervertretung

Für Praxisinhaber

Einladung zum Praxisinhabertreffen 2007

Liebe Praxisinhaber,

hiermit möchten wir Sie noch einmal herzlich zu unserem diesjährigen Praxisinhabertreffen des dbs einladen:

Datum: Samstag, den 10. November 2007

Zeit: 13.30 Uhr bis 17.00 Uhr

Ort: 60329 Frankfurt am Main, Hotel National, Baseler Str. 50, Tel. 069-2426480

Im Mittelpunkt des Treffens sollen Informationen zur aktuellen Gesundheitspolitik stehen. Es referieren Herr Volker Gerrlich, Geschäftsführer des dbs und Katrin Schubert, Beirat für Praxisinhaber.

Anmeldung in der dbs- Geschäftsstelle unter der Tel.-Nr. 02841/988919/ Fax-

Nr. 02841/988914/ e-mail: info@dbs-ev.de

Wir freuen uns auf Ihr zahlreiches Erscheinen.

Katrin Schubert
(Beirat Praxisinhaber)

dbs-Fortbildungen Winter 2007

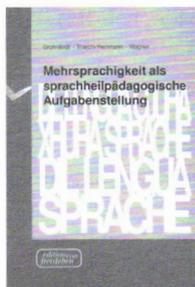
In folgenden Fortbildungen gibt es noch freie Plätze:

- 26./27.10.2007; Hannover
Sensorische Integration im Umfeld sprachtherapeutischer Praxis
Stephanie Kurtenbach
- 27.10.2007; Hannover
Globale Aphasie (II): Alltag & Beschäftigung – Langzeittherapie bei globaler Aphasie
Frank Ostermann
- 03.11.2007; Dortmund
Behandlung von fazialen und intra-oralen Paresen in Anlehnung an die Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation (PNF)
Dr. Volker Runge
- 09./10.11.2007; München
Die Funktionelle Dysphagietherapie (FDT), Aufbaukurs
Dr. Gudrun Bartolome

- 16./17.11.2007; Köln
Frühe Diagnostik und Therapie bei spezifischen Sprachentwicklungsstörungen im patholinguistischen Ansatz
Jeannine Gies
- 16./17.11.2007; Bremen
Orofaziale Therapie und Hilfen zum Essen und Trinken bei Kindern mit schweren Bewegungsstörungen
Annette Platzdasch
- 23./24.11.2007; Duisburg
Zum Einsatz von Unterstützter Kommunikation bei Aphasie, Dysarthrie und Sprechapraxie
Dr. Barbara Giel & Dr. Andrea Liehs
- 07./08.12.2007; Düsseldorf
Der Lautbildungsansatz in der sprachtherapeutischen Praxis
Marina Russ

Immer erreichbar:
www.dbs-ev.de

Medien



Grohnfeldt, M., Triarchi-Herrmann, V., Wagner, L. (2005). **Mehrsprachigkeit als sprachheilpädagogische Aufgabenstellung**. Edition von Freisleben, Würzburg, 9,80 €

Der Sammelband enthält Aufsätze von Autoren aus dem Umfeld des „Forschungsinstituts für Sprachtherapie und Rehabilitation (FSR)“, das 1991 von Manfred Grohnfeldt in Köln gegründet wurde und seit 2000 in München weitergeführt wird. Das Institut befasst sich theoretisch und praktisch u.a. mit der Erarbeitung, dem Ausbau und der Erprobung eines sprachheilpädagogischen Konzepts bei Mehrsprachigen.

Manfred Grohnfeldt benennt in seinem einführenden Beitrag zwei Aufgaben für die Sprachheilpädagogik: 1. Das Differenzieren zwischen Sprachstörun-

gen und Problemen beim Erwerb der deutschen Zweitsprache. Und 2. eine pädagogisch-therapeutische Intervention, die sich auf die Sprache, die soziokulturellen Hintergründe und die psychosozialen Situationen bezieht. Als Voraussetzungen fordert er das Eingehen auf das Sprachsystem in beiden Sprachen, grundlegende Kenntnisse von kulturellen Eigenarten und das Ergründen der psychosozialen Situation und Identitätsentwicklung.

Vassilia Triarchi-Herrmann befasst sich mit dem Einfluss der Mehrsprachigkeit auf die Sprachentwicklung

und mit Problemen der Sprachförderung. Sie erläutert zunächst ein multifaktorielles Bedingungsgefüge der zweisprachigen Sprachentwicklung aus individuellen, soziokulturellen und sprachlichen Faktoren.

Für mehrsprachige Kinder mit Migrationshintergrund nimmt sie, gestützt z.B. auf die PISA-Studie, eine höhere Wahrscheinlichkeit für Schulleistungsdefizite an. Sie geht auf die derzeit aktuelle Methode der Sprachstandserfassung ein und kritisiert die (Un)Fähigkeit einiger Verfahren, Sprachstörungen und damit Therapiebedarf zu entdecken. Weiter wirft sie die kontrovers diskutierte Frage auf, ob ausgeprägt sprachmischende Kinder auch Gegenstand sprachheilpädagogischer Förderung zu sein haben. Im Gegensatz zur ausführlichen Darstellung des Faktorsystems werden die letzten beiden Themen vergleichsweise kurz besprochen.

Dorit Lengyel beschäftigt sich mit der Sprachdiagnostik bei mehrsprachigen Kindern. Sie gibt hier vor allem einen Überblick über die anglo-amerikanische Literatur und diskutiert Probleme wie die Trennung von Sprachstörung und Zweitspracherwerbsproblemen, die Untersuchung in der Erstsprache, den Einsatz von standardisierten Testverfahren und alternative Vorgehensweisen, wie bspw. den pragmatischen Ansatz. Sie schließt mit Empfehlungen für die Diagnostik hierzulande.

Lilli Wagner stellt ein Projekt zur Sprachstandserfassung in der Erstsprache Russisch vor, das von 2003 bis 2004 durchgeführt worden ist. Wesentlicher Bestandteil ist ein Screeningverfahren, das monolingualen Untersuchern ohne Kenntnis der Erstsprache eine Einschätzung des Sprachstandes und etwaigen Förderbedarfs ermöglichen soll. Sie beschreibt detailliert, welche sprachlichen Bereiche abgefragt werden und wie die computergestützte Datenerhebung und -auswertung erfolgt. Leider wird die Erprobung des Verfahrens mit einmal 32 und einmal 36 Kindern nur knapp angesprochen und es werden vor allem keine

Angaben darüber gemacht, wie hoch der Anteil sprachgestörter Kinder in dieser Gruppe war.

Maria Kocianová befasst sich mit der Sprachtherapie bei ein- und mehrsprachigen Kindern. Sie stellt ausgewählte Prinzipien und Ansätze des impliziten und expliziten Lernens vor und gibt Beispiele, die dem Bereich der Sprachförderung zuzuordnen sind. Bedenklich stimmen die zahlreichen Versuche, die Wirksamkeit von Verfahren mit verkürzten Verweisen auf Aktivierungen im Gehirn zu belegen. Demgegenüber fehlt der Bezug auf aktuelle sprachtherapeutische Ansätze.

Ein sehr interessanter Aufsatz kommt von Ewald Kiel, der sich mit der Entwicklung von Erziehungssystemen in Osteuropa befasst. Er berichtet am Beispiel Moldawiens, wie Mehrsprachigkeit Gegenstand politischer Prozesse ist und anders als in Deutschland von den beteiligten Interessengruppen diskutiert und verhandelt wird.

Eugen Wagner berichtet aus einer persönlichen Perspektive seine Suche nach seiner deutschen und russischen Identität in Deutschland und Russland.

Angela Miksch befasst sich mit der sprachheilpädagogischen Förderung in Kindergarten und Schule. In ihrem Aufsatz schlägt sie ein Konzept der „Fragenden Haltung“ als Grundeinstellung in der Arbeit mit mehrsprachigen Kindern vor. Sie erläutert die wesentlichen Bestandteile des Konzeptes, wie die Akzeptanz der Erstsprache, das Interesse am kulturellen Hintergrund und das Hineinholen der Mehrsprachigkeit in die Schule. Darauf aufbauend erläutert sie eine Hierarchie von Förderzielen (Kommunikation, Sprachverstehen, Sprachproduktion) und nennt Methoden der Umsetzung, wie Modellierung, Kontextoptimierung und Textentlastung.

In diesem Sammelband wird ein weiterer Bogen geschlagen. Gut nachvollziehbar war mir die gemeinsame Basis der Autoren: die Wertschätzung der Mehrsprachigkeit und das Anerkennen eines Handlungsbedarfs in der Förderung.

Die gemachten Vorschläge sind vielfältig und z.T. auch gegensätzlich. Z.B. in der Diagnostik steht die Forderung nach pragmatisch orientierten Verfahren gleichberechtigt neben standardisierten Screeningverfahren. Die Vorschläge zur sprachlichen Intervention haben aus meiner Sicht viel mit Sprachförderung, aber noch wenig mit Sprachtherapie zu tun. Auch zur Frage der Trennung zwischen Störungen und Problemen mit dem Deutschlernen ist in diesem Band nur wenig zu finden.

Insgesamt finde ich, dass sich in dem Buch auf eine gemeinsame Basis verständigt wird. Darüber hinaus werden Aufgaben angesprochen, Vorschläge gemacht und Lösungsmöglichkeiten diskutiert.

*Figen Ünsal
Dipl.-Logopädin*



Katz-Bernstein, N.: (2005): Selektiver Mutismus bei Kindern. Erscheinungsbilder, Diagnostik, Therapie. München/Basel: Reinhardt. ISBN 978-3-497-01754-6. 249 Seiten. 24,90 €.

Mit diesem Buch legt die Autorin ein modernes Kompendium zum selektiven Mutismus vor, das sowohl aus ihren eigenen praktischen therapeutischen und supervisorischen Erfahrungen als auch aus einer gründlichen Auseinandersetzung mit den Theorien zur Entstehung, zum Wesen, zur Diagnostik und zur Therapie dieser Sprach-, Verhaltens- und Sozialisations-, ja Entwicklungsstörung (S. 37) erwachsen ist. Überzeugend werden sprachtherapeutische, psychologische,

psychotherapeutische Ansätze sowie neueste Erkenntnisse der Linguistik, Entwicklungspsychologie, Kognitions-wissenschaft, Lerntheorie und Hirnforschung einbezogen. Trotz der oft komplizierten sachlichen Probleme formuliert Frau Prof. Dr. Nitza *Katz-Bernstein* immer klar und verständlich, wissenschaftlich exakt und gut belegt.

Der Aufbau des Buches ist im Wesentlichen übersichtlich. Den fünf Hauptteilen ist eine Einleitung vorangestellt; ihnen nachgeordnet werden ein sehr eindrucksvoller Therapiebericht über ein Einzelkind von Ruth *Marosi*, eine Zusammenfassung der im Verlauf der Ausführungen erwähnten Patientenkinder, ein ausführliches und bis in die jüngste Zeit heranreichendes Literaturverzeichnis (z. B. *Dobslaffs* Mutismus in der Schule, 2005), das auch spezifische Publikationen zu den unterschiedlichen sachlichen Komplexen des Buches berücksichtigt, sowie ein Sachregister. Das Layout ist übersichtlich und leserfreundlich, wie vom Reinhardt-Verlag gewohnt.

Teil I – „Theoretische Zugänge“ – fasst in einem ersten Kapitel lehrbuchartig die neuesten Erkenntnisse zur Wesensbestimmung, zur Klassifizierung, zur Symptomatologie, Epidemiologie, zur Diagnostik und Ätiologie zusammen. Daran schließt sich ein Kapitel zu linguistischen und entwicklungspsychologischen Zugängen an. Darin wird die sehr gut nachvollziehbare Auffassung der Autorin zur multifaktoriellen Ätiopathogenese des selektiven Mutismus, speziell aus entwicklungspsychologischer Sicht, deutlich und – wie der Rezensent meint – die sehr moderne Erklärung der die gesamte Persönlichkeit der Betroffenen durchdringenden Faktoren bis hin zu ihrer hirnhypophysologischen Verankerung. Ebenso tragen die herangezogenen Forschungen der letzten Jahre zur Heranreifung von Säuglingen und Kleinkindern mit ihren bahnbrechenden Erkenntnissen über die notwendigen Synergismen von Sozialisation, emotionaler, motorischer, perzeptiver und sprachlicher Entwicklung (speziell Spracherwerb) zu den klaren Aussagen bezüglich des

selektiven Mutismus bei. Diese im Teil I dargelegten theoretischen Zugänge werden auch in den folgenden Teilen immer wieder einbezogen und spezifiziert, manchmal allerdings hätten Verweise auf diese Grundaussagen genügt.

Teil II befasst sich mit der aus der Grundauffassung der Autorin resultierenden umfassenden Diagnostik und der Einbeziehung verschiedener Nachbardisziplinen in die Erhebung therapierelevanter Daten. Genannt werden neben Sprachtherapeuten unterschiedlicher Provenienz Psychologen, Psychotherapeuten und Linguisten. Schon hier sind zahlreiche Hinweise für Eltern, Kindergärtnerinnen und Therapeuten zu entnehmen, z. T. anhand von Behandlungsprotokollen der Autorin.

Im Teil III werden die therapeutischen Zugänge und Wirkfaktoren für eine möglichst erfolgreiche Therapie des selektiven Mutismus beschrieben, wobei auch die Grenzen jeglicher Einflussnahme und einzelner Verfahren nicht verschwiegen werden. Frau *Katz-Bernstein* stellt nicht ein formalisiertes Therapiekonzept vor, sondern therapeutische Handlungslinien, die vorrangig aus psychotherapeutischer und sprachtherapeutisch-logopädischer Arbeit geschöpft werden, ergänzt durch Hinweise für den schulischen und elterlichen Bereich. Für das Vorschulkind steht die Bedeutung der „intuitiven elterlichen Didaktik“ (H. & M. *Papousek* 1977) als das wichtigste gerüstgebende Verhalten im Vordergrund. Für die etwas älteren Mutisten werden ebenfalls immer wieder aus der therapeutischen Praxis erwachsene Handlungsbeispiele angeführt.

Diese Darlegungen werden mit weiteren Therapiemodulen im IV. Teil unter dem Titel „Nonverbal kommunizieren“ und im Teil V – „Aufbau der verbalen Kommunikation“ – fortgesetzt. Diese drei Teile III bis V sind der Kern der Darstellung der von *Katz-Bernstein* inaugurierten Therapiemethode. Der VI. Teil wird der Zusammenarbeit mit Eltern und weiteren Fachleuten gewidmet. Dabei geht es vor allem um die Einbeziehung von Pädagogen (Kinder-

gärtnerinnen, Lehrer), Ergo- und Mototherapeuten, Sozialpädagogen, Psychologen sowie Mitarbeitern von Schulbehörden und Jugendämtern. Von den Medizinern werden Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -psychiater, HNO-Ärzte, Kinder- und Hausärzte sowie Phoniater genannt. In diesem Zusammenhang wird eine medikamentöse Begleittherapie bei sehr schweren Mutisten als vorübergehende Maßnahme diskutiert.

Hervorheben möchte der Rezensent die durchgehend zu spürende emphatische Haltung der Autorin, zu der allerdings die in der Medizin leider immer noch zu beobachtende Verwendung des Terminus „Fall“ bei der Bezeichnung ihrer Patientenkinder in auffälligem Gegensatz steht. Gerade um die von Frau *Katz-Bernstein* beschriebene patientenzugewandte Haltung in der Allgemeinheit durchzusetzen, sollte ein solcher Begriff auch in der sprachtherapeutischen Literatur vermieden werden. Weiterhin ist die Betonung der großen Verantwortung der Therapeuten von Kindern mit dem selektiven Mutismus durch die Autorin zu begrüßen, die handwerklich-methodische Kreativität, selbstkritisches Hinterfragen aller therapeutischen Maßnahmen sowie Geduld und Warten auf den Erfolg einschließt.

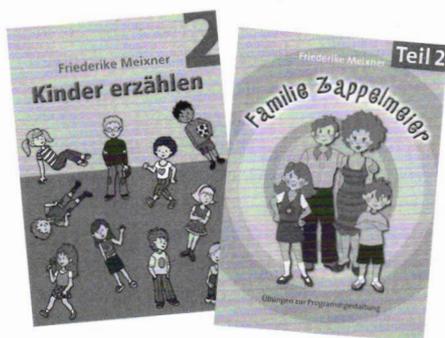
Jeder Leser kann aus diesem Buch zum selektiven Mutismus, auch wenn er diese Störung nicht behandelt, zahlreiche Anregungen für seine tägliche Arbeit entnehmen, z. B. bezüglich der Regeln für die Zusammenarbeit mit Eltern, des handlungsorientierten Therapierens und der Desensibilisierung eines Patienten.

Bei einer wünschenswerten Neuauflage sollten einige übersehene grammatische Ungereimtheiten (z. B. S. 48 „Kinder“ statt „Kindern“), Wortumstellungen (z. B. S. 21 „lediglich der Begriff“ statt „der lediglich ...“), der leider auch allgemein immer häufiger zu findende ungenaue Einsatz des Plurals „Wörter“ bzw. „Worte“ (z. B. S. 151) sowie einige bibliographische Irrtümer (z. B. S. 100: *Katz-Bernstein* 1995 statt

1996, S. 243: *Motsch* 1992: Die idio-graphische ..., S. 21–42 und S. 241: *Katz-Bernstein* 2004a: verlag moder-nes lernen statt Modernes Leben) aus-gemerzt werden.

Trotz dieser „Kleinigkeiten“ ist dieses neueste Werk von Frau *Katz-Bernstein* insbesondere den mit dem Mutismus befassten Berufsgruppen dringend, aber auch allen anderen Sprachtherapeuten und Logopäden, zu empfehlen. Der Autorin ist es gelungen, die insgesamt spärliche Literatur zum selektiven Mutismus im deutschsprachigen Raum durch ein anregendes, wissenschaftlich gut fundiertes, gut lesbares und vor allem sehr praxisnahes Buch zu berei-chern.

Volkmar Clausnitzer



Friederike Meixner: Familie Zappelmeier. Übungen zur Programmgestaltung – Teil 2. ISBN 3-9501785-4-6, 78 S., 13,90 €.

Friederike Meixner: Kinder erzählen – Band 2. ISBN 3-9501785-2-X, 70 S., 13,90 €.

Beide Bände erschienen in der Edition Meixner, Mödling 2004.

Die Kollegin *Friederike Meixner* aus Österreich, auch in Deutschland durch ihre zahlreichen Vorträge und Veröffentlichungen keine Unbekannte, legt hier zwei Praxisbände vor, die sich sowohl für den Einsatz in der Einzel- und Kleingruppentherapie als auch im Unterricht eignen. Beide Arbeitshefte sind durchgängig farbig und für Kinder ansprechend gestaltet (Illustrationen & Layout: *Luise Hofer*); es handelt sich also nicht um Schwarz-Weiß-Kopier-vorlagen, sondern um Material, das für

die Kinder individuell anzuschaffen ist, wenn es seine Wirkung voll entfalten soll.

Worum geht es der Autorin? Um diese Frage zu beantworten, greift man zweckmäßigerweise auf *Meixners* Aufsatz „Programmstörung“ zurück, den sie 2003 im 4. Band des Lehrbuchs der Sprachheilpädagogik und Logopädie (hrsg. von *Manfred Grohnfeldt*) veröffentlicht hat. Kurz gesagt handelt es sich bei der „Programmstörung“ um eine Störung der Wahrnehmung zeitlicher Folgen, ein Phänomen, das *Graichen* in den 70er Jahren als „Serialstörung“ beschrieben hat. Symptomatisch im Bereich der Sprache sind dafür Auslassungen, Umstellungen, Angleichungen, Verkürzungen und Vorverlagerungen auf allen Strukturebenen. Therapeutisch folgen daraus rhythmische, auditive, visuelle und motorische Aktivitäten, die jeweils in einen Zusammenhang zu bringen sind.

Das mir vorliegende Arbeitsmaterial zur „Programmgestaltung“ ist bereits der 2. Teil mit Szenen aus dem Alltag der „Familie Zappelmeier“. Es beinhaltet zehn thematische Einheiten, die jedem Kind vertraut sein dürften (z. B. „Wenn das Auto nicht fährt“, „Beim Bäcker“, „Das Haus wird sauber“) und somit als lebensnaher Gesprächsanlass dienen können. Jede Einheit enthält ein einführendes, mehrteiliges Bild im DIN-A4-Format, das vom Kind zunächst zerschnitten werden muss, um dann in eine korrekte, logische Gestalt gebracht zu werden. Es schließt sich die Bildbetrachtung an, und danach folgt die Ordnung von Wörtern auf Silbenebene und auf der Graphemebene. Der Schwerpunkt liegt eindeutig auf dem Umgang mit schriftlichem Material, so dass das Arbeitsheft in erster Linie für Kinder ab dem 2. Schulbesuchsjahr zu empfehlen ist. Das Fortschreiten vom Einfachen zum Komplexen ist der Autorin sehr wichtig; ihr Fördermaterial liefert zahlreiche Ideen für die Alltagsarbeit, d. h., aus jeder Einheit des Programms lassen sich weitere eigene Arbeitseinheiten für die Sprachtherapie und den Unterricht (auch und gerade für die Rechtschreib-

förderung) erstellen. Das wird auch in vielen Fällen, vor allem bei den i. d. R. sehr komplex beeinträchtigten Kindern in der Sprachheilschule, erforderlich sein, denn *Meixners* Übungen sind anspruchsvoll und erfordern stets die vertiefte Erarbeitung durch die Schülerinnen und Schüler (z. B. durch Nachspielen der Geschichten, Ordnen von Gegenständen, Übungen zur phonologischen Bewusstheit).

„Kinder erzählen“ ist ebenfalls ein Material, das die „Programmgestaltung“ im Blick hat. Im Vordergrund steht hier die komplexere Ebene des Textes und zwar sowohl in gesprochener als auch in geschriebener Form. 16 Themen, wiederum lebensnah ausgewählt (z. B.: „Unser Schulausflug in den Tiergarten“, „Wer gewinnt das Handballspiel“, „Ein Badetag“), sind auf verschiedene Art und Weise zu bearbeiten; es sind z. B. Bildergeschichten in eine Ordnung zu bringen, dazu kann dann ein eigener Text geschrieben werden, und die Schülerinnen und Schüler können mit dem vorhandenen Material weiterarbeiten: z. B. Wörter in Lückentexte einsetzen, durcheinander geratene Wörter ordnen, Adjektive und verschiedene Zeitformen anwenden. Dieses Material ist keineswegs auf einen Einsatz im sprachheilpädagogischen Bereich beschränkt, sondern kann gut auch in der traditionellen Auf-satzerziehung des Grundschulunterrichts Verwendung finden.

Sprachtherapie und die Sprachförderung im Unterricht soll eingebettet sein in einen emotional ansprechenden, motivierenden Rahmen. *Meixners* Materialien dürfen daher nicht stur und schematisch eingesetzt werden, sondern müssen stets in einen Bezug zum kindlichen Alltag gestellt werden. Die thematische Auswahl lässt genau das zu. Sie eröffnet immer wieder Möglichkeiten zum Gespräch zwischen Kind und Therapeutin/Lehrerin. So kann dem Kind gezeigt werden, dass man es ernst nimmt – und das hoch strukturierte Übungsmaterial fördert überdies die pädagogische Beziehungsgestaltung.

Reiner Bahr

Aus der Hochschule

Der Studiengang „Patholinguistik“ an der Universität Potsdam

Der Studiengang Patholinguistik wurde 1994 am Institut für Linguistik der 1991 neu gegründeten Universität Potsdam eingerichtet. Das Institut für Linguistik ist Teil der Humanwissenschaftlichen Fakultät, deren interdisziplinären Profildomänen die Kognitions- und Bildungswissenschaften sind. Geplant ist, diese um einen dritten Schwerpunkt „Gesundheitsförderung“ zu erweitern.

In der Gründungsphase des Studiengangs war u. a. ein internationaler curricula-vergleichender Workshop einberufen worden, der als Ziel formuliert wurde, mit der Patholinguistik an internationale Modelle der akademischen Ausbildung von Sprachtherapeuten anzuknüpfen. Vor diesem Hintergrund wurde ein grundständiger Studiengang geschaffen, der sowohl eine wissenschaftliche als auch eine therapeutische Ausbildung für den Bereich der erworbenen und entwicklungsbedingten Sprach- und Sprechstörungen anbietet. Dies wurde zunächst in einem Diplomstudiengang realisiert, der im Rahmen der Bologna-Reform zum Wintersemester 2006/07 in einen siebensemestriigen Bachelor-Studiengang überführt wurde. Der Abschluss als Diplom-PatholinguistIn bzw. als PatholinguistIn (BSc) befähigt die AbsolventInnen somit zur Diagnostik und Therapie von erworbenen Sprach- und Sprechstörungen sowie von Sprachentwicklungsstörungen. Des Weiteren bereitet das Studium der Patholinguistik auf Tätigkeiten im Bereich der linguistisch basierten Grundlagen- und Therapieforschung vor.

Mit den spezifisch für die patholinguistische Ausbildung zuständigen Professuren für kognitive Neurolinguistik, Sprachverarbeitung und Spracherwerb sowie den beiden Juniorprofessuren für Spracherwerbsstörungen und Neurokognition der Sprache kann den ca. 30

Studierenden eines Jahrgangs eine umfangreiche Lehre angeboten werden, die sowohl theoretische und methodische als auch praktische Grundlagen vermittelt. Psycholinguistisches Basiswissen zum Spracherwerb und zur Sprachverarbeitung, kognitiv-neurolinguistische Kenntnisse zum Zusammenhang von Sprache und Gehirn, theoretische Grundlagen von Sprachstörungen im Erwachsenen- und Kindesalter sowie Verfahren zur Analyse, Diagnostik und Therapie der o. g. Störungsbilder werden den Studierenden in Vorlesungen, Seminaren und Übungen vermittelt. Der Schwerpunkt liegt dabei im Bereich der Sprachentwicklungsstörungen und der erworbenen Sprach- und Sprechstörungen. Die Erstellung und Evaluation von Diagnostik- und Therapiekonzepten wird am Institut für Linguistik intensiv betrieben und stellt daher einen weiteren wesentlichen Aspekt der studentischen Ausbildung dar.

In enger Kooperation mit dem Klinikum Ernst von Bergmann in Potsdam, der Charité – Universitätsmedizin Berlin und der Neurologischen Abteilung der Brandenburg Klinik Wandlitz werden medizinische Grundlagen in den Disziplinen Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Phoniatrie, Neurologie, Neuroanatomie, Pädiatrie und Neuropädiatrie vermittelt. Institutsintern werden von den Professoren und Mitarbeitern der Lehrstühle für Grammatiktheorie die sprachwissenschaftlichen Grundlagen der Patholinguistik in den Bereichen Phonetik/ Phonologie, Morphologie, Syntax und Semantik unterrichtet. Veranstaltungen von Honorarprofessoren und Privatdozenten runden das Angebot ab und vermitteln u. a. die theoretischen Kenntnisse über andere sprachtherapeutische Störungsbilder (Dysphagien, Stimmstörungen, Redeflussstörungen etc.).

Zur Realisierung einer fundierten praktischen Ausbildung wurde das Zentrum für angewandte Psycho- und Patholinguistik (ZaPP) e.V. gegründet, das an zwei Standorten in Potsdam und Berlin vertreten ist. Hier hospitieren die Studierenden ab dem 1. Semester bei

Therapien und führen im weiteren Verlauf des Studiums eigene Therapien unter Supervision durch. In einem zweiten Praktikum vertiefen die Studierenden ihre praktisch-therapeutischen Kenntnisse in externen sprachtherapeutischen Einrichtungen (z.B. logopädische Praxen und Reha-Kliniken). In Fallseminaren lernen die Studierenden, Therapien theoretisch begründet zu planen, durchzuführen und zu evaluieren und stellen im Rahmen dessen eigene Patienten vor.

Für die wissenschaftliche Forschung und Ausbildung verfügt der Studiengang Patholinguistik über zahlreiche Experimental-Labore. Hier ist u. a. die Durchführung von akustischen Analysen und Reaktionszeitmessungen möglich. In zwei Baby-Laboren wird die frühkindliche Sprachentwicklung untersucht; weitere Labore stehen für die Erhebung von ereigniskorrelierten Potentialen (EKP) sowie für die Messung von Blickbewegungen (Eye-Tracking) zur Verfügung. Projekte patholinguistischer Professuren sind auch in dem seit 2003 bestehenden Sonderforschungsbereich (SFB) „Informationsstruktur“ vertreten, der am Institut für Linguistik angesiedelt ist.

Schon während des Studiums besteht daher die Möglichkeit, als studentische Hilfskraft an aktuellen Forschungsprojekten mitzuarbeiten. Darüber hinaus nutzen viele Studierende die Möglichkeit eines Forschungspraktikums im In- oder Ausland oder besuchen einen der von Mitarbeitern der Patholinguistik (mit-) organisierten nationalen und internationalen Kongresse (ISES, Science of Aphasia, Herbsttreffen Patholinguistik).

AbsolventInnen des Diplom-Studienganges arbeiten gleichermaßen als klinisch tätige akademische SprachtherapeutInnen sowie als MitarbeiterInnen in wissenschaftlichen Forschungsprojekten, die häufig die Möglichkeit zur Promotion bieten. Weiterhin bilden PatholinguistInnen angehende LogopädiInnen und akademische SprachtherapeutInnen aus. Die ersten AbsolventInnen des Bachelor-Studienganges werden voraussichtlich 2010 ihr Studium

beenden. Ihnen wird in Potsdam mit dem Masterstudiengang „Linguistik“ sowie dem internationalen Erasmus Mundus Programm „European Master of Clinical Linguistics“ die Möglichkeit zur weiteren Qualifikation geboten. Darüber hinaus besteht seit diesem Jahr in dem mit Stipendien versehenen PhD-Programm „Clinical Linguistics“ die Möglichkeit zur Promotion.

Ein Großteil der Studierenden und AbsolventInnen des Studiengangs Patholinguistik ist im Verband für Patholinguistik (vpl) e.V. organisiert und hält so den Kontakt sowohl zum Institut für Linguistik als auch zu anderen akademisch ausgebildeten Sprachtherapeuten. Das Ziel, eine effektive Verbindung zwischen linguistischer Theorie und sprachtherapeutischer Praxis herzustellen und somit die Qualität sprachtherapeutischer Interventionen nachzuweisen und zu verbessern, kann daher auch nach Abschluss des Studiums weiter verfolgt werden.

Weitere Informationen rund um den Studiengang Patholinguistik sind im Internet z. B. auf den Seiten www.ling.uni-potsdam.de (Institut für Linguistik), www.vpl-online.de (Verband für Patholinguistik), www.emcl-mundus.com (EMCL-Programm) und www.patholinguistik.de (ZaPP e.V.) zu finden.

Judith Heide
Dipl. Patholinguistin
Uni Potsdam

Hallesche Rehapädagogen eröffnen Ambulatorium Sprachtherapie

An der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg werden künftig Menschen mit Sprachstörungen behandelt. Am 6. Juli – im Rahmen der Langen Nacht der Wissenschaften – eröffneten Prof. Dr. Christa Schlenker-Schulte und Katrin Otto vom Institut für Rehabilitationspädagogik im Beisein zahlreicher Gäste aus Wissenschaft, For-

schung und Beruf das Ambulatorium Sprachtherapie. Im Gegensatz zu anderen logopädischen Einrichtungen zeichnet sich diese universitätseigene Praxis durch eine feste Einbindung in die Bereiche der Lehre und Forschung aus. Die Arbeit des Ambulatoriums basiert auf der interdisziplinären Verflechtung zwischen der Forschungsstelle zur Rehabilitation von Menschen mit kommunikativer Behinderung (FST) und der Fachrichtung Sprachbehindertenpädagogik. Schlenker-Schulte, die neben ihrer Professur die Forschungsstelle leitet, begann mit den Planungen zum Aufbau des Ambulatoriums bereits Ende der neunziger Jahre. „Es war ein Teil meiner Berufungszusagen von 1997. Mit dem Umzug der Rehabilitationspädagogik in das neu sanierte Hans Ahrbeck Haus (Haus 31) sollten im Rahmen der Erstausrüstung räumliche Möglichkeiten geschaffen werden, in denen Sprachtherapien angeboten werden können, um eine enge Theorie-Praxis-Verzahnung für Studierende zu gewährleisten. Viele Materialien wurden jedoch auch durch den Drittmittelbonus für eingelobte Forschungsmittel finanziert“, erinnert sie sich. Unterstützung erhielt die Professorin von Katrin Otto, Diplompädagogin und ebenfalls Dozentin in der Fachrichtung Sprachbehindertenpädagogik. Sie konnte bereits im Rahmen ihres Studiums an der Fakultät für Rehabilitationswissenschaften der Universität Dortmund Erfahrungen mit einem ähnlichen Modell sammeln. Dort entstand vor Jahren das Zentrum für Beratung und Therapie mit einem eigenen sprachtherapeutischen Ambulatorium. „Studierende hatten die Möglichkeit, theoretisches Wissen in praktisches Handeln umzusetzen – optimale Studienbedingungen, die wir auch an dieser Universität schaffen wollen.“

Verschiedene Therapiebereiche für ambulante Behandlungen

Inspiziert von der Arbeit der Dortmunder Kollegen, wurden unter der Planung des Architekturbüros Ziegemeier Räume konzipiert und therapeutische Hilfsmittel angeschafft. Für die

ambulanten Behandlungen stehen mittlerweile drei Therapiebereiche zur Verfügung. Räume und Einrichtungsgegenstände können je nach Patient und Behandlungsmethode angepasst werden. „Das ist notwendig, da Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen über die gesamte Lebensspanne vorkommen. So soll sich sowohl das zweijährige Kind, das nicht zu sprechen beginnt, als auch die achtzigjährige Frau mit einer Aphasie und einer Halbseitenlähmung nach einem Schlaganfall hier aufgehoben fühlen. Die Raumaufteilung und -einrichtung gibt uns hierfür die notwendige Flexibilität in den Sitzungen“, erklärt Otto weiter. Dazu zählen unter anderem adaptierbares Mobiliar, ergonomische Stühle und auf die Patienten zugeschnittene Softwarelösungen. Doch auch die Behandlungsmethoden sind individuell auf den Patienten abgestimmt. Dazu nutzt das Team, neben didaktisch-methodischem Know How, die Erkenntnisse aus den verschiedensten wissenschaftlichen Disziplinen, beispielsweise der Linguistik, der Psychologie, der Medizin und der Soziologie. „So müssen wir beispielsweise bei Patienten, bei denen Sprachstörungen nach einem Schlaganfall aufgetreten sind, neurologische Aspekte berücksichtigen.“

Praxisvermittlung und Forschung

Zu den wichtigsten Zielen des Teams zählt die Vermittlung von Praxiserfahrung an Studierende. Sie sollen in die Therapieplanung und -durchführung eingebunden werden. Wer bereits über fachliche Kompetenzen verfügt, kann unter Supervision Therapiesequenzen übernehmen oder eine vollständige Behandlungseinheit nach den Vorgaben der Dozenten und Therapeuten durchführen. Bei der Auswertung greifen die Dozenten auf die Möglichkeiten der Videografie zurück. „Pädagogen bzw. Sprachheilpädagogen lassen sich – oftmals aus Unsicherheit – ungern in die Karten schauen. Wir wollen unsere Studierenden mit der Aufzeichnung von Therapien auf Video von Anfang an daran gewöhnen, dass sie beobachtet und ihre Leistungen im

Anschluss ausgewertet werden.“ Diese Praxisreflexion sei notwendig, um die Fähigkeiten der angehenden Lehrer, Sprachheilpädagogen und Sprachtherapeuten kontinuierlich auszubauen. Außerdem können bearbeitete Videosequenzen hervorragend in die Vermittlung von theoretischem Wissen in der Lehre einbezogen werden. *Schlenker-Schulte* veröffentlichte beim IWF Wissen und Medien gGmbH Göttingen bereits vor Jahren Videodokumentationen für die Weiterbildung von Rehabilitationspersonal.

Vorteile liegen ferner im Bereich universitärer Forschung. Hier lassen sich im Rahmen von Forschungsprojekten Studierende, z.B. mit Fallanalysen, einbinden. Ziel ist es, dass Lehre, Forschung und die praktische sprachtherapeutische Arbeit mit den Patienten voneinander profitieren und der Erkenntnisgewinn die Fachdisziplin Sprachbehindertenpädagogik bereichert.

Die für die Behandlung von Patienten mit Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen notwendige Kassenzulassung erhielt die Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg bereits am 1. Juni dieses Jahres. „Ob das Angebot von Ärzten und Patienten angenommen wird, wird die Zukunft zeigen“, fügt sie noch hinzu. Sicher ist für die beiden Wissenschaftlerinnen jedoch eines schon jetzt: Das Ambulatorium Sprachtherapie wird einen wichtigen Beitrag zur Optimierung der Studienbedingungen dieser Universität leisten.

Paolo Schubert

Weitere Informationen:
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Ambulatorium Sprachtherapie
Prof. Dr. Christa *Schlenker-Schulte*
Tel.: 0345 55-23758
Fax: 0345 55-27271
E-Mail: schlenker-schulte@paedagogik.uni-halle.de

Termine

5. Interdisziplinäre Tagung über Sprachentwicklungsstörungen (ISES 5) am 4. und 5. April 2008 in Mainz

– Aufruf zur Vortragsanmeldung –

Liebe Kolleginnen und Kollegen, sehr geehrte Damen und Herren!

Wir möchten Sie herzlich zur 5. Interdisziplinären Tagung über Sprachentwicklungsstörungen (ISES 5) am 4. und 5. April 2008 (2 Wochen nach Ostern) im Klinikum Mainz einladen.

Wie bei den früheren Tagungen hat die ISES vornehmlich das Ziel, Wissenschaftler verschiedener Fachgebiete zusammenzuführen, da eine interdisziplinäre Zusammenarbeit unerlässlich ist für eine umfassende Bearbeitung der komplexen Problematik der Sprachentwicklungsstörungen. Neben neuen Erkenntnissen über den regelrechten Sprach- und Schriftspracherwerb sollen aktuelle Studien zur Prävention, Diagnostik und Therapie von Sprachentwicklungsstörungen im Vordergrund stehen. Auch das Thema Sprachförderung sollte aufgrund der aktuellen politischen Lage mit bedacht werden.

Übersichtsreferate, freie Vorträge, Posterbeiträge und Workshops sind geplant.

Mit freundlichen Grüßen

Univ.-Prof. Dr. Annerose *Keilmann*
FB Medizin der Universität Mainz
Fresenius Idstein

Prof. Annette *Fox*, PhD
Europa Fachhochschule

Anmeldung von wissenschaftlichen Beiträgen oder Workshops bitte ausschließlich über die Homepage der Tagung: <http://ises5.fh-fresenius.de>. Auf dieser finden Sie alle benötigten Informationen zum Einsenden der Abstracts.

Emailanfragen bitte an ises5@fh-fresenius.de

Anmeldeschluss für Beiträge:
15.11.2007

Rückblicke

Oskar-Kuhn-Preis für das Projekt „Hilfen für Kinder mit Aphasie“

Berlin/Bad Homburg/Würzburg
Andrea Fischer, Bundesgesundheitsministerin a.D., verleiht als Schirmherrin der BLEIB GESUND STIFTUNG im Rahmen des Oskar-Kuhn-Preises 2007 dem Projekt „Hilfen für Kinder mit Aphasie“ des Bundesverbandes für die Rehabilitation der Aphasiker e.V. in Würzburg eine lobende Anerkennung. Diese nahm Projektleiter *Stephan Grumbach* und Dr. *Monika Bieber Wlaschny*, betroffene Mutter und Mitglied des Kinderprojektbeirates, im Rahmen der Preisverleihung am 22. Juni 2007 im Berliner Kongresszentrum (ICC) entgegen.

Die BLEIB GESUND STIFTUNG verleiht jährlich den Oskar-Kuhn Preis für herausragende und innovative Projekte der Gesundheitskommunikation. Sie möchte so an die Verlegerpersönlichkeit *Oskar Kuhn* und dessen Pionierarbeit auf dem Gebiet der Gesundheitskommunikation erinnern. Die Jury der BLEIB GESUND STIFTUNG begründet ihre Preisverleihung:

„Der Bundesverband Aphasie lenkt mit seinem Projekt die Aufmerksamkeit auf die speziellen Bedürfnisse von Kindern, die durch ihre Erkrankung in besonders harter Weise betroffen sind und durch die Aphasie in ihrer Entwicklung gehemmt werden. Die breit angelegten Hilfsangebote geben Kindern und ihren Familien die Möglichkeit, sich über Therapiemöglichkeiten zu informieren und sich mit anderen auszutauschen. Ein aus Sicht der Jury vorbildliches Projekt, das sich effektiv für die Betroffenen einsetzt“.

Das Projekt „Hilfen für Kinder mit Aphasie“ startete ab April 2004 in dreijähriger Projektlaufzeit mit Initiative und Förderung des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen (BKK). Besonders in der Schule zeigt sich die Aphasie als problematisch. Im Auftrag der ZNS – Hannelore Kohl Stiftung realisiert der Bundesverband Aphasie ein aufbauendes Fachprojekt zum Thema „Beschulung aphasischer Kinder“ ab August 2007.

Der Bundesverband für die Rehabilitation der Aphasiker e.V. bedankt sich im Namen aller betroffenen Kinder und Familien bei der BLEIB GESUND STIFTUNG für die Verleihung des Oskar-Kuhn-Preises 2007!

Kontakte:

BLEIB GESUND STIFTUNG

E-Mail: oskar-kuhn-preis@wdv.de
www.oskar-kuhn-preis.de
www.oskar-kuhn-preis.de

Bundesverband der Betriebskrankenkasse (BKK)

E-Mail: bkk-info@bkk.de
Web: www.bkk.de

Bundesverband für die Rehabilitation der Aphasiker e.V.

E-Mail: info@aphasiker.de
Web: www.aphasiker-kinder.de

ZNS – Hannelore Kohl Stiftung

E-Mail: info@hannelore-kohl-stiftung.de
Web: www.hannelore-kohl-stiftung.de

Stephan Grumbach

Bundesverband Aphasie
Referent für Projekt- und Öffentlichkeitsarbeit
E-Mail: grumbach@aphasiker.de

4. Tölzer Hirntage: 21./22. Juni 2007

„Hirn und Persönlichkeit – Beziehung als Heilmittel“

Wie bildet sich Persönlichkeit? Was bedeutet zerlegte Persönlichkeit? Was unterscheidet Identität und Persönlich-

keit? Entwicklung – Veränderung – Heilung?

Mit diesen existenziellen Fragen setzte man sich an den vierten Tölzer Hirntagen am 21./22. Juni 2007 in der Atmosphäre der Wandelhalle in Bad Tölz auseinander. Aus unterschiedlichen Perspektiven waren Impulsreferate zu hören, die zu angeregten Diskussionen und weitreichenden Fragestellungen und Lösungsversuchen führten. Begriffe wie „Identität, Therapeutische Gemeinschaft, das SGB IX und der Begriff der Heilung“ wurden zu Schlüsselwörtern des Symposiums. Die Begrüßungsworte sprachen Herr E. E. Bahr (Leiter, Gründer der NeuroKom, Bad Tölz), Dr. A. Torhorst (PRE – Psychiatrische Reha-Einrichtung, KOBRA – Kompetenzzentrum für Bildung, Rehabilitation und Arbeit, Bad Tölz) sowie Frau S. Ulze (NRE – Neuroberufliche Reha-Einrichtung im NeuroKom, Bad Tölz). Sie betonten – bezogen auf die Persönlichkeit des Menschen – die ganz andere Komplexität und Dimension einer unfall- oder krankheitsbedingten Hirnschädigung im Vergleich zu peripheren Verletzungen. So wurde die Bedeutung des Konzeptes der „Therapeutischen Gemeinschaft“ herausgestellt. Jedoch zeigt sich das gegliederte Sozialleistungssystem eher als „zergliedertes“ Sozialleistungssystem, was den Zugang der hirngeschädigten Menschen zu den dringend benötigten Leistungen deutlich erschwert. Die 4. Tölzer Hirntage sollten Anlass sein, die Anerkennung der therapeutischen Gemeinschaft als Heilverfahren formell einzuleiten.

Die Tagung gliederte sich in drei Blöcke, durch die Prof. Dr. M. Grohnfeldt (LMU München, Lehrstuhl Sprachheilpädagogik) als Moderator führte:

Den Anfang machten die Naturwissenschaften, die der Frage „Persönlichkeit: eine Erfindung des Gehirns?“ nachgingen: Prof. Dr. H. Förstl (Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie im Klinikum Rechts der Isar, München) bejahte dies und ging auf die Bedeutung der „theory of mind“ sowie des sozialen Feedbacks ein. Prof. Dr. E. Pöppel (Wissenschaftlicher Leiter des GRP – Generation Research Pro-

gram, Bad Tölz, Vorstand des Instituts für Medizinische Psychologie des Humanwissenschaftlichen Zentrums der LMU, München) konzentrierte sich im Anschluss daran auf die personale Identität. Studien zum episodischen Gedächtnis wurden angeführt. Im Anschluss daran sprach Prof. Dr. K. Mainzer (Lehrstuhl für Philosophie und Wissenschaftstheorie, Institut für Interdisziplinäre Informatik, Universität Augsburg) über den in Abgrenzung zum kartesischen Dualismus verwendeten Terminus „embodied mind“ („verkörperlichter Geist“). Als Zukunftsvision wies er auf die Anwendung in der Robotik hin, wo Roboter mit sensorischer, motorischer und neuronaler Ausstattung versehen werden. Den zweiten großen Block des Symposiums bildeten die Geisteswissenschaften, die dem Bereich „zwischen Hirn, Bewusstsein und Willensfreiheit“ nachgingen. Prof. Dr. Th. Fuchs (Leiter der phänomenologischen Psychopathologie, Psychotherapie, Universität Heidelberg) stellte die ökologische Perspektive des Gehirns heraus, wonach das Subjekt nicht allein im Gehirn zu lokalisieren sei, sondern im gesamten Leib und seinen Beziehungen zur natürlichen Umwelt. Im Anschluss daran überzeugte Frau Dr. B. Romero (Gründerin und Leiterin des Alzheimer Therapiezentrum Bad Aibling) mit der Darstellung der Selbsterhaltungstherapie bei Menschen mit Demenz und wies auf die Bedeutung des Selbst-Systems hin, das ein Gefühl der Identität und der Kontinuität einer Person bildet. Im Abschluss erhielten junge Betroffene und deren Angehörige, Klienten des Reha-Zentrums Isarwinkel, das Wort. Sie ließen den Tagungsteilnehmern die weitreichenden Folgen einer Hirnschädigung sowie die Möglichkeiten, aber auch die Hürden einer umfassenden Rehabilitation gewahr werden.

Im dritten Teil der Tagung setzten sich Prof. Dr. Th. Heckel (Pfarrer der evangelisch-lutherischen Kirchengemeinde Geretsried, Dozent der FA Universität Erlangen), Herr Sheikh P. H. Dyck (Leiter des deutschen Zentrums für sufische Muslime, Eifel) und Herr P.

Uccusic (Foundation for Shamanic Studies, Wien) aus unterschiedlichen Perspektiven mit dem Thema „Beziehung und Identität im Spiegel der Spiritualität“ auseinander, was schließlich den Bezugspunkt zur Forderung „Beziehung als Heilmittel“ darstellte. In der folgenden Podiumsdiskussion mit Dr. M. Gaßner, Ministerialdirigent im bayerischen Sozialministerium, wurden einerseits die Schwierigkeiten innerhalb des gegliederten Sozialleistungssystem klar, andererseits bahnte sich ein erster gemeinsamer Schritt in der Zukunft an, so dass nach einer gelungenen Vernetzung aller drei Bereiche des Symposiums durch Herrn Prof. Dr. M. Grohnfeldt schließlich die 2. Tölzer Erklärung formuliert wurde:

„Ausgehend von der Frage: „Was heißt Persönlichkeit?“ beschäftigen wir uns mit Menschen, die eine so genannte „zerlegte“ Persönlichkeit haben. Dabei soll die Therapeutische Gemeinschaft helfen, diese zerlegte Persönlichkeit wieder zusammenzufügen. Für uns alle stellt sich die Aufgabe, angesichts der bestehenden Rahmenbedingungen des SGB IX hier nach Möglichkeiten zu suchen und damit nach vorn gerichtet umzugehen“ (Grohnfeldt).

Sämtliche Vorträge und Diskussionen der 4. Tölzer Hirntage werden in einem Tagungsband auf ca. 150 – 160 Seiten veröffentlicht werden, der noch dieses Jahr im Handel erscheint.



*Astrid Huber, Carina Günther
Anoushka Jordan, Ulli Schroeder
Xandi Schütz*



Medizinische Akademie

Der Internationale Bund (IB) ist einer der großen Dienstleister in der Jugend-, Sozial- und Bildungsarbeit in Deutschland.

An unseren **staatlich anerkannten Schulen für Logopädie in Köln und in Leipzig** suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt

LOGOPÄDEN/INNEN

- ▶ für die Schulleitung in Vollzeit (in Köln)
- ▶ als Lehrkraft in Vollzeit (in Leipzig)

Wir erwarten

- ▶ mehrjährige Berufserfahrung
- ▶ pädagogische Zusatzqualifikation
- ▶ Managementfähigkeiten

Wir bieten Ihnen

- ▶ ein engagiertes, hochqualifiziertes Team
- ▶ eine leistungsbezogene Vergütung
- ▶ eine vielseitige Tätigkeit

Interessiert?

Ihre schriftliche Bewerbung richten Sie bitte an

Internationaler Bund (IB) Medizinische Akademie

Frau Harrer
Heustiegstraße 90/92
70180 Stuttgart

Telefonische Informationen unter
Tel. (0711) 6454-449/-445

E-Mail: Annemarie.Harrer@internationaler-bund.de

www.med-akademie.de

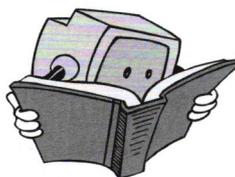


Internationaler Bund - IB - Freier Träger der Jugend-, Sozial- und Bildungsarbeit e.V.

Akademische/r Sprachtherapeut/in, Logopäde/in, Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/in

gesucht für 30 Wochenstunden ab sofort in sprachtherapeutischer Praxis im Großraum Dortmund. Es erwarten Sie die Therapien aller Störungsbilder (Schwerpunktbildung Stimme erwünscht) bei leistungsgerechter Bezahlung. Die Arbeitszeit liegt hauptsächlich am Nachmittag sowie bei Bedarf Samstag vormittags.

■ Chiffre SP 070501



Heute
schon gesurft?

Logopädin
mit langjähriger Erfahrung,
sucht Mitarbeit in
Praxis oder Einrichtung.
Chiffre S XYZ

Wir suchen eine/n
Sprachheilpädagogin
für die Therapie von Kindern
Sprachheilpraxis
Musterstr. 1
27173 Musterstadt

Stellenanzeigen erscheinen
kostenlos auf unserer Homepage
im Internet

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

Stephan Baumgartner / Friedrich Michael Dannenbauer /
Gerhard Homburg / Volker Mailhack

Standort: Sprachheilpädagogik



2004, 308 Seiten
Format 16x23cm,
fester Einband,
ISBN 3-8080-0578-5,
Bestell-Nr. 1929,
Euro 21,50

Führende Fachvertreter beziehen Position und zeigen, unter Einarbeitung historischer Leistungen, Entwicklungslinien einer modernen, dynamischen Sprachheilpädagogik auf, die für die Bewältigung von Aufgaben in Prävention, Therapie, Unterricht, Rehabilitation sowie Beratung qualifiziert. Es ist ein unverzichtbares Buch für alle fachlich interessierten Personen, denen die schulische sowie außerschulische Gegenwart und Zukunft einer Sprachheilpädagogik mit nationalem und internationalem Gewicht nicht gleichgültig ist.



verlag modernes lernen

Schleefstr. 14 • D-44287 Dortmund
Tel. (0231) 12 80 08 • FAX (0231) 12 56 40

Peter Szabó / Insoo Kim Berg

Kurz(zeit)coaching mit Langzeitwirkung

Wirksames Coaching muss weder lang noch kompliziert sein. Die Wirksamkeit des Coaching zeigt sich schließlich einfach darin, dass die KundInnen ihre Ziele so rasch wie möglich erreichen und sie sich dabei selber weiter entwickeln können.

Genau dies zeigen Szabó und Berg in ihrem Buch auf. Sie geleiten die LeserInnen Schritt für Schritt durch den Coaching-Prozess, beschreiben die einzelnen Phasen, zeigen auf, was es zu beachten gilt, demonstrieren an Fallbeispielen, wie es funktioniert und wie Kurz(zeit)coaching und Langzeitwirkung zusammengehen.

Die Autoren sind erfahrene Coaches und ExpertInnen im lösungsorientierten Arbeiten. Dieses Buch ermöglicht einen Blick in ihre Werkstatt und zeigt zugleich, wie Sie als Coach Ihre eigenen Ressourcen und Kompetenzen lösungsorientiert nutzen können, um Ihren KlientInnen optimal hilfreich zu sein.

2006, 192 S., Format DIN A5, fester Einband
ISBN 978-3-938187-29-6, Bestell-Nr. 9382, sFr 50,00, € 29,80

BORGSMANN MEDIA

verlag modernes lernen *borgsmann publishing*

Schleefstr. 14 • D-44287 Dortmund • **Kostenlose Bestell-Hotline:** Tel. 0800 77 22 345 • FAX 0800 77 22 344
Ausführliche Informationen und Bestellen im Internet:
www.verlag-modernes-lernen.de



Holger Prüß (Bonn)
**Therapie des Stotterns
 bei älteren Kindern, Jugendlichen
 und Erwachsenen**

Fortbildung mit sehr hohem Praxisanteil
 (25 Fortbildungspunkte)

- Halle / Saale 22.02. – 24.02.08
- Heidelberg 11.04. – 13.04.08

Infos: www.holger-pruess.de oder
 Holger Prüß, Wismarer Str. 67, 53757 St. Augustin,
 Tel. 0 22 41 / 34 29 38, Fax: 0 22 41 / 23 54 68,
 E-Mail: info@holger-pruess.de

In Stuttgart werden unter ärztlicher
 Leitung Spezialkurse durchgeführt:

**Fachtherapeut(in)
 für Kognitives Training
 mit Zertifikat**



Bitte fordern Sie das Seminarprogramm an:

akademie für Gedächtnistraining
 nach Dr. med. Franziska Stengel
 Vaihinger Landstr. 63, 70195 Stuttgart, Tel.: 0711/6 97 98 06 Fax: 0711/6 97 98 08
 Internet: www.akademie-gedaechtnistraining.de
 Email: info@akademie-gedaechtnistraining.de



**ISST-Unna – Fortbildungen
 Kurstermine 2008**

21.–22.02.2008 **Theorie und Praxis der Myo-
 18.–19.09.2008 Funktionellen-Therapie**
 Leitung: Dr. K.-J. Berndsen/S. Berndsen
 270,- € (incl. Getränke u. Mittagessen)
 Studenten: 230,- €

23.–24.02.2008 **Therapie mit FACE-FORMER und
 20.–21.09.2008 OSP (Orale-Stimulations-Platten)
 Cranio-Cervicales Myofunktions-
 Modell-CCMF (Berndsen/Berndsen)**

Leitung: Dr. K.-J. Berndsen/S. Berndsen
 270,- € (incl. Getränke u. Mittagessen)
 Studenten: 230,- €
 Prüfungen zur Zertifizierung: 50,- €

26.–27.04.2008 **Trainingstherapie bei Apnoe und
 15.–16.11.2008 Schnarchen – TAS**
 Leitung: Dr. K.-J. Berndsen/S. Berndsen
 420,- € (incl. Getränke u. Mittagessen)
 Studenten: 380,- €

17.05.2008 **Praxis der MFT**
 Leitung: Dr. K.-J. Berndsen/S. Berndsen
 150,- € (incl. Getränke u. Mittagessen)
 Studenten: 130,- €

13.–14.11.2008 **Orofaziale Behandlungsansätze
 (für Fortgeschrittene)**
 Leitung: Dr. K.-J. Berndsen/S. Berndsen
 270,- € (incl. Getränke u. Mittagessen)
 Studenten: 230,- €

Termine nach **Allgemeine Hospitationstage oder
 Vereinbarung! Supervisionstage in Vorbereitung
 zum „TAS-Trainer“ am ISST-Unna**
 Leitung: Dr. K.-J. Berndsen/S. Berndsen/Mitarbeiter
 Hospitations- u. Supervisionstag: 80,- €
 Supervisionstag für TAS-Training: 100,- €



Informationen und Anmeldung:

ISST-Unna
 Dr. K.-J. Berndsen und S. Berndsen
 Wasserstr. 25 • 59423 Unna
 Tel.: 02303-96933-0 o. 868 88 • Fax: 02303-898 86
buero@isst-unna.de • www.isst-unna.de

BILDEN UND BERATEN

Das wichtigste Instrument der Sprachtherapie sind
 Sie, die TherapeutInnen selbst: Ihr Know-how, Ihre
 Professionalität und Ihre Persönlichkeit. Seit zehn
 Jahren unterstützen wir Ihre Entwicklung mit aktuellen
 Weiterbildungsangeboten:

● **NEUE GESPRÄCHSFÜHRUNGSTECHNIKEN
 IN DER ELTERNBERATUNG**

14.–18. November 2007
 In Kooperation mit dem DVE

● **NLP FÜR SPRACHTHERAPEUTEN/-INNEN**
 Ab März 2008 (3 Blöcke + Testingwoche)
 Das NLP-Practitioner-Training ist DVNLP-zertifiziert
 und Voraussetzung für die LERNCOACH-Aus-
 bildung in 2008. Angebot: In Kombination mit
 WINGWAVE-Training Preisnachlass 10 %.

Mehr Infos finden Sie auf unserer Homepage.
 Bildungsschecks werden von uns akzeptiert!
 Wir freuen uns auf Sie.

Leitung: Jan Schlegelndal, Dipl.-Psychologe
 Otto-Burrmeister-Allee 24 · 45657 Recklinghausen
 Tel. 0 23 61/1 73 06 · Fax 0 23 61/1 73 34
kontakt@sensit-info.de · www.sensit-info.de



blindow-gruppe.de



Tel. 03 41 / 6 99 47 24

Fax 03 41 / 6 49 08 34

weiterbildung@blindow-gruppe.de

Anerkannte Weiterbildung in Ihrer Nähe
 Friedrichshafen, Hannover, Kassel, Leipzig

Blindow bewegt sich

- AT - MLD - MTT I (KG-Gerät)
- MT - PMR - P.N.F. - RS - u. weitere

für Ihre Zukunft



Stellenanzeigen finden Sie auch im
 Internet: www.verlag-modernes-lernen.de

Anzeigenschluss für Heft 6/2007
 ist der 3. November 2007

Die Sprachheilarbeit

Fachzeitschrift für Sprachheilpädagogik
und Sprachtherapie

verlag modernes lernen Borgmann KG • Schleafstraße 14 • 44287 Dortmund
Postvertriebsstück, DPAG, Entgelt bezahlt

Wir bringen Lernen in Bewegung®



Holger Schäfer / Nicole Leis

Der Anlautbaum

Konzept eines lehrplanunabhängigen Anlautsystems
– nicht nur für Schüler mit Förderbedarf –

2007, 288 S. (davon 160 S. Kopiervorlagen), Format DIN A4, im
Ordner
ISBN 978-3-8080-0604-7 Bestell-Nr. 1931, € 34,80



Jutta Burger-Gartner / Angelika Papillion-Piller / Beate Reinhart

Da sind wir

Sprachförderung für Kinder ab 2 Jahre

2006, 256 S., Format DIN A4, im Ordner
ISBN 978-3-8080-0600-9 Bestell-Nr. 1930, € 34,80

Simone Lentès

Spielerisch zur Sprache

Fördereinheiten zur Erweiterung sprachlicher Fähigkeiten
Mit Kopiervorlagen und Förderplangestaltung

Sept. 2007, 128 S., Format DIN A4, Ringbindung
ISBN 978-3-8080-0613-9 Bestell-Nr. 1933, € 19,80

Franziska Meisen

Frieda will verstanden werden

Ein Bilderbuch für Sprachheil-
pädagogik und Logopädie

August 2007, 48 S., farbig illustriertes
Bilderbuch, Format DIN A4, fester
Einband, ISBN 978-3-8080-0614-6
Bestell-Nr. 1932, € 15,30



Ragnhild A. Oussoren

Kindergarten-Schreibtanz

... für Kleinkinder ab 2 Jahren

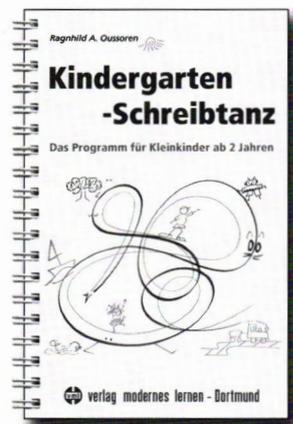
2006, 160 S., Beigabe: Audio-CD,
Format 16x23cm, Ringbindung
ISBN 978-3-8080-0598-9, Bestell-Nr. 5218, € 29,80

Jürgen Hargens

Lösungsorientierte Therapie ...

... was hilft, wenn nichts hilft ...

2007, 112 S., Format 11,5x18.5cm, fester Einband
ISBN 978-3-86145-299-7 Bestell-Nr. 8342, € 9,60



BORGSMANN MEDIA



verlag modernes lernen **p** borgmann publishing

Schleafstr. 14 • 44287 Dortmund • **Kostenlose Bestell-Hotline: Tel. 0800 77 22 345 • FAX 0800 77 22 344**

Ausführliche Informationen und Bestellen im Internet: www.verlag-modernes-lernen.de