

Sprachheilarbeit

Fachzeitschrift für Sprachheilpädagogik
und akademische Sprachtherapie



„ein-dei-dei (eins-zwei-drei)“

Diagnostik des phonologischen Arbeitsgedächtnisses
bei aussprachegestörten Kindern

Christian W. Glück & Katharina Obergföll

Kindliche Aphasie:
Eine Fallbeschreibung

Caroline Schröder & Nicole Stadie



Verbandsnachrichten dgs
Kooperation mit Tansania
10. Forum der Sprachheilpädagogik

Verbandsnachrichten dbs
Berliner Splitter, vdek-Vertrag
Symposium 2010

dgs | dbs

So erreichen Sie die Herausgeber
und die Landesgruppen der Verbände:

Geschäftsstellen:



Bundesvorsitzender: Gerhard Zupp
Goldammerstr. 34, 12351 Berlin
Tel. 030/6616004, Fax 030/6616024
www.dgs-ev.de; info@dgs-ev.de



Bundesvorsitzender: Dr. Volker Maihack
Goethestr. 16, 47441 Moers
Tel. 02841/988919, Fax 02841/988914
www.dbs-ev.de; info@dbs-ev.de

Landesgruppen:

| Bundesland | dgs-Vertreter/-in | dbs-Vertreter/-in |
|-------------------------------|--|--|
| Baden-Württemberg | Peter Arnoldy, Heilbronn arnoldy@dgs-ev.de | Heide Mackert, Mosbach mackert@dbs-ev.de |
| Bayern | Claudia Schmauser, Freising claudia.schmauser@web.de | Daniela Kiening, Haar kiening@dbs-ev.de |
| Berlin | Helmut Beek, Berlin helmut.beek@gmx.de | Karsten Brase, Berlin brase@dbs-ev.de |
| Brandenburg | Michaela Dallmaier, Kolkwitz-Limberg m-s.dallmaier@t-online.de | s. Berlin |
| Bremen | Prof. Dr. Gerhard Homburg, Platenwerbe homburg@uni-bremen.de | Christiane Wellmann, Rotenburg wellmann@dbs-ev.de |
| Hamburg | Prof. Dr. Alfons Welling, Hamburg wellinga@arcor.de | Ulrike Bunzel-Hinrichsen, Hamburg, Tel.: 040 - 7238390 |
| Hessen | Käthe Lemp, Darmstadt kaethe.lemp@darmstadt.de | Barbara Jung, Korbach jung@dbs-ev.de |
| Mecklenburg-Vorpommern | Dr. Kirsten Diehl, Rostock kirsten.diehl@uni-rostock.de | N.N. |
| Niedersachsen | Geschäftsstelle, Ursula Heinle heinle-dgs@t-online.de | Sylvia Schmidt, Vechta schmidt@dbs-ev.de |
| Rheinland | Heinz-Theo Schaus, Essen theo.schaus@web.de | Dieter Schönhals, Kerpen schoenhals@dbs-ev.de |
| Rheinland-Pfalz | Birgitt Braun, Wörth am Rhein birgitt_braun@t-online.de | Dorothea Valerius, Trier valerius@dbs-ev.de |
| Saarland | Anice vom Berg, Blieskastel anice-vom-berg@t-online.de | s. Rheinland-Pfalz |
| Sachsen | Antje Leisner, Dresden dgs.sachsen@t-online.de | Katrin Schubert, Pirna schubert@dbs-ev.de |
| Sachsen-Anhalt | Antje Thielebein, Plößnitz antjethielebein@web.de | Beate Stoye, Halle stoye@dbs-ev.de |
| Schleswig-Holstein | Holger Kaack-Grothmann, Kiel kaack-grothmann@web.de | Nicola Schultheis, Kiel schultheis@dbs-ev.de |
| Thüringen | Christiane Krause, Henningsleben krause-henningsleben@web.de | s. Sachsen |
| Westfalen-Lippe | Hermann Grus, Vreden h@grus.de | Dr. Iris Knittel, Hagen knittel@dbs-ev.de |

Sprachheilarbeit

Herausgeber

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilverfahren e.V. (dgs)
Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten e.V. (dbs)

Layout/graph. Gestaltung

de haar grafikdesign, Köln · Tel.: (0221) 96 43 98 81 · E-Mail: studio@dehaar.de · www.dehaar.de

Verlag

verlag modernes lernen **Borgmann GmbH & Co. KG**

Ein Unternehmen der **Unternehmen BORGSMANN MEDIA GRUPPE**
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. 9 vom 1.6.2009. Anzeigenleitung: Gudrun Nucaro Anzeigen: (0231) 128011, Telefax: (0231) 9128568, E-Mail: anzeigen@verlag-modernes-lernen.de, Herstellung: Löer Druck GmbH, Dortmund

Sprachheilarbeit

Fachzeitschrift für Sprachheilverfahren und akademische Sprachtherapie

Redaktion

Prof. Dr. Otto Braun, Konstanz
Dr. Ulrike de Langen-Müller, Passau
Dr. Uwe Förster, Hess. Oldendorf
Prof. Dr. Claudia Iven, Bergheim
Priv. Doz. Dr. Ulrike Lüdtke, Rostock
Dr. Matthias Moriz, Olsberg
E-Mail: redaktion@sprachheilarbeit.eu

Mitteilung der Redaktion

In der *Sprachheilarbeit* werden Beiträge veröffentlicht, die die Auseinandersetzung mit Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen voranbringen. 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 Manuskriptrichtlinien in digitaler Form an redaktion@sprachheilarbeit.eu zu senden. Alle Hinweise für Autoren finden Sie unter www.sprachheilarbeit.eu. 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 Herausgeber, der Redaktion oder des Beirates überein zu stimmen.

Beirat

Die Zunahme an Manuskripten, sowohl hinsichtlich ihrer Zahl als auch ihrer fachlichen Breite, bringt es mit sich, dass derzeit neben dem seit 5/2001 bewährten Beirat immer wieder auch externe Gutachter mit der Beurteilung von Manuskripten betraut werden. Der Beirat der *Sprachheilarbeit* wird deshalb zurzeit noch neu zusammengesetzt und erweitert. Herausgeber und Redaktion bitten um Verständnis.

Erscheinungsweise

Jährlich 6 Hefte: Februar, April, Juni, August, Oktober, Dezember.
(Anzeigenschluss Textanzeigen: Heft 1-6 jeweils 5.12./10.2./10.4./10.6./10.8./10.10.,
Anzeigenschluss Stellenanzeigen: Heft 1-6 jeweils 3.1./3.3./3.5./3.7./3.9./3.11.)

Bezugsbedingungen

Jahresabonnement € 40,00 (CHF 78,00) einschl. Versandkosten und 7% MWSt.
Für Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilverfahren e.V. (dgs) und des Deutschen Bundesverbandes der akademischen Sprachtherapeuten e.V. (dbs) ist der Bezug der Zeitschrift im Jahresbeitrag enthalten. Lieferung erfolgt nur an die Hausanschrift (nicht ans Postfach). Für Nichtmitglieder von dgs und dbs: Bestellungen nur beim Verlag; Abonnements-Abbestellungen müssen mindestens vier Wochen vor Jahresabschluss schriftlich beim Verlag vorliegen. Wichtig: Bei Umzug möglichst zuvor die neue und alte Adresse dem Verlag mitteilen. Der Bezieher erklärt sich damit einverstanden, dass bei Adressänderungen die Deutsche Post AG die ihr vorliegende Nachsendungsadresse dem Verlag unaufgefordert mitteilt, damit eine ordnungsgemäße Auslieferung gewährleistet ist.

Copyright

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Verbreitung, Übersetzung und jeglicher Wiedergabe auch von Teilen dieser Zeitschrift durch Nachdruck, Fotokopie, Mikrofilm, Einspeicherung in EDV-Systeme, Funk- und Fernsehaufzeichnungen vor. Der Verlag kann den Beitrag auch online Dritten zugänglich machen (Online-Recht) und auf Datenträgern, z.B. CD-ROMs, verwenden (Offline-Recht). Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar.

Sprachheilarbeit



„Times – they are a-changing“ sang Bob Dylan schon 1962 und bildungsnahe Schichten wissen zudem: „Tempora mutantur, nos et mutamur in illis“ (was natürlich heißt: Die Zeiten ändern sich und wir ändern uns mit ihnen). Nicht nur der heimische Spiegel bestätigt das, auch der Blick auf und in die Arbeitswelt von schulisch tätigen Sprachheilpädagogen und Sprachheilpädagoginnen oder klinisch arbeitenden Sprachtherapeuten und Sprachtherapeutinnen* lässt daran keinen Zweifel. Sogar Sprachstörungen ändern sich – mit und ohne Begleitung durch uns Experten. Zwar nicht immer zum Besseren, aber wer definiert gut und schlecht? Längst nicht mehr allein „wir“ und das ist (nicht nur, aber auch) gut so!

Der Blick von Außen nach Innen und umgekehrt verschiebt Perspektiven. Dies ist unser Wunsch und unsere Einladung an Sie als Leserin und Leser der neuen *Sprachheilarbeit* – die Blickrichtung ab und zu zu ändern.

Als Klinikerin auf die pädagogische, die emotionale Seite des sprachbeeinträchtigten Menschen zu schauen – als Lehrerin auf die linguistischen und medizinischen Aspekte der Störung zu blicken. Das tun Sie selbstverständlich längst und gründlich, eben cross-categorial wie es auf Sonderpädagogisch heißt. Aber, Hand auf's Herz: Wann haben Sie in ihrer therapeutischen Praxis zuletzt einen Artikel über sprachtherapeutischen Unterricht gelesen? Sollten Sie aber, denn Sie werden überrascht erfahren, wie verwandt didaktische Methoden von Einzeltherapie und schulischer Arbeit sein können – und handfeste Tipps für die nächste Therapie bekommen. Ob Sie als Sprachheillehrerin wissen, wie konkret die patholinguistische Diagnostik helfen kann, Reihenfolgen von phonematischen Trainings im Unterricht zu planen, erfahren Sie auch erst dann, wenn Sie den nächsten Artikel dazu in der *Sprachheilarbeit* lesen. Diese Mischung in der *Sprachheilarbeit* ist nicht neu, wohl aber zahlreichen neuen Leserinnen und Lesern, die mit dieser Ausgabe erstmals erreicht werden.

Die neue, erweiterte Redaktion und die Verbände **dgs** und **dbS** haben gemeinsam beschlossen, die zwei „Welten“ Sprachheilschule sowie Sprachtherapie in Ambulanz und Klinik noch stärker zu vernetzen, mehr Synergien zu bilden. Ein wichtiger Grund dazu, wir wollen es nicht verhehlen, ist nicht nur der oft überschneidende Inhalt, sondern ist ebenso die Erfordernis, sorgsam mit ökonomischen und personellen Ressourcen umzugehen. Erfolg zu haben ist nicht schwer, wenn die (wirtschaftlichen) Rahmenbedingungen stimmen. Es genügt oft, sich auf Erfahrungen zu stützen, neue Ideen umzusetzen, zielstrebig zu sein und ein wenig Glück zu haben. In Zeiten fundamentaler Veränderungen reicht das nicht aus. Da müssen neue, ergänzende Konzepte her.

Für uns, für **dgs** und **dbS**, kein Grund, mutlos zu werden. Denn wenn sich gewohnte Strukturen auflösen, wird Platz geschaffen für das Neue. Eben für eine neue *Sprachheilarbeit*. Gemacht und gedacht ist diese Fachzeitschrift für Sie. Lesen Sie, dann schreiben Sie und sprechen Sie mit uns darüber, was Ihnen gefällt und was nicht, was Sie vermissen oder endlich gefunden haben. Nicht alles ist neu aber manches anders! Der Anspruch, ein wissenschaftlich gehaltvolles und praktisch anregendes Produkt zu liefern, wurde beibehalten – daran sollten Sie die *Sprachheilarbeit* messen.

Viel Freude bei der Lektüre!

Dr. Volker Maihack
dbS-Bundesvorsitzender

Gerhard Zupp
dgs-Bundesvorsitzender

* Im Folgenden wurde die weibliche Form der Berufsbezeichnungen gewählt, männliche Berufsangehörige sind selbstverständlich mit gemeint.

Hauptbeiträge

„ein-dei-dei (eins-zwei-drei)“
**Diagnostik des phonologischen
Arbeitsgedächtnisses bei
aussprachegestörten Kindern** **138**

Christian Glück & Katharina Obergföll

**Kindliche Aphasie:
Eine Fallbeschreibung** **146**

Caroline Schröder & Nicole Stadie

Magazin

Der Einfluss der Artikulation auf
den Schriftspracherwerb und den
Erwerb orthographischer Recht-
schreibstrategien **158**

Marina Ruß

Das Neugeborenen-
Hörscreening in Deutschland **168**

Barbara Bogner

Mitteilungen **177**

Aktuelles

Aktuelles dbS **179**

Aktuelles dgs **183**

Termine **186**



www.dgs-ev.de

www.dbS-ev.de



„ein-dei-dei (eins-zwei-drei)“ – Diagnostik des phonologischen Arbeitsgedächtnisses bei aussprachegestörten Kindern



„ein-dei-dei (one-two-three)“ – Diagnosis of the phonological working memory of speech-disordered children

Christian W. Glück & Katharina Obergföll, Heidelberg

Zusammenfassung

Theoretischer Hintergrund

Eine eingeschränkte Funktion des phonologischen Arbeitsgedächtnisses wird bei verschiedenen Formen von Sprachentwicklungsstörungen als mit bedingend angesehen, woraus eine diagnostische Anforderung erwächst. Bei der Erfassung der phonologischen Arbeitsgedächtnisleistung kommt es bei aussprachegestörten Kindern zu speziellen Problemen, da eine nicht-korrekte Antwort nicht zuverlässig einer verminderten Arbeitsgedächtnisleistung zuzuordnen ist.

Fragestellung/Ziele

Mit welchen diagnostischen Strategien kann dieser Problematik angemessen begegnet werden?

Methode

Hierzu wird von einer modellgestützten Analyse etablierter Aufgabentypen (Kunstwort-Nachsprech-, Ziffernfolgen-Nachsprech- und rezeptive Gleich-Verschieden-Beurteilungsaufgaben) in der Diagnostik der Arbeitsgedächtnisleistung hinsichtlich der möglichen Einwirkungen der Aussprachestörung ausgegangen. Drei diagnostische Strategien werden abgeleitet: Aussprachesensible Auswertung, aussprachetolerante Auswertung, aussprachetolerante Aufgabenstellung. Die Anwendung dieser Strategien wird an drei Grundschulkindern mit konsequent phonologischen Aussprachestörungen unter Verwendung der Verfahren: SEPI, DPW, PET-ZF überprüft.

Ergebnisse

Nachsprechaufgaben für Kunstwörter ohne eine aussprachetolerante oder -sensible Auswertung lieferten die erwarteten Fehlaussagen. Die anderen Aufgabentypen und Auswertungsweisen lieferten meist einander ähnliche Ergebnisse und scheinen daher die Leistung angemessener abzubilden.

Abstract

Background

Reduced phonological working memory capacity is regarded as one of the causes of various forms of delayed speech and language development. This poses a challenge in the assessment of the phonological working memory of children with speech sound disorders, since their errors are not necessarily caused by limited working memory capacity alone but also may be caused by the speech sound disorder itself.

Aims

The aim of this paper is to define assessment strategies which can overcome this problem.

Method

Test items commonly used in the assessment of phonological working memory will be analysed with regard to the influence of the speech sound disorder, using a model of working memory. Three assessment strategies will be extrapolated: speech sound-sensitive interpretation, speech sound-tolerant interpretation and speech sound-tolerant items. These strategies were tested with three primary school children with developmental phonological disorders.

Results

Pseudoword repetition tasks without speech sound-sensitive or speech sound-tolerant interpretation produced the expected errors. The other items and methods of interpretations provided mainly corresponding results and seem to be more appropriate measures.

Conclusions

Assessment of phonological working memory in children with developmental phonological disorders should utilise speech sound-

Schlussfolgerungen

Bei aussprachegestörten Kindern wird die Anwendung von Kunstwort-Nachsprechaufgaben nur in Verbindung mit aussprachetoleranten Auswertungen empfohlen. Ersatzweise kann unter Beachtung des modelltheoretischen Interpretationsrahmens die Anwendung von aussprachetoleranten Aufgabenstellungen vorgenommen werden.

Schlüsselwörter

Phonologisches Arbeitsgedächtnis, Aussprachestörungen, Diagnostik, Pseudowort-Nachsprechaufgaben, Sprachentwicklungsstörungen

sensitive or speech sound-tolerant interpretations. Other speech sound-tolerant items can be used when the different model-based concepts of these items are considered.

Keywords

phonological working memory, developmental phonological disorder, assessment, non-word repetition task, developmental language impairment

1 Einführung

1.1 Das Problem

In der Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen ergibt sich meist die Notwendigkeit, basale Mechanismen der kognitiven Informationsverarbeitung zu überprüfen, da diese häufig limitierende Faktoren im Bedingungsgefüge der Störung sind. Zu diesen basalen Mechanismen werden Aufmerksamkeitsleistungen, sensorische Leistungen (u.a. Fokussierung, Diskrimination, Identifikation von Reizen), Gedächtnisleistungen (im Arbeits- und Langzeitgedächtnis) sowie die Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung gezählt.

Im Zusammenhang mit Sprachentwicklungsstörungen, insbesondere den Spezifischen Sprachentwicklungsstörungen, werden in einigen dieser Aspekte immer wieder Auffälligkeiten gefunden. Dies trifft v.a. für die Arbeitsgedächtnisleistungen für verbales Material zu. Hierzu gibt es umfangreiche Forschungen, mit denen auch belegt werden kann, wie Einschränkungen in der Kapazität des phonologischen Arbeitsgedächtnisses die Spracherwerbsprozesse negativ beeinflussen können (Adams & Gathercole 2000, Hasselhorn & Werner 2000, Montgomery 2004).

Da für die diagnostische Feststellung der Kapazität des phonologischen Arbeitsgedächtnisses meist Produktionstests durchgeführt werden, wird die Auswertung wesentlich erschwert, wenn beim Kind zusätzlich Aussprachestörungen auftreten, was häufig der Fall ist. Eine valide Auswertung wird dadurch häufig unmöglich, so auch H. Grimm (2001, 49) im Testhandbuch zum SETK 3-5:

„Bei dem Untertest PGN (Phonologisches Gedächtnis von Nichtwörtern) sind indes Artikulationsprobleme von der Fähigkeit, die Nichtwörter richtig auszusprechen, nicht zu trennen und werden deshalb negativ bewertet. [...]

Wenn [...] das Artikulationsproblem „g“ zu „d“ und/oder „k“ zu „t“ werden läßt oder sogar noch weitreichendere Abweichungen vorliegen, dann schlägt sich dies bei einer ganzen Reihe von Nichtwörtern nieder. Damit kann keine Bewertung des Untertests erfolgen. [...]

1.2 Mögliche Lösungen

Welche Möglichkeiten es dennoch gibt, bei aussprachegestörten Kindern die Arbeitsgedächtnisleistung diagnostisch zu erfassen, ist der Gegenstand dieses Artikels. Hierzu werden wir nach der Vorstellung der gängigen, diagnostischen Aufgabenstellungen am Beispiel von zwei Buben und einem Mädchen drei Strategien zum Umgang mit Aussprachestörungen erörtern, die gleichzeitig die Gliederung dieses Artikels vorgeben:

- Berücksichtigung der individuellen Symptomatik der Aussprachestörung bei der Auswertung (aussprachensensible Auswertungen)
- Verwendung von Aufgabenstellungen, deren Bewertung nicht von Aussprachefehlern beeinflusst wird (aussprachetolerante Aufgabenstellungen)
- Anwendung von Auswertungsmethoden, die robust sind gegenüber Aussprachestörungen (aussprachetolerante Auswertungen).

2 Diagnostische Verfahren zur Erfassung der Leistungsfähigkeit des phonologischen Arbeitsgedächtnisses

Folgt man dem Arbeitsgedächtnismodell von Baddeley (2002), ohne es im Rahmen dieses Artikels detailliert auszubreiten (vgl. hierzu Hasselhorn & Werner 2000, Janczyk, Schöler & Grabowski 2004, Hasselhorn, Grube & Mähler 2000, Glück 2005), so können diagnostische Aufgabenstellungen die Leistungen des „Phonetischen Speichers“ tangieren, der jede auditiv-verbale Wahrnehmung für etwa 1,5 bis

2 Sekunden im Gedächtnis aktiv halten kann oder sie können die Leistungen des „Subvokalen Rehearsals“ betreffen – ein Prozess, der bei Übernahme von Inhalten aus dem Phonetischen Speicher durch inneres, wiederholtes Artikulieren das Gedächtnismaterial immer wieder auffrischen kann. Natürlich ist die Leistung des phonologischen Arbeitsgedächtnisses nicht isoliert erfassbar, da neben der Zielkomponente auch noch weitere Leistungen des Gedächtnisses wie die Leistung der Zentralen Exekutive mit Ressourcen- und Aufmerksamkeitszuweisungen sowie die der Aktivierung von Langzeitwissen in die Gesamtleistung mit eingehen.

In der diagnostischen Praxis mit Kindern und Jugendlichen werden unterschiedliche Verfahren eingesetzt.

2.1 Reproduktion von Ziffern- und Wortfolgen

Ein häufig auch in kognitiven Leistungstests eingesetztes Aufgabenformat ist das Nachsprechen von Wort- oder Ziffernfolgen (K-ABC – Melchers & Preuß 1994; HAWIK-R – Tewes 1983; PET – Angermaier 1977; SETK 3-5 – Grimm 2001). Wenn auch die Durchführungsweisen sich leicht unterscheiden, so besteht das Konzept doch stets darin, länger werdende Folgen nach auditiver Vorgabe korrekt nachzusprechen. Da die in der Aufgabenstellung verwendeten Ziffern und Wörter bekannt sind, erfolgt während der Vorgabe eine Aktivierung der langzeitgespeicherten, phonologischen Wortformen. Diese werden im Prozess des subvokalen Rehearsals für die Wiederauffrischung genutzt. Daher erfasst dieses Aufgabenformat eher die Leistung des Rehearsalprozesses im Hinblick auf dessen automatisierte Aktivierung (Hasselhorn, Grube & Mähler 2000).

2.2 Sprechrate

Da der Rehearsal-Prozess eine zeitliche Limitierung der Kapazität aufweist, stellt die Geschwin-

digkeit der phonologischen Rekodierung in der phonologischen Schleife ein kritisches Moment dar, dem man sich diagnostisch über die Sprechrate annähern kann. Diese wird erfasst über das möglichst rasche Wiederholen von kurzen Itemsequenzen (einsilbige Wörter oder Silbentripel: „pataka-pataka-pataka“). Entweder wird erfasst, wie viele vollständige Wiederholungen in einer bestimmten Zeiteinheit (z.B. 10 Sek.) geäußert werden können, oder es wird erfasst, welche Zeitdauer für eine bestimmte Anzahl an Wiederholungen benötigt wird (Ferguson, Bowey & Tilley 2002). Die Sprechrate wird dann über mehrere Durchgänge gemittelt errechnet und in Wörtern bzw. Silben pro Sekunde angegeben.

So wird erfasst, wie viele der Items im Rahmen der zeitlichen Kapazität der phonologischen Schleife geäußert werden können. Die zeitliche Kapazität des Rehearsal-Prozesses wird mit 1,87 Sekunden angegeben (Hasselhorn 1988) und gilt als invariant in verschiedenen Lebensaltern. Allerdings ist die Wirkung dieses Dienstsystems erst etwa mit 7 Jahren nachweisbar. Als Anzeiger für seine Wirkung wird der sog. Wortlängeneffekt angesehen, der durch die zeitliche Begrenzung des Rehearsal-Prozess entsteht. Die Sprechrate dient somit als Schätzmaß für die Geschwindigkeit des subvokalen Rehearsalprozesses (Hasselhorn & Werner 2000).

2.3 Nachsprechen von Kunstwörtern

Während die vorgenannten, diagnostischen Aufgabenstellungen die Leistung des subvokalen Rehearsal-Prozesses erfassen, also der Phonologischen Schleife im engeren Sinne, wird eine andere Aufgabenstellung eher mit der Leistung des „Phonetischen Speichers“ in Zusammenhang gebracht: das Nachsprechen von Kunstwörtern. Hier handelt es sich um Stimulusmaterial, für das keine lexikalischen Einträge im Langzeitspeicher angelegt sind. Eine Wiederauffrischung des Gedächtnismaterials durch die aktivierten langzeitgespeicherten Formen und damit auch deren subvokales Rehearsal in der phonologischen Schleife wird vermieden bzw. stark erschwert.

Dass dennoch das langzeitgespeicherte Wissen einen Einfluss auf die Arbeitsgedächtnisleistung ausübt, ist daran zu erkennen, dass Kunstwörter, die den phonotaktischen Regeln der Muttersprache gehorchen (sog. Pseudowörter) besser erinnerbar sind als Wörter, die diese Regeln missachten (sog. Nicht-Wörter). Bezeichnet wird dies als Wortähnlichkeitseffekt. Allerdings handelt es sich hier nicht um einen lexikalischen Vorwissenseffekt, sondern um

einen phonologischen Vorwissenseffekt. Daher verwundert es nicht, dass Untersuchungen zum lexikalischen Vorwissenseffekt eine Altersinvarianz des Effektes anzeigten (Hasselhorn, Seidler-Brandler & Körner 2000). Während bei Jugendlichen und Erwachsenen in ihrer Muttersprache tatsächlich kein weiterer Zuwachs im phonologischen Wissen zu erwarten ist, so stellt sich das in der Kindheit ganz anders dar. Hier ist das phonologische Wissen ein sich stürmisch entwickelnder Bereich.

Hieraus ergibt sich allerdings für die diagnostische Interpretation der erfassten Leistung ein Problem, wenn daraus eine direkte Kausalität abgeleitet wird, etwa in dem Sinne, dass verminderte Arbeitsgedächtnisleistungen verantwortlich wären für Einschränkungen in der sprachlichen Entwicklung. Denn spracherwerbsgestörte Kinder weisen häufig ein beschränktes phonologisches Wissen auf, was sich wiederum über den ausbleibenden Vorwissenseffekt leistungsmindernd auf die Arbeitsgedächtnisleistung auswirkt.

Vergleichende Versuche mit deutlich verständlichen versus verzerrt dargebotenen, schwer verständlichen Testwörtern zeigen, dass bei sprachlich unauffälligen Kindern die Leistung in der verzerrten Bedingung absinkt

sprache, typische Phonemfolgen, etc.) bereits eine Verarbeitung des kurzzeitig zu speichernden Materials vorgenommen wird. Genau diese Verarbeitung konnten die sprachlich unauffällig entwickelten Kinder anhand der verzerrten Itemvorgabe nicht mehr vornehmen. Spracherwerbsgestörte Kinder scheinen auch bei unverzerrter Vorgabe der Items, diese Verarbeitungsprozesse nicht bzw. nicht ausreichend nutzen zu können.

Im Hinblick auf die Spracherwerbsaufgabe des Kindes ist es diagnostisch vertretbar, ja sogar ökologisch valider, von der Leistung des Gesamtsystems auszugehen und dabei festzustellen, dass, wie eingangs erwähnt, spracherwerbsgestörte Kinder häufig eine eingeschränkte Kapazität des phonetischen Speichers aufweisen. Dessen Wechselwirkungen etwa mit dem lexikalischen Lernen sind gut belegt (Gathercole 1995). Das Nachsprechen von Pseudowörtern scheint unter den Gedächtnisaufgaben die Wortlernaufgabe am stärksten abzubilden.

In verschiedenen, standardisierten und teils normierten Verfahren werden im deutschsprachigen Raum Kunstwort-Nachsprechaufgaben eingesetzt. Zu den Bekannteren gehören die in Tabelle 1 überblicksweise dargestellten.

| Abkürzung | Quelle | Altersbereich der Normierung |
|-------------------------------|---|--|
| Mottier-Test | aus ZLT (Lindner & Grisseman 2000) | 2.-6. Klasse |
| PGN | aus SETK 3-5 (Grimm 2001) | 3;0-5;11 Jahre |
| PWN | aus BISC (Jansen et al. 2002) | 10 und 4 Monate vor der Einschulung |
| NK | aus HASE (Brunner & Schöler 2008) | Vorschule, Einschulungstest, U9 |
| Nachsprechen von Kunstwörtern | Hasselhorn & Körner 1997, deutsch, nach Gathercole et al 1994 | Nicht normiert |
| DPW | Dannenbauer Pseudowörter (1996) | Nicht normiert, Orientierungswerte für 7-9 Jährige |

Tab. 1: Bekannte Verfahren zum Nachsprechen von Kunstwörtern

auf das Niveau der spracherwerbsgestörten Kinder, während deren Leistungsniveau von den geänderten Untersuchungsbedingungen nicht beeinflusst wird (Hasselhorn & Werner 2000). Dies zeigt sehr deutlich, dass auch der phonetische Speicher nicht einfach ein passiver Speicher für auditives Material ist, sondern dass hier durch Aktivierung langzeitgespeicherter, phonologischer Wissens (Aufbau von Wörtern und Silben, Phonemset der Mutter-

Dannenbauer Pseudowörtertest (DPW)

Für die in diesem Beitrag dargestellten Untersuchungen wurde auf das Itemset des Dannenbauer Pseudowörtertest (1999) zurückgegriffen. Dieses Testverfahren setzt sich aus insgesamt 36 ein- bis sechssilbigen Pseudowörtern zusammen, die aus vorhandenen Wörtern des Deutschen abgeleitet worden sind. Nach Vorgabe der ersten sechs einsilbigen Pseudowörter durch den Testleiter oder durch den Compu-

ter ist der Proband aufgefordert, die zwei- bis fünfsilbigen Prüfwörter in gemischter Reihenfolge zu imitieren. Werden hierbei mindestens drei der fünfsilbigen Pseudowörter korrekt wiedergegeben, so wird das Verfahren mit der Präsentation der sechs sechssilbigen Pseudowörter fortgesetzt.

Im anschließenden Bewertungsvorgang auf Wortebene erhält der Proband für jede ihm auf Anrieb gelungene Imitation zwei Punkte. Bei nicht-korrektem ersten Versuch erfolgt eine erneute Vorgabe des Items, und der Testleiter bewertet eine erfolgreiche Nachsprechleistung im zweiten Versuch noch mit einem Punkt, im wiederum abweichenden Fall mit null Punkten. Die Punktsumme gilt als Maß für die Nachsprechleistung.

Zusätzlich zu dieser Wortauswertung (DPW-WA) ist eine verfeinerte Auswertung auf Silbenebene (DPW-SA) möglich, die auch die nicht-korrekten Antworten einbezieht. Pro Zielwortsilbe können hierbei drei Punkte vergeben werden: ein Punkt für das bloße Vorhandensein der Silbe, der zweite Punkt für die richtige Konsonant-Vokal-Struktur der Silbe und der dritte Punkt für die korrekte, phonemische Segmentbesetzung. Wird eine Silbe zuviel gesprochen, wird ein Punkt abgezogen.

Imitiert das Kind beispielsweise das Item/fre-kas/als/fre-tas/, so erhält es insgesamt fünf Punkte: drei für die erste Silbe/fre/, da sie realisiert wurde, die korrekte Konsonant-Vokal-Struktur KKV aufweist und eine korrekte phonemische Segmentbesetzung besitzt; nur zwei Punkte hingegen für die Silbe/tas/, da die Zielvorgabe für die phonemische Segmentbesetzung nicht aus dem alveolaren Plosiv/t/, sondern dem velaren Plosiv/k/besteht.

Durch diese silbenbezogene Art der Auswertung werden auch die Fehlreaktionen des Kindes einer Analyse zugänglich.

Die Items des DPW und eine für Durchführung und Auswertung hilfreiche Excel-Tabelle können unter www.sprachdiagnostik.de heruntergeladen werden.

Für die in diesem Beitrag dargestellten DPW-Auswertungen wurden vergleichsweise DPW-Orientierungswerte aus den Daten von 179 Kindern der Grundschule und Sprachheilschule im Alter von 7;0-8;0 gewonnen, die im Rahmen der Normierungsstudie zum WWT 6-10 (Glück 2007) erhoben worden sind.

Insgesamt kann das Nachsprechen von Kunstwörtern als Verfahren zur Erfassung der Leistung des phonetischen Speichers angesehen werden.

2.4 Gleich-Verschieden-Beurteilung auditiv vorgegebener Silbenketten

Selten werden rezeptiv orientierte Aufgabenstellungen eingesetzt, obwohl dies den Einfluss möglicher Reaktionsbeschränkungen bei den Kindern stark verringern würde. Mit SEPI-Subtest Kurzzeitgedächtnis (Solinger Erfassung der phonologischen Informationsverarbeitung; Stumpf & Coninx 2005) liegt ein Verfahren vor, bei dem computerunterstützt zwei Silbenketten (z. B. „tatita“, „tatiti“) mit bis zu acht Silben vorgegeben werden, über die der Proband eine gleich-verschieden Entscheidung zu treffen hat. In einem adaptiven Verfahren wird ein Schwellenwert der sicheren Bewältigung der Aufgabe ermittelt.

Bei diesem Aufgabentyp bleibt es vorerst noch unklar, welcher Teilbereich des phonologischen Arbeitsgedächtnisses die Leistung am stärksten beeinflusst. Da keine bekannten, lexikalischen Formen verwendet werden, ist der Phonetische Speicher stärker gefordert. Allerdings ist es plausibel anzunehmen, dass die Vergleichsfunktion darin besteht, dass die erste, vorgegebene Form phonologisch rekodiert wird und dann synchron mit der zweiten Vorgabe innerlich, subvokal artikuliert wird, so dass Unterschiede leicht erkennbar werden. Müssten alle bis zu 16 Silben der vorgegebenen Formen für einen Vergleich gleichzeitig im Speicher gehalten werden, wäre dieser überfordert.

Insofern erfasst diese rezeptive Aufgabenstellung wahrscheinlich eine Komplexleistung aus phonetischem Speicher und subvokalem Rehearsal.

3 Diagnostische Strategien bei aussprachegestörten Kindern

Analysiert man die vorgenannten, diagnostischen Aufgabenstellungen hinsichtlich des möglichen Einflusses von Aussprachestörungen, so gibt es einerseits eher aussprachetolerante und aussprachesensible Aufgabenstellungen, d.h. Aufgabestellungen, deren Durchführung und Bewertung davon abhängen, ob die Aussprachestörung des Kindes die Antwortreaktion des Kindes beeinflusst, oder uninterpretierbar macht, oder nicht.

Andererseits kann auch die Art der Auswertung der Antworten des Kindes mehr oder weniger stark auf die Aussprachestörung bezogen werden, so dass sich drei unterschiedliche, diagnostische Strategien mit jeweils eigenen Vor- und Nachteilen ableiten lassen.

Im Folgenden werden die theoretischen Erwägungen durch illustrierende, empirische Darstellungen ergänzt. Sie stammen aus einer multiplen Einzelfallstudie, die 2007 von der Mitautorin durchgeführt worden ist. Untersucht wurden drei Kinder (ein Mädchen=K1, zwei eineiige Zwillingenjungen=K2 und K3) im Alter von 6;7 bzw. 7;10. Alle besuchen die erste Klasse einer Sprachheilschule und weisen eine konsequente phonologische Störung im Sinne des Klassifikationsschemas von Dodd (Fox 2007) auf. Darüber hinaus zeigen sie im grammatischen Verstehen (HSET-VS) und in der Reproduktion grammatischer Strukturen (HSET-IS) Leistungen im schwachen Durchschnittsbereich, oder unterdurchschnittliche Leistungen (T-Werte zwischen 32 und 42). Bei allen drei Kindern war eine normale Testintelligenz festzustellen (K-ABC SIF Werte zwischen 93 und 98).

3.1 Diagnostische Strategie 1: Nutze aussprachesensible Auswertungen!

Wie bereits beschrieben, bietet das Nachsprechen von Kunstwörtern als diagnostische Methode einige Vorteile. Sie bildet im Hinblick auf bestimmte Spracherwerbsaufgaben (z.B. lexikalisches Lernen) die Erwerbsprozesse besser ab als andere Aufgabenstellungen und erfasst schwerpunktmäßig den phonetischen Speicher, der ja der unmittelbaren Verarbeitung dient. Als methodisch problematisch erweist sich jedoch, dass sich selbst im direkten Nachsprechen einfacher, kurzer Items die Aussprachebesonderheiten des Kindes auswirken. Das Item kann nicht korrekt nachgesprochen werden und wird somit als „falsch“ gewertet, da unklar bleibt, ob eine falsche Realisation des Pseudowortes lediglich auf das Ausspracheproblem des Kindes zurückzuführen ist und es über eine korrekte lautliche Repräsentation verfügt, oder bereits die Repräsentation im phonologischen Arbeitsgedächtnis nicht zutreffend gelingt (vgl. Grimm 2001).

Da im gesamten diagnostischen Prozess bei Kindern mit Aussprachestörungen vor einer Überprüfung der Funktion des Arbeitsgedächtnisses in der Regel eine Erstellung des Phoninventars und eine phonologische Prozessanalyse anhand eines etablierten Verfahrens erfolgen, ergibt sich daraus die sehr nahe liegende, diagnostische Strategie: nämlich das phonologische System des Kindes zu rekonstruieren und anhand dieses Modells festzulegen, wie in diesem individuellen phonologischen System die Zielitems eines Kunstwort-Nachsprechtests ausgesprochen werden müssten, damit sie als korrekt gelten können. Dieses „Herausrechnen“ der

Aussprachebesonderheiten des Kindes gelingt natürlich nur, wenn es sich um stabile, musterhafte, phonologische Prozesse handelt. Nicht geeignet wäre diese Strategie bei einer inkonsequenten phonologischen Störung.

Zur Nutzung dieser aussprachesensiblen Auswertungsstrategie kann die Erfassung der Aussprachestörung mit bewährten Verfahren z.B. LOGO (Wagner 1994), PDSS (Kauschke & Siegmüller 2002) oder AVAK (Hacker & Wilgermein 1999) erfolgen, deren Auswertung vor der Durchführung des Arbeitsgedächtnistests (hier dem Dannenbauer-Pseudowörtertest 1999) erfolgen sollte. Mit Kenntnis der Ausspracheauffälligkeiten werden nun die zu realisierenden Zielvorgaben für das Kind erweitert, so dass auch Reproduktionen als richtig gewertet werden, die dem vorgesprochenen Wort zwar nicht mehr entsprechen, aber im Zusammenhang der Aussprachestörung zu tolerieren sind. Zum Beispiel zeigt ein Kind bei der phonologischen Prozessanalyse durchgehend den Prozess der Reduktion initialer Mehrfachkonsonanz. Pseudowort-Zielvorgabe: /fre-kas/; Kind imitiert in seinem phonologischen System korrekt: /fe-kas/. Da der DPW so konzipiert ist, dass im Falle der falschen Erstimitation ein zweiter Versuch des Kindes zugelassen ist, empfiehlt es sich bei Probanden mit ausgeprägter Ausspracheproblematik, das Zielwort von vorneherein zwei Mal anzubieten. Damit muss nicht sofort beim ersten Versuch während der Testsituation entschieden werden, ob das reproduzierte Wort unter Berücksichtigung aller vorliegenden phonologischen Prozesse zu tolerieren ist, oder nicht. Die Bewertung kann im Nachhinein erfolgen.

Durch diese – natürlich etwas aufwändige – aussprachesensible Auswertung gelingt es auch bei aussprachegestörten Kindern, die Kapazität des phonologischen Arbeitsgedächtnisses zuverlässig zu erfassen.

Empirische Befunde

In Bezug auf die drei getesteten Kinder zeigen sich in der Prozessanalyse nach AVAK (Hacker & Wilgermein 1999) bei K1 kaum Wortstrukturprozesse, dafür wirken sich Clusterprozesse sehr stark aus, da sämtliche initiale Mehrfachkonsonanz auf einen Konsonanten reduziert wurde. Zusätzlich zeigen sich einige segmentbezogene Prozesse (Fronting, Frikativierung). K2 zeigt demgegenüber häufige Alveolarisierungen und Fortisierungen, tw. Plosivierung, sowie selten auch Frikativierung. K3 zeigt ein ähnliches Bild mit Alveolarisierungen und tw. Plosivierung.

| DPW-WA Wortauswertung: Ergebnisse in Standardabweichungen (SD) vom Mittelwert | | |
|---|---|--|
| | DPW-WA ^{Standard} ohne Störungsberücksichtigung | DPW-WA ^{aussprachesensibel} mit Störungsberücksichtigung |
| K1 | ca. -4 SD | ca. -2,5 SD |
| K2 | ca. -5,5 SD | ca. -1,5 SD |
| K3 | ca. -6 SD | ca. -2 SD |

Tab. 2: DPW Wortauswertung im Vergleich: Standard vs. Aussprachesensible Auswertung

Tabelle 2 zeigt die Ergebnisse einer Durchführung des DPW einmal mit der Standard-Auswertung und einmal mit der aussprachesensiblen Auswertung unter Berücksichtigung phonologischer Prozesse. Bei allen drei Kindern erscheint das Testergebnis in beiden Bedingungen unterdurchschnittlich, wobei bei der Standard-Auswertung ohne Störungsberücksichtigung tw. extreme Abweichungen vom Mittelwert registriert wurden, die vom klinischen Eindruck nicht gestützt werden.

Für alle drei Kinder gilt, dass die Leistung deutlich besser zu bewerten ist, wenn man die aussprachesensible Auswertung zu Grunde legt. In der Wortauswertung ohne Störungsberücksichtigung kommt es bei allen drei Kindern bereits bei den Zweisilbern zu 0% korrekten Antworten. Auch diese äußerst starke Einschränkung der Gedächtniskapazität muss aufgrund des klinischen Bildes zurückgewiesen werden. Dem an sich typischen Bild entsprechen eher die Werteverteilungen bei der aussprachesensiblen Auswertung mit Störungsberücksichtigung, wo es zu einem graduellen Leistungsverlust bei den Zwei-, Drei- und Viersilbern (=K1 und K2) oder zu einem starken Leistungsabfall bei den Viersilbern (=K3) kommt. Übereinstimmung zeigen die beiden Auswertungsvarianten bei den nicht mehr korrekt realisierten fünf- und sechssilbigen Pseudowörtern.

Insgesamt zeigen die Daten, dass es durchaus möglich ist, auch mit aussprachegestörten Kindern Pseudowort-Nachsprechaufgaben in der Gedächtnisdiagnostik einzusetzen – allerdings mit einer aussprachesensiblen Auswertung, die den Phonembestand und die phonologischen Prozesse des Kindes berücksichtigt. Die so gewonnenen Daten entsprechen dem klinischen Bild weitaus stärker als die ohne Störungsberücksichtigung erhobenen Daten.

3.2 Diagnostische Strategie 2: Nutze aussprachetolerante Aufgabenstellungen!

Zu den aussprachetoleranten Aufgabenstellungen zählen das Reproduzieren von Ziffern- oder Wortfolgen sowie die Gleich-Verschieden-Beurteilung auditiv vorgegebener Silbenketten. Die Identifikation der Antwort des Kindes z. B. bei Ziffernfolgenaufgaben gelingt meist selbst bei vorliegenden Aussprachestörungen. Lediglich ähnlich lautende Ziffern („zwei, drei“) oder sehr starke Ausprägungen der Aussprachestörung führen zu Schwierigkeiten in der Beurteilung. Da in der rezeptiven Aufgabenstellung einerseits sich die Silben nur durch Vokaländerung unterscheiden und nicht durch die für Aussprachestörungen anfälligeren Konsonanten und andererseits gar keine offene, sprachliche Reaktion erwartet wird, kann diese

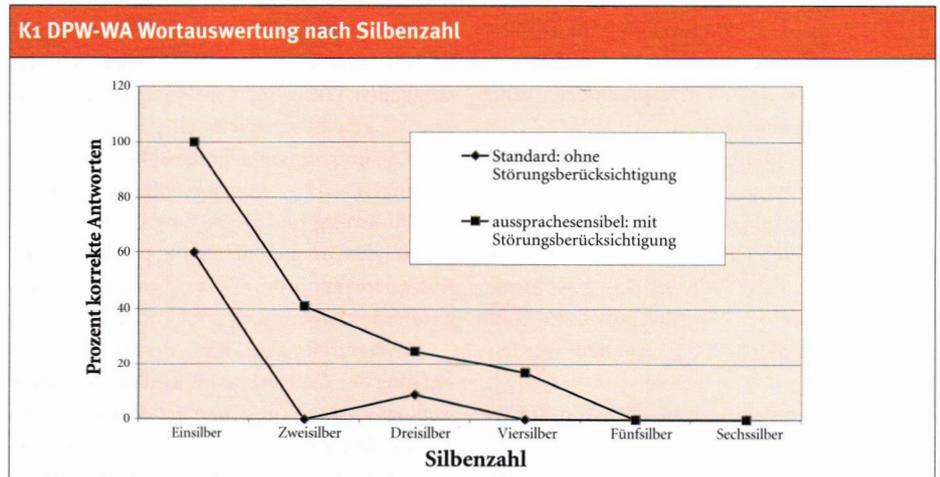


Abb. 1: K1 DPW-Wortauswertung nach Silbenzahl im Vergleich

Aufgabenstellung auch als aussprachetolerant bezeichnet werden.

So besteht eine mögliche, diagnostische Strategie bei der Überprüfung von Kindern mit Aussprachestörungen darin, solche aussprachetoleranten Aufgabenstellungen einzusetzen. Allerdings ist zu bedenken, dass diese Aufgaben zum Teil bestimmte Bereiche des phonologischen Arbeitsgedächtnisses berühren (Rehearsal-Prozess). Im Weiteren bilden diese Aufgaben im Hinblick auf bestimmte Spracherwerbsaufgaben (z.B. lexikalisches Lernen) die Erwerbsprozesse weniger gut ab als die Aufgabenstellung des Nachsprechens von Kunstwörtern, das dafür stärker von Aussprachestörungen beeinträchtigt wird (s.o.).

Empirische Befunde – PET-ZF und SEPI-Kurzzeitgedächtnis im Vergleich zu DPW

Als aussprachetolerante Verfahren wurden die Subtests „Zahlenfolgedächtnis“ des PET (Angermair 1977) und „Kurzzeitgedächtnis“ des SEPI (Stumpf & Coninx 2005) ausgewählt. Im Vergleich zur aussprachesensiblen Auswertung des DPW zeigen sich folgende Ergebnisse:

| | PET-ZF | SEPI-Kurzzeitgedächtnis | DPW-WA aussprachesensibel mit Störungsberücksichtigung |
|----|-------------|-------------------------|--|
| K1 | ca. -1,5 SD | Normalbereich | ca. - 2,5 SD |
| K2 | ca. -2 SD | ca. -1,5 SD | ca. -2 SD |
| K3 | ca. -1 SD | ca. -1 SD | ca. -1,5 SD |

Tab. 3: Ergebnisse aussprachetoleranter Verfahren im Vergleich zur DPW-Wortauswertung mit Störungsberücksichtigung

Die in Tabelle 3 dargestellten Ergebnisse lassen eine nur teilweise Übereinstimmung erkennen zwischen den Leistungen im Ziffernfolgen-Nachsprechen (PET-ZF) und in der rezeptiven Gleich-Verschieden-Beurteilung von Silbenketten (SEPI-KZG). Bei zwei Kindern (K1, K2) fallen die SEPI-Leistungen deutlich besser aus als die PET-ZF Leistungen. Hier muss angenommen werden, dass durch die unklare Zuordnung der rezeptiven Aufgabenstellung zu Funktionsbereichen des phonologischen Arbeitsgedächtnisses (s.o.) tatsächlich unterschiedliche Leistungsaspekte geprüft worden sind.

Dies ist sicher auch der Hintergrund für die Leistungsdiskrepanz zwischen den beiden

Nachsprechaufgaben. Während im PET-ZF die Funktion der phonologischen Schleife genutzt werden kann, weil die zu repetierenden Einheiten bereits im phonologischen Lexikon gespeichert vorliegen, müssen die Items des DPW phonologisch analysiert und für das Nachsprechen neu programmiert werden. Dennoch gleichen sich die Ergebnisse von PET-ZF und DPW-WA mit aussprachesensibler Auswertung stärker als DPW-WA und SEPI-KZG, wo es bei K1 sogar zu einer konträren Einschätzung kommt.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass – wie erwartet – die Aussprachestörung die Durchführung und Auswertung der Testverfahren nicht beeinträchtigt hat. Sie können demnach als aussprachetolerante Aufgabenstellungen gelten. Probleme werden bei diesen Aufgaben hinsichtlich der internen Validität gesehen. Hier ist noch konzeptuelle Arbeit zu leisten. Von allen hier genutzten Verfahren ist der PET mit der umfangreichsten Stichprobe (ca. 2600 Kinder) normiert worden. Die Ergebnisse von PET-ZF sind denen von DPW-WA aussprachesensibel ähnlicher als den SEPI-KZG Testwerten.

3.3 Diagnostische Strategie 3: Nutze aussprachetolerante Auswertungen!

Während in der diagnostischen Strategie der aussprachesensiblen Auswertung die Auswertung auf die Aussprachebesonderheiten des Kindes abgestimmt wurde, soll bei aussprachetoleranten Auswertungen versucht werden, eine Auswertungsmethode anzuwenden, die ohne Berücksichtigung des individuellen phonologischen Systems auskommt und dennoch zu Ergebnissen führt, die weniger stark von den Aussprachestörungen beeinträchtigt wird.

Natürlich sind auch aussprachetolerante Aufgabenstellungen der zweiten, diagnostischen Strategie gleichfalls aussprachetolerant in punkto Auswertung. Hier allerdings soll untersucht werden, wie der an sich aussprachesensible Aufgabentyp der Kunstwort-Nachsprechaufgaben aussprachetolerant ausgewertet werden kann, so dass die Aussprachebesonderheiten nicht auf das Ergebnis durchschlagen.

Empirische Befunde – DPW-Wortauswertung und DPW-Silbenauswertung

Hierzu wurde die Durchführung des DPW zusätzlich zur Wortauswertung auch der Silbenauswertung unterzogen. Hierbei ist nicht mehr von zentraler Bedeutung, ob Pseudowörter im Ganzen entsprechend der Vorga-

be realisiert wurden, sondern in wie weit sich die Realisation an die Zielstruktur annähert. Hierzu wird der Blick auf die phonologische Feinstruktur des Items und seiner Realisierung gelenkt. Es können die Antworten aller Items, auch der nicht korrekt nachgesprochenen, einbezogen werden. Das im Abschnitt 2.3 bereits vorgestellte Auswertungsschema sieht für jedes Item vor, dass für jede überhaupt realisierte Silbe des Wortes ein Punkt, für die korrekte KV-Struktur dieser Silbe ein weiterer Punkt und für die korrekte Segmentbesetzung dieser Silbenstruktur noch mal ein Punkt vergeben wird. Die in der Summe dadurch erzielten Punkte bilden die DPW-SA Silbenauswertung.

Dadurch, dass ein Item nicht unbedingt vollständig korrekt produziert werden muss, um in der Standard-Auswertung überhaupt zu Punkten zu führen, werden nun auch die Produktionen der aussprachegestörten Kinder mit in die Punktvergabe einbezogen, die aufgrund der Aussprachestörung nicht vollständig dem Zielwort entsprechen. So wirken sich beispielsweise die Alveolarisierungsprozesse bei K2 und K3 dahingehend aus, dass das Item /fre-kas/ als /fre-tas/ realisiert wird. In der standardmäßigen Wortauswertung würde hier kein Punkt vergeben werden können. In der Silbenauswertung würde eine solche Realisation immerhin mit 8 von 9 möglichen Punkten gewertet, da bei der Realisierung die Silbenzahl korrekt ist, und die Silbenstrukturen beider Silben korrekt sind. Lediglich in der Segmentbesetzung der KVK-Struktur der zweiten Silbe macht sich der Fehler bemerkbar.

Stärker wirken sich Wort- und Silbenstrukturprozesse auf die Punktvergabe in der Silbenauswertung aus. K1 zeigt den Prozess der Reduktion von Mehrfachkonsonanz. Dies führt zur Realisation /fe-kas/. In der Silbenauswertung werden zwar zwei Punkte vergeben für die zwei Silben, aber nur für die zweite Silbe kann je ein Punkt für die KVK-Struktur und die korrekte Segmentbesetzung vergeben werden. Die erste Silbe kann bezüglich der Silbenstruktur nicht als korrekt bewertet werden, und damit kann auch keine korrekte Segmentbesetzung erfolgen. Hieraus folgt der Punktwert von 7 von 9 möglichen Punkten.

Das Beispiel zeigt, dass diese Art der Auswertung zwar aussprachetolerant, aber nicht ausspracheresistent ist. Die Art der Aussprachestörung beeinflusst das Ergebnis mit.

Die in Tabelle 4 vorgenommene Gegenüberstellung der Ergebnisse der aussprachesensiblen Wortauswertung und der eben be-

| | DPW-WA ^{aussprachesensibel} Wortauswertung <u>mit</u> Störungsberücksichtigung | DPW-SA ^{aussprachetolerant} Silbenauswertung <u>ohne</u> Störungsberücksichtigung |
|----|---|--|
| K1 | -2,5 SD | -1 SD |
| K2 | -2 SD | -1,5 SD |
| K3 | -1,5 SD | -1,5 SD |

Tab. 4: Ergebnisse der aussprachetoleranten Auswertung mit der DPW-Silbenauswertung ohne Störungsberücksichtigung im Vergleich zur DPW-Wortauswertung mit Störungsberücksichtigung

schriebenen Silbenauswertung zeigt, dass auch in der Silbenauswertung die Leistungen aller drei Kinder zum Teil deutlich unter dem Normalitätsbereich liegen. Damit entsprechen sie der Einschätzung aus der aussprachesensiblen DPW-WA mit Störungsberücksichtigung. Bei K1 kommt es zu einer gewissen Diskrepanz, da hier die Leistungsbewertung in der Silbenauswertung deutlich verbessert ausfällt.

4 Gesamtdiskussion

Für die diagnostische Bewertung der Leistungsfähigkeit des phonologischen Arbeitsgedächtnisses bei Kindern mit Aussprachestörungen wurden drei diagnostische Strategien dargestellt.

Die diagnostische Strategie der aussprachesensiblen Auswertung hebt den Nachteil

der Undurchführbarkeit von Kunstwort-Nachsprechtests auf, indem sie in der Auswertung die konsequenten phonologischen Prozesse berücksichtigt. Nachteile entstehen hier durch den hohen Aufwand der Erstellung der aussprachesensiblen Auswertung auf der Basis einer phonologischen Prozessanalyse. Außerdem ist diese Art der Auswertung nicht bei allen aussprachegestörten Kindern anwendbar (z.B. bei inkonsequenter Störung).

Die Strategie der aussprachetoleranten Verfahren war gut durchführ- und auswertbar. Zwischen dem expressiven und rezeptiven Verfahren kam es bei einem Kind zu deutlichen Abweichungen. Diese können auf unterschiedliche getestete Leistungen hinweisen.

Die diagnostische Strategie der aussprachetoleranten Auswertung ermöglicht die An-

wendung von Kunstwort-Nachsprechaufgaben auch ohne vorige Analyse phonologischer Prozesse und ist relativ rasch durchführbar.

Die Übersicht in Abbildung 2 über die Ergebnisse aller Verfahren der einzelnen diagnostischen Strategien zeigt, dass erwartungsgemäß die Standardauswertung von Kunstwort-Nachsprechaufgaben offensichtlich keine reliablen Werte ergibt. Demgegenüber liegen bei K2 und K3 die Ergebnisse der aussprachesensiblen und –toleranten Verfahren und Auswertungen eng beieinander, so dass keine Strategie vorzuziehen wäre. Allerdings liegen bei K1 nur noch die Ergebnisse von PET-ZFG und DPW-SA im gleichen Bereich, während SEPI und DPW-WA in verschiedene Richtungen deutlich abweichende Ergebnisse erbringen. Werden mehrere Strategien kombiniert, kann die Einschätzung besser abgesichert werden. Die Leistungen der Kinder liegen in fast allen Aufgabenstellungen im unterdurchschnittlichen Bereich, so dass hier auch Probleme im phonologischen Arbeitsgedächtnis zu den offensichtlichen Schwierigkeiten der Kinder, die relevanten phonemischen Kontraste und Strukturmerkmale aus dem Input abzuleiten, beitragen. Dies ist bei der Auswahl des Wortmaterials (ein- und zweisilbige Wörter) und der didaktischen Gestaltung der Therapiesituation (hohe Redundanz, kompensatorische Zugänge, markierte Präsentation) entsprechend zu beachten.

Insgesamt konnte beispielhaft belegt werden, wie durch unterschiedliche Strategien auch bei aussprachegestörten Kindern die Erfassung der Leistung des phonologischen Arbeitsgedächtnisses vorgenommen werden kann. Somit kann auch bei diesen Kindern dieser sehr wesentliche Aspekt im kognitiven Bedingungsgefüge sprachlicher Entwicklungsbeeinträchtigungen relativ zuverlässig erfasst werden.

Literatur

Adams, A. & Gathercole, S. E. (2000): Limitations in working memory: Implications for language development. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 35, 95-116.

Angermaier, M. (1977): Psycholinguistischer Entwicklungs-Test – PET. Weinheim: Beltz.

Baddeley, A. D. (2002): Is Working Memory Still Working? *European Psychologist*, 7, 85-97.

Brunner, M., Schöler, H. (2008): HASE – Heidelberger Auditives Screening in der Einschulungsuntersuchung. Nachsprechen von Kunstwörtern. Wertingen: Westra.

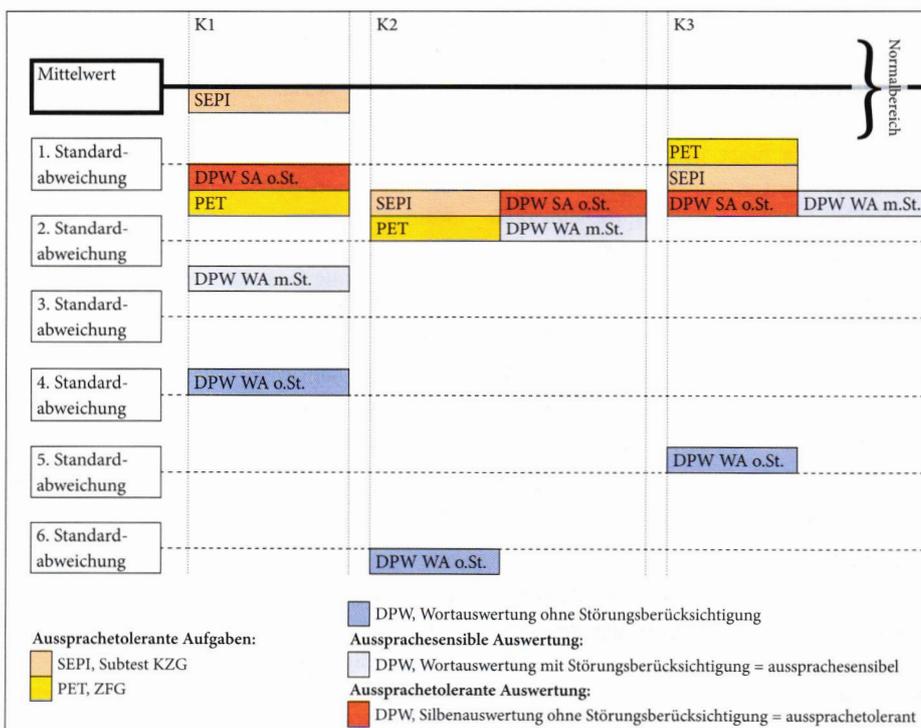


Abb. 2: Übersicht über alle durchgeführten Verfahren und Auswertungen

Dannenbauer, F. M. (1999): Pseudowörtertest. München: unveröffentlichte Experimentalversion. s.a. www.sprachdiagnostik.de

Ferguson, A. M., Bowey, J. A., Tilley, A. J. (2002): The association between auditory memory span and speech rate in children from kindergarten to sixth grade. *Journal of Experimental Child Psychology*, 81, 141-156.

Fox, A. (*2007): Kindliche Aussprachestörungen. Phonologischer Erwerb, Differenzialdiagnostik, Therapie. Idstein: Schulz-Kirchner.

Gathercole, S. E. (1995): Is nonword repetition a test of phonological memory or long-term knowledge? It all depends on the nonwords. *Memory and Cognition*, 23, 83-94.

Gathercole, S. E., Willis, C., Baddeley, A. D. & Emslie, H. (1994): The children's test of nonword repetition: A test of phonological working memory. *Memory*, 2, 103-127.

Glück, C. W. (2005): Kindliche Wortfindungsstörungen. Ein Bericht des aktuellen Erkenntnisstandes zu Grundlagen, Diagnostik und Therapie. Bern: Peter Lang.

Glück, C. W. (2007): Wortschatz- und Wortfindungstest für 6- bis 10-Jährige (WWT6-10). München: Elsevier.

Grimm, H. (2001): Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder (SETK 3-5). Göttingen: Hogrefe.

Hacker, D., Wilgermein, H. (1999): AVAK-Test. Analyseverfahren zu Aussprachestörungen bei Kindern. München: Reinhardt.

Hasselhorn, M. (1988): Wie und warum verändert sich die Gedächtnisspanne über die Lebensspanne?. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, Bd. XX, (4) 322-337.

Hasselhorn, M., Körner, K. (1997): Nachsprechen von Kunstwörtern: Zum Zusammenhang zwischen Arbeitsgedächtnis und syntaktischen Sprachleistungen bei Sechs- und Achtjährigen. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 29, 212-224.

Hasselhorn, M., Grube, D. & Mähler, C. (2000): Theoretisches Rahmenmodell für ein Diagnostikum zur differentiellen Funktionsanalyse des phonologischen Arbeitsgedächtnisses. In: Hasselhorn, M., Schneider, W. & Marx, H. (Hrsg.) *Diagnostik von Lese- Rechtschreibschwierigkeiten*. Göttingen: Hogrefe, 167-181.

Hasselhorn, M., Seidler-Brandler, U. & Körner, K. (2000): Ist das Nachsprechen von Kunstwörtern für die Entwicklungsdiagnostik des phonologischen Arbeitsgedächtnisses geeignet? In: Hasselhorn, M., Schneider, W. & Marx, H. (Hrsg.), *Diagnostik von Lese-Rechtschreibschwierigkeiten. Tests und Trends*, N.F. Band 1. Jahrbuch der pädagogisch-psychologischen Diagnostik. Göttingen: Hogrefe, 119-133.

Hasselhorn, M. & Werner, I. (2000): Zur Bedeutung des phonologischen Arbeitsgedächtnisses für die Sprachentwicklung. In H. Grimm (Hrsg.), *Sprachentwicklung*. Göttingen: Hogrefe, 363-378.

Janczyk, M., Schöler, H. & Grabowski, J. (2004): Arbeitsgedächtnis und Aufmerksamkeit bei Vorschulkindern mit gestörter und unauffälliger Sprachentwicklung. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 36, 200-206.

Jansen, H., Mannhaupt, G., Marx, H. & Skowronek, H. (*2002): Bielefelder Screening zur Früherkennung von Lese-Rechtschreibschwierigkeiten (BISC). Göttingen: Hogrefe.

Kauschke, C., Siegmüller, J. (2002): Patholinguistische Diagnostik bei Sprachentwicklungsstörungen (PDSS). München: Urban & Fischer.

Linder, M., Grisseemann, H. (*2000): Zürcher Lesetest. Subtest: Mottier Test. Bern: Hans Huber.

Melchers, P., Preuß, U. (*1994): K-ABC Kaufmann Assessment Battery for Children (deutsche Bearbeitung). Göttingen: Hogrefe.

Montgomery, J. W. (2004): Sentence comprehension in children with specific language impairment: Effects of input rate and phonological working memory. *International Journal for Language and Communication Disorders*, 39, 115-133.

Stumpf, P. & Coninx, F. (2005): Solinger Erfassung der phonologischen Informationsverarbeitung (SEPI), Subtest Kurzzeitgedächtnis. bislang unveröffentlichtes Testverfahren.

Tewes, U. (1983): Hamburg-Wechsler-Intelligenz-Test für Kinder Revision (HAWIK-R). Bern: Verlag Hans Huber.

Wagner, I. (1994): Logo Ausspracheprüfung zur differenzierten Analyse von Dyslalien. Wildeshausen: Logo Verlag für Sprachtherapie.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Christian W. Glück
 Sprachbehindertenpädagogik
 Pädagogische Hochschule Heidelberg
 Postfach 104240
 69032 Heidelberg
 glueck@ph-heidelberg.de

Prof. Dr. Christian W. Glück vertritt an der PH Heidelberg das Fach Sprachbehindertenpädagogik. Seine gegenwärtigen Forschungsprojekte sind: Sprachliche Heterogenität an der Sprachheil- und Regelschule, Wortschatzdiagnostik bei mehrsprachigen Kindern, Training der Genuszuweisung, TURS-Stotterstudie (<http://www.ph-heidelberg.de/org/sbp/>).

Katharina Obergföll ist Lehramtsanwärterin für Sonderschulen (Sprachbehindertenpädagogik und Pädagogik der Lernförderung) an der Gebrüder Grimm Schule Haslach i.K. mit Tätigkeitsschwerpunkten in den Handlungsfeldern Frühförderung und Übergangsbetreuung.



unabhängige Finanz- u. Versicherungsberatung für Sprachheilpädagogen

Mosaik GmbH
 Tel.: 021 71/399230
 Fax.: 021 71/43434
 mosaik@t-online.de
 www.mosaik-gmbh.de

Für dbs-Mitglieder

Sonderprämien u. Tarife

- Private Krankenversicherung
- Verdienstausfallversicherung für Freiberufler
- Private Rentenversicherung / Basisrente
- Pensionskasse
- Riester-Rente für Angestellte
- Spezielle Berufsunfähigkeits-Absicherung
- Spezialrechtsschutz
- Berufshaftpflichtvers. ab 50,00 € netto jährlich
- Praxisinhaltsvers. inkl. Glas ab 50,00 € netto jährlich
- Alternative Anlageformen, Finanzierungen

Fordern Sie unseren Info-Coupon an!!



Kindliche Aphasie: Eine Fallbeschreibung

Acquired childhood aphasia: A single-case study

Caroline Schröder & Nicole Stadie, Potsdam

Zusammenfassung

Theoretischer Hintergrund

Obwohl sich die aphasische Symptomatik nach kindlicher Aphasie mehrheitlich innerhalb des ersten Jahres post onset zurückbildet, zeigen Verlaufsstudien auch langfristige Defizite u.a. beim Schriftspracherwerb, der Wortfindung, phonologischen Bewusstheit und im Arbeitsgedächtnis (u.a. Fiori et al. 2006).

Fragestellung/Ziele

Ziel der vorliegenden Arbeit ist eine überblicksartige Darstellung aktueller Fachliteratur zu Symptomatik und Verlauf kindlicher Aphasien. In der Beschreibung einer nicht-flüssigen kindlichen Aphasie bei einem sechsjährigen Mädchen wird der Frage nachgegangen, wie sich die allgemein sprachliche Symptomatik innerhalb des ersten Jahres post onset verändert und ob spezifische langfristige Defizite in der phonologischen Verarbeitung vorliegen.

Methode

Die Verlaufsuntersuchung des Erscheinungsbildes der kindlichen Aphasie erfolgte zu zwei Testzeitpunkten mittels Testverfahren zur Sprachentwicklung. Die Untersuchung der phonologischen Fähigkeiten erfolgte mit einer modellorientierten Aufgabensammlung zur Erfassung phonologischer und dyslektischer Störungen bei Kindern (PhoMo-Kids, Stadie/Schöppe i.V.).

Ergebnisse

Die Ergebnisse 10 Monate nach Beginn der Erkrankung zeigen einen deutlichen Rückgang der aphasischen Symptomatik in Wortverständnis, Wortabruf und Satzproduktion. Es liegen altersgerechte phonologische Verarbeitungsfähigkeiten vor, bis auf nicht altersgerechte Leis-

Abstract

Background

Most children suffering from acquired childhood aphasia recover during the first year post-onset. However, studies on the clinical course of the aphasia reveal persistent impairments for example in literacy acquisition, word finding, phonological awareness and working memory (for example Fiori et al. 2006).

Aims

The aim of this paper is to give an overview of currently relevant literature on symptoms and progression of acquired childhood aphasia. A case of non-fluent aphasia in a 6-year-old girl is presented. In this single-case study, we investigate how verbal abilities change during the first year post-onset and whether specific long-term deficits are seen in phonological processing.

Method

The child suffering from aphasia was assessed on two occasions using test procedures for language development. The patient's phonological abilities were assessed using model-orientated tasks for analyzing phonological and dyslectic impairments in children (PhoMo-Kids, Stadie/Schöppe in prep.).

Results

10 months post-onset, a clear decrease of aphasic symptoms was seen in word comprehension, word naming and sentence production. Phonological processing abilities were age-appropriate at this time, except for impaired performance in repeating words and non-words. For both types of stimuli, repetition was affected by item length.

tungen im Nachsprechen von Wörtern und Neologismen. Bei beiden Stimuli hatte die Itemlänge einen Einfluss auf die Anzahl korrekter Reaktionen.

Schlussfolgerungen

Bei dem dokumentierten Fall kindlicher Aphasie sind auch zehn Monate post onset aphasische „Restsymptome“ beobachtbar. Beeinträchtigte Nachsprecheleistungen und ein Längeneffekt weisen auf eine selektive Dysfunktion des phonologischen Arbeitsspeichers hin. Dieser Befund bestätigt, dass Defizite in phonologischen Verarbeitungsfähigkeiten infolge kindlicher Aphasie fortbestehen können, auch wenn andere aphasische Symptome sich bereits zurückgebildet haben. Da das phonologische Arbeitsgedächtnis von zentraler Bedeutung für die Lesentwicklung ist, stellt das beobachtete Defizit ein Risiko für den Schriftspracherwerb dar.

Schlüsselwörter

Kindliche Aphasie, Verlauf, kognitiv orientierte Untersuchung, phonologische Verarbeitung, Literaturüberblick

Conclusions

The case of acquired childhood aphasia examined in this study presented with residual aphasic symptoms pertaining to phonological processing abilities even ten months post-onset. Impaired repetition performance points to a selective deficit in the phonological output buffer. This is in line with the view that impairments in phonological processing following from acquired childhood aphasia may persist, although other aphasic symptoms have already recovered. Since phonological memory is a crucial component for reading development, the child is put at risk of experiencing difficulties in literacy acquisition.

Key words

Acquired childhood aphasia, recovery, cognitive orientated testing, phonological processing, overview of literature

1 Einleitung

In diesem Beitrag wird ein aktueller Überblick ausgewählter Studien zur Symptomatik kindlicher Aphasien dargestellt und über ein Kind mit Aphasie berichtet. Insbesondere in der deutschsprachigen Fachliteratur finden sich gegenwärtig relativ wenige Veröffentlichungen (z.B. Fiori et al. 2006, Loew/Böhringer 2002, Rother 2005), womöglich bedingt durch die geringe Prävalenz von Aphasien im Kindesalter. Nach Grimm (2003) beträgt der Anteil kindlicher Aphasien bei Sprachstörungen im Kindesalter nur etwa zwei Prozent. Der Bundesverband für die Rehabilitation der Aphasiker e.V. ermittelte in einer Hochrechnung in Kooperation mit Deutschlands neurologischen Rehabilitationskliniken für Kinder eine Inzidenzrate von ca. 3000 Aphasien jährlich bei Kindern und Jugendlichen bis zum 15. Lebensjahr (Bundesverband Aphasie 2009). Anders als bei Erwachsenen treten hierbei Hirninfarkte als Ursache nur sehr selten auf. Die Stiftung Deutsche Schlaganfallhilfe gibt für Deutschland eine Zahl von etwa 300 Fällen pro Jahr an (Deutsche Schlaganfallhilfe 2009). Häufigste Ursache für kindliche Aphasie sind Schädel-Hirn-Traumata, gefolgt von Tumoren, Infektionen sowie degenerativen Erkrankungen des Zentralnervensystems, das Landau-Kleffner-Syndrom und andere epileptische Erkrankungen (vgl. Rother 2005).

Viele der bisherigen Studien widmeten sich dem Thema überwiegend vor dem Hintergrund, kritische Phasen des Spracherwerbs und die neuronale Plastizität des Gehirns für Sprachfunktionen zu ergründen (z.B. Friede-

rici 1994). So wurde beispielsweise diskutiert, in welchem Alter sich die neuroanatomischen Korrelate zu den sprachlichen Funktionen entwickeln: Nach der sog. Äquipotentialitätshypothese von Lenneberg (1967) wird davon ausgegangen, dass beide Hemisphären des Gehirns von Geburt an funktional identisch sind und Sprachfunktionen erst im Verlauf des Spracherwerbs bis zum Einsetzen der Pubertät durch Abnahme der Beteiligung der rechten Hemisphäre linkshemisphärisch lateralisiert werden. Demzufolge könnten während dieser Phase bei einer Schädigung Funktionen der linken Hirnhälfte durch die rechte vollständig kompensiert werden. Ergebnisse neuerer Studien sprechen jedoch vielmehr für die sog. Invarianzhypothese nach Kinsbourne/Hiscock (1977), bei der für sprachliche Funktionen eine angeborene Prädisposition der linken Hemisphäre angenommen wird. Die Reorganisation des Sprachsystems erfolge im Falle einer Schädigung sprachrelevanter Areale durch nicht betroffene Hirnregionen derselben oder der rechten Hemisphäre, wobei die Kompensation nur begrenzt möglich sei (Satz/Lewis 1993).

Obgleich kindliche Aphasien ein seltenes Störungsbild darstellen, sind Studien zu deren Symptomatik und Verlauf von hoher Bedeutung für die Planung einer optimal auf die individuellen Störungsbilder der betroffenen Kinder ausgerichteten therapeutischen Intervention. In diesem Kontext ist auch das 2007 vom Bundesverband für die Rehabilitation der Aphasiker e.V. ins Leben gerufene Projekt „Beschulung aphasischer Kinder“ zu erwähnen, welches sowohl bundesweit über kindli-

che Aphasien aufklären soll, als auch konkrete Hilfen zum Umgang mit aphasischen Kindern in der Schule erarbeitet (Internetveröffentlichung, Bundesverband Aphasie 2009).

Im nachfolgenden Kapitel 2 wird die Symptomatik kindlicher Aphasien dargestellt, in Kapitel 3 wird der Verlauf einer kindlichen Aphasie bei einem sechsjährigen Mädchen während des ersten Jahres nach Beginn der Erkrankung beschrieben. Hierbei wird neben der Dokumentation allgemein sprachlicher Fähigkeiten insbesondere auf die detaillierte Darstellung und Interpretation spezifischer phonologischer Verarbeitungsfähigkeiten eingegangen. Dies erfolgt, weil phonologische Beeinträchtigungen bei kindlicher Aphasie besonders langfristig beobachtet werden und die schulische Ausbildung, d.h. vor allem den Schriftspracherwerb, erschweren (vgl. Aram/Ekelman 1988, Fiori et al. 2006, Pitchford 2000).

2 Identifizierung und Charakterisierung von kindlichen Aphasien

In der Fachliteratur herrscht relative Einigkeit darüber, dass „Kindliche Aphasie“ eine im Kindesalter erworbene Sprachstörung bezeichnet, die infolge einer hirnorganischen Schädigung eintritt, wobei vorab von einem unauffälligen Spracherwerb ausgegangen wird (z.B. Alajouanine/Lhermitte 1965, Van Hout 2003). Über die Mindestdauer des vorangegangenen unauffälligen Spracherwerbs herrscht jedoch Uneinigkeit: So beziehen einige Autoren in ihre

Studien Kinder mit ein, deren Hirnschädigung zwar postnatal, aber innerhalb des ersten Lebensjahres eintrat (vgl. Aram/Ekelman 1987, 1988, Martins/Ferro 1992), während andere nur dann über Kinder mit „kindlicher Aphasie“ berichten, wenn sie vier Jahre oder älter sind, d.h. die wichtigsten sprachlichen Meilensteine bezüglich Phonologie und Syntax bereits vollzogen wurden (z.B. Cooper/Flowers 1987, Hécaen 1976, Pitchford 2000). Van Hout (2003) vertritt die Ansicht, dass im Fall von kindlicher Aphasie die Sprachverluste eindeutig beobachtbar sein sollten, d.h. bei Kindern ab dem zweiten Lebensjahr. Die Autorin schlussfolgert, dass die bei Kindern beobachtbaren sprachlichen Beeinträchtigungen, welche infolge prä-, peri- oder postnataler Hirnschädigung vor dem zweiten Lebensjahr auftreten, sowie spezifische Sprachentwicklungsstörungen klar vom Begriff kindliche Aphasie abgegrenzt werden sollten.

2.1 Symptome und Diagnostik

In der relevanten Literatur vor den 1980er Jahren wird kindliche Aphasie als eine Störung in der expressiven Modalität beschrieben, bei welcher ausschließlich so genannte *negative* Symptome auftreten, die dem Bild einer nicht-flüssigen Aphasie bei Erwachsenen entsprechen (z.B. Alajouanine/Lhermitte 1965, Bernhard 1885, Collignon/Hécaen/Angelergues 1968, Guttman 1942). Zu den *negativen* Symptomen zählen neben Benennstörungen und agrammatischer Sprachproduktion ein – im Vergleich zu Erwachsenen – längeres und häufigeres Auftreten von Mutismus zu Beginn der Erkrankung, eine reduzierte Sprechinitiation (*Hypospontaneität*) sowie Dysarthrien (Van Hout 2003). Sog. *positive* Symptome bei Aphasie (z.B. Jargon, Logorrhoe mit Paraphasien, Stereotypien, Neologismen und Perseverationen) werden in der Literatur vor den 1980er Jahren nicht bei Kindern beschrieben und folglich als erwachsenentypisch bezeichnet (Satz/Lewis 1993). Erst seit den 1980er Jahren wurden im Rahmen von erstmals beobachteten flüssigen kindlichen Aphasien auch semantische und phonematische Paraphasien dokumentiert (u.a. Van Hout/Evrard/Lyon 1985). Störungen im Sprachverständnis wurden ebenfalls zunächst eher selten (Alajouanine/Lhermitte 1965), in späteren Studien jedoch während der Akutphase häufig beschrieben (Hécaen 1976, Dennis 1980). Hinsichtlich flüssiger Aphasien wird berichtet, dass Defizite im Sprachverständnis auch über ein Jahr hinaus beobachtbar bleiben (Van Hout et al. 1985), beim Landau-Kleffner-Syndrom stellen sie sogar das Kardinalsymptom dar (Kaga 1999).

Weiterhin ist sowohl bei flüssigen als auch bei nicht-flüssigen kindlichen Aphasien das Nachsprechen sehr häufig und meist langfristig beeinträchtigt (Aram/Ekelman 1988, Van Dongen/Loonen/VanDongen 1985). Ferner gelten Störungen der Schriftsprache (Alajouanine/Lhermitte 1965, Aram/Ekelman 1988, Cooper/Flowers 1987, Cranberg/Filley/Kart/Alexander 1987, Hécaen 1976, 1983, Paquier/DeSmet/Mariën/Poznanski/VanBogaert 2006) und damit assoziiert auch Defizite in der phonologischen Verarbeitung (Fiori et al. 2006, Pitchford 2000) als weitere Symptome einer kindlichen Aphasie. Aus der Literatur geht also hervor, dass auch bei kindlicher Aphasie sämtliche Symptome erwachsener aphasischer Probanden vorliegen können. Eine Einteilung in flüssige versus nicht-flüssige Aphasie scheint nach Martins/Ferro (1987) angemessen, obgleich flüssige Aphasien und Paraphasien im Kindesalter eher die Ausnahme darstellen.

Für die Diagnostik von kindlichen Aphasien liegen bislang keine speziell für Kinder entwickelten Testverfahren vor. Lediglich der *Token Test* (Orgass 1976) kann zur Differentialdiagnose ab fünf Jahren eingesetzt werden. Gutbrod/Michel (1986) haben für die deutsche Sprache Daten von Kindern mit Aphasie ($n=61$, Altersbereich 5;1-13;4 Jahre) und Kontrollkindern nach linkshemisphärischer ($n=28$, Altersbereich 7;0-13;10 Jahre) bzw. rechtshemisphärischer Schädigung ($n=56$, Altersbereich 5;1-13;7 Jahre) ohne Aphasie erhoben und publiziert. Die Autoren gehen für den Token Test von einer 90% Sicherheit aus, aphasische von nicht-aphasisch hirngeschädigten Kindern trennen zu können. Paquier et al. (2009) publizierten Normdaten für die niederländische Version des Token Test von 300 sprach- und hirngesunden Kindern (Altersbereich 6;0-16;0 Jahre), in der die Verteilung von Alter und Geschlecht berücksichtigt wird. Der Nutzen dieser Daten für die Diagnostik kindlicher Aphasien wurde bei 38 Kindern mit Aphasie untersucht. Hierbei zeigt sich, dass die Ergebnisse von 65% der Jungen und 80% der Mädchen mit Aphasie entweder auf bzw. unter der unteren 5% Grenze der Normstichproben lagen. Innerhalb des unteren Quartils lagen 91% der Jungen und 100% der Mädchen mit kindlicher Aphasie, weshalb sich die Autoren für den eindeutig klinischen Nutzen des Token Tests bei der Diagnostik von kindlichen Aphasien aussprechen. Da das Lösen der Aufgaben im Token Test sowohl Aufmerksamkeit als auch ein funktionstüchtiges Arbeitsgedächtnis erfordert, können schlechte Leistungen beim Durchführen des Token Test jedoch auch auf

Aufmerksamkeitsstörungen und/oder Defizite in der Merkleistung zurückgeführt werden, wie sie häufig bei kindlicher Aphasie beobachtet werden (Aram/Ekelman 1988).

2.2 Verlauf und Langzeitfolgen bei kindlicher Aphasie

Kindliche Aphasien galten häufig als vorübergehende Sprachstörungen, die sich aufgrund der neuronalen Plastizität im Kindesalter im Gegensatz zur Aphasie beim Erwachsenen schnell und vollständig zurückbilden (u.a. Alajouanine/Lhermitte 1965, Lenneberg 1967). Einige Verlaufsstudien haben gezeigt, dass bei der Mehrheit der betroffenen Kinder die aphasische Symptomatik tatsächlich innerhalb eines Jahres post onset nicht mehr nachweisbar ist und auch die spontansprachliche Kommunikation unauffällig erscheint (z.B. Aram/Rose/Rekate/Whitaker 1983, Cooper/Flowers 1987, Cranberg et al. 1987, Martins/Ferro 1992, Satz/Bullard-Bates 1981). Als entscheidende Einflussfaktoren für die Prognose kindlicher Aphasien werden die neuronale Plastizität und somit das Alter zu Beginn der Hirnschädigung diskutiert, sowie der Läsionsort, die Läsionsgröße und auch die Ätiologie (vgl. Lenneberg 1967, Martins/Ferro 1992, Martins 2004). Die Einflussstärke der einzelnen Faktoren bleibt aufgrund der relativ geringen Anzahl an Studien vage. Daher sind zuverlässige Aussagen zur Prognose im Einzelfall noch nicht möglich. Jedoch zeigen die Analysen von Martins und Ferro (1992) sowie Martins (2004), dass kindliche Aphasien mit einem positiven Verlauf, d.h. einer vollständigen Rückbildung der Symptomatik, assoziiert sind, wenn sie vor dem achten Lebensjahr eintreten, ausschließlich anteriore Hirnareale geschädigt und temporale erhalten sind, wenn der Aphasietyp nicht-flüssig ist und anfänglich eine mutistische Periode und ein intaktes Sprachverständnis vorliegen. Ein gestörtes Sprachverständnis, infektiöse Ätiologien und die Schädigung der Wernicke-Region gehen hingegen mit einer schlechten Prognose, d.h. einer unvollständigen Wiedergewinnung sprachlicher Fähigkeiten, einher.

Die von Lenneberg (1967) postulierte Annahme einer vollständigen Rückbildung aphasischer Symptome vor dem Erreichen der Pubertät kann häufig nicht bestätigt werden. So zeigen vertiefende Untersuchungen zur Sprachverarbeitung mehrere Jahre nach dem Beginn einer kindlichen Aphasie auch bei Fällen deutlicher Besserung der aphasischen Symptome weiterhin neuropsychologische und linguistische „Restsymptome“, die insbesondere den schulischen Werdegang der Kinder nega-

tiv beeinflussen (vgl. Aram/Ekelman 1988). Chilosì et al. (2008: 220) sprechen in diesem Zusammenhang von einer „illusory recovery“. Häufig persistierende Symptome sind:

- Wortfindungsstörungen (z.B. Aram/Ekelman/Whitaker 1987, Lehečková 2004)
- Störungen der phonologischen Bewusstheit und Arbeitsgedächtnisdefizite (z.B. Aram/Ekelman/Fletcher 1988, Fiori et al. 2006, Martins 2004, Pitchford 2000)
- Störungen der Schriftsprache (Alajouanine/Lhermitte 1965, Aram/Ekelman 1988, Hécaen 1983, Fiori et al. 2006, Lehečková 2004, Pitchford 2000)
- Schwierigkeiten im Verständnis und in der Produktion syntaktisch komplexer Äußerungen (Aram/Ekelman 1988, Coopers/Flowers 1987, Cranberg et al. 1987).

Van Hout (2003: 653) fasst zusammen: „[...] *acquired childhood aphasia does not have the uniformly good prognosis that was formerly taken for granted. Overt or subclinical language disorders may persist long term and, as a rule, there are learning disabilities*“. Deshalb sollten auch Jahre nach dem Beginn der Erkrankung und bei zunächst scheinbar vollständiger Rückbildung der kindlichen Aphasie detaillierte Verlaufsuntersuchungen durchgeführt werden, um Leistungseinbrüche während der Schule entweder vorzubeugen, oder aber frühzeitig zu erkennen und zu behandeln.

Im Folgenden werden zwei aktuelle Fallstudien (Fiori et al. 2006, Pitchford 2000) vorgestellt. Diese widmen sich langfristigen Auswirkungen kindlicher Aphasien auf schriftsprachliche und damit assoziierte Fähigkeiten der phonologischen Bewusstheit und des phonologischen Arbeitsgedächtnisses – Fähigkeiten, die grundlegend für schulisches Lernen sind.

2.3 Fallstudien von Pitchford (2000) und Fiori et al. (2006)

Pitchford (2000) untersuchte in einer multiplen Einzelfallstudie fünf Probanden, die im Alter von 2;10 bis 6;8 Jahren cerebrovaskuläre Insulte mit kindlicher Aphasie erlitten. In einer Untersuchung zu schriftsprachlichen Fähigkeiten, die bei allen Probanden mehrere Jahre post onset (3;2 – 9;4 Jahre) stattfand, wurden alle Kinder als nicht-aphasisch eingestuft. Allerdings zeigten die Probanden Leseschwierigkeiten, welche in drei Fällen (WC, WH, RH) auf allgemeine kognitive oder sprachliche Einschränkungen und in zwei Fällen (DB, GW) auf spezifisch phonologische Defizite zurückgeführt wurden. In Tabelle 1 sind die Ergebnisse veranschaulicht. Das Lesealter war bei WC (9;2 Jahre alt) um 1;11 Jahre bei VH (9;3 Jahre alt) um 2;11 Jahre verzö-

gert, wobei beide Kinder einen signifikant höheren nonverbalen als verbalen Intelligenzquotienten aufwiesen (vgl. Tab. 1). Die Leistungen beim auditiven Wortverständnis, Benennen, bei der Phonemsegmentierung und bei der Prüfung des phonologischen Arbeitsgedächtnisses waren altersgerecht. Dennoch vermutet Pitchford (2000, 141) aufgrund der großen Diskrepanz des verbalen und nonverbalen IQs, dass die schlechten Leseleistungen von WC und VH auf allgemeine Defizite in der Verarbeitung verbaler Informationen zurückzuführen sind, welche seiner Ansicht nach eine Entwicklungsdyslexie erwarten ließen. Gegensätzlich dazu führte Pitchford das um 6 Jahre verzögerte Lesealter des Jugendlichen RH (16;0 Jahre alt) auf spezifische lexikalische Defizite zurück. RHs verbaler sowie nonverbaler Intelligenzquotient war im Bereich der Lernbehinderung (vgl. Tab. 1) angesiedelt. Trotz dieser kognitiven Einschränkungen erreichte RH in den Aufgaben zur Überprüfung der Funktionsfähigkeit des phonologischen Arbeitsgedächtnisses und der Phonemsegmentierung unauffällige Werte, hingegen waren seine Leistungen im Wortverständnis und Benennen beeinträchtigt. RHs Leseniveau für Wörter (GPK-regelmäßig und -unregelmäßig) sowie für Neologismen wurde mit einer jüngeren, hinsichtlich des Sprachverständnis parallelisierten Kontrollgruppe verglichen und erwies sich in diesem Vergleich als unauffällig. Pitchford geht daher bei RH nicht von einer spezifischen Dyslexieform aus, sondern postuliert eine Verzögerung der Lesefähigkeiten bedingt durch den lexikalischen Entwicklungsstand.

Spezifische Erscheinungsformen entwicklungsbedingter Lesestörungen vermutet Pitchford (2000) bei den Kindern DB und GW (9;9 bzw. 15;4 Jahre alt), die beide Intelligenzquotienten im Normalbereich aufwiesen. Bei den Untersuchungen zeigten beide ein deutlich verzögertes Lesealter (DB: 2;3 bzw. GW 8;6 Jahre verzögert), während in den Aufgaben zu auditivem Wortverständnis, Benennen sowie zur auditiven Merkspanne altersgerechte Leistungen vorlagen. Lediglich die Leistungen in der Phonemsegmentierung unterschieden sich überzufällig von der altersangeglichenen Kontrollgruppe, so dass ein spezifisch phonologisches Defizit vermutet wurde. Daher wurden die Leistungen im Lesen von Wörtern und Neologismen mit einer jüngeren, sprachlich unauffälligen Kontrollgruppe verglichen, die gleiche Fähigkeiten in der Phonemsegmentierung aufwiesen wie DB bzw. GW. Im Lesen von Wörtern waren DBs und GWs Leistungen ähnlich gut wie die der Kontrollgruppe. Neologismen hingegen wurden von DB nur zu 28%

bzw. von GW zu 40% korrekt gelesen, diese Leistungsprofile unterschieden sich signifikant von denen der jeweiligen Kontrollgruppe. Die relativ guten Leseleistungen bei Wörtern im Gegensatz zu Neologismen sowie die Defizite in der Phonemsegmentierung interpretierte Pitchford als typisches Profil einer spezifisch phonologischen Entwicklungsdyslexie, bei der die segmentale Leseroute nicht funktionsfähig ist (vgl. Snowling/Hulme 1989, Temple/Marshall 1983). Pitchford geht also bei beiden Probanden (DB, GW) von defizitären Graphem-Phonem-Verbindungen aus, die ursächlich auf die beeinträchtigte phonologische Bewusstheit zurückzuführen sind. Zusammengefasst zeigten sich bei den von Pitchford untersuchten Probanden mehrere Jahre nach dem Beginn einer kindlichen Aphasie Erscheinungsformen von Entwicklungsdyslexien, die bei zwei Probanden (WC, VH) mit einem stark unterdurchschnittlichen verbalen Intelligenzquotienten verbunden waren, bei einem (RH) mit Defiziten in der lexikalischen Entwicklung und bei zwei weiteren (DB, GW) mit einem selektiven Defizit in der Phonemsegmentierung.

In der Fallstudie von Fiori et al. (2006) wurden die Schriftsprachkompetenzen des deutschsprachigen Jungen CK untersucht. Dieser erlitt im Alter von 6;3 Jahren einen links-hemisphärischen Infarkt und zunächst eine globale Aphasie. Nach einem Jahr intensiver Sprachtherapie waren keine aphasischen Symptome mehr erkennbar. Leider berichten die Autoren weder über Therapieinhalte noch über verwendete Verfahren zur Einschätzung der Aphasierückbildung. Da CK jedoch beim Lesen und Schreiberwerb im Schulunterricht deutliche Schwierigkeiten zeigte, wurde er mit 9;2 Jahren von Fiori und Mitarbeitern umfassend hinsichtlich seiner kognitiven und sprachlichen Fähigkeiten untersucht. Fiori et al. (2006, 260) berichten: „*A rapid recovery of spoken language abilities was found, whereas later on an inability to learn reading and writing within the normal teaching procedures at school emerged. This is in line with the other studies (Pitchford/Funnel 1999, Roman et al. 2003), demonstrating that early left hemispheric lesion might result in a severe reading deficit even in the absence of spoken language deficits*“.

In Tabelle 1 sind die Ergebnisse zusammengefasst. Die mit dem Salzburger Lese- und Rechtschreibtest (SLRT, Landerl/Wimmer/Moser 1997) ermittelten Befunde verdeutlichen, dass CK meist versuchte, Wörter segmental, d.h. einzelheitlich Graphem für Graphem, zu „erlesen“. Seine Äußerungen waren dabei häufig fehlerhaft und stellten phono-

| | Ergebnisse aus Pitchford (2000) | | | | | Ergebnisse aus Fiori et al. (2006) | |
|--|---------------------------------|--------|--------|--------|--------|---|-------|
| | WC | WH | RH | DB | GW | | CK |
| Alter in Jahren bei Testung | 9;2 | 9;3 | 16;0 | 9;9 | 15;4 | Alter in Jahren bei Testung | 9;2 |
| Lesealter in Jahren (BAS, Elliot/Murray/Pearson 1983) | 7;3 | 6;4 | 10;0 | 7;6 | 6;10 | Lesen (SLRT, Landerl et al. 1997) | B |
| IQ, nonverbal/verbal (WISC-R, Wechsler 1974) | 87/65 | 92/70 | 75/74 | 86/86 | 95/98 | IQ, verbal: einzelheitliches/ganzheitliches Denken (K-ABC, Kaufman/Kaufman 1994) | 69/87 |
| auditives Wortverständnis (BPVS, Dunn et al. 1982) | N | N | B | N | N | auditives Sprachverständnis (Token Test, Orgass 1976) | N |
| Benennen (n=42 Bilder aus BPVS) | N | N | B | N | N | Benennen (eigenes Material) | N |
| auditive Merkspanne (WISC-R, Wechsler 1974) | N | N | N | N | N | auditive Merkspanne (K-ABC, Kaufman/Kaufman 1994, WISC-III, Wechsler 1991) | N |
| Phonemsegmentierung (Phonemidentifikation und -elision, Test nach Stuart, pers. Kommunikation) | N | N | N | B | B | Phonologische Verarbeitung (Screening nach Dressler 2000) - Aud. lex. Entscheiden - Phonemdifferenzierung - Phonem- und Reimdetektion - Reimproduktion - Beurteilen von Wortlänge - Ergänzen fehlender Laute | N |
| Lesen (eigenes Material von Pitchford)* - Wörter - Neologismen | - - | - - | N N | N B | N B | - Benennen aller Laute eines Wortes - Lautsynthese (ITPA, Hammill/Mather/ Roberts 2001) | B |

Tab. 1: Zusammenfassung der Ergebnisse aus Pitchford 2000 (links) und Fiori et al. 2006 (rechts)

N = Normalbereich; B = beeinträchtigt, BAS = British Ability Scales, SLRT = Salzburger Lese- Rechtschreibtest, WISC = Wechsler Intelligence Test for Children, K-ABC = Kaufman Assessment Battery for Children, BPVS = British Picture Vocabulary Scale, ITPA = Illinois Test of Psycholinguistic Abilities, * = angepasst nach lexikalischen (für RH) bzw. Phonemsegmentierungsfähigkeiten (für DB, GW)

logisch ähnliche Wörter dar. Hinweise für die Anwendung einer lexikalischen Lesestrategie, d.h. das ganzheitliche Erkennen eines Wortes, gab es laut Fiori et al. nur selten. Fiori und Mitarbeiter untersuchten die phonologischen Verarbeitungsfähigkeiten von CK mit einem Screeningverfahren nach Dressler (2000). Es wurden Aufgaben zum auditiven lexikalischen Entscheiden, zur Phonemdifferenzierung, zur Phonem- und Reimdetektion, zum Beurteilen von Wortlänge, zur Reimproduktion und zum Ergänzen von fehlenden Lauten in Wörtern durchgeführt, wobei CK in allen Aufgaben unauffällige Leistungen zeigte. Gegensätzlich dazu war CK nicht in der Lage, die Laute eines Wortes zu benennen (0% korrekt), auch zeigte er unterdurchschnittliche Leistungen beim Zusammenziehen von Lauten zu Wörtern (Standardwert = 83). Bei letzterer Aufgabe zeigte sich jedoch, dass CK bis zu drei Laute korrekt zusammenfügen konnte und nur Fehler bei Vorgaben von mehr als drei Stimuli machte. Die Autoren schlussfolgerten, dass die Leistung von der An-

forderung an die Kapazität des phonologischen Arbeitsgedächtnisses beeinflusst wurde. Das bei CK beobachtete individuelle Leistungsprofil sowie seine unterdurchschnittlichen Leistungen beim Nachsprechen ließen Fiori und Mitarbeiter auf ein starkes Defizit im phonologischen Arbeitsgedächtnis schließen. Dieses wiederum behinderte ihrer Ansicht nach den Aufbau einer segmentalen Leseroute, mit der mehr als drei Grapheme erlesen werden können. Folglich bestand das Ziel der Therapie in der Erarbeitung einer kompensatorischen Lesestrategie, bei der die Beanspruchung des Arbeitsgedächtnisses reduziert wurde. Hierfür wurde mit CK zunächst ein Sichtwortschatz für ausgewählte Wörter erarbeitet. In einem nächsten Schritt wurden die geübten Wörter in Silben segmentiert, die CK erkennen und lesen lernte. Auf Grundlage dieser silbischen Einheiten verbesserte sich CKs Leseleistung in der Testung hochfrequenter Wörter, Neologismen und kurzer Texte (SLRT, Landerl et al. 1997) signifikant und stabil (zwei Monate nach Beendigung der Therapie).

Zusammengefasst verdeutlichen die Fallstudien von Pitchford (2000) und Fiori et al. (2006), dass nach kindlicher Aphasie selektive Defizite in der phonologischen Verarbeitung bzw. in der phonologischen Bewusstheit auftreten können. Die Erscheinungsform sog. phonologischer Entwicklungsdyslexien wurden sowohl bei intakten Leistungen des Arbeitsgedächtnisses (vgl. DB, GW, Pitchford 2000), als auch bei Defiziten des Arbeitsspeichers (vgl. CK, Fiori et al. 2006) beobachtet.

2.4 Zusammenfassung

Kindliche Aphasie bezeichnet eine infolge einer Hirnschädigung erworbene Sprachstörung. Für die Diagnosestellung fordert Van Hout (2003) die eindeutige Beobachtung von Verlusten bereits entwickelter Sprachfähigkeiten, d.h. die betroffenen Kinder sollten zum Zeitpunkt der Hirnläsion mindestens zwei Jahre alt gewesen sein. Während in früheren Studien ausschließlich nicht-flüssige kindliche Aphasien mit sog. *negativen* Symptomen (z.B. Mutismus, Hypo-

spontaneität, Anomie, Dysarthrien und Agrammatismus) beschrieben wurden, finden sich bei Van Hout et al. (1985) auch Darstellungen von flüssigen Erscheinungsbildern bei kindlicher Aphasie. Martins und Ferro (1987) postulieren aufgrund der Datenlage das Auftreten aller Erscheinungsformen, die auch bei erwachsenen Aphasien beobachtbar sind. Ergebnisse aus Fallstudien zu kindlicher Aphasie verdeutlichen vor allem persistierende Auffälligkeiten bei der Schriftsprachverarbeitung – auch mehrere Jahre nach Rückbildung anderer kindlich-aphasischer Symptome. Zusätzlich zu den Störungen beim Lesen und/oder Schreiben können spezifische Störungen bei der phonologischen Verarbeitung auftreten (vgl. Pitchford 2000, Fiori et al. 2006). Zahlreiche Befunde in der Literatur (u.a. Bradley/Bryant 1983, Gathercole/Alloy/Willis/Adams 2006) haben immer wieder gezeigt, dass sowohl Fähigkeiten der phonologischen Bewusstheit als auch Kapazitäten des phonologischen Arbeitsgedächtnisses entscheidende Fertigkeiten für den Schriftspracherwerb bilden bzw. sog. Vorläuferfertigkeiten darstellen. In diesem Zusammenhang scheint es wichtig, besonders eben auch bei Kindern mit kindlicher Aphasie derartige zentrale Fähigkeiten frühzeitig und detailliert zu erfassen. Die Untersuchungsverfahren, welche momentan zur Ermittlung und Beschreibung allgemein sprachlicher Fähigkeiten bei kindlicher Aphasie verwendet werden, deren Befunde übrigens auch die Grundlage therapeutischer Maßnahmen bilden, sind ursprünglich für die Erfassung von Störungen in der Sprachentwicklung (z.B. Patholinguistische Diagnostik bei Sprachentwicklungsstörungen, Kauschke/Siegmüller 2002, Psycholinguistischer Entwicklungstest, Angermaier 1974, SETK, Grimm 2000) oder für Erwachsene (z.B. AAT, Huber/Poeck/Weniger/Willmes 1983, ACL, Kalbe/Reinhold/Ender/Kessler 2002, LeMo, DeBleser/Cholewa/Stadie/Tabatabaie 2004) konzipiert. Für die Differenzialdiagnose von kindlicher Aphasie kann für Kinder ab dem fünften Lebensjahr der Token Test (Orgass 1976) verwendet werden.

3 Fallbeschreibung: Julia¹

Ziel und Inhalt dieses dritten Kapitels ist die Beschreibung des Erscheinungsbildes einer kindlichen Aphasie bei einem sechsjährigen deutschsprachigen Mädchen innerhalb des ersten Jahres post onset. Das Mädchen wurde zweimal, zu zwei unterschiedlichen Messzeitpunkten, untersucht. Die 1. Untersuchung fand 5-10

Wochen, die 2. Untersuchung zehn Monate nach dem Schlaganfall im Alter von 6;4 Jahren statt und wurde mit unterschiedlichen Verfahren zur Sprachentwicklung durchgeführt. Darüber hinaus wurde während der 2. Untersuchung eine ausführliche Diagnostik phonologischer Verarbeitungsfähigkeiten durchgeführt. Mit den dabei gewonnenen Befunden sollte einerseits der Verlauf dokumentiert werden, d.h. die Dokumentation, inwieweit sich das allgemein sprachliche Leistungsprofil zehn Monate nach Beginn der kindlichen Aphasie verändert bzw. nicht verändert hat, andererseits sollte die spezifische Frage untersucht werden, ob und wenn ja in welcher Form sich zehn Monate post onset bei dem Kind Defizite in der phonologischen Verarbeitung nachweisen lassen.

3.1 Das Mädchen mit Aphasie

Julia erlitt im Alter von 5;6 Jahren einen kompletten thrombotischen Verschluss der linken Arteria carotis interna. Abbildung 1 zeigt eine MRT-Aufnahme zwei Tage post onset. In der Diffusionsgewichtung sind Hyperintensitäten im linken anterioren Medialstromgebiet mit Beteiligung der Basalganglien ohne Mittellinienverlagerung erkennbar. Das Läsionsgebiet umfasst etwa ein Drittel bis die Hälfte des linken Medialstromgebietes. Vier Stunden nach Eintritt der Symptomatik war stationär mit einer thrombolytischen Therapie mit rTPA über insgesamt fünf Tage begonnen worden, die jedoch die Nekrose der betroffenen Hirngebiete nicht verhindern konnte. So ist auch im MRT sechs Monate nach dem Ereignis eine Läsion gleichen Ausmaßes erkennbar. Eine Thrombophiliediagnostik ergab als vermutliche Ursache für den Infarkt einen erhöhten Lipoprotein-a-Wert, der eine verstärkte Blutgerinnung bewirkt.

Nach dreitägigem Mutismus zeigte Julia eine nicht-flüssige kindliche Aphasie. Im Rahmen ei-

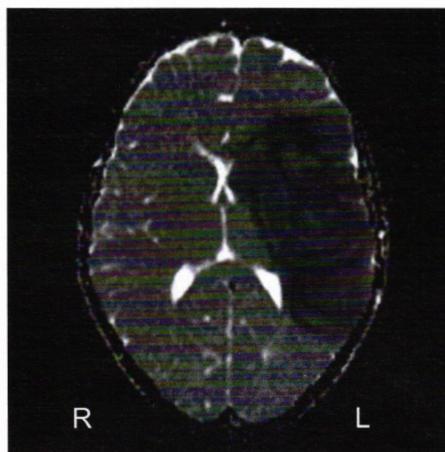


Abb. 1: Diffusionsgewichtetes MRT horizontal 2 Tage post onset

ner neuropsychologischen Untersuchung konnten Beeinträchtigungen in der Aufmerksamkeit (KITAP – Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung für Kinder, Zimmermann/Gondan/Fimm 2002) und in den nonverbalen Denkleistungen (Colored Progressive Matrices, Raven 1998) ausgeschlossen werden. Julia wird seit Beginn ihrer Erkrankung sprachtherapeutisch sowie, aufgrund der schlaffen Hemiparese rechts, physio- und ergotherapeutisch behandelt.

3.2 Verwendete Untersuchungsverfahren

Aufgrund fehlender, spezifisch für kindliche Aphasie entwickelter Untersuchungsverfahren wurden für die Prüfung allgemein sprachlicher Fähigkeiten Sprachentwicklungstests verwendet. Julia wurde mit der *Patholinguistischen Diagnostik bei Sprachentwicklungsstörungen* (PDSS, Kauschke/Siegmüller 2002), einigen Untertests des *Sprachentwicklungstests für drei- bis fünfjährige Kinder* (SETK 3-5, Grimm 2000: *Verstehen von Sätzen* und *Gedächtnisspanne für Wortfolgen*) sowie mit dem Untertest *Zahlenfolgen* aus dem *Psycholinguistischen Entwicklungstest* (PET, Angermaier 1974) untersucht. Die Klassifizierung der Leistungen in der PDSS (Normalbereich, auffälliger bzw. stark auffälliger Bereich) erfolgte auf der Grundlage der Auswertungsraster nach Kauschke/Siegmüller (2002).

Die Untersuchung spezifischer Fähigkeiten bei der phonologischen Verarbeitung wurde mit den für Vorschulkinder relevanten Aufgaben aus *PhoMo-Kids* (Stadie/Schöppe i.V.) durchgeführt (vgl. Tab. 2: Diskriminieren von Quatschwortpaaren, Detektieren von Lauten/Silben, lexikalisches Entscheiden, Zusammenziehen von Silben und Nachsprechen von Wörtern, Quatschwörtern; vgl. auch Stadie/Keim/DeBleser 2003.). Die Aufgabensammlung *PhoMo-Kids* wurde auch deshalb gewählt, da sie Kontrolldaten von Kindern im Vorschulalter bis zur 3. Schulklasse enthält, sodass eine systematische Verlaufsdokumentation von Julias Fähigkeiten weiterhin möglich sein wird. Außerdem bietet *PhoMo-Kids* eine modellorientierte Interpretation der Ergebnisse und somit die Bestimmung funktionaler Störungsorte auf der Grundlage eines Sprachverarbeitungsmodells. In der vorliegenden Untersuchung wurden Julias Leistungen mit denen von Kontrollgruppen aus der Vorschule verglichen (n=16-51 Kinder, Alter: Mittelwert: 5;11 Jahre, Bereich: 5;0-6;8 Jahre²). Die mit den Kontrollkindern erhobene Anzahl

² Die Kontrollkinder (Geburt nach der 37. SSW) besuchten eine Vorschulgruppe, waren monolingual deutschsprachig und befanden sich nicht in sprachtherapeutischer Behandlung.

¹ Name geändert

| PhoMo-Kids Aufgabe | Teilsystem, dessen Funktionsfähigkeit für die Lösung angenommen wird | n= | *Kontrollgruppe | |
|------------------------------------|--|----|-----------------|------|
| | | | *=* | *<* |
| Diskriminieren | | | | |
| A1: von Quatschwortpaaren, auditiv | Auditive Identifikation von Sprache | 36 | 28-36 | 0-27 |
| A2: von Wortlänge, auditiv | Phonologischer Arbeitsspeicher (Input) | 20 | 9-20 | 0-8 |
| Detektieren | | | | |
| A3: von Reimwortpaaren, auditiv | Auditiver Parser (Reim) | 32 | 20-32 | 0-19 |
| A4: von Lauten in Wörtern, auditiv | Auditiver Parser (Phonem) | 40 | 19-40 | 0-18 |
| A5: von Silben in Wörtern, auditiv | Auditiver Parser (Silbe) | 40 | 21-40 | 0-20 |
| Lexikalisches Entscheiden | | | | |
| A6: Wort/Quatschwort, auditiv | Phonologisches Input-Lexikon | 40 | 31-40 | 0-30 |
| Zusammenziehen | | | | |
| A8a/b: von Silben | APK, Synthese | 20 | 9-20 | 0-8 |
| Nachsprechen | | | | |
| A9: von Wörtern | Phonologisches Input- und Output-Lexikon | 40 | 35-40 | 0-34 |
| A10: von Quatschwörtern | Phonologischer Arbeitsspeicher (Output) | 40 | 31-40 | 0-30 |
| A13: mit Reim | Phonologisches Output-Lexikon | 24 | 15-24 | 0-14 |

Tab. 2: Übersicht über die für Vorschulkinder (n=16-51, 5;11 Jahre; 5;0-6;8) relevanten Aufgaben aus PhoMo-Kids (Stadie/Schöppe i.V.)

*Anzahl korrekter Reaktionen: *=*: innerhalb der Kontrollgruppe; *<*: signifikant unterhalb der Kontrollgruppe

korrekter Reaktionen für jede PhoMo-Kids Aufgabe bildete die Grundlage der schätzstatistischen Berechnung des sog. Kontrollbereichs für jede PhoMo-Kids Aufgabe. Die statistische Analyse (ein- und zweiseitige Berechnung) erfolgte mithilfe eines für die kognitiv-neuropsychologische Einzelfallforschung entwickelten Programms (vgl. *SINGLIMS*, Crawford/Garthwaite 2002). Wenn sich die Leistung beim Lösen einer PhoMo-Kids Aufgabe signifikant von der Kontrollgruppe unterscheidet, wird sie als nicht altersgerecht eingestuft (vgl. Tab. 4), Leistungen, die sich nicht überzufällig von den entsprechenden Testwerten der Kontrollgruppe unterschieden, werden dagegen als altersgerecht interpretiert (vgl. Tab. 4). Dissoziierende Leistungsmuster zwi-

schen zwei Aufgaben wurden angenommen, wenn sich die Dissoziation auch signifikant von der Diskrepanz zweier Testwerte einer Kontrollgruppe unterscheidet (vgl. *DISSOCS-BAYES*, Crawford/Garthwaite 2007). Für den Vorher-Nachher-Vergleich von Leistungen wurde der non-parametrische McNemar-Test verwendet.

3.3 Beschreibung der Ergebnisse

Erste Untersuchung: 5-10 Wochen post onset

In Tabelle 3 sind die Ergebnisse von Julia zum ersten Messzeitpunkt (vgl. 1. Untersuchung) illustriert. In der Untersuchung mit dem SETK 3-5 (Grimm 2000) lagen Julias Leistungen im

Ausagieren der Aufforderungen aus dem Untertest *Verstehen von Sätzen* im Normalbereich (t=49), in der *Gedächtnisspanne für Wortfolgen* jedoch waren ihre Leistungen mit einer Blockspanne von zwei Wörtern nicht altersgerecht. Julias Leistungen in einigen Untertests der PDSS (Kauschke/Siegmüller 2002) sehen wie folgt aus: In der *Wortproduktion für Verben* erzielte sie 4/10 korrekte, bei *Adjektiven* 13/17 korrekte, bei *Nomen (Lautbefund)* 45/84 korrekte, bei der *Produktion von Pluralmarkierungen* erreichte sie 2/9 korrekte und bei der *Wortproduktion Präpositionen* konnte Julia keine einzige korrekte Äußerung erzielen. Eine Fehleranalyse der zu benennenden Nomen des Untertests *Lautbefund* zeigte, dass Julia überwiegend semantische Paraphasien (43%) und weniger phonematische Paraphasien (26%) produzierte. Seltener traten Nullreaktionen oder Gestik (13%), Umschreibungen (10%) und Neologismen (8%) auf. Bei der Prüfung von Verständnisleistungen, z.B. *Wortverständnis für Verben*, zeigte Julia 13/20 korrekte Reaktionen, für *Präpositionen* 5/7 korrekte, für *Adjektive* 17/19 und für *Nomen* 19/20 korrekte Reaktionen. Die mittlere Äußerungslänge (MLU) im Untertest *Satzproduktion zu Situationsbildern* (PDSS) war mit 1,8 Wörtern pro Phrase in Anlehnung an Clahsen (1986) stark reduziert und nicht altersgerecht. Clahsen (1986) postuliert, dass Kinder ab 3;6 Jahre in Phase V der syntaktischen Entwicklung sind und bereits eine MLU von vier Wörtern pro Phrase haben.

Insgesamt sprechen die Befunde der ersten Untersuchung für das Erscheinungsbild einer eher nicht-flüssigen Aphasie sowie für eine Beeinträchtigung der verbalen Gedächtnisleistungen.

Zweite Untersuchung: 10 Monate post onset

Die Ergebnisse der zweiten Untersuchung zur Dokumentation des Verlaufs sind in Tabelle 3 (vgl. 2. Untersuchung) zusammengefasst. Hierbei zeigt sich, dass Julias Merkleistung von drei Wörtern im Untertest *Gedächtnisspanne für Wortfolgen* des SETK 3-5 Wörtern weiterhin im unterdurchschnittlichen Bereich liegt. Obwohl der SETK 3-5 nun nicht mehr für Julias Alter (6;4 Jahre) normiert ist, kann einer Metaanalyse von Dempster (1981, zit. n. Grimm 2000) entnommen werden, dass sprachunauffällige sechsjährige Kinder sowohl für Wörter als auch für Zahlen über eine Gedächtnisspanne von vier Items verfügen. Auch in der Prüfung der *Zahlenfolgen* im PET (Angermaier 1974) zehn Monate nach Beginn der Erkrankung

| Testname | n= | 1. Untersuchung | | | | 2. Untersuchung | | | |
|--|----|-----------------|----|--------|----|-----------------|----|--------|-----|
| | | Anzahl, korrekt | L | t-Wert | PR | Anzahl, korrekt | L | t-Wert | PR |
| SETK 3-5 (Grimm 2000) | | | | | | | | | |
| Verstehen von Sätzen | 15 | 11 | N | 49 | 46 | n.d. | | | |
| Gedächtnisspanne für Wortfolgen | | 2 | UD | - | - | 3 | UD | - | - |
| PET (Angermaier 1974) | | | | | | | | | |
| Zahlenfolgen | | n.d. | | | | 8 | UD | 23 | 0,4 |
| Patholinguistische Diagnostik bei Sprachentwicklungsstörungen (Kauschke/Siegmüller 2002) | | | | | | | | | |
| Wortproduktion | | | | | | | | | |
| Nomen (Lautbefund) | 84 | 45 | - | - | - | 80 | - | - | - |
| Verben | 10 | 4 | SA | - | - | 6 | A | - | - |
| Adjektive | 17 | 13 | SA | - | - | 17 | N | - | - |
| Präpositionen | 7 | 0 | - | - | - | 6 | - | - | - |
| Wortverständnis | | | | | | | | | |
| Nomen | 20 | 19 | N | - | - | 20 | N | - | - |
| Verben | 20 | 13 | SA | - | - | 19 | N | - | - |
| Adjektive | 19 | 17 | A | - | - | 19 | N | - | - |
| Präpositionen | 7 | 5 | SA | - | - | 7 | N | - | - |
| Verständnis syntaktischer Strukturen | 12 | 11 | - | - | - | 11 | - | - | - |
| Satzproduktion zu Situationsbildern, mittl. Äußerungslänge in Wörtern/Phrase | - | 1,8 | - | - | - | 6,9 | - | - | - |
| Produktion von Pluralmarkierungen | 9 | 2 | SA | - | - | 4 | SA | - | - |

Tab. 3: Ergebnisse in der Überprüfung allgemein sprachlicher Fähigkeiten: Anzahl korrekter Reaktionen und testspezifische Leistungsklassifikationen

PR = Prozentrang, L = Leistungsbereich, N = Normalbereich, UD = unterdurchschnittlich, n.d. = nicht durchgeführt, A = auffälliger Bereich, SA = stark auffälliger Bereich

erreichte Julia lediglich eine Merkspanne von drei Items. Der dabei erzielte Prozentrang von 0,4 verweist auf eine deutlich unterdurchschnittliche Leistung (vgl. Tab. 3).

In den Untertests der PDSS zur *Wortproduktion* erzielte Julia bei *Nomen (Lautbefund)* und *Präpositionen* überzufällige Verbesserungen ($p=.004$ bzw. $p=.031$, McNemar). Bei der Produktion von *Verben* erreichte sie in der Folgeuntersuchung 6/10, bei *Adjektiven* 17/17 korrekte Reaktionen. Diese tendenziellen Anstiege sind statistisch nicht signifikant. Julias Leistung in der *Produktion von Pluralmarkierungen* blieb weiterhin stark auffällig (4/9 korrekt; $p.> 1.0$, McNemar). Beim Benennen der Nomina des Untertests *Lautbefund* zeigte Julia nun 80/84 korrekte Reaktionen, wobei drei semantische Paraphrasen und

eine Nullreaktionen, jedoch keine phonematische Paraphrasen und/oder Neologismen registriert wurden. Deutliche Verbesserungen zeigte Julia im Untertest *Satzproduktion zu Situationsbildern*, da die mittlere Äußerungslänge von insgesamt 1,8 auf 6,9 Wörter pro Phrase anstieg. Dabei zeigten sich jedoch weiterhin Wortfindungsstörungen, entweder durch bis zu fünf Sekunden andauernde Pausen oder durch Wortwiederholungen. Beim Wortverständnis zeigten sich signifikante Verbesserungen im Vergleich zur Erstuntersuchung für *Verben* ($p=.031$, McNemar), ein tendenzieller, nicht überzufälliger Anstieg der Leistung für *Adjektive* und *Präpositionen*. Die unauffällige Leistung bei der Verständnisprüfung für Nomina blieb unverändert (vgl. Tab. 3).

Die Überprüfung der rezeptiven und produktiven phonologischen Verarbeitungsfähigkeiten von Julia mit *PhoMo-Kids* ergab altersgerechte Leistungen (d.h. keine signifikanten Unterschiede zur Kontrollgruppe, da alle p -Werte $<.05$, zweiseitig, Crawford/Howell 1998) in folgenden Aufgaben: A1: *Diskriminieren von Quatschwortpaaren*, A2: *Diskriminieren von Wortlänge*, A3: *Detektieren von Reimwortpaaren*, A4: *von Phonemen und A5: von Silben* A6: *Auditives lexikalisches Entscheiden*, A8: *Zusammenziehen von Silben* sowie A13: *Produzieren von Reimwörtern* (vgl. Tab. 4). Signifikant schlechtere Leistungen im Vergleich zu den Kontrollgruppen wurden sowohl beim *Nachsprechen von Wörtern* als auch von *Quatschwörtern* (A9: $p=.001$, A10: $p=.000$ zweiseitig, Crawford/Howell 1998) beobachtet. Darüber hinaus zeigt Julia dissoziierende Leistungsmuster zwischen den nicht altersentsprechenden Leistungen beim Nachsprechen (Wörter und Quatschwörter) und altersentsprechenden Fähigkeiten in Aufgaben zum Diskriminieren, Detektieren, Zusammenziehen sowie beim Produzieren von Reimwörtern (vgl. PhoMo-Kids A1-A5, A8 und A13), die sich signifikant von den entsprechenden Diskrepanzen innerhalb der Kontrollgruppe unterscheiden (alle p -Werte $<.05$, zweiseitig, Crawford/Garthwaite 2007). Außerdem zeigt Julia beim Nachsprechen einen deutlichen Einfluss der Stimuluslänge, denn sie erzielt bei drei- und viersilbigen Items signifikant weniger korrekte Reaktionen als bei ein- und zweisilbigen (bei Wörtern: $p=.02$, bei Nichtwörtern: $.005$, einseitig, exakter Fishertest).

3.4 Interpretation des Störungs- und Leistungsmusters zehn Monate post onset

Insgesamt hat sich die Symptomatik zehn Monate nach Beginn einer nicht-flüssigen kindlichen Aphasie erkennbar zurückgebildet, so dass Julia wie die Mehrheit aphasischer Kinder wieder mit Erfolg spontansprachlich kommunizieren kann (vgl. Martins/Ferro 1992, Satz/Bullard-Bates 1981). Allerdings sind weiterhin Wortfindungsstörungen in der Spontansprache zu verzeichnen, die durch übermäßig lange Pausen insbesondere vor Inhaltswörtern, durch Wortwiederholungen und semantische Umschreibungen auffallen. Auch sind einige Leistungen in den PDSS-Untertests *Wortproduktion Verben* und *Produktion von Pluralmarkierungen* auffällig, sodass keineswegs von einer vollständigen Rückbildung der kindlichen Aphasie zehn Monate nach Beginn der Erkrankung ausgegangen werden kann.

| PhoMo-Kids Aufgabe | n= | Anzahl, korrekt | Individuelles Leistungsniveau |
|-------------------------------------|----|------------------|--------------------------------|
| Diskriminieren | | | |
| A1: von Quatschwortpaaren*, auditiv | 36 | 28 | altersgerecht entwickelt |
| A2: von Wortlänge, auditiv | 20 | 16 | altersgerecht entwickelt |
| Detektieren | | | |
| A3: von Reimwortpaaren, auditiv | 32 | 26 | altersgerecht entwickelt |
| A4: von Lauten in Wörtern, auditiv | 40 | 27 | altersgerecht entwickelt |
| A5: von Silben in Wörtern, auditiv | 40 | 32 | altersgerecht entwickelt |
| Lexikalisches Entscheiden | | | |
| A6: Wort/Quatschwort*, auditiv | 40 | 39 | altersgerecht entwickelt |
| Zusammenziehen | | | |
| A8: von Silben | 20 | 12 | altersgerecht entwickelt |
| Nachsprechen | | | |
| A9: von Wörtern | 40 | 32, Längeneffekt | nicht altersgerecht entwickelt |
| A10: von Quatschwörtern* | 40 | 25, Längeneffekt | nicht altersgerecht entwickelt |
| A13: mit Reim | 24 | 16 | altersgerecht entwickelt |

Tab. 4: Ergebnisse von Julia in PhoMo-Kids (Stadie/Schöppe i.V.)

* der deutschen Phonotaktik entsprechende Nichtwörter, die durch Vokalersetzen (eine Vokalsubstitution bei einsilbigen Wörtern, zwei Vokalersetzen bei zwei-viersilbigen Wörtern) konstruiert wurden

Basierend auf dem individuellen Störungs- und Leistungsmuster von Julia in den PhoMo-Kids Aufgaben konnte der Funktionsstand unterschiedlicher kognitiver Komponenten und Routen des in Abbildung 2 dargestellten Modells beurteilt werden. Die in dem Modell enthaltenen Teilsysteme illustrieren die in der kognitiv orientierten Forschung enthaltene Annahme, Sprachverarbeitung erfolge in Teilfähigkeiten, wobei jede Teilfähigkeit von einem spezifischen kognitiven Teilsystem ausgeführt wird. Die abgebildete Modellvariante stellt neben den Verarbeitungsprozessen beim lauten Lesen auch die für den Leseerwerb zentralen Aspekte der phonologischen Verarbeitung dar und fasst somit miteinander vereinbare Annahmen verschiedener Autoren zusammen (z.B. Marshall 1984, Stadie et al. 2003, Temple 1997).

Die altersentsprechenden rezeptiven Leistungen von Julia in A1: Diskriminieren von Quatschwortpaaren, A3: Detektieren von Reimwortpaaren, A4: Detektieren von Lauten und A5: Detektieren von Silben sprechen für eine intakte Funktionsweise der Teilsysteme zur auditiven Identifikation von Sprache (vgl. Abb. 2) und des auditiven Parsers bei der auditiv-phonologischen Korrespondenz (vgl. APK, auditiver Parser: Silbe, Reim und Phonem in

Abb. 2). Auch die erfolgreiche Bewältigung von Aufgabe A8: Zusammenziehen von Silben mit einer im Bereich der Kontrollgruppe liegenden Anzahl korrekter Reaktionen, spricht für eine altersentsprechende Entwicklung des auditiv-phonologischen Parsers, insbesondere der Synthese (vgl. Abb. 2). Unauffällige Leistungen (d.h. kein signifikanter Unterschied zur Kontrollgruppe) in Aufgabe A2: Diskriminieren von Wortlänge weisen auf einen funktionsfähigen Arbeitsspeicher (vgl. Phonologischer Arbeitsspeicher (Input) in Abb.2) hin, in A6: Lexikalischen Entscheiden auf eine altersentsprechende Funktionsweise des phonologischen Input-Lexikons (vgl. Abb. 2). Julias Fähigkeiten, zu einem vorgegebenen Wort ein entsprechendes Reimwort (A13: Produktion von Reimwörtern) zu produzieren, sind ebenfalls altersgerecht ausgeprägt und sprechen für den altersentsprechenden Aufbau des phonologischen Output-Lexikons (vgl. Abb. 2). Gegensätzlich dazu waren Julias Fähigkeiten beim Nachsprechen von Wörtern (A9) und Neologismen (A10) deutlich eingeschränkt. Die herausragend schlechten Leistungen beim Nachsprechen unterscheiden sich überzufällig von allen Aufgaben, die rezeptive Fähigkeiten (vgl. A1-A6, PhoMo-Kids) erfordern. Auch

beim Vergleich zwischen der Nachsprechleistung und Aufgaben, in denen expressive Fähigkeiten erforderlich sind (vgl. A8, A13, max. Itemlänge: 2 Silben, PhoMo-Kids), zeigen sich Dissoziationen. Derartig dissoziierende Leistungsprofile deuten nachweislich auf eine herausragend eingeschränkte Funktionsfähigkeit des phonologischen Arbeitsspeichers (Output) hin (vgl. Abb.2), da zusätzlich funktionale Störungsorte ausgeschlossen werden konnten. Die Annahme eines defizitären Outputbuffers wird unterstützt von der nicht altersgerechten Leistung beim Prüfen der Gedächtnisspanne für Zahlen- und Wortfolgen (SETK, PET; vgl. Tab. 3). Zusammenfassend sprechen die mit PhoMo-Kids ermittelten Ergebnisse und Leistungsvergleiche für eine bei Julia altersgerecht entwickelte sog. phonologische Bewusstheit und eine selektive Funktionsstörung des phonologischen Arbeitsspeichers (Output).

4 Diskussion und Ausblick

In diesem Beitrag wurden ausgewählte Studien zu Symptomatik und Verlauf kindlicher Aphasien zusammenfassend dargestellt. Während kindliche Aphasien in der relevanten Literatur auch als vorübergehende Sprachstörungen, die sich vollständig zurückbilden, beschrieben werden (vgl. Alajouanine/Lhermitte 1965, Aram et al. 1983, Lenneberg 1967), liegen mittlerweile zahlreiche Befunde aus Verlaufstudien vor, die persistierende kognitive und linguistische „Restsymptome“ hervorheben (u.a. Aram/Ekelman 1988, Coopers/Flowers 1987, Cranberg et al. 1987, Fiori et al. 2006, Pitchford 2000). Als langfristige Symptome werden Wortfindungsstörungen, syntaktische Defizite, Störungen der Schriftsprache, Störungen der phonologischen Bewusstheit und/oder des phonologischen Arbeitsgedächtnisses (vgl. Kap. 2) beobachtet. Im dritten Teil dieses Beitrags wurde der Verlauf eines deutschsprachigen Mädchens mit kindlicher Aphasie dokumentiert. Obwohl bei dem sechsjährigen Kind innerhalb von zehn Monaten ein deutlicher Rückgang der aphasischen Symptomatik in Wortverständnis, Wort- und Satzproduktion zu verzeichnen war, waren linguistische Restsymptome zu beobachten. Hierzu zählen Schwierigkeiten im Wortabruf in der Spontansprache, die sich primär in langen Pausen und mehrmaligen Wortwiederholungen äußerten. Diese Symptome stehen im Einklang mit den Beschreibungen von Van Hout (2003), wonach sich Wortabrufstörungen bei kindlichen Aphasien in übermäßig häufig und langen Pausen vor Inhaltswörtern oder durch Umschreibungen des Zielwortes kennzeichnen,

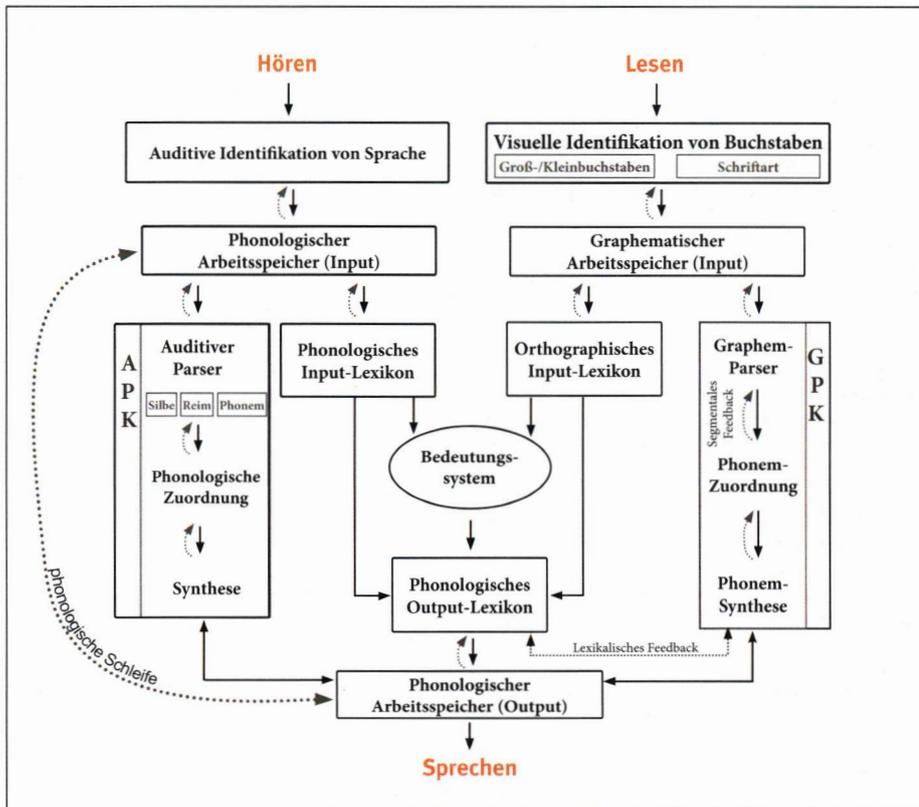


Abb. 2: Erweitertes Logogenmodell zur phonologischen Verarbeitung (vgl. auch Stadie 2009)

APK: Auditiv-phonologische Korrespondenz, GPK: Graphem-Phonem-Korrespondenz

und selten durch die Produktion von Paraphrasen- oder Neologismen, wie es auch bei Erwachsenen mit Aphasie beobachtbar ist.

Eine detaillierte kognitiv orientierte Untersuchung phonologischer Verarbeitungsprozesse ergab altersgerecht entwickelte Fähigkeiten in denjenigen Aufgaben, die im Allgemeinen zur Prüfung phonologischer Bewusstheit bei Kindern verwendet werden (z.B. Brady/Fowler/Stone/Winbury 1994, Goswami/Bryant 1990, Treiman/Zukowski 1991), sowie nicht altersentsprechende Fähigkeiten und dissoziierende Leistungsmuster beim Lösen von Aufgaben, für die auch phonologische Arbeitsspeicherkapazitäten erforderlich sind. Das Leistungsprofil von Julia spricht für eine selektive kognitive Funktionsstörung des phonologischen Arbeitsspeichers für expressive Formen (vgl. phonologischer Arbeitsspeicher (Output) in Abb. 2) infolge der kindlichen Aphasie.³

³ Wir danken einem Gutachter für seine Anmerkung, Julias Leistungsprofil auch in Hinblick auf neurophysiologische Befunde zu untersuchen. Die eingeschränkte Arbeitsspeicherleistung für verbale Information könnte auf die im Kindesalter relativ spät erfolgende Reifung des Fasciculus longitudinalis superior (u.a. Zhang et al. 2000) zurückgeführt werden, die durch die kindliche Hirnschädigung möglicherweise verhindert wurde. Diese Faserverbindung wurde mit der Entwicklung der phonologischen Bewusstheit und der Entwicklung der Leseleistung in Verbindung gebracht (Shachar et al. 2008, Qui et al. 2008).

Vergleichbar mit dem Leistungsprofil von CK (Fiori et al. 2006) muss für Julia angenommen werden, dass das Fortbestehen eines eingeschränkten Arbeitsgedächtnisses sich möglicherweise negativ auf den noch ausstehenden Schriftspracherwerb auswirken wird. Schließlich deuten einige Befunde darauf hin, dass auch Beeinträchtigungen im verbalen Arbeitsgedächtnis Ursache für das Auftreten einer Entwicklungsdyslexie sein können. Das Arbeitsgedächtnis sei der „bottleneck“ (Engpass, dt.: Flaschenhals) zum Lernen und zum Erwerb von Wissen (z.B. Gathercole et al. 2006). Auch wird das Auftreten spezifischer Fehler beim Lesen, die sich vornehmlich durch Phonemauslassungen bzw. durch ein buchstabierendes Leseverhalten kennzeichnen, auf eine Funktionsstörung der Phonem-Synthese und/oder des phonologischen Arbeitsspeichers zurückgeführt (z.B. Howard/Best 1996; Kipp/Mohr 2008; Schröder/Stadie 2003). Sicherlich ist vor allem zu Beginn des Leseerwerbs der phonologische Arbeitsspeicher von zentraler Bedeutung, da für den Aufbau stabiler Graphem-Phonem-Korrespondenzen die visuell wahrgenommenen Grapheme jeweils einzeln einem Phonem zugeordnet werden müssen. Dabei müssen diese Segmente so lange im Arbeitsgedächtnis zwischengespeichert werden,

bis alle Phoneme eines Wortes dekodiert wurden, wodurch die Wahrscheinlichkeit einer fehlerhaften Auswahl oder Sequenzierung von Segmenten mit deren Anzahl steigt. Positionseffekte, beispielsweise eine signifikante Fehlerzunahme am Wortende, könnten durch den seriellen Verarbeitungsmodus der Phoneme erklärt werden, wobei ein Abfall der Aktivierung von später zu verarbeitenden Phonemen angenommen wird. Die bei Julia postulierte Funktionsstörung im phonologischen Arbeitsspeicher stellt somit als Langzeitfolge der kindlichen Aphasie ein Risiko für den Schriftspracherwerb dar, vorwiegend in den ersten Schuljahren. Aus diesem Grund sollten sprachtherapeutische Maßnahmen auf die Optimierung des verbalen Arbeitsgedächtnisses fokussieren und eine Verlaufsdiagnostik am Ende des ersten Schuljahres erneut durchgeführt werden. Die vorgestellte Studie verdeutlicht die Notwendigkeit von Verlaufsuntersuchungen bei Kindern mit Aphasie, damit zukünftig zu erwartende Schwierigkeiten aufgrund persistierender aphasischer Symptome frühzeitig aufgedeckt und entsprechend therapeutisch behandelt werden können.

Literatur

- Alajouanine, T. & Lhermitte, F. (1965): Acquired aphasia in children. *Brain* 88, 653-662.
- Angermaier, M. (1974): Psycholinguistischer Entwicklungstest (PET). Weinheim: Beltz Test.
- Aram, D. M., Ekelman, B.L. (1987): Unilateral brain lesion in childhood: Performance on the Revised Token Test. *Brain and Language* 32, 137-158.
- Aram, D. M. & Ekelman, B.L. (1988): Scholastic aptitude and achievement among children with unilateral brain lesions. *Neuropsychologia* 26, 931-935.
- Aram, D. M., Ekelman B.L. & Fletcher, J.M. (1988): Verbal and non-verbal memory among children with left and right brain lesions. *Journals of Clinical and Experimental Neuropsychology* 10, 18.
- Aram, D. M., Ekelman B.L. & Whitaker, H.A. (1987): Lexical retrieval in left and right brain lesioned. *Brain and Language* 32, 61-87.
- Aram, D. M., Rose, D.F., Reke, H.L. & Whitaker, H.A. (1983): Acquired capsular/striatal aphasia in childhood. *Archives of Neurology* 40, 614-617.
- Bernhardt, M. (1885): Ueber die spastische Cerebralparalyse im Kindesalter (Hemiplegia spastica infantilis), nebst einem Excurse über „Aphasie bei Kindern“. *Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für Klinische Medicin* 102, 26-80.
- Bradley, L. & Bryant, P. E. (1983): Categorizing sounds and learning to read a causal connection. *Nature* 301, 419-421.

- Brady, S., Fowler, A., Stone, B. & Winbury, N. (1994): Training Phonological Awareness: A Study with Inner-City Kindergarten Children. *Annals of Dyslexia* 44, 26-59.
- Bundesverband Aphasie e.V. (Internetveröffentlichung): Aphasie bei Kindern. Verfügbar unter: www.aphasiker-kinder.de [30.4.2009].
- Chilosi, A. M., Cipriani, P., Pecini, C., Brizzolara, D., Biagi, L., Montanaro, D., Tosetti, M. & Cioni, G. (2008): Acquired focal brain lesions in childhood: Effects on development and reorganization of language. *Brain and Language* 106, 211-225.
- Clahsen, H. (1986): Die Profilanalyse. Ein linguistisches Verfahren für die Sprachdiagnose im Vorschulalter. Berlin: Spiess.
- Collignon, R., Hecaen, H. & Angelergues, G. (1968): A propos de 12 cas d'aphasie acquise chez l'enfant. *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica* 68, 245-277.
- Cooper, J. A. & Flowers, C.R. (1987): Children with a history of acquired aphasia: Residual language and academic impairments. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 52, 251-262.
- Cranberg, L. D., Filley, C.M., Hart, E.J. & Alexander, M.P. (1987): Acquired aphasia in children: Clinical and CT investigations. *Neurology* 37, 1165-1172.
- Crawford, J. R. & Garthwaite, P.H. (2002): Investigation of the single case in neuropsychology: Confidence limits on the abnormality of test scores and test score differences. *Neuropsychologia* 40, 1196-1208.
- Crawford, J. R. & Garthwaite, P.H. (2007): Comparison of a single case to a control or normative sample in neuropsychology: Development of a Bayesian approach. *Cognitive Neuropsychology* 24, 343-372.
- Crawford, J. R. & Howell, D.C. (1998): Comparing an individual's test score against norms derived from small samples. *The Clinical Neuropsychologist* 12, 482-486.
- DeBleser, R., Cholewa, J., Stadie, N. & Tabatabaie, S. (2004): LeMo-Lexikon modellorientiert. Einzelfalldiagnostik bei Aphasie, Dyslexie und Dysgraphie. München: Urban und Fischer.
- Dennis, M. (1980): Strokes in Childhood I: Communicative intent, expression, and comprehension after left hemisphere arteriopathy in a right-handed nine-year-old. In: Reiber, R.W. (Hrsg.): *Language Development and aphasia in children*. New York.
- Deutsche Schlaganfallhilfe (Internetveröffentlichung): Kinder und Schlaganfall. Verfügbar unter: www.schlaganfall-hilfe.de/index.php?option=com_content&task=view&id=202&Itemid=324 [30.4.2009].
- Dressler, G. (2000): Screeningverfahren zur Überprüfung der phonologischen Bewusstheit. Unveröffentlichtes informelles Material.
- Dunn, L. M., Dunn, L.M., Whetton, C. & Pintille, D. (1982): *The British picture vocabulary scale*. Windsor, England: NFER-Nelson.
- Elliot, C. D., Murray, D. J. & Pearson, D. (1983): *British ability scales*. Windsor, England: NFER-Nelson.
- Fiori, A., Huber, W., Dietrich, T., Schnitker, R., Shah, J., Herpertz-Dahlmann, B. & Konrad, K. (2006): Acquired dyslexia after stroke in the prereading stage: A single case treatment study with fMRI. *Neurocase* 12, 252-262.
- Friederici, A. D. (1994): Funktionale Organisation und Reorganisation der Sprache während der Sprachentwicklung: Eine Hypothese. *Neurolinguistik* 8, 41-55.
- Gathercole, S. E., Alloway, T.P., Willis, C. & Adams, A.M. (2006): Working memory in children with reading disabilities. *Journal of Experimental Child Psychology* 93, 265-281.
- Goswami, U. & Bryant, P. E. (1990): *Phonological Skills and Learning to Read*. London: Erlbaum.
- Grimm, H. (2000): SETK 3-5 – Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder. Göttingen: Hogrefe.
- Grimm, H. (2003): *Störungen der Sprachentwicklung*. Göttingen: Hogrefe.
- Gutbrod, K. & Michel, M. (1986): Zur klinischen Validität des Token Tests bei hirngeschädigten Kindern mit und ohne Aphasie. *Diagnostica* 2, 118-128.
- Guttmann, E. (1942): Aphasie in children. *Brain* 65, 205-219.
- Hécaen, H. (1976): Acquired aphasia in children and the ontogenesis of hemispheric functional specialization. *Brain and Language* 3, 114-134.
- Hécaen, H. (1983): Acquired Aphasia in children: Revisited. *Neuropsychologia* 21, 581-587.
- Howard, D. & Best, W. (1996): Developmental phonological dyslexia: real word reading can be completely normal. *Cognitive Neuropsychology* 13, 887-934.
- Huber, W., Poeck, K., Weniger, D. & Willmes, K. (1983): Aachener Aphasie Test (AAT). Untersuchungsmappe und Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.
- Kaga, M. (1999): Language disorders in Landau-Kleffner-Syndrome. *Journal of Child Neurology* 14, 118-122.
- Kalbe, E., Reinhold, N., Ender, U. & Kessler, J. (2002): *Aphasie Check Liste*. Köln: Prolog.
- Kauschke, C. & Siegmüller, J. (2002): *Pathologische Diagnostik bei Sprachentwicklungsstörungen*. München: Elsevier.
- Kinsbourne, M. & Hiscock, M. (1977): Does cerebral dominance develop? In: Segalowitz, S., Gruber, F.A. (Hrsg.): *Language development and neurological theory*. New York: Academic Press.
- Kipp, K. H. & Mohr, G. (2008): Remediation of developmental dyslexia: Tackling a basic memory deficit. *Cognitive Neuropsychology* 25, 38-55.
- Landerl, K., Wimmer, H. & Moser, E. (1997): *Salzburger Lese- und Rechtschreibtest*. Bern: Huber.
- Lehečková, H. (2004): Recovery from aphasia after polytrauma in a Czech child: What is lost and what is left. In: Fabbro, F. (Hrsg.): *Neurogenic language disorders in children*. Amsterdam.
- Lenneberg, E. H. (1967): *Biological foundations of language*. New York: John Wiley.
- Loew, M. & Böhringer, K. (2002) *Kindliche Aphasie. Schriftenreihe Jugendwerk – Neurologisches Fachkrankenhaus und Rehabilitationszentrum Hegau – Jugendwerk, Gailingen am Hochrhein*.
- Marshall, J. C. (1984): Towards a rational taxonomy of developmental dyslexia. In: Malatesha, R.N. & Whitaker, H.A. (Hrsg.): *Dyslexia: A global issue*. The Hague: Nijhoff.
- Martins, I. P. & Ferro, J.M. (1987): Acquired conduction aphasia in a child. *Developmental Medicine and Child Neurology* 4, 532-536.
- Martins, I. P. & Ferro, J.M. (1992): Recovery of acquired aphasia in children. *Aphasiology* 6, 431-438.
- Martins, I. P. (2004): Persistent acquired childhood aphasia. In: Fabbro, F. (Hrsg.): *Neurogenic language disorders in children*. Amsterdam.
- Orgass, B. (1976): Eine Revision des Token Tests, Teil I+ II. Validitätsnachweis, Normierung und Standardisierung. *Diagnostica* 12, 141-156.
- Paquier, P. F., De Smet, H.J., Mariën, P., Poznanski, N. & Van Bogaert, P. (2006): Acquired alexia with agraphia syndrome in childhood. *Journal of Child Neurology* 21, 324-330.
- Paquier, P. F., Van Mourik, M., Van Dongen, H.R., Catsman-Berrevoets, C., Creten, W.L. & Van Borsel, J. (2009): Normative data of 300 Dutch-speaking children on the Token Test. *Aphasiology* 23, 4, 427-437.
- Pitchford, N. J. (2000): Spoken language correlates of reading impairments acquired in childhood. *Brain and Language* 72, 129-149.
- Raven, J. C. (1998): *Raven's Coloured Progressive Matrices (CPM)*. Frankfurt: Harcourt.
- Rother, A. (2005): *Kindliche Aphasien. L.O.G.O.S. Interdisziplinär* 2, 90-92.
- Satz, P. & Bullard-Bates, C. (1981): *Acquired Aphasia in Children*. In M.T. Sarno (Hrsg.): *Acquired Aphasia*. New York: Academic Press.
- Satz, P. & Lewis, R. (1993): *Acquired Aphasia in children*. In: Blanken et al. (Hrsg.): *Linguistic Disorders and Pathologies: An International Handbook*. Berlin: de Gruyter.
- Schröder, A. & Stadie, N. (2003): Analyse des buchstabilierenden Lesens bei Entwicklungsdyslexie. *Neurolinguistik* 1, 33-54.

Snowling, M. J. & Hulme, C. (1989): A longitudinal case study of developmental phonological dyslexia: A review. *Cognitive Neuropsychology* 6, 379-401.

Stadie, N. (2009): Entwicklungsdyslexie im Rahmen kognitiv-orientierter Erklärungsansätze. In: Schmidt, C., Lutjeharms, M. (Hrsg.): *Lesekompetenz in Erst-, Zweit- und Fremdsprache*. Tübingen: Narr.

Stadie, N. & Schöppe, D. (in Vorbereitung): PhoMo-Kids. Phonologie Modellorientiert. Modellorientierte Aufgaben zur Überprüfung phonologischer und dyslektischer Störungen bei Kindern. Köln: Prolog.

Stadie, N., Keim, R. & De Bleser, R. (2003): Aufgaben zur Überprüfung phonologischen Wissens/phonologischer Bewußtheit (PhoWi). *Neurolinguistik* 2, 135-160.

Temple, C. M. & Marshall, J.C. (1983): A case study of developmental phonological dyslexia. *British Journal of Psychology* 74, 517-533.

Temple, C. (1997): *Developmental Cognitive Neuropsychology*. Hove: Psychology Press.

Treiman, R. & Zukowski, A. (1991): Levels of phonological awareness. In S. A. Brady & D. P. Shankweiler (Eds.) *Phonological processes in literacy: A tribute to Isabelle Y. Liberman*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Van Dongen, H.R., Loonen, M.C.B. & van Dongen, K.J. (1985): Anatomical basis of acquired fluent aphasia in children. *Annals of Neurology* 17, 306-309.

Van Hout, A. (1983): Importance of paraphasias in acquired aphasia in children. Paper presented at the meeting of the International Neuropsychological Society, Lisbon.

Van Hout, A., Evrard, P. & Lyon, G. (1985): On the positive semiology of acquired aphasia in children. *Developmental Medicine and Child Neurology* 27, 231-241.

Van Hout, A. (2003): Acquired aphasia in childhood. In: Segalowitz, Rapin (Hrsg.): *Handbook of Neuropsychology* 8. Elsevier.

Wechsler, D. (1974): *Wechsler Intelligence Scale for Children - Revised*. New York: The Psychological Corporation.

Zimmermann, P., Gondan, M. & Fimm, B. (2002): *KITAP - Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung für Kinder*. Herzogenrath: Vera Fimm, Psychologische Testsysteme.

Korrespondenzadresse

Caroline Schröder
 Universität Potsdam
 Humanwissenschaftliche Fakultät
 Department Linguistik
 Karl-Liebknecht-Str. 24-25
 14476 Potsdam
 caschroed@googlemail.com
 nstadie@uni-potsdam.de

Caroline Schröder ist Diplom-Pathologin und seit 2009 als Sprachtherapeutin in einer Praxis für Logopädie in Beelitz tätig.

Dr. phil. Nicole Stadie ist Neurolinguistin und am Lehrstuhl für Patholinguistik/kognitive Neurolinguistik der Universität Potsdam tätig. Ihre Schwerpunkte in Forschung und Lehre liegen in den Bereichen Diagnostik und Evaluation von Therapie bei Aphasie und entwicklungsbedingten Störungen der Schriftsprache.

Software für die Praxis **www.etverlag.de**
 E. T. Verlag Tel/Fax: 05404 -71858

| | |
|---|---|
| <p>X UniWort Professionell Effektive Lernmethoden für intensives einprägen, langfristiges behalten, leicht erweiterbar. 69,90 €</p> | <p>X Laute unterscheiden Anlaute, Inlaute, Auslaute bestimmen, Buchstaben, Zahlen, Farben, Bilder auditiv/visuell ordnen. 59,90 €</p> |
| <p>X Hören-Sehen-Schreiben Schriftsprachtraining für Kinder u. Erwachsene mit Schwächen im auditiven und/oder visuellen Bereich, erweiterbar. 69,90 €</p> | <p>X Audio 1 fördert die auditive Unterscheidungsfähigkeit auf Geräusch-Laut- und Wortebene, inkl. Richtungshören. 89,90 €</p> |
| <p>X Sprachkompetenz Neu Sprachverständnis auf Wort- und Satzebene, Handlungen erfassen und versprachlichen zur Aphasitherapie. 89,90 €</p> | <p>X Merkfähigkeit und Kognition 1. Merkfähigkeit steigern 2. Reihenfolgen ordnen 3. Kategorien bilden 4. Logisches Ergänzen 59,90 €</p> |



Der Einfluss der Lautbildung auf den Schriftspracherwerb und den Erwerb orthographischer Rechtschreibstrategien am Beispiel der Geminatenschreibung

Marina Ruß, Zürich/Schweiz

Zusammenfassung

Theoretischer Hintergrund

Bevor Kinder lesen und schreiben lernen, wissen die meisten von ihnen, wie man redet, doch kaum ein pädagogischer Ansatz bezieht sich auf diese oft impliziten Fertigkeiten, die mit dem Sprechvorgang verbunden sind. Im therapeutischen Alltag hingegen werden artikulatorisch gebundene Bewegungsabläufe zwar thematisiert, doch fehlt es häufig an Darstellungen, anhand derer sich Kinder mentale Modelle vom Bewegungsablauf aufbauen können.

Fragestellung/Ziele

Ein Überblick über den *Lautbildungsansatz* soll deutlich machen, wie mit Hilfe von bildlichen Darstellungen und der Beachtung taktilkinästhetischer Sinneseindrücke Wissen über Lautbildung bereits bei Kindern im Vorschulalter aufgebaut und im sprachtherapeutischen und logopädischen Alltag genutzt werden kann. Außerdem wird am Beispiel der Geminatenschreibung auf Möglichkeiten hingewiesen, wie diese ursprünglich therapeutisch konzipierte Methode beim normalen und beim erschwerten Schriftsprach- und Orthographieerwerb zum Einsatz kommen (Ruß 2001) und zur Formation und Anwendung kognitiver Arbeitsstrategien beitragen kann.

Methode

Methodenvorstellung mit theoretischer Einordnung.

Schlussfolgerung

Eine Auseinandersetzung mit dem für sprachtherapeutische Interventionen entwickelten *Lautbildungsansatz* und den damit verbundenen Lautbildungsphasen erlaubt es, den Begriff der lautgetreuen Schreibung auch im Zusammenhang mit orthographischen Anforderungen einzusetzen – vorausgesetzt, man kann sich auf eine innovative Sichtweise, auf das Konzept der lautgetreuen Schreibung, einlassen und auf die Lautbildung der Konsonanten achten.

Schlüsselwörter

Lautbildungsphasen, Lautpiktogramme, Silbengrenzen, Silbengelenke, Doppelungen, Schriftspracherwerb, Geminaten, LRS

Einleitung

Lesen und schreiben zu lernen ist ein Prozess, der für die meisten Kinder mit dem Eintritt in die Primar- oder Grundschule beginnt, lange nach dem Erwerb der Lautsprache. Neben dem «Sprechen-können» bringen die Kinder Fertigkeiten mit, die von Pädagogen und Sprachwissenschaftlern als Vorläuferfähigkeiten für den Schriftspracherwerb gewertet und um die Zeit des Schuleintrittes als *Phonologische Fertigkeiten* überprüft werden (Hartmann 2005, Mannhaupt 2001, Marx 1997). Um die Symbolik der Schriftsprache zu erfassen, müssen Kinder fähig sein, die semantische Beziehung zum Wort durch eine formale Beziehung zu ergänzen. Das heißt, sie müssen nicht nur inhaltliche Vorstellungen zu einem Wort haben und den Hund «in» sich

sehen, wenn sie das Wort hören, sondern sie müssen die Bedeutung des Wortes vernachlässigen und ihre Aufmerksamkeit auf die verbale Form des dem Gegenstand arbiträr zugeordneten Wortes lenken können. Gelingt dies, dann werden sie Reime entdecken und manipulieren, Silben durch Mitklatschen und Bewegung markieren und Laute isolieren können.

Lautbildung und Motorik

Motorische Handlungen bei der Lautbildung werden früh und phasenweise erworben. Schon in den ersten Lebensmonaten beginnen Babys, Laute zu produzieren. Mit ungefähr zwei Monaten sind es zunächst vokalartige und/oder am Gaumen gebildete Laute, bald gefolgt von Lippenlauten. Ab etwa vier Monaten ziehen sie die Laute zu größeren Einheiten, zu Silben, zusam-

men und ab ungefähr sieben Monaten kommt es dann zu Wiederholungen dieser Silben. Auch in der Grobmotorik des Kindes kann man zu dieser Zeit das Auftreten sich wiederholender, rhythmischer Bewegungen beobachten. Das Kind lernt, Bewegungen bewusst auszuführen und willentlich zu repetieren. Bei hörenden Kindern wird das repetitive oder kanonische Babbel- bzw. Lallstadium mit ungefähr zehn Monaten durch das bunte Babbeln abgelöst, bei dem unterschiedliche Silben aneinandergereiht werden (Dittmann 2002). Die Betonungsmuster dieser Silben richten sich ab ungefähr neun Monaten nach dem Muster der Mutter- bzw. Umfeldsprache. Sprechprogramme, auf die auch Levelt (1989) in seinem Sprachproduktionsmodell zurückgreift, werden bereits in diesen ersten Lebensmonaten angelegt und un-

terliegen der Kontrolle des zentralen Nervensystems (Büchel, Hartje & Poeck 2006, 180). Diese auf die Fertigkeit des Sprechens ausgerichteten, nahezu unbewussten Lernprozesse sind vor allem impliziter Natur und werden oft erst später und bei Schwierigkeiten (z.B. in der Therapie) in einen expliziten, bewussten Wissenserwerb verändert.

Die Erweiterung lautsprachlicher Fähigkeiten durch die Schrift

Lange vor der Auseinandersetzung mit der Schrift können sich Kinder auf ziemlich hohem Niveau zu formal-verbale Entdeckungen und phonologischen Phänomenen äußern. Dies zeigte mir ein dreieinhalb-jähriges Kind mit den Worten: «Du Gotti, Brot gseet uus wie rot» (schweizerdeutsch für: Du Patentante, Brot sieht aus wie rot). Mich faszinierte dabei vor allem, wie es mit dieser Bemerkung auf das «Sehen» sprachlicher Vorgänge, also auf eine Umwandlung sprachlicher in bildliche Formen hinwies, um das ihr unbekannte Konzept des Reimes auszudrücken.

Die kognitive Entwicklung des Kindes spiegelt sich auch im Konstrukt der Theorien zur phonologischen Bewusstheit, welche bereits 1992 von Stanovich in *shallow* und *deep phonological sensitivity*, das heißt «phonologischem Bewusstsein im engen und weiten Sinn», unterschieden wurde. Während Fähigkeiten wie das Reimen, das Segmentieren von Silben, das Assoziieren von Lauten und das Erkennen von Vokalen im Anlaut als notwendige Voraussetzung oder «Fahrberechtigung» in der Welt der Schriftlichkeit gelten, erfordern Fertigkeiten wie Lautsegmentierung, Phonemisolierung, Phonemersetzung und Phonemsynthese eine Interaktion mit der Schrift bzw. gelten als zwangsläufige Konsequenz mit deren Umgang, die es erlaubt nachzuprüfen, ob man noch «im richtigen Zug» sitzt (Marx 1997).

Vertretern des kognitiven Lagers genügt dieses «Im-Zug-Sitzen» jedoch nicht. Sie beschreiben den Weg zum Ziel eher als ein bewusstes Ausschuchen verschiedener Transportmittel, wobei diese sich den Bedürfnissen des Weges anpassen. Das Erstellen und Prüfen von sprachlichen Hypothesen wird unter anderen von Dehn (1994), Röber-Siekmeyer (2001), Valtin/Löffler (2009) als aktive Beteiligung des Kindes am Lese-Schreib-Lernprozess beschrieben. Falsche Strategien führen zu Umwegen oder Sackgassen und müssen vom Kind und dessen Helfern über primär kognitive Leistungen angepasst werden.

Sowohl standardisierte Testverfahren zur Evaluation der Phonologischen Bewusstheit,

wie das Bielefelder Screening zur Früherkennung von Lese-Rechtschreibschwierigkeiten (BISC) von Jansen, Mannhaupt, Marx und Skowronek (1999), der Test für Basiskompetenzen für Lese-Rechtschreibleistungen (BAKO 1-4) von Stock, Marx und Schneider (2003) und der Test phonologischer Bewusstheitsfähigkeiten (TPB) von Fricke und Schäfer (2008) als auch qualitative Beurteilungsverfahren des Schriftspracherwerbs wie Dehn (1994) und Füssenich & Löffler (2008), kommen in sprachtherapeutischen und logopädischen Praxen zum Einsatz. Auch werden in Deutschland, Österreich und der Schweiz unterschiedlich ausgerichtete Förderprogramme angeboten, die sich die explizite Stärkung von vorschulischen metalinguistischen oder kognitiv-strategischen Fertigkeiten zum Ziel gesetzt haben. Eine hilfreiche, wenn auch nicht allumfassende Übersicht von Vorschulprogrammen wird in der Publikation Schlüsselkompetenz Sprache (Jampert, Best, Guadatiello, Holler & Zehnauer 2005) angeboten.

Semiotisches Bewusstsein – das Bewusstsein für Laut- und Schriftzeichen

Erreichen Kinder das Schulalter, werden bislang an Lautsprache gebundene sprachliche Kompetenzen erweitert und sie müssen lernen, das Beziehungsverständnis zwischen Gegenständen und Konzepten zu erweitern. Zwischen das gesprochene Wort und den damit repräsentierten Gegenstand schiebt sich

nun das Schriftzeichen, der Buchstabe. Viele Modelle setzen für den Schriftspracherwerb Buchstabenkenntnis, d.h. ein Verständnis für die Beziehung von Laut und Schriftzeichen, voraus.

Dies lässt jedoch die Schwierigkeit einiger Kinder außer Acht, Buchstaben überhaupt als Symbole für Laute zu erkennen. Die meisten Kinder machen in ihrer Kindheit zwar früh den intuitiven semiotischen Schritt, eine Lautreihe, d.h. ein gesprochenes Wort, als Symbol für einen Gegenstand zu akzeptieren. Manche jedoch können diese flüchtige Lautreihe nicht mit einer anhaltend visuell wahrnehmbaren Buchstabenreihe in Beziehung setzen. Ihnen fehlt die semiotische Fertigkeit, Buchstaben als Zeichen für Laute zu sehen, die *Buchstabenkenntnis* oder das semiotische Bewusstsein. «Diese Erkenntnis ist insofern wichtig, da oft angenommen wird, dass Lautzeichen und Schriftzeichen auf dasselbe Objekt in der Welt hinweisen: auf den Gegenstand in der Welt. Dem ist jedoch nicht so – das Lautbild weist auf den Gegenstand, das Schriftbild weist auf den Laut» (Ruß, 2008b, 41). Leuschner (2002) beschreibt die Beziehung zwischen Laut- und Zeichensprachensystemen als zwei voneinander unabhängige Zeichensysteme, da Schreibzeichen nur indirekt über den Weg des Lautzeichens auf die Welt zeigen. Das Schreibreferendum ist die Lautform, dessen Referendum wiederum der Gegenstand in der Welt ist.

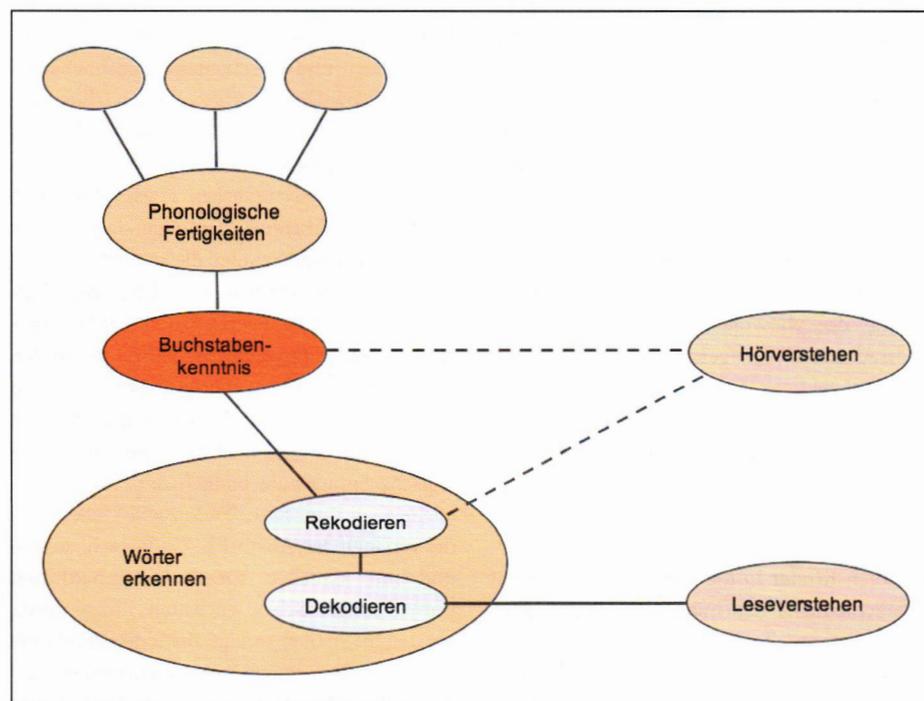


Abb. 1: Modell des Lesenlernens (nach Marx 2001)

Das Konstrukt der Silbe in Therapie und Unterricht

Durch den Einzug nicht-linearphonologischer Theorien in die Erziehungswissenschaften gewinnt die Silbe gegenüber dem Phonem bei verschiedenen pädagogischen und therapeutischen Vertretern der kognitiven Schule (Röber-Siekmeier 2001, Costard 2007, Schnitzler 2008) immer stärker an didaktischer Bedeutung. Da auch im *Lautbildungsansatz* das orthographische Problem der Doppelung auf Silbenebene gelöst wird, lohnt sich an dieser Stelle ein kurzer Exkurs zum Silbenaufbau.

Silben bestehen immer aus einem Silbengipfel, der obligatorisch mit einem Vokal gefüllt sein muss, und einer Silbenschale, die aus Anfangsrand und Endrand besteht. Die Ränder können fakultativ mit Konsonanten gefüllt werden. Der Aufbau dieser Ränder unterliegt der Sonoritätshierarchie, das heißt, die Füllung der Ränder unterliegt einer strengen phonologischen Reihenfolge: im Anfangsrand zum Silbengipfel hin: Verschlusslaute, Affrikate, Reibelaute, Nasallaute, Fließlaute und Approximanten. Im Endrand vom Silbengipfel kommend ist die Reihenfolge umgekehrt.

Bei Verstößen bedarf es linguistischer Erklärungen: So lässt sich das *st* in *legst* damit erklären, dass die Regel beim Stammorphem *leg* hält und das *st* als morphologischer Affix die phonologische Regel brechen darf.

Dem Begriff der Silbengrenze, an welchem der Endrand einer Silbe auf den Anfangsrand einer anderen trifft, wird in der nichtlinearen Phonologie der Begriff des Silbengelenks zur Seite gestellt (Eisenberg 1998), mit dem sich Worttrennungsregeln neu überdenken lassen. Das Silbengelenk besteht aus einem ambisilbischen Konsonanten, der je nach Syllabifizierungsregel der vorderen oder hinteren Silbe zugeschrieben wird, aber zu beiden gehört (Wikipedia, 2009a). Eisenberg markiert dies mit einem Punkt unter dem IPA-Symbol. Der Diskussion um das Silbengelenk fehlt meiner Meinung nach eine Diskussion der phasengebundenen Lautbildung, die in Absatz 4.7.1 aufgenommen wird.

Schulischer Einsatz von Sprechbewegungsbildern und Lautpiktogrammen

Kommen Kinder in die Schule, treffen sie auf unterschiedliche Lehrmittel: Die einen haben einen synthetisch-einheitlichen Aufbau, welche als Lautier-Methoden bekannt sind und nacheinander einen Laut und den dazugehörigen Buchstaben nach dem anderen einführen.

Andere, ganzheitliche Lehrmittel stellen den Kindern alle Buchstaben auf einmal zur Verfügung und lassen das Kind entdeckend lernen. Wiederum andere bieten in einer Methodenintegration eine analytisch-synthetische Methode an. Keines dieser Lehrmittel wird allen Kindern gerecht: den einen geht der eine oder andere Lehrgang zu langsam, andere finden sie zu schnell, noch andere sind überfordert. Nur einer der mir bekannten, in der Schweiz publizierten Lehrgänge: «lose, luege, läse» (Rickli 1996), was mit «hören, schauen, lesen» übersetzt werden kann, setzt in den ersten Wochen des Schriftspracherwerbs Sprechbewegungsbilder ein. Diese wurden in den 60er Jahren von der schweizerisch-österreichischen Logopädin Grete Mottier für die Aphasietherapie entwickelt und erfüllen bei Rickli nun die Funktion, Kinder bei der semiotischen Umwandlung des Lautes in die Schrift zu unterstützen. Die dabei aufgebauten (Er-)Kenntnisse über die Lautbildung werden aber nicht weiter aufgegriffen oder für eine spätere Reflexion eingesetzt.

In meiner therapeutischen Arbeit als Schweizer Schullogopädin bin ich, wenn ich fallbezogen arbeite, vor allem in der Einzel- oder Kleingruppensituation tätig, für welche das Kind zu mir kommt. Ich gehe jedoch auch in die Regelklassenzimmer, wo ich therapiebegleitend mit einem Kind allein oder in der Gruppe arbeite. Des Weiteren zählt auch die kooperativ-integrative Arbeit zu meinem eher fachbezogenen Aufgabenbereich, allem voran die Beratung von Lehrpersonen wie auch pädagogisch ausgerichtete Sprachförderungsmaßnahmen, welche im Kindergarten oder in der Regelklasse stattfinden können und verschiedene sprachliche Bereiche thematisieren: Phonologische Bewusstheit, Lesen und Schreiben, Rechtschreiben oder Fremdsprachen und ihre Laute. Im Rahmen dieser klasseninternen Fördersituationen konnte ich Erfahrungen sammeln, dass und wie Schülerinnen und Schüler, die keine therapeutische Betreuung erhalten, von Ideen und Inhalten des in der therapeutischen Situation entwickelten *Lautbildungsansatzes* (LBA) profitieren können. Beim *Lautbildungsansatz* kommen Lautpiktogramme zum Einsatz, mit denen sich *alle* deutschen, viele nichtdeutsche und pathologische Sprachlaute bildlich darstellen lassen (siehe auch Ruß 2001, 2003, 2008b). Diese Bilder vereinen den Anspruch, kindgerecht zu sein und mit aktuellen sprachwissenschaftlichen Entwicklungen Schritt zu halten. Einige davon werden im Artikel gezeigt, doch detaillierte Erklärungen über deren Zusammensetzung oder eine vollständige Auflistung würde den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen.

Der Lautbildungsansatz

Mit dem lehrmittelunabhängigen *Lautbildungsansatz* (LBA) werden Kinder bewusst auf Lautbildung und Unterschiede in den Lautarten als Lerngegenstände aufmerksam gemacht. Kinder werden aktiv dabei unterstützt, taktilkinästhetische Erfahrungen sukzessive auf phonologische Prozesse zu übertragen, oder zur Hypothesenbildung bezüglich der Verschriftung eines Wortes anzuwenden, damit sie dieses artikulatorisch-sprachliche Wissen zuerst für sprachliche Korrekturen, später für schulische Leistungen beim Erwerb des Lesens und Schreibens und später auch der Orthographie nutzen können. Die meisten Module des *Lautbildungsansatzes* lassen sich auch isoliert oder in anderer Zusammensetzung für die Therapie mit sprach- oder hörbehinderten Kindern einsetzen. Der hier gezeigte Aufbau zum Einsatz des *Lautbildungsansatzes*, um Strategien für die Konsonantenverdoppelung zu bilden, lehnt sich an das von Bruner (1964) beschriebene Spiralcurriculum. Darin wird der gleiche Lerngegenstand auf ansteigenden Komplexitäts- und Anspruchsniveaus erarbeitet, um ihn zu erweitern, zu vertiefen, zu abstrahieren und zu systematisieren. Diese kognitive Erweiterung verfolgt das Ziel, (Er-)Kenntnisse aus dem Erstleseunterricht für den späteren Orthographieerwerb zu nutzen. Bezugnehmend auf das Stufenmodell von Frith (1985, Abbildung 2), unterstützt der *Lautbildungsansatz* vor allem die Lernprozesse auf den Stufen 2a, 2b und 3a. Besonders beim Übergang zur orthographischen Stufe kann die Auseinandersetzung der eigenen Schreibweise und der korrekten Schreibung von Doppelungen in Büchern zu kognitiven Dissonanzen führen, welche durch neue Strategien überwunden werden müssen.

| Stufe | Lesen | Schreiben |
|-------|------------------|------------------|
| 1a | logographisch 1 | (symbolisch) |
| 1b | logographisch 2 | logographisch 2 |
| 2a | LBA | logographisch 3 |
| 2b | | alphabetisch 1 |
| 2b | | alphabetisch 2 |
| 3a | orthographisch 1 | alphabetisch 3 |
| 3b | orthographisch 2 | orthographisch 2 |

Abb. 2: Phasenmodell des Rechtschreib-erwerbs (Frith 1985)

Zu Beginn der Schullaufbahn, d.h. während der Nutzung alphabetischer Strategien (Phase 2), werden zum Beispiel Doppelungsfehler noch nicht benotet, doch ab der zweiten oder dritten Klasse, wenn allgemein der Übergang in die Pha-

se 3 stattfindet und ein Wechsel von der alphabetischen zur orthographischen Stufe ansteht, fällt das Ausbleiben der Konsonantenverdoppelung schulisch ins Gewicht. Eine schulisch oft vermittelte Regel setzt bei der Entscheidung, ob eine Konsonantenverdoppelung notwendig ist, auf die Unterscheidung von langen und kurzen Selbstlauten und auch Fördermittel greifen diese auf (Hochstrasser 2003, Schulte-Körne 2004). Diese Regel besagt Folgendes: Einem langen Vokal folgt nur ein Konsonantenbuchstabe, einem kurzen Vokal zwei Buchstaben – wobei diese entweder unterschiedlich oder gleich sein können.

Bei der Entwicklung des *Lautbildungsansatzes* zeigte sich, dass man Doppelungen auch mit einer bislang unbeachteten, an Mitlaute gebundenen Strategie entdecken kann, um Lernenden und insbesondere Kindern mit einer Lese-/Rechtschreibstörung (LRS) eine alternative Möglichkeit zur Verfügung zu stellen. Dieser im sonderpädagogischen Bereich entwickelte Ansatz hat sich im therapeutischen Einsatz wie in der sprachfördernden Arbeit mit Regel- und Kleinklassenschülern als kindgerecht und vielseitig anwendbar erwiesen. In Fortbildungen für Lehrpersonen, Sprachtherapeutinnen und Logopädinnen haben Arbeitsmittel und Methode große Aufmerksamkeit erweckt und zu positiven Rückmeldungen nach deren Einsatz geführt. Zu wünschen bleibt, dass die praktischen Erfahrungen und theoretischen Erklärungen in einer Evaluation mit quantitativen Daten gestützt werden. Durch meine therapeutische Auslastung als *praktizierende Theoretikerin* fehlte mir jedoch bislang die Gelegenheit dazu. Sollten Studierende oder Institutionen durch den Artikel an einer solchen Untersuchung oder Evaluationsstudie interessiert sein, bitte ich um Kontaktaufnahme.

Vermittlung des Lautbildungsansatzes oder: Wie sag' ich's meinem Kinde?

Um mit Kindern über Lautbildung zu sprechen, benötigen sie die dafür erforderliche Terminologie: beginnend mit Benennungen der an der Lautbildung beteiligten Strukturen, hin zur Unterscheidung der Begriffe Laute, Buchstaben, Konsonanten und Vokale.

Unterschied Laute und Buchstaben

Den Unterschied zwischen Lauten und Buchstaben explizit zu erarbeiten ist mir schon deshalb ein Bedürfnis, da mich schon mehr als ein Mal Fragen wie: «Welchen Buchstaben hörst du am Anfang des Wortes?» aufhorchen ließen. Vor

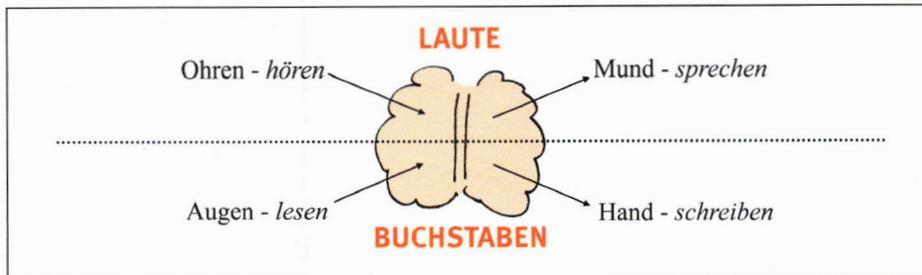


Abb. 3: Wege der Sprache in das Gehirn

allem für Schreibanfänger kann die Verwechslung dieser Begriffe zu Irritationen und Fehlern führen, weshalb ich die Unterscheidung auch gerne an Elternabenden der ersten Klasse vorstelle. Eine gute Einführung in das Thema ist die Frage: «Wie kommt Sprache in das Gehirn?»

Eine kleine Skizze, wie in Abbildung 3 gezeigt, kann von großer Hilfe sein, da sie sichtbar macht, dass sich die Zuständigkeitsbereiche der Laute und Buchstaben nicht überlappen. Laute kommen und gehen über Ohren und Mund ins Gehirn und... sie sind unsichtbar. Buchstaben hingegen kommen und gehen über die Augen und Hände ins Gehirn und da sie sichtbar sind, kann man in der Diskussion provokativ (und gegebenenfalls theatralisch untermalt) fragen, ob denn schon mal jemand gesehen hat, wie beim Sprechen Buchstaben aus dem Mund gefallen sind. Solche Vorstellungen bleiben den Kindern im Gedächtnis und helfen später bei der Differenzierung der Begriffe.

Oralstrukturen im Seitenanblick

Meine Arbeit, egal ob sprachtherapeutisch oder sprachfördernd ausgerichtet, beginnt mit der Einführung des Seitenanblicks. Dies ist ein schematischer Sagittalschnitt durch den Kopf, mit Hilfe dessen Kinder erste Bezeichnungen für die am Artikulationsprozess beteiligten Strukturen lernen.

Diese Begriffe können dann mit einem Memoryspiel (Abbildung 4), in welchem die für die Sprachproduktion relevanten Strukturen farbig markiert und benannt sind, geübt werden. Die bewegliche Form dieses Seitenanblicks ermöglicht zudem eine direkte Manipulation dieser Strukturen, was sich vor allem in der therapeutischen Arbeit mit sprach- oder

hörbehinderten Kindern und Jugendlichen bewährt, da sie Lautbildungsbewegungen nun erst am plastischen und später am mentalen Modell vornehmen können.

Konsonanten

Zur Einführung der Mitlaute erhalten die Kinder eine A3-Kopie des Seitenanblicks und unterteilen ihn nach Anweisung in drei Bereiche: vorne, Mitte, hinten (was den drei Artikulationszonen labial/dental, alveolar/koronal und uvular/dorsal entspricht).

Die drei Spalten der Artikulationszonen werden mit Anlautbildern des vom Kind benutzten Leselehrganges, mit Lautpiktogrammen oder mit Buchstaben gefüllt, damit sich nach und nach eine artikulationsgebundene Anlauttabelle der Konsonanten füllt (Abbildung 5, Seite 162). Eine dementsprechend sortierte Anlauttabelle hat den Vorteil, dass auch Kinder mit schwachem phonologischen oder semiotischen Bewusstsein (letztere sind solche, die Schwierigkeiten haben, die Laut-Buchstaben-Beziehung zu verstehen) bei deren Verwendung eine lautsprachlich gebundene Strategie anwenden können, die von dem bekannten «Hör gut hin!» abweicht. Stattdessen wird die Aufmerksamkeit der Kinder mit der Frage: «Was bewegt sich am Anfang von Ball: die Lippen, die Zungenspitze oder den Zungenrücken?» auf die Artikulationsstrukturen gelenkt. Dann haben sie die Gelegenheit, über eine Bewegungsanalyse das Prinzip des Anlautes zu verstehen. Erst nachdem sie die korrekte Stelle gefunden haben, können sie in der (anders geordneten Tabellen gegenüber) deutlich reduzierten Anzahl von Möglichkeiten das Anlautbild und den dazugehörigen Buchstaben suchen.

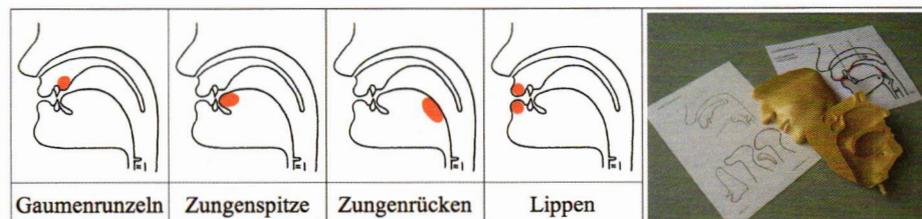


Abb. 4: Memorykärtchen und beweglicher Seitenanblick

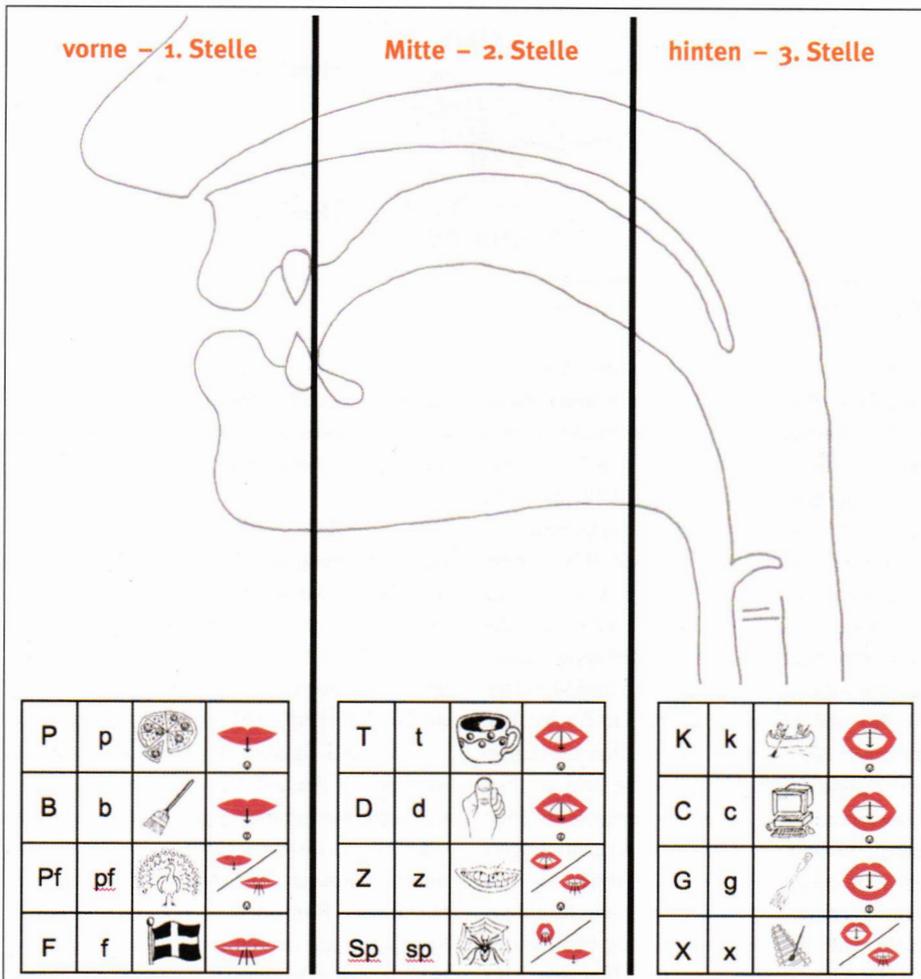


Abb. 5: gefüllter Seitenanblick oder Anlauttabelle der Konsonanten

Anlaut = erste Bewegung = erster Laut

Als nächstes werden den Lautstellen Wertigkeiten zugeordnet: erste Stelle 1 Punkt, zweite Stelle 2 Punkte, dritte Stelle 3 Punkte und diese Wertigkeiten werden spielerisch in Spielen zur Wort- und Bewegungsanalyse benutzt. Bilder und Wörter mit den Anlauten p, b, pf, f, w oder m erhalten dabei einen Punkt, solche mit den Anlauten t, d, s, sch, j, n, r oder l erhalten zwei

Punkte und solche mit einem k, g, c oder einem uvularen r bekommen drei Punkte. (Der Verständlichkeit wegen werden hier bewusst keine IPA-Zeichen eingesetzt, sondern Buchstaben – wie in der Schule.)

Die Kinder erhalten pro Bild die Anzahl von Punkten, die mit dem Lautwert des Anlautes übereinstimmt und können bei verschiedenen spielerischen Aufgaben (siehe Abbildung

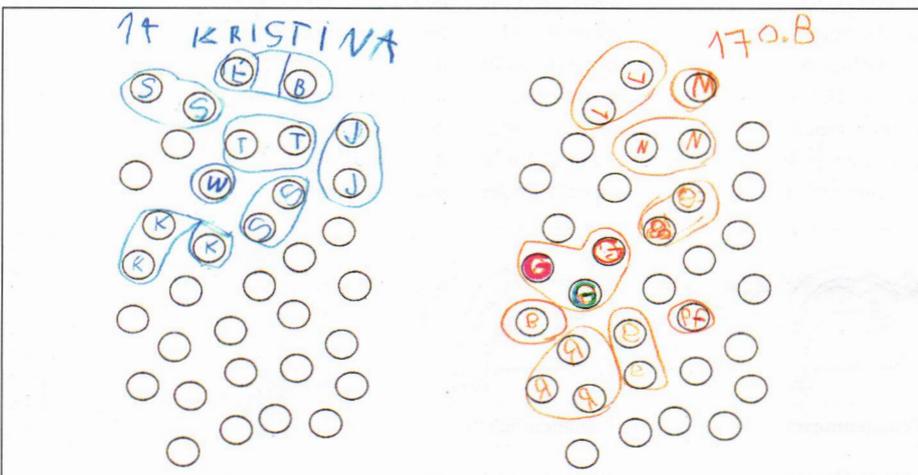


Abb. 6: Ringspiel

6 oder auch Ruß 2001) gleichzeitig die Anlaut- und Bewegungsanalyse, die Graphem-Phonem-Korrespondenz (bei <Schere> muss der gesamte Trigraph für den Anlaut geschrieben werden, bei <Stein> bedarf es nur eines Digraphen) und verschiedene graphomotorische Abläufe üben. Wichtig ist, dass Kinder, auch im Hinblick auf späteres Lernen, die Lautbildung beachten und Selbstbeobachtungen mit Feststellungen kommentieren wie z.B. «Mein Zungenrücken ist gehoben», «Meine Zungenspitze ist unten» oder «Meine Lippen sind geschlossen».

Benutzen die Kinder ein Wort, das mit einem Selbstlaut beginnt, dann kann man dies zu diesem Zeitpunkt mit einer Bemerkung wie «Das ist ein Selbstlaut, den besprechen wir später. Wir sammeln jetzt Mitlaute.» kommentieren und den Kindern gleichzeitig eine Idee geben, dass es zwei Arten von Lauten gibt.

Vokale

Zur Einführung der Selbstlaute müssen diese in einer bestimmten Reihenfolge auswendig gelernt werden (Abbildung 7).

Die Abfolge der Vokale richtet sich nach deren Artikulationshaltungen (von hinterer zur vorderen Zungenlage und vom geöffneten zum geschlossenen Kiefer). Diese Reihenfolge ist weniger willkürlich als die alphabetische Sequenz a, e, i, o, u, die sich ausschließlich nach dem Platz der fünf Vokale im Alphabet richtet und sechs der elf Selbstlaute gar nicht berücksichtigt. Zudem ergibt sich bei der geometrischen Anordnung der Lautkärtchen (5/3/3) eine graphische Symmetrie, die A/O/U genau unter Ä/Ö/Ü liegen lässt, was die Einprägung der Reihenfolge unterstützt.

Mit der Selbstlautpatience, einem in Mundmotorik bei der Lautbildung (Ruß 2001) beschriebenen Spiel, werden die drei Reihen mit der entsprechenden Vokalanzahl (5/3/3) und Reihenfolge (a/o/u/e/i, ä/ö/ü, au/ei/eu) auswendig gelernt und spielerisch gefestigt. Diese Automatisierung erlaubt einen kontrollierten vollständigen Abruf der Vokale, wie es beim sequentiellen Lernen des Alphabets der Fall ist.

Im Lautbildungsansatz ist das Vokale-Kennen und -Erkennen aufgrund deren Funktion als Silbengipfel von zentraler Bedeutung. Diese Silbengipfelfunktion zieht nach sich, dass Grundselbstlaute (a/o/u/e/i), Umlaute (ä/ö/ü) und Diphthonge (au/ei/eu) nicht in diese drei Untergruppen getrennt, sondern alle gleichermaßen als Vokale bezeichnet werden. Deren Kennen und Erkennen erlaubt es Kindern, nachdem sie die Vokale z.B. mit einem Leuchtstift markiert haben, eine nahezu

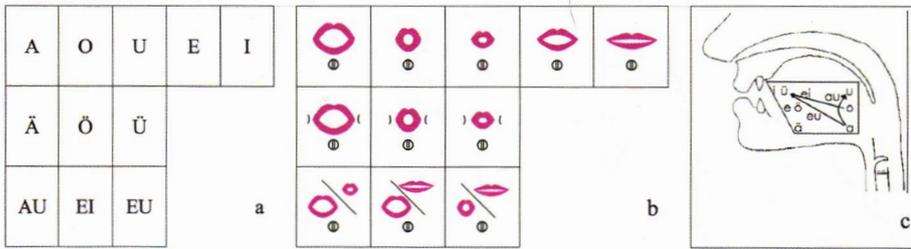


Abb. 7: Selbstlautgeometrien (a, b) und Vokaltrapez im Seitenanblick (c)

intuitive Strukturierung des Wortes vorzunehmen – eine Tatsache, die mich in meiner praktischen Arbeit mit sprachbehinderten Grundschulern zunächst überraschte. Markieren Kinder die Silbengipfel, dann führt dies häufig zu einem schnelleren und sichereren Erfassen des gesamten Wortes und zu einem beschleunigten Lesen. Die Markierungen fungieren als visuelle Klatscher. Das Kind weiß, in wie vielen Teilen es das Wort zu produzieren hat. Da die Anzahl der Selbstlaute und die der Silben von einander abhängig sind, lernen Kinder zugleich eine erste Strategie: Pro Selbstlaute findet man eine Silbe – pro Silbe gibt es einen Selbstlaut.

Spielerisch wird diese Beziehung einzeln oder in Gruppen geübt, indem Bilder benannt und geklatscht werden. Pro Klatscher malen die Kinder ein Quadrat, in welches sie den Vokal schreiben (können). Berechnet wird dann entweder die Anzahl der Vokale oder die Vo-

kalwertigkeit. Letzteres gewährleistet eine größere Beachtung der Diphthonge, da es für zwei Vokale aus der ersten Reihe nur zwei Punkte gäbe, ein Vokal aus der dritten Reihe jedoch drei Punkte wert ist.

Auch fordert dieses Spiel Kinder dazu heraus, möglichst viele Komposita zu bilden, da diese meist länger sind und man eine höhere Punktezahl erreichen kann. Da das Spiel die Arbeit des Kindes ist, sollte man sich nicht scheuen, Spiele gezielt zu erfinden und einzusetzen.

Die bindende Anordnung der Vokale in der Selbstlautgeometrie ermöglicht es außerdem, schulisch relevante Aussagen über die Gruppenmitglieder der drei Reihen der Selbstlautgeometrie zu machen.

- Nur die Laute der **ersten beiden Reihen** haben kurze und lange Qualitäten.
- Die Laute der **dritten Reihe** sind immer lang.

- Nur nach (kurzen) Lauten der **ersten beiden Reihen** kommt es zur Mitlautverdoppelung.
- Nach Lauten der **dritten Reihe** gibt es keine Verdoppelung (außer in Eigenname – oder in der Schweiz ein ss).
- Buchstaben der Laute der **zweiten Reihen** werden nie verdoppelt, d.h. es gibt keine ää, öö oder üü.

Vokale und Schreibweisen

In der deutschen Sprache ist die Phonem-Graphem-Zuordnung nicht eindeutig, dies zeigt sich schon bei der Anlauttabelle der Konsonanten. Die Anlaute von <Fisch>, <Vater> tönen gleich, werden aber durch verschiedene Buchstaben verschriftet. Das Graphem für <Philosophie>, einem dritten Wort mit diesem Anlaut, fehlt in der Anlauttabelle völlig und wird sogar durch eine Buchstabengruppe (Digraph) verschriftet. Um solche Diskrepanzen bei den Vokalen zu thematisieren, kann man sie in der Selbstlautgeometrie mit ihren unterschiedlichen Schreibweisen darstellen. Die häufigste Verschriftung eines Lautes, die als unmarkiert gilt, wird Basisgraphem genannt (Augst 1964). **Basisgrapheme** sind in Abbildung 9 fett gedruckt. Die selteneren Verschriftungen, die als markiert geltenden *Orthographeme*, sind kursiv aufgelegt.

Schon so manches Kind stellte beim Anblick dieser Darstellung erstaunt fest: «Was? <a> und <ah> spricht man gleich aus?».

Vokale und Worttrennung

Untersuchungen haben gezeigt, dass bereits Vorschulkinder die Silbe als Einheit erkennen (Schnitzler 2008) und Wörter durch Klatschen segmentieren können. Umso überraschender waren die Ergebnisse aus Reihenuntersuchungen mit dem *Inventar impliziter Rechtschreibregeln* (Probst 1988) (Abbildung 10, Seite 164). Obwohl die hier vorgestellte Erhebung wissenschaftlichen Anforderungen sicherlich nicht genügt, sind die Durchschnittswerte der 115 Regelklassen-Schülerinnen und Schülern, die in den Jahren zwischen 1996 und 1998 erfasst wurden, doch sehr auffällig und fordern eine Auseinandersetzung mit der Frage: «Warum hatten die Drittklässler bei den Untertests 4 (schreibt Pseudowörter gemäß orthographischer Norm), 7 (zerlegt lange Wörter in ihre Sprechsilben) und 10 (setzt Länge-/Kürzezeichen) so auffallend tiefe Durchschnittswerte?»

Es gelang den Kindern offensichtlich nicht, ihr implizites Wissen um den Worhrhythmus in explizite Handlungsfähigkeit umzusetzen.

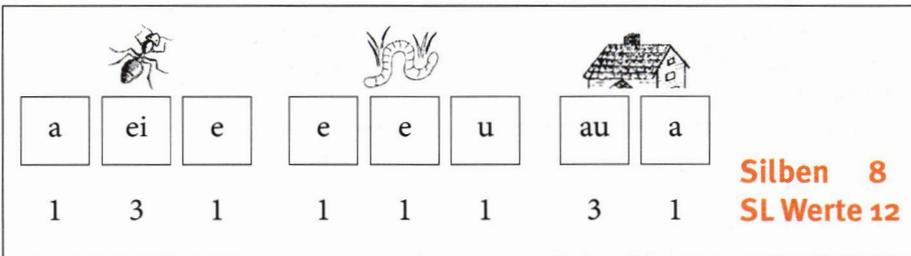


Abb. 8: Punktverteilung nach Silbenanzahl oder Vokalwertigkeit

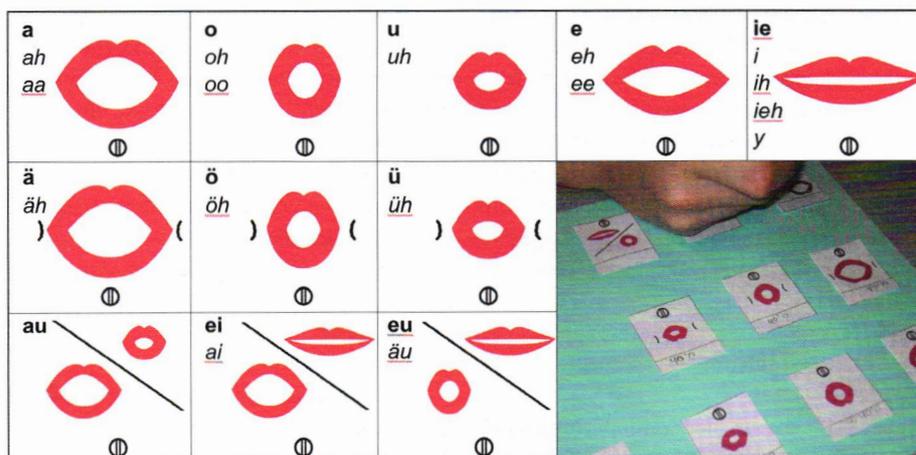


Abb. 9: Schreibweise der Vokale

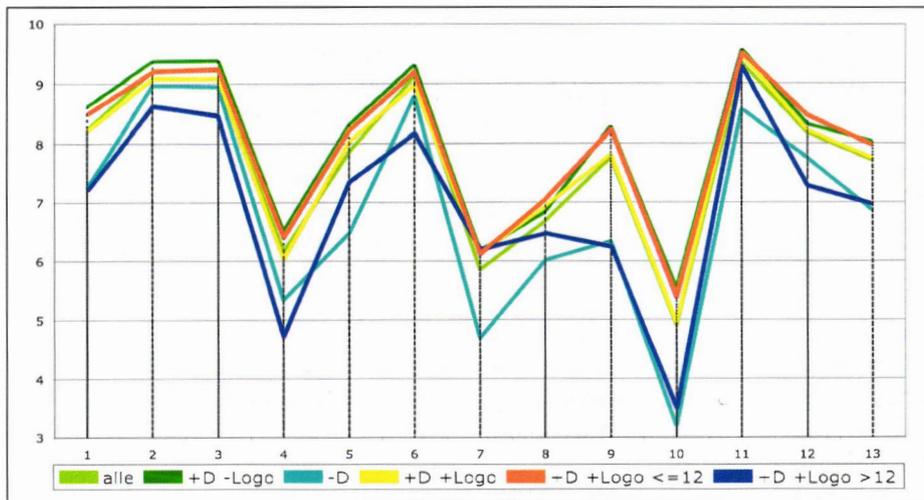


Abb. 10: Durchschnittswerte (%) von 115 Datensätzen (Drittklässler, November) beim Test Inventar impliziter Rechtschreibregeln (Probst 1988).

x-Achse Untertests 1-12 und Gesamt 13, y Achse %

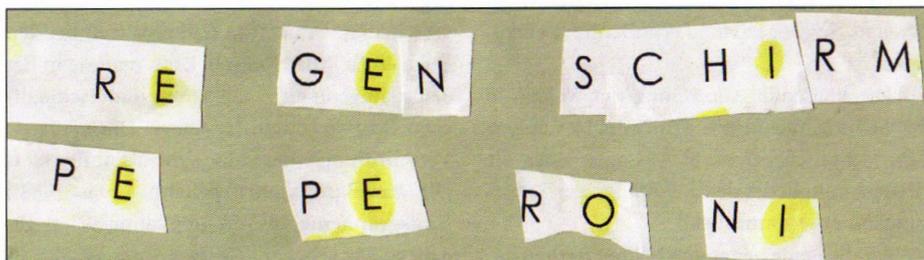


Abb. 11: nach Silben auseinander geschnittene Wörter

Seel (2003) schreibt dem Faktenwissen eine bewusste, kontrollierte Verarbeitung zu, wogegen beim Handlungsdenken eine automatische Verarbeitung ohne bewusste Kontrolle stattfinden kann. Aufgabe der Therapeuten und Pädagogen ist es nun, dieses implizite sprachliche Wissen umzuwandeln, da nach Motsch (2004) sprachliches Denken und Urteilen ein Ergebnis expliziten Wissens ist.

Für das Einüben der Silbentrennung liefert das geschriebene Wort eine mögliche Lösung. Die Tatsache, dass jede Silbe einen Silbengipfel, d.h. einen Vokal hat, lässt auch den Umkehrschluss zu, dass zu jedem Vokal eine Silbe gehört. Deshalb ist das Erlernen der Selbstlaute, wie bereits vorgestellt, ein so zentrales Element im Lautbildungsansatz. Sehen die Kinder ein geschriebenes Wort vor sich, können sie anhand der Vokalanzahl herausfinden, wie viele Silben das Wort haben muss. Dies gibt ihnen eine erste Strategie, um ein zu wenig oder ein zu viel an Silben zu verhindern. Auch können offensichtliche Fehler, wie in Abbildung 11 (Seite 164) gezeigt, besprochen werden: *Kann <rm> überhaupt eine Silbe sein?* Offensichtlich nicht, denn der Vokal fehlt.

Die Ergebnisse der IiR Untertests weisen auch auf Probleme hin, die Kinder mit der

Markierung von Vokallängenzeichen haben. Die Regeln zum Setzen dieser Markierungen sind in Absatz 4.4 aufgeführt. Doch die Diskussion um den Terminus *Vokallänge* (z.B. in Wikipedia, 2009a) zeigt, dass mit dem Parameter *Länge* keine eindeutige Differenzierung möglich ist. Erfahrungen im Schul- und Kursalltag offenbaren, dass es Kindern und Erwachsenen gleichermaßen schwer fällt, eine Lautreihe *kurzer* Vokale zu produzieren. Doch orthographische Regeln drängen uns dazu, Konsonanten, welche diesen kurzen Vokalen folgen, durch Doppelschreibung zu markieren. Über die Auseinandersetzung mit *bildlichen Lautdarstellungen* (Ruß 2008b) und der Visualisierung von Silbengrenzen und Silbengelenken reife in mir während der letzten Jahre eine Sichtweise, die sich als Ausweitung des therapeutisch konzipierten *Lautbildungsansatzes* in die Rechtschreibung anbot, der pädagogisch bislang nur auf den Schriftspracherwerb ausgerichtet war.

Konsonanten und Buchstabenverdoppelungen

Bei der orthographischen Verdoppelung handelt es sich um Schriftzeichen, die auf eine besondere Beziehung von Lauten hinweist. Doch

erst vor dem Hintergrund nicht-linearer Theorien lässt sich diese Beziehung auf einer vom Laut losgelösten Ebene erklären. Zur Darstellung dieser Laut- und Silbenbeziehungen sind in Abbildung 12 und Abbildung 13 folgende Markierungen angewendet:

Durchgezogene Linien stellen Wortgrenzen dar, gezackte Linien sind Silbengrenzen und gepunktete Linien symbolisieren Lautgrenzen. Gestrichelte Linien deuten auf ein Silbengelenk. Innerhalb von Wortgrenzen gibt es Silbengrenzen oder Silbengelenke. Silbengrenzen markieren die räumliche Dimension der Silbe und die Lautzugehörigkeit eindeutig. Silbengelenke hingegen verbinden über die Geminata (das ist der im Gelenk liegende Konsonant) hinweg zwei Silben zu einem Konstrukt, das von außen her als (Super-)Einheit wahrgenommen wird, da die Grenze fehlt, in sich aber zwei souveräne Einheiten mit silbenmarkierenden Silbengipfel beherbergt. Der im Gelenk liegende Konsonant gehört sowohl zu der vorhergehenden Silbe als auch zur nachfolgenden.

Aufgrund der beiden Silbengipfel innerhalb dieser (Super-)Einheit lassen sich Wörter wie *Affe* oder *Mutter* mühelos klatschen, denn es sind die Silbengipfel, die durch die Klatscher markiert werden. Problematisch wird es, wenn – wie dies in manchen Lehrmitteln der Fall ist – Kinder dazu angeleitet werden, die Wörter als *Af-fe* oder *Mut-ter* zu sprechen und wenn in deren Handbüchern die Aspiration beim <t> von *Mut* –gefordert wird, damit das Kind zwei t-Laute wahrnehmen kann. Es gibt keine zwei t-Laute im Wort *Mutter*. Es liegt in der Natur einer Geminata, dass sie nur aus einem Laut besteht. Der t-Laut in *Mutter* oder der f-Laut in *Affe* spreizt sich über den Endrand der vorderen Silbe in den Anfangsrand der darauffolgenden Silbe.

Lautbildungsphasen

Traditionell werden Laute in der Linguistik über ihre Parameter wie Ort, Art und Stimme definiert. Doch um Silbengelenke im Lichte der nichtlinearen Phonologie zu sehen, wird der Lautbildungsprozess selber als eine Art zeitlicher Parameter definiert, der bei Konsonanten aus den drei Phasen: Verschlussphase, Haltephase und Öffnungsphase (Torbogenform) und bei Vokalen aus Annäherungsphase, Haltephase und Entfernungsphase (Wannenform) besteht.

Die drei Lautbildungsphasen bzw. deren Entdeckung sind im fortgeschrittenen *Lautbildungsansatz* ein wichtiges didaktisches Mittel. Da therapeutisch begleitete Kinder mit LRS

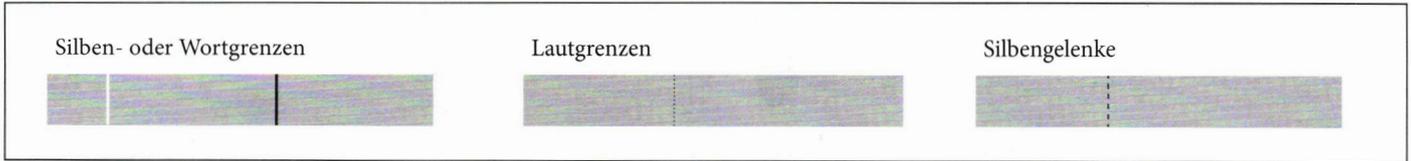


Abb. 12: Darstellungen von Laut- und Silbenbeziehungen

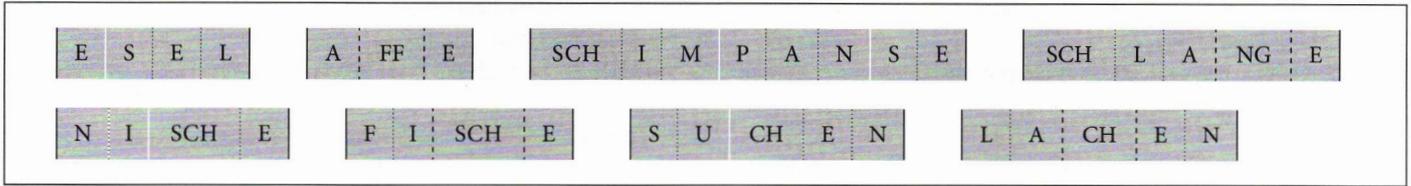


Abb. 13: Beispiele verschiedener Darstellungen von Laut- und Silbenbeziehungen

In der Verschlussphase werden die Parameter für den Konsonanten: Ort, Art und Stimme gesetzt, in der Haltephase bleiben die gesetzten Parameter erhalten und in der Öffnungsphase werden sie gelöst. Treffen zwei Konsonanten mit völlig verschiedenen Parametern aufeinander, wie beim Wechsel von [R] nach [t] (in Kar-ten mit uvularem r-Laut), dann verändert sich die Lautbildung an der Silbengrenze völlig und kann vom Sprecher klar erkannt werden.



Abb. a: Silbengrenze mit verschiedenen Parametern

Treffen jedoch zwei ähnliche Konsonanten aneinander, dann kann es zu einem *Spreading* (Spreizen) der Parameter kommen, das heißt, Parameter werden nicht vollständig gelöst, sondern bleiben teilweise gesetzt. Dieses *Spreading* kann innerhalb eines Silbenrandes (Anfangs- oder Endrand) auftreten, kann aber auch Parameter zweier Konsonanten betreffen, die in aneinander stoßenden Rändern zweier Silben liegen, z. B. wenn Endrand_{1 (E1)} auf Anfangsrand_{2 (A2)} trifft.

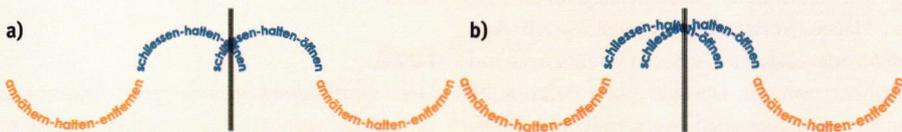


Abb. b: Silbengrenze mit a) einem b) zwei gespreizten Parametern

Beim Wechsel von [m]_{E1} nach [p]_{A2} (in *Am-pel*) bleibt zum Beispiel der Ortsparameter gesetzt, Art und Stimme wechseln. Beim Wechsel von [n]_{E1} nach [d]_{A2} (in *Hun-de*) bleiben Ort und Stimme gesetzt, nur die Art wechselt. Trotz des *Spreadings* werden die Übergänge von einem Laut zum anderen als Silbengrenze wahrgenommen. An Silbengrenzen (im Wortbild mit - gekennzeichnet) werden alle drei, manchmal auch nur zwei oder einer der Parameter neu gesetzt.

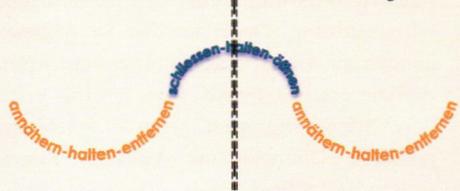


Abb. c: Silbengelenke mit drei/vollständig gespreizten Parametern der Geminate

An Silbengelenken findet diese Neusetzung der Parameter nicht statt. Sämtliche Lautparameter einer Geminate werden im Endrand_{1 (E1)} der vorderen Silbe gesetzt und erst im Anfangsrand_{2 (A2)} der Folgesilbe wieder gelöst (in *Mut^ter* oder *Af^fe*). Die Verschlussphase liegt in der vorderen Silbe, die Öffnungsphase in der Folgesilbe. Die Silbengrenze als solche wird von der Haltephase überdeckt. Es kommt zu einer Verschmelzung der Silben. Das so entstandene Silbengelenk kann im geschriebenen Wort mit ^ gekennzeichnet werden - dies entspricht dem Punkt unter dem IPA-Zeichen, mit dem Eisenberg (1994) die Geminate markiert.

oder Zweitklässler, die den *Lautbildungsansatz* zuvor kennen gelernt hatten, auf dieser Stufe bereits viel über Lautbildung wissen, Vokale und Konsonanten unterscheiden können und das Konstrukt der Silbe kennen, kann man bereits mit ihnen darüber sinnieren, wann sich denn beim Wort *Mappe* die Lippen schließen - in der ersten oder in der zweiten Silben - und wann sie sich wieder öffnen? Arbeitet man mit Schülerinnen und Schülern, die noch nichts über die Lautbildung gelernt hatten, sollte man dies in geraffter Form nachholen, beginnend mit den Vokalen. Wenn es zu den Lautbildungsphasen kommt, kann zumindest das Thema der Artikulationsstellen bei Konsonanten aufgegriffen werden.

Um die Wahrnehmung der Lautbildungsunterschiede zu verstärken, empfiehlt es sich, mit Minimalpaaren zu arbeiten. Dabei werden die Wortpaare in der Reihenfolge Silbengrenze-Silbengelenk angeboten:

- Verschlusslaute: mu-tig vs. Mut^ter
Ha-ken vs. Hac^ken
- Reibelaute: Scha-fe vs. schaf^fen
Ha-sen vs. has^sen
Ni-sche vs. Fisch^e
- Affrikaten: Bra-tsche vs. Pat^sche
- Nasallaute: Sa-men vs. sam^meln
To-ner vs. Ton^ne
- Fließlaute: Nah-rung vs. Nar^ren
Be-luga vs. bel^len

Mit Hilfe eines Tischtennisballs wird der Lautvergleich um ein spielerisches Element erweitert. In der nachfolgenden Darstellung wird die Bewegung des Balls dargestellt. Die Artikulation der Grenz- oder Gelenkkonsonanten setzt an den gefärbten Stellen an. Schon bald machen Kinder die Ballprobe auch ohne Ball oder reduzieren sie auf eine kurze Bewegung mit dem Finger (Silbengrenze: über den Tisch streichen, Silbengelenk: auf den Tisch klopfen).

| Silbengrenze | loslassen | aufnehmen | Silbengelenk | loslassen | auffangen |
|--------------|--|-----------|--------------|--|-----------|
| | | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Der Ball wird mit der einen Hand losgerollt und mit der anderen Hand aufgenommen. • Die vordere Silbe beginnt mit dem Aufsetzen des Balles auf dem Tisch. Während der Ball rollt, werden die zur Vordersilbe gehörenden Laute artikuliert. • Die Folgesilbe, das heißt alle drei Lautbildungsphasen des zu beurteilenden Grenzkonsonanten, beginnt erst, wenn die andere Hand den Ball aufnimmt. • Die Rollphase entspricht dem <i>langen Vokal</i> anderer Ansätze, doch Vokallängen werden beim <i>Lautbildungsansatz</i> den Kindern gegenüber in der Regel nicht thematisiert. | | | <ul style="list-style-type: none"> • Der Ball wird mit der einen Hand auf den Tisch geworfen und mit der anderen Hand aufgefangen. • Die vordere Silbe beginnt mit dem Werfen des Balles. Der Aufprall markiert die Verschlussphase des Gelenkkonsonanten, welche in der vorderen Silbe liegt. • Die Haltephase dauert so lange an, bis die andere Hand den Ball auffängt. • Mit dem Fangen des Balles wird die Öffnungsphase eingeleitet und der Rest der Folgesilbe wird artikuliert. | |

Abb. 15: Lautvergleich mit Tischtennisball

Deutlich werden an den vorausgehenden Beispielen auch folgende Konventionen:

- Di- und Trigraphe wie *ch*, *ng*, *sch* werden schriftlich nicht verdoppelt, da sie schon mit mehr als einem Buchstaben verschriftet werden.
- Die neue deutsche Rechtschreibung hat die Trennregel bezüglich des *ck* verschlechtert. Anstatt wie früher das Silbengelenk als *k^k* zu trennen, wird die gesamte Buchstabengruppe neu in den Anfangsrand der Folgesilbe gesetzt – *ck*. Dies suggeriert eine falsche Silbengrenze und erschwert den Lern- und den Leseprozess.

An Pseudowörtern (wie *laromma*, *tumela*, *zapeno*, u.s.w.) zeigt es sich, ob die Schülerinnen und Schüler die Lautphasenprobe des *Lautbildungsansatzes* verstanden haben. Beim Lesen sollten die schriftlichen Doppelungen eine Gelenkartikulation auslösen, da sich, wie Osburg (1997, S.7) festhält, „durch die Auseinandersetzung mit der geschriebenen Sprache die gesamte Mündlichkeit ändert“. Beim Schreiben nach Diktat sollte das Nachsprechen der vorgegebenen Wörter über die Lautphasenanalyse zu deren korrekten Verschriftung führen.

Konsonanten und Silbenbögen

Die durch den *Lautbildungsansatz* entwickelte Aufmerksamkeit auf Silbengrenzen und -gelenke findet auch in der Art und Weise Ausdruck, wie Silben durch Silbenbogen markiert werden. Begonnen wird der Silbenbogen immer am ersten Laut der Silbe, beendet wird der Bogen am letzten Laut. Eine solche Markierung kennzeichnet die Silbengrenze klar. Bei Silbengelenken hingegen werden die Silbenbogen unterhalb der Geminata miteinander verbunden. Dies bringt die Zugehörigkeit des Lautes zu beiden Silben zum Ausdruck. Außerdem

kann durch ein solches Vorgehen das Problem der Polygraphenmarkierung vermieden werden, da man sich nun nicht entscheiden muss, welcher Silbe man zum Beispiel in dem Wort *Fische* das *<sch>* zuordnet. Mit Schülern können die Silbenbögen, an jeglichem Wortmaterial (wie in Abbildung 16) geübt werden.

Morphologische Strategien bei Doppelungen

Damit Kinder den *Lautbildungsansatz* beim Schreiben von Doppelungen einsetzen können, müssen Wörter zwingend eine Silbengrenze oder ein Silbengelenk haben. Das heißt, sie müssen mindestens zwei Silbengipfel aufweisen. Haben Wörter nur eine Silbe wie z.B. *Ball*, *komm* oder *dick*, dann müssen sie entsprechend verändert werden. Dies geschieht durch Hilfe aus dem linguistischen Lager, indem morphologische Prozesse auf die phonologische Form des einsilbigen Wortes einwirken. Dieses Vorgehen deutet an, dass allein lautbezogene Strategien nicht mehr ausreichend sind, um eine korrekte Orthographie zu gewährleisten – ein Stufenwechsel innerhalb des Frith'schen Modells (Abbildung 2) ist erforderlich.

Je nach Wortart führen unterschiedliche Prozesse zur Entstehung einer neuen Silbenstruktur, bei der Laute aus dem Endrand des einsilbigen Wortes in den Anfangsrand eines zweisilbigen wechseln. Bei Nomen kommt es durch Pluralbildung zur Resyllabisierung, bei Verben durch die Angabe der Stammform und bei Adjektiven durch Bildung der Steigerungsform.

- Nomen:** Ball/Bäl^le
Kamm/Käm^me
Wal/Wa-le
Bank/Bän-ke
- Verben:** kommt/kom^men
schläft/schla-fen
putzt/put^zen
sucht/su-chen
- Adjektive:** dick/dic^ker
nett/net^ter
groß/grö-ßer
spät/spä-ter

Sind die Wörter dann mehrsilbig, kann wieder nach dem *Lautbildungsansatz* gearbeitet werden.

Fazit

Der *Lautbildungsansatz* setzt Erkenntnisse aus der sprachtherapeutischen Arbeit bei Lautbildungsstörungen im pädagogischen und sonderpädagogischen Umfeld ein und bietet Schülerinnen und Schülern eine innovative Methode zur Unterstützung des Schreiberwerbs sowie eine artikulationsgebundene Strategie zur Bewältigung erster orthographischer Anforderungen oder einer Lese-/Rechtschreibstörung. Dabei werden Sprechbewegungen zu Schul- oder Interventionsbeginn explizit erarbeitet und zum Erwerb erster Lese-/Schreibstrategien genutzt. Spielerisch gestaltete Übungen mit Vokalen, Konsonanten und Silben lassen sich in Folge auch zur Wort- und Silbentrennung und bei der Verschriftung von Doppelungen einsetzen. Die Analyse der Lautbildungsphasen an Sil-



Abb. 16: Silbenbögen

bengrenzen und -gelenken zeigt zudem, dass orthographische Schwierigkeiten mit neuen lautgebundenen, das heißt alphabetischen Strategien überwunden werden können. Meine Arbeit mit dem *Lautbildungsansatz* zielt nicht darauf, langjährige und bewährte didaktische Methoden zu ersetzen. Eigene Erfahrungen und erste Rückmeldungen von Kolleginnen weisen jedoch darauf hin, dass er vielen Kindern einen alternativen Zugang zur Lösung orthographischer Probleme bietet. Wünschenswert wäre es, solche Eindrücke mit einer in der Zukunft liegenden Evaluation empirisch zu untersuchen.

Literatur

- Augst, G. (1984): Der Buchstabe. In: DUDEN: Grammatik der deutschen Gegenwartssprache. Mannheim u. a., 59-87.
- Büchel, C., Hartje, W. & Poeck, K. (2006): Klinische Neuropsychologie. Stuttgart: Thieme.
- Costard, S. (2007): Störungen der Schriftsprache. Stuttgart: Thieme.
- Dehn, M. (*1994): Zeit für die Schrift. Lesenlernen und Schreibenkönnen. Bochum: Kamp.
- Dittmann, J. (2002): Der Spracherwerb des Kindes: Verlauf und Störungen. München: C.H.Beck.
- Eisenberg, P. u. a. (*1998): Der Laut und die Lautstruktur des Wortes. In: Peter Eisenberg u. a.: Duden, Grammatik der deutschen Gegenwartssprache. 6., neu bearb. Aufl. Mannheim/Leipzig/Wien/Zürich: Dudenverlag. 17 – 53; 41.
- Fricke, S. & Schäfer, B. (2008): Test für Phonologische Bewusstheitsfähigkeiten (TPB). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Frith, U. (1985): Beneath the surface of developmental dyslexia. In: K. Patterson, M. Coltheart & J. Marshal (Ed.) Surface Dyslexia: Neuropsychological and Cognitive Studies of Phonological Reading (301-330).
- Füssenich, I. & Löffler, C. (2008): Schriftspracherwerb: Einschulung, erste und zweites Schuljahr. München: Ernst Reinhardt.
- Hartmann, E. & Dolenc R. (2005): Olli, der Ohrendetektiv. Test und Förderverfahren zur phonologischen Bewusstheit in Vorschule und Schule. Donauwörth: Auer.
- Jampert, K., Best, P., Guadatiello, A., Holler, D. & Zehnbauer, A. (2005): Schlüsselkompetenz Sprache. Sprachliche Bildung und Förderung im Kindergarten. Konzepte, Projekte, Maßnahmen. Weimar: Berlin: verlag das netz.
- Janson, H., Mannhaupt, G. & Marx, H. (1999): Bielefelder Screening zur Früherkennung von Lese-Rechtschreibschwierigkeiten (BISC). Göttingen: Hofgrefe.
- Küspert, P. (1998): Phonologische Bewusstheit und Schriftspracherwerb. Zu den Effekten vorschulischer Förderung der phonologischen Bewusstheit auf den Erwerb des Lesens und Rechtschreibens. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Küspert, P. & Schneider, W. (1999): Würzburger Trainingsprogramm: Hören, Lauschen, Lernen. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Leuschner, B. (2002): Die Sprache: Was der Sprachlehrer mindestens darüber wissen muss, wenn Kommunikation sein Ziel ist. (Internet Stand 8/2005) <http://private.swp-net.de/burkhard-leuschner/lg/sprache/sprache.htm>.
- Levelt, W. J. M. (1989): Speaking: From Intention to Articulation. Cambridge, Mass: MIT Press.
- Mannhaupt, G. (2001): Lernvoraussetzungen im Schriftspracherwerb. Köln: Kölner Studien Verlag.
- Marx, H. (1997): Erwerb des Lesens und des Rechtschreibens. In F.E.Weinert und A. Helmcke (Hrsg.) Entwicklungen im Grundschulalter (83-138). Weinheim: Beltz.
- Motsch, H. J. (2004): Kontextoptimierung. München: Ernst Reinhardt.
- Osburg, C. (1997): Gesprochene und geschriebene Sprache. Baltmannsweiler: Schneider Hohengehren
- Probst, H. (1988): Inventar impliziter Rechtschreibregeln. Marburg.
- Rickli, U. (1996): Lose, luege, läse. Solothurn: Lehrmittelverlag Kanton Solothurn.
- Röber-Siekmeyer & C. & Tophinke, D. (2002): Schriftspracherwerbskonzepte zwischen Sprachwissenschaft und Pädagogik. Baltmannsweiler: Schneider Hohengehren.
- Ruß, M. (2001): Mundmotorik bei der Lautbildung. München: Ernst Reinhardt.
- Ruß, M. (2003): Bildliche Lautdarstellung als Stütze des Schreib- und Lautspracherwerbs. L.O.G.O.S. Interdisziplinär 11, 1, 23-34.
- Ruß, M. (2008a): Der Lautbildungsansatz: Was uns das Sprechen über das Schreiben sagen kann. In: Riehmman, C.; Dallmaier, M. (Hrsg.) Kongressband dgs Kongress Cottbus 2008.
- Ruß, M. (2008b): Bildliche Lautdarstellungen in Therapie, Unterricht und Lehre. Köln: Prolog.
- Schnitzler, Carola (2008): Phonologische Bewusstheit und Schriftspracherwerb. Stuttgart: Thieme.
- Schulte-Körne, G. (2004): Marburger Rechtschreibtraining. Ein regelgeleitetes Förderprogramm für rechtschreibschwache Kinder. 2., überarbeitete Auflage. Bochum, Winkler.
- Seel, N. M. (1991): Weltwissen und mentale Modelle. Göttingen: Hogrefe.
- Stock, C., Marx, P. & Schneider, W. (2003): Basiskompetenzen für Lese-Rechtschreibleistungen (BAKO 1-4). Göttingen: Hofgrefe.
- Valtin, R. & Löffler, I. (2009): Legasthenie ist heilbar. Neue Hilfen durch Kompetenzmodelle. (Internet abgerufen: 28. Mai 2009) <http://www.dgls.de/tagungen/tagungen/tagungsunterlagen-aus-dort-mund.html>
- Wikipedia (2009a): Vokalquantität. (Internet abgerufen: 10. Mai 2009, Bearbeitungsstand: 9. Februar 2009) <http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Vokalquantität&C3%A4t&oldid=56522754>
- Wikipedia (2009b): Silbengelenk. (Internet abgerufen: 10. Mai 2009, Bearbeitungsstand: 11. Februar 2009) <http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Silbengelenk&oldid=56445171>

Korrespondenzadresse

Dr. Marina Ruß
Maurstrasse 54
CH-8117 Fällanden
slp.ch@me.com
<http://web.me.com/marinarus/slp/>

Dr. Marina Ruß ist *Speech-Language Pathologist* und studierte an der *University of British Columbia* (B.A. *Speech Sciences, B.A. Psychology, M.Sc. Speech Sciences and Audiology*) in Vancouver, Kanada und an der *Universität Zürich* (Dissertation über Bildliche Lautdarstellungen in Therapie, Unterricht und Lehre). Neben ihrer therapeutischen Arbeit mit sprach-, schriftsprach- und hörbehinderten Kindern und Jugendlichen ist sie in der Aus- und Weiterbildung tätig.

Peer-review

Die Beiträge von Glück & Obergföll, Schröder & Stadie sowie von Ruß in dieser Ausgabe haben das peer-review-Verfahren durchlaufen. Die Redaktion bedankt sich bei allen Beiratsmitgliedern, externen Gutachtern und Autoren für die konstruktive Zusammenarbeit.



Das Neugeborenen-Hörscreening in Deutschland

Barbara Bogner, Heidelberg

Seit 01.01.2009 haben in Deutschland alle Neugeborenen einen Anspruch auf eine Früherkennungsuntersuchung von Hörstörungen (Neugeborenen-Hörscreening) als gesetzliche Regelleistung. Möglich wurde dies durch den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 19.06.2008, die Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres („Kinder-Richtlinien“) entsprechend zu erweitern. Dieser Beschluss stellt das vorläufige Ende eines in Deutschland neun Jahre dauernden Prozesses dar, bei dem neben diversen Stellungnahmen und Positionspapieren das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) Nutzen, Effektivität und medizinische Notwendigkeit dieser Untersuchung bewertete. Die flächendeckende Etablierung wäre fast gescheitert, da die zum Nachweis der Wirksamkeit herangezogenen Studien den Kriterien der Evidenzbasierten Medizin (EBM) nicht umfassend genügten, zwar nahe legten, dass sich der Diagnosezeitpunkt durch ein Neugeborenen-Hörscreening vorverlegen lässt, Langzeiteffekte auf verschiedene Entwicklungsbereiche aber nur schwer nachweisbar sind.

Prävalenz kindlicher Hörstörungen

Hörschädigungen zählen zu den häufigsten angeborenen oder bei der Entbindung entstehenden Behinderungen. Ihre Zahl ist höher als die Summe der Prävalenzen aller Stoffwechselerkrankungen, für die es bereits seit langem etablierte Neugeborenen-Screening-Programme gibt.

Die Prävalenz für kindliche Hörschädigungen wird unterschiedlich beurteilt. Nach Schätzungen des Deutschen Zentralregisters für kindliche Hörstörungen kommen in Deutschland etwa ein bis zwei von tausend gesund geborenen Kindern mit einer erheblichen Hör-

minderung zur Welt oder erwerben diese in der Neugeborenenphase (Gross et al 2000, Kunze et al 2004). Darin nicht enthalten sind Säuglinge mit einem moderaten Hörverlust von 20-40 dB und einseitiger Hörschädigung und all diejenigen, die ein erhöhtes Risiko für Hörschädigung (z.B. Frühgeburt, familiäre Hörstörungen, intrauterine Infektionen, syndromale Erkrankungen) aufweisen. Bei diesen geht man davon aus, dass mindestens 1-3 von 100 Kindern betroffen sind. Ein Hörscreening nur für Risikokinder würde nur etwa die Hälfte der Kinder mit angeborener Hörschädigung erfassen und kann daher nicht empfohlen werden.

Früherkennung und frühe Intervention bei kindlichen Hörstörungen

Aus der Neurophysiologie ist bekannt, dass sich die entscheidenden physiologischen Reifungsprozesse der Hörbahn, die Voraussetzung für eine normale Hörwahrnehmung sind, insbesondere in den ersten Monaten nach der Geburt bis zum Ende des ersten Lebensjahres vollziehen. Bei angeborenen Hörstörungen kann eine adäquate akustische Stimulation und damit eine weitere Reifung der Hörbahn nicht oder nur unzureichend erfolgen. Dies kann zu irreversiblen Defiziten des zentralen Hörsystems führen und den natürlichen Lautspracherwerb massiv behindern. Als weitere sekundäre Folgen können kognitive, emotionale und psychosoziale Entwicklungsstörungen auftreten, schulischer und beruflicher Erfolg stehen entscheidend zur Disposition. Um dem entgegen zu wirken, sind Früherkennung von kindlichen Hörstörungen und frühe Intervention unverzichtbar. Mittlerweile gibt es eine Reihe von Belegen, dass sich früh erkannte Kinder in verschiedenen Entwicklungsbereichen umso besser entwickeln, je früher sie mit technischen Hörhilfen versorgt und von professioneller Frühförderung begleitet werden (Yoshinaga-Itano 2003).

Nach internationalen Studien liegt das bisherige Diagnosezeitalter ohne Neugeborenen-Hörscreening derzeit bei etwa 21-47 Monaten. Die Versorgung mit technischen Hörhilfen erfolgt durchschnittlich mit 3 bis 5 Jahren. Frühkindliche Hörstörungen werden daher meist erst nach Ablauf der sensiblen Reifungsphasen versorgt (Gemeinsamer Bundesausschuss 2008).

Neugeborenen-Hörscreening (NHS)

Durch das Hörscreening sollen beidseitige spracherwerbsrelevante Hörstörungen ab einem Hörverlust von 35 dB frühzeitig, d.h. in den ersten Lebenstagen, erkannt werden. Bis zum Ende des 3. Lebensmonats sollen diese sicher diagnostiziert und eine entsprechende Therapie (konservativ, operativ, apparativ) und Frühförderung sollte bis Ende des 6. Lebensmonats eingeleitet sein (Bundesministerium für Gesundheit 2008).

Screeningverfahren

Als Screening-Verfahren stehen mit der Messung der transitorisch evozierten otoakustischen Emissionen (TEOAE) und der Messung automatisiert ausgewerteter akustisch evozierter Hinstantpotentiale (automated auditory brainstem response = AABR) zwei objektive, nicht invasive und kostengünstige Hörprüfverfahren zur Verfügung, die innerhalb kurzer Zeit ein normales Hörvermögen nachweisen können.

Da bei den meisten kindlichen Hörstörungen die Ursachen im Innenohr liegen, sind sie mit der Messung der TEOAE gut erfassbar. TEOAE-Verfahren messen im übertragenen Sinne die „Antworten des Innenohrs auf Schallreize“, d.h. die Antwortsignale der äußeren Haarzellen. Diese erzeugen mit ihren aktiven Eigenschaften Schall, der über das Mittelohr in den äußeren Gehörgang übertragen und dort mit einem Mikrofon gemessen werden kann.

Das Hörorgan wird dabei über eine dicht im Gehörgang liegende Sonde beschallt (Abb.1). Beim Erhalt von Emissionen kann man davon ausgehen, dass der Hörverlust nicht größer als 30 dB ist, da otoakustische Emissionen bei korrekter Durchführung der Messung sonst nicht gemessen werden können. Die Messung kann am schlafenden oder wachen, aber sehr ruhigen Kind durchgeführt werden. Die Messzeit beträgt bei modernen Screening-Messgeräten unter günstigen Messbedingungen etwa 3 Sekunden bis 1,5 Minuten.



Abb. 1: Messung Otoakustischer Emissionen (OAE) im Rahmen des Neugeborenen-Hörscreenings

AABR-Verfahren messen die Antworten des Hirnstamms auf Schallreize. Über Elektroden am Schädel werden dabei Potentialunterschiede auf der Hautoberfläche gemessen. Das Hörorgan wird über eine Sonde im äußeren Gehörgang oder über Schalen- oder Einsteckkopfhörer beschallt (Abb. 2). Über den Trommelfell-Gehörknöchelchen-Apparat des Mittelohrs wird der Schall in die Hörschnecke (Cochlea) übertragen und dort von den Haarzellen in Aktionspotenziale umgewandelt. Diese werden über den Hörnerv und die sich anschließende Hörbahn in Richtung der Hörrinde weitergeleitet. Auf ihrem Weg dorthin entstehen an verschiedenen Schaltstellen synchrone Entladungen verschiedener Zellen, die am Schädel über Elektroden abgeleitet werden können. Das Ausbleiben von Antworten des Hirnstamms kann auf eine Störung im Außenohr, im Mittelohr, im Innenohr (äußere und innere Haarzellen) oder im Hörnerv bis zum Hirnstamm hinweisen. Damit decken die AABR verglichen mit den TEOAE einen größeren Teil des Hörsystems ab.

Moderne AABR-Messgeräte können eine Hörschwelle ab 35 dB nachweisen. Vorbereitung und Durchführung der Messung sollten vorzugsweise am schlafenden oder sehr ruhigen Kind erfolgen. Bei modernen Messgeräten liegt die Messzeit unter günstigen Messbedingungen zwischen 30 Sekunden und drei Minuten.



Abb. 2: AABR-Messung im Rahmen des Neugeborenen-Hörscreenings

Ablauf des Screenings

Zum Verfahren des NHS wird durch den Gemeinsamen Bundesausschuss Folgendes vorgegeben (*Bundesministerium für Gesundheit* 2008):

- Das NHS erfolgt für jedes Ohr mit Hilfe der Messung der TEOAE oder AABR und soll bis zum 3. Lebensstag durchgeführt werden.
- Bei Kindern mit Risikofaktoren ist ausschließlich AABR vorgesehen.
- Vor der Durchführung des Screenings sind die Eltern anhand eines Merkblattes intensiv über die Vor- und Nachteile dieser Vorsorgeuntersuchung aufzuklären. Sie entscheiden über die Teilnahme an der Untersuchung und müssen gegebenenfalls ihre Ablehnung per Unterschrift dokumentieren.
- Bei Frühgeborenen soll das NHS spätestens zum Zeitpunkt des errechneten Geburtstermins erfolgen.
- Kranke und mehrfach behinderte Kinder sollen nach Möglichkeit vor Ende des 3. Lebensmonats gescreent werden.
- Bei Hausgeburten soll das Screening im Rahmen der U2 stattfinden.
- Durchführung und Ergebnisse des Screenings (differenziert nach einseitig/beidseitig) sowie die bei auffälligen Screeningbefunden notwendige Durchführung der Konfirmationsdiagnostik (Bestätigungsdiagnostik) müssen im Gelben Kinderuntersuchungsheft schriftlich festgehalten werden.
- Bei einem auffälligen Testergebnis bei der Erstuntersuchung soll möglichst am selben, spätestens jedoch bis zur U2 eine Kontrolluntersuchung mit AABR durchgeführt werden.
- Ist das Ergebnis dabei wieder auffällig, soll eine umfassende pädaudiologische Konfirmationsdiagnostik (Bestätigungsdiagnostik) bis zum Ende des 3. Monats erfolgen (siehe Abbildung 3).
- Das NHS kann von Fachärzten für Kinder-

und Jugendmedizin, Fachärzten für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde und Fachärzten für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen durchgeführt werden.

- Die gegebenenfalls notwendige Konfirmationsdiagnostik soll von Fachärzten für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen oder pädaudiologisch qualifizierten Fachärzten für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde durchgeführt werden.

Probleme bei der Umsetzung

Bei der Durchführung des Screenings sind gelegentlich Wiederholungen notwendig, die durch ungünstige Messbedingungen hervorgerufen sein können (z.B. Kind wacht auf, laute Umgebungsgeräusche, Käseschmiere im Gehörgang). Obwohl bei auffälligem Erst-Screening das Kontroll-Screening eigentlich mit AABR durchgeführt werden sollte, wird stattdessen immer noch häufig auch die Wiederholungsuntersuchung mit TEOAE durchgeführt. Hier ist eine professionelle Aufklärung durch den Untersucher von besonderer Bedeutung, da die Eltern die notwendigen Wiederholungsversuche häufig als Inkompetenz des Untersuchers deuten. Bleibt das Kind dann auch im weiteren Verlauf kontrollbedürftig, sinkt das Vertrauen in den Untersucher und die Untersuchung, was sich negativ auf die Motivation der Eltern für weitere notwendige Diagnostik auswirkt.

Für ein universelles, d.h. jedes Kind erfassendes, Hörscreening ist es notwendig, nicht nur die Screening-Technik im Blick zu haben, sondern auch die Rahmenbedingungen des kompletten Screening-Programms einer Region oder eines Landes. Damit das Neugeborenen-Hörscreening seine volle Wirksamkeit entfalten kann, ist das Nachverfolgen (tracking) testauffälliger, nicht vollständig oder nicht gescreenter Kinder bis zu einem abschließenden Ergebnis möglichst lückenlos erforderlich. Mit der Entlassung aus der Geburtseinrichtung müssen kontrollbedürftige oder nicht gescreente Kinder durch eine Tracking-Zentrale weiter begleitet werden, da die Geburtseinrichtungen das Kind zwangsläufig aus dem Blick verlieren. Die Tatsache, dass ohne funktionierendes Tracking-System nur etwa 50% der Eltern ihr Kind wieder beim Arzt vorstellen, zeigt die Problematik.

Ist ein Screening kontrollbedürftig, muss das Kind nach wenigen Tagen ein Kontroll-Screening erhalten können. Hier müssen die Abläufe eindeutig geregelt sein, wobei Organisationsfragen nicht in der Regelungskompetenz

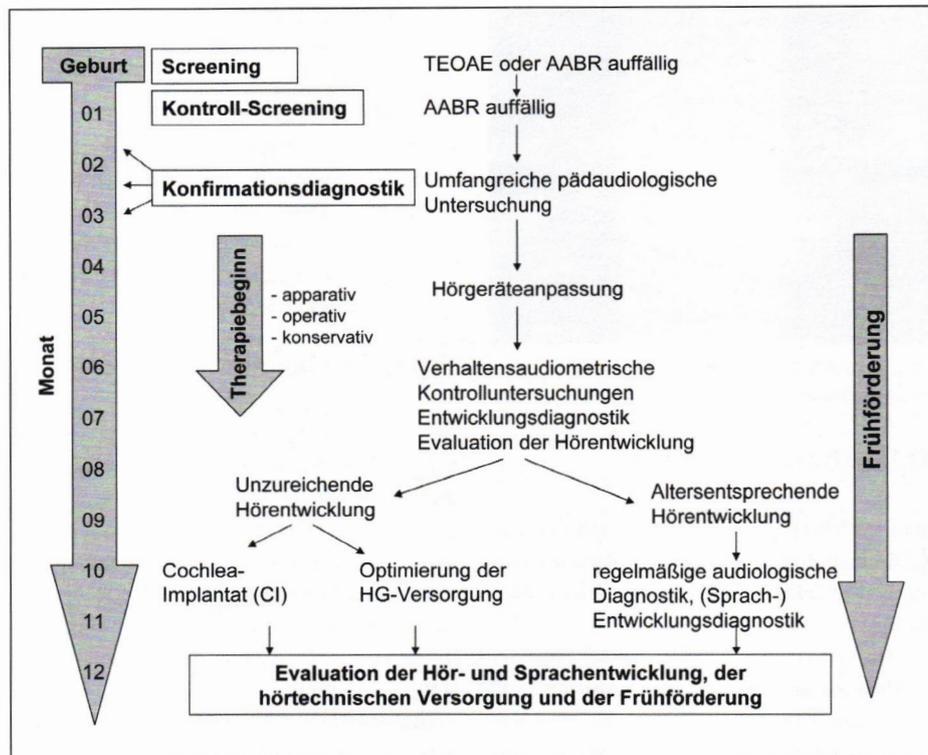


Abb. 3: Idealtypischer Ablauf des Neugeborenen-Hörscreenings, weiterführende Diagnostik und Therapie kindlicher Hörstörungen im ersten Lebensjahr

des G-BA liegen, sondern der Zuständigkeit der Leistungserbringer überlassen sind (Gemeinsamer Bundesausschuss 2008b). Hierbei wird auf länderspezifische Regelungen verwiesen, die in vielen Regionen in dieser Form nicht existieren. Dies gilt auch für die Durchführung der umfangreichen Konfirmationsdiagnostik (follow-up). Diese ist trotz der Gesetzesänderung nicht immer bis zum Ende des 3. Lebensmonats abgeschlossen, da geeignete Einrichtungen auf Grund hoher Nachfragen oft nicht zeitnah genug Termine anbieten können. Bei einer Wartezeit von mehreren Wochen bis Monaten sinkt die Bereitschaft vieler Familien, diese wichtige Bestimmungsuntersuchung durchführen zu lassen. Ca. ein Drittel der im Hörscreening auffälligen Kinder wird daher erst weit nach dem 6. Lebensmonat mit Hörgeräten versorgt (Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit 2008, Buser 2008). Es zeigt sich an vielen Stellen, wie störanfällig der Ablauf des NHS noch ist.

Künftige Aufgaben

Abbildung 3 verdeutlicht, dass das NHS ein erster Schritt ist, dass darüber hinaus zeitnah weitere Maßnahmen folgen müssen, damit die Chance der Früherkennung auch genutzt wird. Nachdem die Hörschädigung hinreichend genau diagnostiziert ist, sind umge-

hend die Versorgung mit Hörgeräten und Frühförderung einzuleiten und die Hörentwicklung ist sorgfältig zu dokumentieren. Zeigt sich innerhalb von 6 Monaten keine altersgemäße deutliche Hör- und Sprachentwicklung, muss die Hörgeräteversorgung dringend überprüft werden. Wenn es medizinisch möglich ist und ein Hörverlust von über 85 – 90 dB vorliegt, ist die Versorgung mit einem Cochlea-Implantat (CI) angezeigt (Diller/Bogner 2009). Hierfür ist die Bildung regionaler Netzwerke bestehend aus Medizinern, Audiologen, Pädakustikern und Pädagogen und eine gute Kooperation zwischen den verschiedenen Disziplinen und den betroffenen Familien dringend notwendig.

Damit durch das NHS der Diagnosezeitpunkt wirklich entscheidend vorverlegt werden kann und somit als erste Prävention gegen nachteilige Auswirkungen von Hörschädigung wirksam wird, sind eine Reihe von strukturellen und organisatorischen Fragen zu klären, wie z.B.:

- Was passiert, wenn das Kontroll-Screening wiederum ein auffälliges Ergebnis zeigt?
- Wer bezahlt das Tracking?
- Wer kann kindliche Hörstörungen ausreichend genau diagnostizieren?
- Wo erhält das Kind eine fachgerechte pädaudiologische Kontrolle?
- Wann erhält das Kind einen Termin dafür?

- Kommen die Eltern mit ihrem Kind zu diesem Termin?
- Wann kann eine Therapie beginnen?
- In welcher Qualität wird die Therapie durchgeführt?

Das NHS muss hinsichtlich seiner Qualität und Zielerreichung künftig evaluiert werden. Zusätzlich zur Dokumentation im Gelben Kinderuntersuchungsheft haben die Leistungserbringer ein Mal im Kalenderjahr eine Sammelstatistik über die Gesamtzahl der Neugeborenen (nur im Krankenhaus zu erfassen), die Anzahl durchgeführter Screenings und die Anzahl der Neugeborenen mit auffälligen Befunden vorzulegen. Darüber hinaus sind in den nächsten fünf Jahren Studien zu erbringen, die Nutzen und Effizienz nach den Kriterien der Evidenzbasierten Medizin (EBM) nachweisen. Gelingt dies nicht, kann die Leistung auch wieder aus dem Pflichtkatalog herausgenommen werden. Es gibt noch sehr viel zu tun!

Literatur

- Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.) (2008): Neugeborenen-Hörscreening. Vierter Zwischenbericht zum Modellprojekt in der Oberpfalz und in Oberfranken. Erlangen www.lgl.bayern.de/gesundheits/hoescreening.htm (03.05.2009)
- Bundesministerium für Gesundheit (2008): Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Kinder-Richtlinien: Einführung eines Neugeborenen-Hörscreenings Vom 19. Juni 2008 [www.g-ba.de/informationen/beschluesse/681/\(03.05.2009\)](http://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/681/(03.05.2009))
- Buser, K. (2008): Effektivität und Benefit der Frühversorgung. Vortrag 14. Multidisziplinäres Kolloquium der GEERS-STIFTUNG am 18. und 19. Februar 2008 in Bonn-Bad Godesberg
- Diller, G. & Bogner, B. (2009): Hörschädigungen: Prävalenz, Frühdiagnostik, technische Versorgung, Frühförderung interdisziplinär (eingereicht)
- Gemeinsamer Bundesausschuss Unterausschuss Methodenbewertung (2008a): Neugeborenen-Hörscreening. Zusammenfassende Dokumentation zum Normsetzungsverfahren. Stand: 24.08.2008. www.g-ba.de/downloads/40-268-759/2008-12-17-Abschluss-H%C3%B6rscreening.pdf (03.05.2009)
- Gemeinsamer Bundesausschuss Unterausschuss Methodenbewertung (2008b): Fragen und Antworten zum Neugeborenen-Hörscreening. www.g-ba.de/downloads/40-268-821/FAQ%20H%C3%B6rscreening.pdf (03.05.2009)
- Gross, M., Finckh-Krämer, U. & Spormann-Lagodzinski, M. (2000): Angeborene Erkrankungen des Hörvermögens bei Kindern. Teil 1: Erworbene Hörstörungen. HNO; 48, 12, 879-886.

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (Hrsg.) (2007): Abschlussbericht S05-1: Früherkennungsuntersuchung von Hörstörungen bei Neugeborenen. Version 1.0 28.02.2007. www.iqwig.de/download/S05-01_Abschlussbericht_Fruherkennungsuntersuchung_von_Hoerstoerungen_bei_Neugeborenen.pdf (03.05.2009)

Kunze, S., Schnell-Inderst, P., Hessel, F., Grill, E., Nickisch, A. & Siebert, U. et al. (2004) Hörscreening für Neugeborene. Ein Health Technology Assessment der medizinischen Effektivität und der ökonomischen Effizienz. DAHTA/DIMDI, Köln

Yoshinaga-Itano, C. (2003): From Screening to Early Identification and Intervention: Discovering Predictors to Successful Outcomes for Children With Significant Hearing Loss. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education* 8:1, 11-30

Tel.: +49 6221 477 453, Fax: +49 6221 477 440
e-mail: bogner@ph-heidelberg.de

Barbara Bogner ist Sprachheilpädagogin und arbeitet im Fachbereich Hörgeschädigtenpädagogik mit folgenden Arbeitsschwerpunkten: Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen mit Hörschädigung, Pädagogische Audiologie sowie Entwicklung von Lehrmaterialien für Onlineseminare im Bereich Hörhabilitation. Sie ist Mitglied im Redaktionsteam der Zeitschrift Hörgeschädigtenpädagogik (Median Verlag).

Korrespondenzadresse

Barbara Bogner M.A. Akademische Oberrätin
Pädagogische Hochschule Heidelberg
Hörgeschädigtenpädagogik
Keplerstr. 87, D-69120 Heidelberg

Presseschau

Daten und Zitate aus Fach- und Tagespresse

„Deutsch im Kindergarten wirkt nicht“

(CI) Unter dieser plakativen Überschrift erschien Anfang des Jahres auf ZEIT-online ein Interview mit Prof. H. Schöler von der PH Heidelberg. Er bezieht sich auf eine Studie mit 500 Kindern, die in Baden-Württemberg über drei Jahre hinweg beobachtet wurden. Darin wurde festgestellt, dass es keinen Unterschied macht, ob Kinder mit schlechten Deutsch-Kenntnissen im Kindergarten eine Sprachförderung erhalten oder nicht. Der einfache Kindergartenbesuch ohne Sprachförderprogramme ist genauso erfolgreich bzw. erfolglos. Er führt dies vor allem auf schlechte Rahmenbedingungen zurück, die oft bei der Durchführung der Förderprogramme bestehen, z.B. zu große Gruppen, für Sprachfördermaßnahmen schlecht ausgebildete Erzieherinnen und unterschiedliche Lernvoraussetzungen der Kinder. Er bestätigt damit auch, dass die vielfach verwendeten Förderprogramme, die nach dem Gießkannenprinzip allen Kindern zugeführt werden, die ein wie auch immer geartetes Problem des Sprachlernens aufweisen, nicht funktionieren können: „...die Verantwortlichen haben es mit keiner homoge-

nen Gruppe zu tun und können deshalb nicht einfach fertige Konzepte anwenden.“

Das Interview ist nachzulesen unter:
<http://www.zeit.de/online/2009/04/kindergarten-deutschunterricht>

Stottern und Mehrsprachigkeit

(CI) Die Apotheken-Umschau (Heft 12/2008, S. 6) berichtet über eine Studie von Psychologen an der Londoner Universität, bei der 317 Schulkinder beobachtet wurden, die wegen ihres Stotterns in sprachtherapeutischer Behandlung waren. 20% dieser Kinder waren zweisprachig aufgewachsen und verwendeten zu Hause ihre Muttersprache. Die Studie kommt zu dem Schluss, dass Kinder, die vor der Einschulung eine Zweitsprache lernen, häufiger stottern als einsprachige Kinder, und dass sie das Stottern auch seltener wieder loswerden. Die Wissenschaftler schließen daraus, dass Kinder, die „vor dem fünften Lebensjahr nur ihre Muttersprache lernen und erst dann mit einer zweiten Sprache beginnen, ein deutlich verringertes Stotter-Risiko tragen.“

Dialekte in der Gebärdensprache

(CI) Die Zeit berichtet in ihrer Ausgabe vom 28.05.09, S. 40, über verschiedene Dialekte, die sich in der Deutschen Gebärdensprache (DGS) herausgebildet haben. Dabei handelt es sich sowohl um regional unterschiedlich verwendete Gebärden als auch um solche, die von hörenden Gebärdendolmetschern jeweils unterschiedlich umgesetzt werden. Als Beispiel wird der „Wolkenbruch“ angeführt, der von älteren Gebärden-Nutzern oft eins zu eins aus der Lautsprache abgeleitet als „Wolke“ und „Bruch“ übersetzt wird, von jüngeren aber meist mit der Gebärde für „starken Regen“. Vor allem die jüngeren Gebärdensprecher verändern die DGS und integrieren neue Begriffe. Nach einer umfangreichen Gebärdensammlung auf Video ist nun ein digitales Wörterbuch erschienen, das 18.000 hochdeutsche Standard-Gebärden versammelt und auch Hörenden helfen soll, die Gebärdensprache zu erlernen.

Beispiel-Videos unter: www.zeit.de/wissen

Therapieraum

Inputspezifizierungen im Austausch

Julia Siegmüller & Andrea Michel

Die Patholinguistische Therapie bei Sprachentwicklungsstörungen (PLAN – Siegmüller & Kauschke 2006) basiert, wie die meisten linguistisch geprägten Konzepte, auf der Verstärkung des Inputs. Dies ist seit Dannenbauer (1994) unter dem Begriff „Inputspezifizierung“ als Technik der Modellierung bekannt. Im

PLAN, wie auch in anderen aktuellen Ansätzen, wird Inputspezifizierung unabhängig von der Modellierung gesehen. Die Umsetzung als Inputsequenz ist für den PLAN typisch, sie erfordert jedoch eine gewisse Vorarbeit, die vielen Praktikern im Alltag Mühe macht. Im Jahre 2004 haben sich daher einige Therapeuten

zusammengefunden und eine Tauschplattform gegründet. Inzwischen besteht reger Austausch zwischen mehr als 350 Therapeuten. Die Inputtauschbörse ist über die Homepage von Julia Siegmüller (www.julia-siegmuller.de) zu erreichen und steht allen Kollegen offen, die sich mit einer Sequenz beteiligen. Auch die fol-

gende Sequenz ist ein Beitrag zur Tauschbörse, der dort zum Download bereit steht.

Inputspezifizierungssequenzen zu Wortkombinationen:

- Thema:** Tiere waschen
Material: Schwein, Katze, Kuh, Pferd und Frosch als Gummitiere, Schwämme, Schüssel mit Wasser und Schaum, Handtuch
Spezifizierung: Objekt + waschen (unterstrichen) relationales Wort + waschen (*kursiv*)
Situation: Es findet ein Gespräch zwischen Therapeutin und Kind statt, währenddessen die Handlung gemeinsam ausgeführt wird.

Oh, schau mal, meine Tiere sind dreckig. Wir müssen waschen. Wer kommt zuerst dran?
 Ja, als erstes werden wir das Schwein waschen. Suchst du das Schwein? Danke!
 Das Schwein muss ich *immer* waschen. Mal schauen, da werde ich das Bein waschen. Fertig!
 Oh, der Bauch ist ja auch dreckig, ich muss auch den Bauch waschen.
 Schau mal, ist der sauber?
 Ja, gut! // Nein, ich soll den Bauch noch mal waschen? Gut, jetzt ist er sauber.
 Und wie sieht der Rücken aus? Schweine rollen gerne im Dreck herum. Oh je, wir müssen auch den Rücken waschen. Wir werden den Rücken abwechselnd waschen. Zuerst darfst du mit Schaum den Rücken waschen und dann werde ich mit Wasser abspülen.
 Ja!
 Zum Schluss muss ich noch das Gesicht waschen.
 Schweine wühlen immer im Dreck mit ihrer Schnauze. Die Schnauze wasche ich ganz gut. Da brauche ich viel Schaum! Mit Schaum kann ich die Schnauze besser waschen.
 Nein, wir wollen nicht die Augen waschen, aber zum Schluss können wir noch die Backe waschen. Super, das Schwein ist sauber!
 Kannst du einmal die Kuh waschen? Die Kuh hat ganz schmutziges Fell. Zuerst musst du den Rücken waschen. Danach werden wir den Kopf waschen. Die Ohren sind auch schmutzig. Kannst du ein Ohr waschen? Ich wasche dann das andere Ohr.
 Willst du auch noch den Popo waschen? Ja, gut, der ist jetzt sauber. Und der Schwanz, ist der auch dreckig? Ja, den werde ich *ganz schnell waschen*.
 So, wer ist dran?
 Müssen wir die Katze waschen? Nein, die

leckt sich selbst immer sauber. Die wäscht das Fell mit ihrer Zunge. Und sie braucht keinen Schaum.

Sollen wir noch das Pferd waschen? Hat das Pferd im Dreck gelegen?

Ja, aber wir müssen nur die Beine waschen, der Rest ist sauber. Kannst du die Beine waschen?
 Nein, schau mal, da ist noch ein Fleck. Da musst du noch waschen. Gut!

Ach schau, am Schwanz ist auch noch Dreck. Willst du auch noch den Schwanz waschen oder soll ich den Schwanz waschen? Wir können den Schwanz auch zusammen waschen! Du kannst die eine Seite waschen und ich die andere.

Schau mal, ist das Pferd sauber? Ja gut!//Nein, was müssen wir noch waschen? Ah, den Huf haben wir vergessen! Den waschen wir jetzt!

So, sind wir fertig?

Nein, da liegt ja noch der Frosch! Müssen wir den Frosch waschen? Was meinst du?

Nee, der springt ins Wasser und schwimmt. Schon ist er sauber. Gut so!

Ich bin schon ganz müde! Ich kann gar keine Tiere mehr waschen, so müde bin ich.

Und du?

Komm, wir legen die Tiere zum Trocknen auf das Tuch.

Oder willst du die Tiere abtrocknen?

Literatur

Dannenbauer, F.M. (1994). Zur Praxis der entwicklungsproximalen Intervention. In H. Grimm & S. Weinert (Eds.), Intervention bei sprachgestörten Kindern (pp. 83-104). Stuttgart: Fischer.

Siegmüller, J. & Kauschke, C. (2006). Patholinguistische Therapie bei Sprachentwicklungsstörungen. München: Elsevier.

Verfasserinnen

Dr. Julia Siegmüller war von 1996 bis 2007 Mitarbeiterin an der Universität Potsdam im Studiengang Patholinguistik. Seit Herbst 2007 leitet sie das Logopädische Institut für Forschung (LIN.FOR) an der EWS in Rostock.

Andrea Michel arbeitete nach ihrer Logopädieausbildung 1986 in der Uniklinik Homburg und in der Sprachheilambulanz in Saarbrücken. Seit 1989 ist sie in freier Praxis mit dem Schwerpunkt Kindertherapie und LRS sowie als Dozentin an der Schule für Logopädie in Saarbrücken tätig.

DynaVox V Ihre neue Stimme

Menschen mit eingeschränkten lautsprachlichen Fähigkeiten können mit Hilfe des Sprachcomputers DynaVox V wieder einfach und erfolgreich kommunizieren.

Weitere Informationen geben wir Ihnen gerne auch vor Ort – nehmen Sie Kontakt zu uns auf!



REHAVISTA
 Hilfsmittel zur Kommunikation,
 PC-Bedienung und Umfeldsteuerung
 Service-Telefon: 0800 734 28 47
 (bundesweit und kostenfrei)
www.rehavista.de

REHA VISTA
 einfach.kommunizieren.

Profile & Interviews

Wer sind „die Neuen“?

Die Vorsitzenden der dbs-Mitgliedsverbände im Interview

Claudia Iven

Mit dem Start der gemeinsamen Herausgeberschaft von dbs und dgs kommen neue Lesergruppen hinzu, die bisher wahrscheinlich nur sporadisch zur *Sprachheilarbeit* gegriffen haben: Alle Mitglieder der dbs-Mitgliedsverbände erhalten ab dieser Ausgabe die *Sprachheilarbeit* ebenfalls als Verbandszeitschrift. Aus diesem Anlass hat das dbs-Redaktionsmitglied *Claudia Iven* mit den Vorsitzenden der drei Verbände ein E-Mail-Interview geführt, so dass sie sich, ihre Verbände und ihre Erwartungen an ihre neue Verbandszeitschrift vorstellen können.

Im regelmäßigen Leserkreis der *Sprachheilarbeit* werden folgende Verbände herzlich begrüßt:

Bundesverband Klinische Linguistik (BKL) e.V.



Der BKL vertritt die Interessen von über 340 Mitgliedern, die Klinische Linguistik

studiert haben oder ein Linguistik-Studium mit anschließender postgradualer Ausbildung zum Klinischen Linguisten abgeschlossen haben. Die studentischen Mitglieder kommen aus verschiedenen Universitäten. Die meisten berufstätigen Mitglieder arbeiten als Angestellte in der neurologischen Rehabilitation, es gibt aber auch einige freie Praxen von Klinischen Linguisten und einige Mitglieder, die in Universitäten oder Forschungsinstituten arbeiten.

Das Interview wurde mit dem ersten Vorsitzenden *Frank Ostermann* geführt.

Deutscher Bundesverband Klinischer Sprechwissenschaftler (DBKS) e.V.



Der DBKS vertritt derzeit ca.

110 Mitglieder, die nach einem Studium der Diplom-Sprechwissenschaft (zukünftig Bachelor- und Masterabschlüsse) eine umfangreiche postgraduale Ausbildung zum Klinischen Sprechwissenschaftler absolviert haben bzw. absolvieren. Die Mitglieder arbeiten vor allem in phoniatriisch-pädaudiologischen Einrich-

tungen, sprachtherapeutischen Praxen, Reha-Kliniken und Förderzentren. Einige Mitglieder sind in eigener Praxis tätig, ein weiterer Teil in der Lehre und Forschung.

Das Interview wurde mit der ersten Vorsitzenden *Ulrike Sievert* geführt.

Verband für Patholinguisten (vpl) e.V.



Im vpl sind ca. 250 Studenten und Absolventen des Patholinguistik-Studienganges (Bachelor und Diplom) der Universität

Potsdam vertreten. Sie spezialisieren sich auf Sprachentwicklungsstörungen sowie erworbene Störungen der Sprache, des Sprechens und des Schluckens. Haupttätigkeitsfelder bestehen in Akut- und Reha-Kliniken, sprachtherapeutischen Praxen, Lehre, Ausbildung und Forschungsinstituten. Viele Mitglieder beteiligen sich an der Forschung zur Psycho- und Neurolinguistik.

Das Interview wurde mit dem ersten Vorsitzenden *Dr. Michael Wahl* geführt.

C.I.: Die drei Verbände verstehen sich als Spezialisten für viele Bereiche der akademischen Sprachtherapie. Welche sind die besonderen Ziele und Anliegen Ihres Verbandes?

F. Ostermann, BKL: Wir verfolgen sowohl berufspolitische, ausbildungs- als auch forschungsorientierte Ziele. Grundsätzlich verstehen wir uns als *peer group*, die Aphasietherapie unter sprachsystematischer Perspektive betreibt (s. Homepage). Neben Blockveranstaltungen wie einer Sommer-Uni veranstalten wir jährlich einen Workshop „Klinische Linguistik“. Außerdem organisieren wir eine postgraduale Ausbildung zum Klinischen Linguisten (BKL), die 12 Monate an ausgewählten Reha-Einrichtungen absolviert werden kann und von den Krankenkassen anerkannt wird. Informationen werden über einen 2x jährlich erscheinenden Rundbrief oder die Homepage (www.bkl-ev.de) verteilt.

M. Wahl, vpl: Unser Ziel ist die Sicherung eines hohen Qualitätsstandards in der klinischen Diagnostik und Therapie von Sprach-, Sprech-, und Schluckstörungen. Wir wollen Beiträge zur wissenschaftlichen Konzeption und Evaluation sprachtherapeutischer Diagnostik- und Therapiemethoden leisten. Daher regen wir unsere Mitglieder auch zu einer intensiven Veröffentlichungstätigkeit an, sowohl in nationalen und internationalen Fachzeitschriften als auch im Tagungsband zum jährlichen „Herbsttreffen Patholinguistik“, in der Schriftenreihe „Spektrum Patholinguistik“ oder in unserer halbjährlich erscheinenden Mitgliederzeitschrift *PathoLink* mit Fachbeiträgen und Neuigkeiten rund um den vpl. Die Homepage www.vpl-online.de mit einem internen Bereich für unsere Mitglieder und einer verbandseigenen Mailingliste rundet unser Informationsangebot ab. Besonders aktiv ist die AG „Studentische Interessen“, die die Interessen der Studierenden im vpl e.V. und dbs e.V. und gegenüber dem Institut für Linguistik der Universität Potsdam vertritt.

U. Sievert, DBKS: Der DBKS setzt sich zum Ziel, das Gesundheitswesen auf dem Gebiet der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen und sonstiger Wissenschaftsgebiete, die für Kommunikationsstörungen von Bedeutung sind, zu fördern sowie die Wissenschaft, Forschung, Bildung und Erziehung auf den o.g. Gebieten voranzutreiben. Daraus ergeben sich vor allem die Aufgaben, das Fachgebiet Klinische Sprechwissenschaft weiter zu entwickeln, die berufstätigen Mitglieder zu unterstützen und den beruflichen Nachwuchs zu fördern. Deshalb organisiert der DBKS die postgraduale Ausbildung zum „Klinischen Sprechwissenschaftler (DBKS)“. Dabei werden Absolventen des Studienganges in Halle-Wittenberg während einer klinischen Tätigkeit unter Anleitung eines fachlich ausgewiesenen Supervisors und nach erfolgreichem Abschluss eines Kolloquiums zum „Klinischen Sprechwissenschaftler (DBKS)“. Durch die Betreuung, wissenschaftliche Beratung und therapeutische Supervision im Verlaufe des postgradualen Studiums kann somit eine hochqualifizierte Ausbildung angeboten werden. Der DBKS organisiert darüber hinaus regelmäßig Weiterbildungsveranstaltungen zu klinisch-therapeutischen und interdisziplinären Themen, v.a. in Sachsen-Anhalt, Sachsen oder auch im Land Brandenburg, da die überwiegende Zahl unserer Mitglieder hier ihren Lebensmittelpunkt hat. Die Homepage www.dbks-ev.de informiert über grundlegende Strukturen des Verbandes.

C.I.: Die Sprachheilarbeit steht nun erstmals allen dbs-Mitgliedern als Verbandszeitschrift zur Verfügung. Welche positiven Perspektiven entstehen dadurch, dass nun auch Ihre Verbandsmitglieder die Sprachheilarbeit regelmäßig lesen und in ihr veröffentlichen werden?

M. Wahl, vpl: Die neue *Sprachheilarbeit* ist das Publikationsorgan aller akademischen Sprachtherapeuten. Somit können das Zusammenarbeiten und der Zusammenhalt gut nach außen demonstriert werden. Durch Veröffentlichungen in der *Sprachheilarbeit* kann der in Potsdam verfolgte patholinguistische Therapieansatz einer größeren Masse bekannt gemacht werden. Insgesamt ergeben sich neue Synergien von pädagogischen und therapeutischen Konzepten. Die Zusammenarbeit zwischen Schule und Therapie kann bspw. durch gemeinsame Themenhefte gestärkt werden, indem bspw. gute Förder- und Therapiekonzepte von beiden Gruppen präsentiert werden. Positiv für unsere Mitglieder ist, dass wir auch Informationen darüber erhalten, was andere Berufsgruppen gerade bewegt. Die Informationen und Artikel in der SHA erreichen durch die Zusammenarbeit von dgs und dbs wesentlich mehr Leute.

U. Sievert, DBKS: Die akademischen Sprachtherapeuten repräsentieren sich nicht mehr nur über den Bundesverband dbs, sondern ab sofort auch über eine gemeinsame Verbands- und Fachzeitschrift. Die nun schon seit mehreren Jahren enge Zusammenarbeit erfährt auf diese Weise eine weitere Dokumentation nach außen und der interdisziplinäre wissenschaftliche Austausch zwischen den verschiedenen akademisch-sprachtherapeutischen Berufsgruppen wird weiter gestärkt. Wegen unseres sehr interdisziplinären Studiums, das stimm- und sprachtherapeutische, phonetisch-phonologische sowie rhetorische und sprechkünstlerische Aspekte verknüpft, orientieren wir uns in vielen verschiedenen Fachzeitschriften. Für Klinische Sprechwissenschaftler könnte die *Sprachheilarbeit* so etwas wie ein „Anker“, ein zentraler Bezugspunkt für die eigene therapeutische Arbeit werden. Gemeinsam mit allen anderen Berufsgruppen haben wir die Chance, eigene Arbeits- und Forschungsschwerpunkte zu veröffentlichen und sie so transparenter für Fachkollegen darzustellen.

Unsere Mitglieder erhalten über den bewährten Informationsfluss hinaus mit der Zeitschrift ein umfangreiches Serviceangebot mit fachlichen und berufspolitischen Informationen, das es in dieser Form bisher innerhalb unseres Verbandes nicht gab. Die *Sprachheilarbeit* zu lesen, bietet unbestritten einen Wissens-

zuwachs auf hohem akademischem Niveau und dokumentiert ein lebendiges Interesse am eigenen Beruf und der eigenen Weiterentwicklung.

F. Ostermann, BKL: Die *Sprachheilarbeit* bietet ein auch für unsere Mitglieder regelmäßig erscheinendes Organ und für das einzelne Mitglied den Vorteil, in einem größeren Zweckverband anerkannt und bedient zu werden. Dadurch wird gefördert, dass wir alle uns als Teil der akademischen Sprachtherapie (ggf. kritisch) identifizieren können. In der *Sprachheilarbeit* zu veröffentlichen heißt, sich auch einen größeren Leserkreis außerhalb des eigenen Faches zu erschließen, über den Tellerrand zu gucken, eventuell schneller an aktuellen Entwicklungen in der „Szene“ teilhaben zu können und sich mit Meinungen aus den anderen Fachgebieten auseinanderzusetzen.

C.I.: Welche Wünsche und Hoffnungen für die Zukunft verknüpfen Sie mit dem neuen Gewand der Sprachheilarbeit und der Beteiligung Ihres Verbandes an unserer gemeinsamen Fachzeitschrift?

U. Sievert, DBKS: Wir wünschen der neuen Redaktion der *Sprachheilarbeit* erst einmal alles Gute für ihre zukünftige Arbeit und hoffen auf fundierte und aktuelle Veröffentlichungen aus dem gesamten Fachgebiet der Sprach-, Sprechstimm- und Schluckstörungen. Wir wünschen ihr und uns, dass sie eine ansprechende und befruchtende Balance halten kann zwischen akademisch-sprachtherapeutischen und schulisch-sprachheilpädagogischen Themen, die hilfreich sein kann für das gegenseitige Verständnis z.B. von Therapeuten und Pädagogen in ihrer täglichen Arbeit. Das Wissen um die jeweilige Arbeitsweise, deren Möglichkeiten und Grenzen, das Wissen um spezifische Förderstrukturen kann unseren Patienten, Klienten oder Schülern nur zugute kommen.

Wir wünschen uns natürlich auch das rege Interesse und Engagement aller unserer Mitglieder, ihre jeweiligen klinisch-sprechwissenschaftlichen Arbeits- oder Forschungsschwerpunkte in der *Sprachheilarbeit* zur Diskussion zu stellen. Hier werden sicher zum einen Beiträge zu Positionen der Stimm- und -therapie erwartet, aber auch sprechwissenschaftliche „Experten“ auf einem ganz anderen Teilgebiet der Therapie sollten ihre Arbeitsweise vorstellen und mit anderen Berufsgruppen in den Dialog treten.

F. Ostermann, BKL: Zuerst möchte ich das enorme Engagement hervorheben und mich bei allen bedanken, die das Projekt auf die neuen Beine gestellt haben. Die neue Redakti-

on ist gut aufgestellt und ich wünsche allen viel Erfolg bei ihrer Arbeit.

Ob und wie intensiv sich die BKL-Mitglieder in ihrer neuen Verbandszeitschrift engagieren werden, kann ich nur schwer vorhersagen, weil wir im BKL bisher eher eine Veröffentlichungskultur haben, die sich an vielen verschiedenen anderen Zeitschriften orientiert. Der forschungsorientierte Kreis ist aber stetig größer geworden und könnte von der Publikationsmöglichkeit in der *Sprachheilarbeit* profitieren. Zu hoffen ist auch, dass unsere Mitglieder über Leserbriefe oder Foren zu „Schreibaktiven“ werden.

M. Wahl, vpl: Der vpl hat ja schon gute Erfahrungen mit der Veröffentlichung in der *Sprachheilarbeit* und der Gestaltung von Themenheften gesammelt, z.B. im Heft 2/2009. Ganz pauschal gesagt freuen wir uns deshalb auf weitere spannende Hefte mit guten Inhalten, an denen wir uns weiterhin gerne beteiligen werden.

Wünschenswert wäre, dass die Mitglieder des vpl verstärkt spezifische Therapiestudien und Falldokumentationen in der *Sprachheilarbeit* veröffentlichen. Gut dokumentierte Therapien können die Wirksamkeit des sprachtherapeutischen Handelns darstellen und stellen eine gute Argumentationsgrundlage gegenüber den politischen Gremien und den Krankenkassen dar.

CI: Im Namen der Redaktion danke ich Ihnen für den Austausch.

Call for Posters

Im Rahmen des dbs-Symposiums werden **Poster aus dem sprachtherapeutischen Handlungs- und Forschungsfeld** präsentiert.

Das Ausstellungs-Forum während des **11. wissenschaftlichen Symposiums des dbs** wird die Vielfalt der wissenschaftlichen sowie praktischen Perspektive auf sprachtherapeutisches Arbeiten verdeutlichen. Sprachtherapeuten aus der Praxis, Studierende und Wissenschaftler im sprachtherapeutischen Forschungskontext sind herzlich eingeladen, ihre Arbeitsschwerpunkte zu präsentieren. Bei der Einreichung Ihrer Bewerbung sind Sie nicht an das Rahmenthema des Symposiums gebunden.

Posterbewerbungen in Form eines Abstracts (max. ½ DIN A 4 Seite) können **bis zum 31. 10. 2009 via E-Mail unter poster2010@dbs-ev.de** eingereicht werden.

Den Aufbau des Abstracts entnehmen Sie bitte der Homepage des dbs (www.dbs-ev.de/abstract2010). Poster, die im Rahmen von Abschlussarbeiten entstanden sind, sind ausdrücklich erwünscht. Das Abstract des Posters erscheint im Tagungsband.

Medien

Didaktik des Unterrichts im Förderschwerpunkt Lernen

Ein Handbuch für Studium und Praxis

Auf der Rückseite dieses Buches heißt es: „Kinder und Jugendliche mit dem Förderschwerpunkt Lernen werden nicht nur in eigenen Förderschulen, sondern auch in allgemeinen Schulen unterrichtet. Besonderes Kennzeichen dieser Schülergruppe ist ein erhöhter Förderbedarf im Lern- und Leistungsverhalten, der häufig mit Problemen im Denken, in der sozialen und emotionalen Entwicklung, in der Wahrnehmung und der Motorik sowie in der Sprache verbunden ist.“ Wertet man diese Sätze als programmatisch für das Handbuch, wird sogleich der breite Leserkreis, den die Herausgeber im Visier haben, deutlich. In jedem Falle gehören dazu auch Lehrerinnen und Lehrer, die im Förderschwerpunkt Sprache unterrichten. Die Bezeichnung „erhöhter Förderbedarf“ lässt darauf schließen, dass sich dieses Buch zudem keinesfalls ausschließlich an Sonderpädagogen richtet (denn dann hieße es „sonderpädagogischer Förderbedarf“), sondern alle im Blick hat, die mit lernbeeinträchtigten Schülerinnen und Schülern arbeiten, unabhängig davon, an welchem Lernort dies geschieht.

Das somit vorgegebene Programm spiegelt sich in der breiten Anlage der Beiträge wider. In 29 fundierten Aufsätzen und einem Anhang mit nützlichen Tools für die Praxis (Unterrichtsprotokoll/Unterrichtsskizze, Leitfaden zum Unterrichtsentwurf, Leitfaden für ein Schulporträt, Leitfaden und Methodenbausteine zur kollegialen Praxisberatung) gelingt es den Herausgebern, eine aktuelle Übersicht über Forschungs- und Praxisfragen zu geben. Für alle, die wie ich den heutigen „Förderschwerpunkt Lernen“ vor vielen Jahren noch als „Lernbehindertenpädagogik“ studiert haben, ergibt sich damit auch eine sehr nützliche, aktuelle Bestandsaufnahme über eine Fachrichtung, die sich in mancher Hinsicht gewandelt hat. Ausdruck dieses Wandels sind zum einen institutionelle Veränderungen, insbesondere die zunehmend inklusive Beschulung auch lernbeeinträchtigter Schülerinnen und Schüler, zum anderen spielen auch veränderte Sichtweisen auf das Lernen selbst (wobei hier sowohl lernpsychologische als auch pädagogisch-didaktische Aspekte gemeint sind) eine Rolle.

Im Handbuch von *Heimlich* und *Wember* widmet sich der erste Themenblock mit sechs Beiträgen („Grundfragen und Modelle der Didaktik“) historischen Aspekten – von der Hilfsschulpädagogik zur Inklusion und Qualitätssicherung. Der zweite Themenblock mit wiederum sechs Beiträgen beschäftigt sich mit „Unterrichtskonzeptionen“. Hier werden jene überwiegend mit Bezügen zur Reformpädagogik entwickelten Ansätze vorgestellt, die heute als relevant für eine Didaktik im Förderschwerpunkt Lernen gelten (z. B. handlungsorientierter Unterricht, kooperatives Lernen, entdeckendes Lernen). Für besonders hervorhebenswert halte ich den Beitrag von *Wember* zum „direkten Unterricht“: Der Autor weist hier anhand empirischer Daten nach, wie lehrergelenkte, systematische und intensive Förderung Kindern mit Lernschwierigkeiten zu Lernerfolgen verhilft – ohne die Formen offeneren Lernens zu verunglimpfen. Auch Sprachheilpädagogen finden hier reichlich Diskussionsstoff für die Frage der spezifischen oder unspezifischen, „basalen“ Förderung im Unterricht. Der umfangreiche Mittelteil des Buches widmet sich dann in insgesamt elf Beiträgen der Didaktik ausgewählter Lernbereiche, namentlich dem Lernbereich Sprache, dem Lernbereich Mathematik und dem Lernbereich Alltag und Beruf. Schwerpunkte sind: Schriftspracherwerb, Rechtschreibung und weiterführendes Lesen und Schreiben, Erstrechnen, Sachrechnen und Geometrieunterricht, Alltags- und Berufsvorbereitung. Gemessen an dem Stellenwert, der einer systematischen Berufsvorbereitung heute zukommt, empfinde ich diesen Themenkreis als etwas unterrepräsentiert. Die zahlreichen Inhalte des Faches Arbeitslehre (z. B. der Aufbau von Schülerfirmen, die Betriebspraktikumsvorbereitung und -gestaltung) werden im Beitrag von *Hofsäss* zwar erwähnt, hätten jedoch durchaus noch ausführlicher abgehandelt werden können.

Die abschließenden sechs Kapitel dürften insbesondere von Studierenden, Lehrerinnen und Lehrern im Vorbereitungsdienst und in der Berufseingangsphase mit großem Gewinn gelesen werden: Hier geht es nämlich um die

Unterrichtsplanung und Unterrichtsanalyse sowie um den Erwerb von Unterrichtskompetenz. Dies schließt auch ein Kapitel zur Förderdiagnostik (Analyse der Lernausgangslage) mit ein. Sehr nützlich, auch für erfahrene Lehrkräfte, ist das Kapitel zur „kollegialen Praxisberatung“ von Schmid und Garufo. Ich selbst habe die kollegiale Praxisberatung in meiner Zeit als Lehrerausbilder kennen gelernt; es handelt sich dabei um ein nahezu unverzichtbares Instrument bei der Bewältigung des komplexen Alltags und bei der Prophylaxe von Burnout. Umso erstaunlicher ist es, dass dieses Instrument bisher wenig Beachtung in der sonderpädagogischen Fachliteratur gefunden hat.

Der praktische Nutzen des vorgestellten Handbuches wird auch an seiner formalen Gestaltung erkennbar. So ist jedem Kapitel eine kurze Zusammenfassung voran gestellt. Theoretische Aussagen werden durch Beispiele und Abbildungen veranschaulicht. Neben den formal notwendigen Literaturverzeichnissen nach jedem Beitrag erhalten die Leserinnen und Leser kommentierte Tipps zum Weiterlesen. Ein Sachregister rundet das Handbuch ab. Ich

empfehle es Studierenden und Lehramtsanwärterinnen der Förderschwerpunkte Sprache und Lernen zum Einstieg und erfahrenen Kolleginnen und Kollegen zur Auffrischung und Aktualisierung ihrer Kenntnisse.



Rezension

Ulrich Heimlich/Franz B. Wember (Hrsg.) (2007): *Didaktik des Unterrichts im Förderschwerpunkt Lernen. Ein Handbuch für Studium und Praxis.* Stuttgart: Kohlhammer. ISBN: 978-3-17-018541-8. 430 S., 28,00 €.

Verfasser

Dr. Reiner Bahr, Essen

Mit Sprechen bewegen

Stimme und Ausstrahlung verbessern mit atem-rhythmisch angepasster Phonation

Endlich ein Stimmbuch, das nicht nur alten Wein in neuen Schläuchen liefert, sondern sich gleichermaßen systematisch wie verständlich mit den Schlüsselbegriffen der AAP® beschäftigt.

Atemrhythmisch Angepasste Phonation nach Coblenzer/Muhar, das ist „Abspannen“- und ein alter Hut, so mögen manche denken, die AAP® als eine auf das Abspannen reduzierte Technik für die Stimmtherapie kennen. Die AAP® ist aber weit mehr und Uwe Schürmann gelingt es, das in beeindruckender Weise darzustellen.

Das Buch richtet sich gleichermaßen an Stimmexperten wie auch an interessierte Laien und schlüsselt Schritt für Schritt auf, wie authentisches, ökonomisches und wirkungsvolles Sprechen und Singen für jeden möglich ist, wenn man die physiologischen und psychischen Determinanten kennt und berücksichtigt.

Auch wenn der Leser in erster Linie als Anwender angesprochen wird, erhalten Stimmtherapeuten und Stimmtrainer wertvolles Wissen über die Wirkmechanismen von Interventionen, über mögliche Wirkungshemmer und über Methoden der Vermittlung geliefert.

Inhalt: Das Buch beschreibt in acht Kapiteln, wie die AAP® zum Nutzen einer guten Stimme funktioniert.

Kapitel 1: der „Schlüssel zur AAP®“ beschreibt in Kürze das Besondere an der Atemrhythmisch Angepassten Phonation sowie die Inhalte der folgenden Kapitel.

Im 2. Kapitel „Was habe ich davon“ wird der Nutzen der AAP® für die Anwender thematisiert, was ganz nebenbei und ganz im Sinne der AAP® auch die Intention und Motivation der Leser und Anwender klärt.

In den Kapiteln 3-7 werden die Schlüsselbegriffe der AAP® ausführlich und übersichtlich dargestellt: die Atmung, die Intention, Körperhaltung, die Artikulation und die Stimme.

Kapitel 3: „Atmung im Zentrum“ beschreibt das Atmen als den „Betriebsstoff“ für die Stimme. Atmen sollte bei der Tonproduktion vor allem „müheles, schnell und geräuschlos“ sein. In diesem Kapitel wird beschrieben, dass man beim Singen und Sprechen zwar einen langen Atem braucht, das aber wenig mit der Menge der Atemluft zu tun hat. Das Abspannen als Schlüssel zur AAP® wird auf gut nachvollziehbare Weise eingeführt, wobei hier sofort klar wird: Es geht nicht um eine

mechanische reinraus-Bewegung des Bauches, sondern um ein federndes Zurückschnellen des Zwerchfells, das durch das feine Lösen der Ventilspannung bei der Artikulation des Endlauts ausgelöst wird.

Kapitel 4: „das Geheimnis der Intention“ bringt einen weiteren zentralen Begriff der AAP® ins Spiel. Das psychische Phänomen der Absicht oder des Bestrebens beeinflusst Körperhaltung, Atmung und Stimme und sollte immer dann vorab geklärt werden, wenn der Sprecher nicht mit dem Sprechergebnis zufrieden ist. Der Autor stellt klar, dass kein Mensch ohne Intention agiert oder spricht. Die Frage ist, ob die bestehende Intention die Stimme durch eine klare und zielorientierte Gerichtetheit unterstützt, oder aber an der vollen Entfaltung hindert. Zu einer stimmunterstützenden Intention gehört die psychophysische Präsenz genau so dazu wie die „Partnerzuwendung und die „Echoorientierung“, weitere zentrale Begriffe der AAP®.

Kapitel 5: „Mit dem Körper sprechen“ erklärt, dass das Sprechen und Singen eine körperliche Aktivität ist, die durch bestimmte Spannungsverhältnisse und Haltungen des Körpers gefördert oder gehemmt werden kann. Das Durchführen von Körperübungen in der AAP® hat also nicht zum Ziel, bestimmte Haltungen oder Bewegungsabfolgen zum Selbstzweck zu trainieren und möglichst perfekt umzusetzen, sondern eine muskuläre Durchlässigkeit zu erreichen, die die Stimme offen, klangvoll und ausdrucksstark gestaltet.

Kapitel 6: „Klare und deutliche Aussprache“ beschreibt, wie man ohne Anstrengung zu einer klaren und verständlichen Aussprache kommt, wenn man konsonantenbezogen spricht. Die „plastische Artikulation“ stellt das Sinnliche in den Vordergrund, die Sprechwerkzeuge (be-)greifen die Laute und formen sie dadurch aus (Lautgriff). Ein Federn von Konsonant zu Konsonant verhindert eine Überartikulation oder ein Behauchen der Laute. Die plastische Artikulation bewirkt auch das notwendige Lösen der Ventilspannung für das Abspannen.

Kapitel 7: „Weg und Ziel: die Stimme“ erläutert, welche Eigenschaften eine Stimme haben sollte: Sie sollte müheles gebildet werden (also mit dem geringst möglichen Kraft- und Druckaufwand), klar (bezogen auf den Primärklang) und klangvoll (bezogen auf den Sekundärklang) sein und über einen flexiblen

und variantenreichen Stimmumfang verfügen. All das ist sie in der Regel, wenn die in den anderen Kapiteln beschriebenen Grundbedingungen stimmen. Wie man jedoch noch mehr aus seiner Stimme macht, eben Stimme und Ausstrahlung verbessert, beschreiben die angeführten Übungen zu Resonanz und Stimmittelage. Letztlich ist die „gute“ Stimme immer auch die Qualitätskontrolle für Atem-, Stimm- und Körperübungen und Interventionen.

Das 8. Kapitel: „Und zu guter Letzt“ gibt knapp und kompakt Informationen zur Stimmhygiene. In einem letzten Teil wird die Entstehung der AAP® in ihrem historischen Kontext erläutert und die großartige Pionierleistung von Professor Coblenzer und Professor Muhar gewürdigt.

Die praktisch orientierten Kapitel 3-7 sind jeweils unterteilt in drei Unterkapitel und enthalten einen Übungsteil, der die bekannten AAP®-Übungen darstellt und den Leser aufklärt, wie die Übungen wirken. Dabei steht nie das mechanische Durchführen von Übungen im Fokus. Vielmehr geht es immer darum, achtsam mit den Veränderungen umzugehen, die durch das Erproben spürbar und hörbar werden. Das ist anspruchsvoll und für den Anwender nicht immer leicht zu verstehen, erwartet er doch, dass eine Übung immer in derselben Art und Weise funktioniert. Alle Menschen, die sich mit Stimme beschäftigen, wissen aber, dass das nicht so ist. Die Übungen, die Uwe Schürmann exemplarisch beschreibt, sind in der Mehrzahl nicht neu, selten wurden Übungen aber so reflektiert dargestellt.

In der beiliegenden DVD lässt sich Uwe Schürmann als Trainer in die Karten schauen. Sehr eindrucksvoll wird hier demonstriert, wie ein gutes Stimmtraining sein kann: anwenderbezogen, lustvoll, flexibel unter Beibehaltung individueller Zielsetzungen. Der aufgezeichnete Workshop kann auszugsweise geschaut werden, die DVD Steuerung erlaubt es aber auch, die Themenschwerpunkte oder sogar bestimmte Übungen direkt anzusteuern.



Rezension

Uwe Schürmann (2007): Mit Sprechen bewegen – Stimme und Ausstrahlung verbessern mit atemrhythmisch angepasster Phonation. München, Basel: Reinhardt. ISBN 978-3-497-01906-9. 168 Seiten + DVD. € 29,90

Verfasserin

Anja Sportelli, Bochum

Aus der Hochschule

Christian Glück

Dozentinnen- und Dozentenkonferenz in Heidelberg

Die Dozentinnen und Dozenten der Sprachheilpädagogik der deutschsprachigen Länder treffen sich vom 24.-26.9. zu ihrer jährlichen Arbeitstagung, die in diesem Jahr bereits zum 46. Mal und diesmal an der Pädagogischen Hochschule Heidelberg stattfindet. Die gegenwärtigen, großen Veränderungen im Handlungsfeld der SprachheilpädagogInnen und auch im hochschulischen Bezugssystem werden unter dem Titel „Sprachheilpädagogik – eine Pädagogik der Vielfalt?!“ vielfältig zu diskutieren sein. Wer mehr wissen möchte: Folgen Sie dem Tagungslink auf www.dozentenkonferenz.de.

dbS-Dozentenkonferenz in Hannover

Am 08.05.2009 hatte der dbS alle Dozentinnen und Dozenten der akademischen Sprachtherapie sowie Vertreter des Mittelbaus aus den Hochschulen nach Hannover eingeladen. Ein Bericht über die dbS-Dozentenkonferenz

findet sich auf den Verbandsseiten dieses Heftes.

Eröffnung der Sprachambulanz an der Pädagogischen Hochschule Heidelberg

Am 9. Juli wurde die Sprachheilpädagogische Ambulanz für Kinder und Jugendliche mit Sprach- und Kommunikationsstörungen an der Pädagogischen Hochschule Heidelberg eingeweiht. Die Sprachambulanz, die über die beiden fachlichen Leiter Fr. Dr. Margit Berg und Prof. Dr. Christian W. Glück die Kassenzulassung hat, eröffnet ähnlich wie die vergleichbaren Einrichtungen an den Universitäten Dortmund, Halle, Potsdam und Würzburg Möglichkeiten, durch das einzelfallbezogene Ineinanderverwirken von diagnostischer und therapeutischer Praxis, Lehre und Forschung zu einer in besonderer Weise verdichteten Situation zu kommen, in der sowohl die Betroffenen und deren Umfeld sowie auch die Studierenden und Wissenschaftler profitieren können. Neben deutschsprachigen Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen bilden mehrsprachige

Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen (u.a. regional relevante, zweisprachige Therapieangebote Englisch-Deutsch) und redeflussgestörte Kinder einen Arbeitsschwerpunkt. Weitere Informationen auch zum TURS-Stotterprojekt unter www.sprachambulanz-heidelberg.de.

Personalia



Frau PD Dr. phil. Martina Hielscher-Fastabend erhielt von der PH Ludwigsburg einen Ruf auf die Professur Psychologie bei Sprachbehinderten an der Fakultät für Sonderpädagogik. Frau Hielscher-Fastabend hat den Ruf angenommen und wird ab Wintersemester am Standort Reutlingen lehren.

Für Studierende

Barbara Kleissendorf

In Deutschland existieren parallel mehrere Möglichkeiten, um auf akademischem Wege die Qualifikation zur Erbringung von Sprachtherapie zu erwerben. Hierzu zählen die Sprachheilpädagogik (Diplom, Magister, Bachelor/Master), Klinische Linguistik, Patholinguistik und Logopädie (FH). Der dbS begleitet diese akademischen Wege bereits in der Qualifikationsphase intensiv. Für studentische Mitglieder stehen zu einem studierendenfreundlichen Beitrag eine Reihe spezieller Angebote zur Verfügung. Hierzu zählen die Informationsveranstaltungen zu berufspolitischen Themen und Berufseinstiegsseminare an den jeweiligen Universitäten sowie direkte Ansprechpartner durch die studentischen Vertreter vor Ort. Auch besteht die Möglichkeit, am jährlichen Arbeitnehmertag (das nächste Mal am 17.04.2010 in Mainz) teilzunehmen.

Individuelle Beratung leistet der dbS auch für Studierende durch die Hotline und durch



Die studentischen Vertreterinnen des dbS von links nach rechts (jeweiliger Hochschulort in Klammern): Anne Prilop (Hannover), Jessica Bode (Köln), Ina Speetzen (Dortmund), Ina Schreiber (Dortmund), Karoline Dreier (Bielefeld, Bachelor), Margarethe Ammon (Bielefeld, Bachelor), Carina Cramer (Bielefeld, Master), Barbara Kleissendorf (dbS-Referentin für stud. Angelegenheiten), Julia Windmaisser (München, Magister), Caroline Schröder (Potsdam), Severina Laubinger (München, Bachelor); nicht auf dem Foto sind die neu hinzugekommenen Studentinnen Silke Model und Constanze Hahn (Marburg).

die Referentinnen für Hochschule (Prof. Dr. C. Iven) und studentische Angelegenheiten (B. Kleissendorf). Das Team aus studentischen Vertreterinnen der verschiedenen Hochschulen und der Referentin für studentische Angelegenheiten tauscht sich regelmäßig aus und realisiert studienspezifische Projekte. Zuletzt

wurde eine bundesweit einheitliche Praktikumsdokumentation entwickelt, die an den neuen Zulassungsempfehlungen orientiert ist und die Studierende von Bachelor- und Masterstudiengängen nutzen können. Studentischen dbS-Mitgliedern wird diese Praktikumsdokumentation kostenlos zur Verfügung

gestellt. Ebenfalls enthalten ist ein Praktikumsleitfaden, der Praktikumsanleitern und Praktikanten zur Orientierung dienen kann.

Aktuell beschäftigten Lehrende wie Studierenden die Veränderungen aufgrund der Bachelor-/Master-Umstrukturierungen und damit verbunden die Beantragung von Teil- und Vollzulassungen einzelner Studiengänge, die nach den neuen Zulassungsempfehlungen möglich ist. Hierbei ist, wie auch bei anderen Studiengängen, der Erhalt des Studienangebots für die auslaufenden Diplom- und Magisterstudiengängen unbedingt notwendig, um den Absolventen den Einstieg ins Berufsleben als akademische Sprachtherapeutin weiterhin zu ermöglichen. Ebenso relevant ist jedoch die Beachtung der Zulassungsempfehlungen bei der Konzeption von Bachelor- und Masterstudienordnung, ohne dabei die Schwerpunktsetzung auf bestimmte diagnostische, therapeutische und forschungsbezogene Aspekte verschiedener Hochschulen und Forschungsgebiete der dort Lehrenden aus dem Blickfeld zu verlieren. Dies und mehr wurde auch auf der letzten Dozentenkonferenz des dbs im Mai 2009 thematisiert, auf der Anne Prilop (studentische Ver-

treterin des dbs an der Universität Hannover) die Perspektive der Studierenden vertrat. Ein Bericht über die Dozentenkonferenz findet sich auf den dbs-Seiten dieses Heftes.

Die studentischen Vertreterinnen erweitern zurzeit die Homepage der Studierenden um aktuelle Informationen zu den verschiedenen Studiengängen. Diese Informationen sollen z.B. interessierten Schülern eine Hilfestellung bei der Recherche von Studienorten sein.

Darüber hinaus beschäftigt die Studierenden ebenfalls die berufspolitische Situation akademischer Sprachtherapeuten in Deutschland. In Auslandsemestern, die jedoch aufgrund der Umstrukturierung der Studiengänge nicht mehr ohne weiteres möglich sind, lernen sie die Selbstverständlichkeit der akademischen Ausbildung in anderen Ländern kennen. Internationale Fachzeitschriften zeigen ihnen, welchen Standard andere Forschungsrichtungen auch im Bereich Linguistik, Psychologie, Medizin und Therapie haben. In enger Zusammenarbeit mit dem Beirat für Arbeitnehmer informiert die Referentin für studentische Angelegenheiten, unterstützt durch die Geschäftsstelle des dbs, deshalb Studierende über Mög-

lichkeiten und leider auch aktuelle Grenzen im Arbeitsfeld Sprachtherapie.

Damit die Möglichkeiten unseres Arbeitsfeldes wachsen, unterstützt der dbs – initiiert und organisiert durch die Referentin für studentische Angelegenheiten – seit diesem Jahr auch die Präsentation berufsspezifischer Forschungsergebnisse mit einem Fokus auf den akademischen Nachwuchs in Form einer Posterpräsentation im Rahmen des wissenschaftlichen Symposiums. Im vergangenen Januar bot die 1. Posterpräsentation ein breites Spektrum an spannenden Forschungsergebnissen und war geprägt durch viele Abschlussarbeiten von Studierenden der Sprachheilpädagogik, Klinischen Linguistik und Patholinguistik. An dieser Stelle daher der Verweis auf den **Call for posters 2010** unter www.dbs-ev.de einsehbar (deadline: 31. 10. 09). Wir freuen uns über Abstracts aus der sprachtherapeutischen Wissenschaft und Praxis! Die Posterpräsentation dient durch ihre Vielschichtigkeit dazu, verschiedene Schwerpunkte im Handlungsfeld der akademischen Sprachtherapie zum Austausch anzuregen und auch hier eine Brücke zwischen Forschung und Praxis, Studierenden und Absolventen zu bauen.

Aus der Redaktion



(v. li. n. re.) Dr. Uwe Förster, Prof. Dr. Claudia Iven, Prof. Dr. Otto Braun, Priv. Doz. Dr. Ulrike Lüdtke, Dr. Matthias Moriz, Dr. Ulrike de Langen-Müller

Liebe Leserin, lieber Leser!

Als sich die sechs Redakteurinnen und Redakteure (wie im Foto zu sehen) auf den Weg dahin begaben, wo einst die „Göttinger Sieben“ wirkten, nämlich in die renommierte niedersächsische Universitätsstadt, wussten sie nur eines:

Sie mussten in vielfacher Hinsicht Neuland betreten, um die Umsetzung zahlreicher Ideen zur Neugestaltung der *Sprachheilarbeit* in Form von Heft 4 vornehmen zu können.

Nachdem dieses Gremium in der längsten Zeit seines Bestehens mit nur drei Personen besetzt war, sollte nun erstmalig die doppelte Zahl an Kolleginnen und Kollegen aus Hochschule, Schule, Klinik und Therapiepraxis zusammen-

kommen. Wenngleich auch niemand erwartete, dass sich die Arbeit nun halbieren würde, war doch schnell zu erkennen, dass ein Mehrfaches an Aufgaben auf die Redaktion zukäme. Wenn Sie sich dieses Heft einmal genauer ansehen, werden Sie schnell erkennen, warum:

Ein völlig neues Layout sei als ein markantes Beispiel von vielen Veränderungen genannt, die mit erheblicher akribischer Feinarbeit verbunden sind. Neben den äußeren gibt es natürlich auch nicht unerhebliche innere bzw. inhaltliche Innovationen, auf deren Suche wir Sie nun gerne schicken möchten. Und das natürlich verbunden mit unserem Wunsch, dass geteilte Freude doppelte Freude ist – dass Sie, verehrte Leserschaft, bei der Lektüre das gleiche Vergnügen empfinden, wie wir, die

Redaktion, bei der Neukonzeptionierung und Zusammenstellung der vorliegenden *Sprachheilarbeit*!

So möge also der „Geist von Göttingen“ auch weiterhin inspirierend wirken, nicht zuletzt, weil zwei Werke von Jacob Grimm auch im Kontext unserer Fachdisziplin zu sehen sind: „Deutsche Grammatik“ und „Geschichte der deutschen Sprache“.

Wenn nun noch die Metapher einer „märchenhaften“ Weiter-Entwicklung der *Sprachheilarbeit* bemüht würde, wäre sicherlich der Bogen zu den Gebrüder Grimm überzogen.

Nun wird es an Ihnen liegen, liebe Leserinnen und Leser, das neue Produkt auch anzunehmen. Wir sind gespannt auf Ihre Reaktionen!

Uwe Förster für die Redaktion

Neue Adresse der Redaktion

Bitte senden Sie Ihre Beiträge und Anfragen an die zentrale E-Mail-Adresse redaktion@sprachheilarbeit.eu. Sie erhalten dann eine automatisierte Antwort, die Ihnen eine sachgerechte, freundliche und möglichst zügige Bearbeitung Ihres Anliegens zusagt. Versprochen!

Neue Manuskriptrichtlinien

Mehr Moderne, Farbe und Professionalität in der neuen *Sprachheilarbeit* haben auch die Überarbeitung der Manuskriptrichtlinien erforderlich gemacht. Alle Hinweise für Autoren finden Sie unter www.sprachheilarbeit.eu.

dbS – Aktuelles, Informationen, Nachrichten

die berlin splitter

Am 25. Mai nahm der dbs, vertreten durch seinen Vorsitzenden, an einer **Anhörung im Gesundheitsausschuss zur „Modellklausel“** für einige Heil-Hilfsberufe, insbesondere auch der Logopädie, teil. Hinter diesem „Modell“ versteckt sich die Diskussion um die Erprobung einer grundständigen akademischen Ausbildung aller in unserem Arbeitsfeld Tätigen. Der dbs fordert seit langem, gelegentlich auch pointiert, die Vereinheitlichung der Qualifikation von Sprachtherapeuten/Logopäden auf grundständigem akademischem Niveau. Darum wies er auch in seiner Stellungnahme darauf hin, dass es nur in der Logopädie seit langem eine parallele Ausbildungsstruktur von akademisch und nicht-akademisch qualifizierten Therapeuten gibt. Die bereits 2005 dem Gesundheitsausschuss überreichte Resolution von dbs, dbI und den Vertretern der Universitäten, Fachhochschulen und Logopädenlehranstalten zur Schaffung eines neuen Berufsgesetzes wurde nochmals beigelegt. Auch der dbI bekannte sich bei der Anhörung erfreulich eindeutig zu einer akademischen Grundausbildung für alle. Während einer vermutlich sechsjährigen Modellphase soll es nun, parallel zum derzeit bestehenden gesetzlich geregelten Ausbildungsweg (Berufsfachschule), eine grundständige Fachhochschul- oder Universitätsausbildung geben. Unterstützt von nahezu allen geladenen „Anhörungsberechtigten“ hat der Bundestag in seiner letzten Plenarsitzung am 1. Juli dieses Modellvorhaben auf den Weg gebracht. Gegen die Berücksichtigung der Wissens- und Profilentwicklung in der Physio- und Ergotherapie, der Logopädie und in anderen Bereichen durch ein angehobenes Berufsprofil sprachen sich, aus jeweils sehr unterschiedlichen Gründen, nur PDS, verdi, Bundesärztekammer und der Spitzenverband Bund der GKV aus. Die anderen Parteien sowie sämtliche unabhängige Sachverständige und die übrigen Verbände und Organisationen waren sich einig, dass z.B. logopädisches Handeln nicht allein gelerntes Handwerk, sondern Handwerk **und** Wissenschaft erfordert.

Entsprechend eingestimmt durch die ablehnende Haltung des neu geschaffenen Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Modellklausel und der in der Anhörung vom Vortag rezidiv bekundeten Auffassung, dass die Heilberufe geschickt mit Hand und Fuß umgehen sollen, den Kopf aber nicht so dringend brauchen würden, trafen sich die Vertreter von dbs, dbA und dem BHV (Bundesverband Heilmittelverbände) am nächsten Tag zu einem **Gespräch mit dem GKV Spitzenverband Bund (SpiBu)**.

Geplant war, über Modifizierungen des geltenden Rahmenvertrages nach § 124 SGB V und den darin enthaltenen Leistungsbeschreibungen zu sprechen. Geregelt werden in diesem seit 2004 unveränderten Vertragswerk die Rechte und natürlich die Pflichten der Vertragspartner, also der niedergelassenen Praxen und ihrer Mitarbeiter. Gerne hätten die Vertreter des SpiBu die vertraglichen Dauerschrauben ein wenig angezogen, allerdings trafen sie auf erheblichen Widerstand, insbesondere der juristischen Abteilungen der Verbände. Der dbs-Geschäftsführer, RA Volker Gerrlich, konnte u.a. deutlich machen, dass eine einseitige Vertragsänderung durch den SpiBu nicht möglich und kooperative Gespräche letztlich zielführender seien. Nach diversen Verhandlungsspielen einigten sich die Beteiligten schließlich auf eine unveränderte Übernahme der bestehenden Vereinbarungen durch den Spitzenverband Bund. dbs-Vorsitzender und Geschäftsführer konnten in den anschließenden Gesprächen nochmals verdeutlichen, welche besondere Situation im Bereich Sprachtherapie/Logopädie existiert. Dieser langwierige und immerwährende Aufklärungsversuch hat bei den stets wechselnden Akteuren der Kassenseite das Ziel, die Einpotfmentalität des Krankenkassenfunktionärs (Physio, Ergo, Logo – alles in einen Topf) ein wenig zu destabilisieren.

Wie notwendig es ist, dieses Brett immer wieder zu bohren, aber auch wie dick es ist, zeigte auch der **Hauptstadtkongress Gesundheit**, der vom 27.- 29. Mai erneut stattfand. Die

gerne so angesprochenen „entscheidenden Akteure des deutschen Gesundheitswesens“ treffen sich jährlich im Internationalen Kongress-Centrum unterm West-Berliner Funkturm zu einem Meinungs- und Diskussionsaustausch. Steter Gast dort ist die Gesundheitsministerin Ulla Schmidt und andere Spitzenpolitiker, so dass es immer wieder zu kurzen persönlichen Begegnungen abseits der offiziellen Verhandlungs- oder Gesprächstermine kommt.

Für wunderbaren Zündstoff unter den Heilmittelerbringern hatte ein Beschluss des unmittelbar zuvor durchgeführten Ärztetages gesorgt. Delegation, Substitution oder Allokation ärztlicher Leistungen ist spätestens nach dem Sachverständigengutachten zum Gesundheitswesen von 2007 ein Dauerthema. Wurde doch höchstgutachterlich festgestellt, dass eine Neudefinition ärztlicher Zuständigkeiten Not tue und die Qualifikationsentwicklung in den übrigen Gesundheitsfachberufen alternative Verantwortungs- und Versorgungsmöglichkeiten nahelege. Auf diese seit mindestens zwei Jahren offene Wunde versuchte der Ärztetag ein Pflaster zu kleben, indem er unverrückbar und unbeirrt die alleinige Kompetenz und Zuständigkeit des Arztes für nahezu alles behauptete. Insbesondere die Physiotherapeuten ärgerten sich über einen ablehnenden Beschluss zum sogenannten ‚Direktzugang‘. Mit der Erlaubnis dazu hatte ein Gerichtsurteil aus Rheinland-Pfalz die Rechte von Privatpatienten gestärkt, direkt, ohne Umweg über den Arzt, den Therapeuten aufsuchen zu dürfen.

Das Nein zum ‚direct access‘ und das Nein zur akademischen Grundausbildung (s. Ausschussanhörung) sind die folgerichtigen Bemühungen, potenzielle Konkurrenz um Patientenwege und Geldströme im Keim zu ersticken. Allerdings wird der Widerstand gegen diesen Omnipotenzanspruch Jahr um Jahr größer, meinungsfester und mehrheitsfähiger. So viel Beifall für Eigenständigkeitsargumente der Pflege, der Physiotherapie oder der Sprachtherapie wie in diesem Jahr gab es von dem heterogenen Teilnehmerkreis aus den Reihen der Klinikvertreter, der Kassenfunktionäre, der Gesundheitspolitiker und vor allem auch der Gesundheitsökonomien selten.

Der dbs war auch interessierter und engagierter Gesprächsteilnehmer zu Fragen

Ausführliche Informationen zur Anhörung finden Sie unter http://www.bundestag.de/aktuell/archiv/2009/24460833_kw22_gesundheit2/index.html

der **Kooperation im Gesundheitswesen auf Einladung der Bundesärztekammer** am 3. Juni. Aus der 20jährigen Arbeit der „Fachberufekonferenz bei der Bundesärztekammer“, der der dbs beinahe ebenso lange angehört, hatten sich drei Arbeitsgruppen gebildet – eine zu eben der o.a. Kooperation. Im kleinen, aber durchaus repräsentativen Kreis der AG saßen die zitierten Akteure im Gesundheitswesen äußerlich einträchtig beisammen. Aber schon bald zeigten Vertreter der Pflege ihre Muskeln, ließen virtuell 1,5 Millionen Berufsangehörige in die Räume der BÄK einmarschieren und verließen danach aus Verärgerung über die Ärzteschaft noch vor der 1. Brötchenpause die Runde. Bedauernd, aber nicht entmutigt nutzten die BHV, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, Medizinisch-technische Assistenzberufe, die BÄK und

natürlich der dbs die Gelegenheit, ausgiebiger als sonst, die Unterschiede der nicht-ärztlichen Berufe zu markieren und Eigenständigkeiten hervorzuheben. Es wurde einmal mehr die Sonderstellung der Sprachtherapie mit eigenem Diagnostik-, Forschungs- und Therapiepotenzial deutlich. Als der dbs-Vorsitzende die Ergebnisse dieser AG dem größeren Plenum vorstellte, freuten sich nicht nur der ehemalige Vorsitzende des Marburger Bundes, Dr. Montgomery, sondern auch die stellvertretende Vorsitzende der BÄK, Frau Dr. Goesmann, über das Engagement und die Klarheit der Positionen der Nicht-Ärzte, weil damit eine zwar kontroverse, dennoch auf Lösung ausgerichtete Diskussionsperspektive entstand. Die Gespräche werden sowohl bilateral als auch plenar im September fortgesetzt.

Die **Bundestagswahlen** fördern Gesprächsbereitschaften der Abgeordneten aller Parteien: Die Versprechungen werden großzügiger und konkreter. Von all diesen Gesprächen hier zu berichten, hieße Lust auf ein Sterne-Menü zu wecken, um vielleicht doch wieder nur Fast-Food zu bekommen. Dennoch, so handfest, so gut informiert und so problembewusst in Bezug auf die Logopädie/Sprachtherapie haben wir die Gesundheitspolitiker der Regierungs- und Oppositionsparteien kaum jemals erlebt. Die Erfolge der gesetzlich neu geregelten „Schiedsvereinbarung“ mit der vorangegangenen Sensibilisierung für diesen kleinen, aber feinen Part im Gesundheitswesen zeigen Wirkung. Hoffen wir, dass die Berliner Politik einen Teil der Versprechungen, die sie uns gibt, einhält.

*Dr. Volker Maihack
(dbs-Bundesvorsitzender)*

Bericht aus der Geschäftsstelle

Neuer Rahmenvertrag und neue Preisvereinbarung mit dem vdek ab dem 1. August 2009

Nach acht Jahren Verhandlungsdauer konnte eine neue Preisvereinbarung mit dem vdek (Verband der Angestellten-Ersatzkassen, vormals VdAK) erzielt werden. In der Vergangenheit haben wir schon wiederholt im Infoschreiben und auf der Homepage über den Verlauf und das zwischenzeitliche Scheitern der Verhandlungen berichtet. Erst unter dem Druck eines drohenden Schiedsverfahrens, das Anfang des Jahres durch den Gesetzgeber eingeführt worden ist, ist noch einmal Bewegung in die Verhandlungsposition der Kassenseite gekommen. Hier wurde noch einmal deutlich, wie wichtig die jahrelangen Bemühungen des dbs in Berlin waren, ein **Schiedsverfahren im Heilmittelbereich** einzufordern.

In der Vergangenheit haben die Kassen ihre Verweigerungshaltung insbesondere damit begründet, dass der vdek als einziges Kassensystem bereits einen Ost-West-Angleich vollzogen hat, wodurch der Kostendruck auf die Ost-Ersatzkassen im Vergleich zu den Primärkassen enorm hoch sei. Ferner stellt es eine große Hürde dar, die alten Therapiezeitkorridore, z.B. 40-50 Minuten, auf die u.a. durch die Heilmittelrichtlinien vorgegebenen Therapiezeiten von 30, 45 und 60 Minuten umzustellen. Die Kassen haben stets argumentiert, dass dies ohne Vergütungsanpassung erfolgen müsse. Durch diese Verweigerungshaltung ist ein Vergütungsrückstand von über 9 % zur Steige-

rungsrate der Grundlohnsumme in den Jahren 2001 bis 2009 entstanden.

Die Berufsverbände haben daraufhin im November 2007 eine Umfrage unter den Mitgliedern gestartet, um die Meinung der Mitglieder zu einer Umstellung zu erfahren. Eine große Mehrheit von über 90% der Mitglieder hat sich dabei für eine Umstellung ausgesprochen, wenn der Preis für die neue Erstbefundung bei mindestens 55 € liege und die 45 Minuten Therapieeinheit mit mindestens 31 € vergütet würde.

Ab dem 1. August 2009 wird es nun endlich eine neue Vergütungsliste geben. Die Vergütung für die neue Erstdiagnostikposition wird dann 57 € betragen. Ab dem 01.01.2010 wird die Position mit 58 € vergütet. Die 45-Minuten Position wird ab dem 01.08.2009 mit 31,10 € und ab dem 01.01.2010 mit 32,10 € vergütet. Das bedeutet eine Steigerung bei der wichtigsten Position von immerhin 7,5 Prozent. Wir sind davon überzeugt, dass wir mit dem vorliegenden Ergebnis den Wunsch der Mitgliederbefragung voll umgesetzt haben!

Die Kassenseite hat auf der Einführung einer **Pauschale bei den Hausbesuchen** bestanden. Bisher konnte bei Hausbesuchen ein Kilometergeld abgerechnet werden, zukünftig wird hierfür eine einheitliche Pauschale von 11,30 € gezahlt. Die Pauschale ist zukünftig unabhängig davon, ob es sich um den ersten oder einen weiteren Patienten handelt. Die

Berufsverbände haben die Einführung der Pauschale ausdrücklich nicht gewollt, obwohl sie in den allermeisten Fällen eine Verbesserung der Vergütung darstellen wird. Eine gerechtere Lösung insbesondere für die ländlichen Gebiete wäre die alte Kilometerabrechnung gewesen. Die Kassen haben jedoch auf der Einführung einer Pauschale bestanden, die bereits in den anderen Heilmittelbereichen (z.B. in der Physiotherapie mit 9,70 €) seit Jahren umgesetzt worden ist. Aus Sicht der Kassen könne man bei ca. 9000 sprachtherapeutisch/logopädischen Praxen nicht mehr von unterversorgten Gebieten im ländlichen Bereich sprechen.

Neben der Preisvereinbarung ist auch ein **überarbeiteter Rahmenvertrag** beschlossen worden. Die wichtigste Neuerung dürfte die Umsetzung der gesetzlich in § 125 SGB V seit 2004 vorgeschriebenen **Fortbildungsverpflichtung** sein. Wie bereits berichtet, ist der Zugelassene/fachliche Leiter verpflichtet, 60 Fortbildungspunkte in einem Betrachtungszeitraum von vier Jahren zu erbringen. Die Einzelheiten sind in der Anlage 4 zum Vertrag geregelt. Wichtig war uns in den Verhandlungen, dass bereits im Jahr 2008 absolvierte Fortbildungen rückwirkend anerkannt werden. Auch bei der neuen Vergütungsliste wird es eine Rückwirkung geben: Verordnungen, deren letzter Leistungstag nach dem 31.07.2009 liegt, können komplett mit den neuen Preisen

abgerechnet werden. Alle Mitgliedspraxen des *dbs* haben den neuen Rahmenvertrag bereits erhalten.

Fazit: Nach meiner Überzeugung ist der neue Abschluss richtig und notwendig gewesen. Die Einführung der sogenannten neuen Leistungsbeschreibung aus dem Jahr 2004 war überfällig. Ein Festhalten an der alten Leistungsstruktur hätte auch zukünftig zu Verzögerungen bei den Preisverhandlungen geführt, da die Kassen weiterhin einen Anlass

gehabt hätten, die Verhandlungen zu verzögern oder unter weitere Vorbedingungen zu stellen. Bei den bisherigen unzureichenden Preisangeboten war eine Umstellung aber nicht möglich. Erst unter dem offensichtlich starken Druck eines drohenden Schiedsverfahrens wurde ein akzeptables Angebot von ca. 7,5 % Erhöhung unterbreitet. Die Alternative der Berufsverbände wäre gewesen, das Scheitern der Verhandlungen zu erklären und ein Schiedsverfahren einzuleiten, das

möglicherweise ein langwieriges und unsicheres Unterfangen geworden wäre. Ob ein Schiedsverfahren die komplette aufgelaufene Grundlohnsumme von ca. 9 % gebracht hätte, ist darüberhinaus fraglich. In anderen Leistungsbereichen, bei denen bereits Schiedsverfahren vorgesehen waren, hat sich in der Vergangenheit herausgestellt, dass selten die Forderungen einer Partei zu hundert Prozent erfüllt wurden.

RA Volker Gerrlich
(*dbs* Bundesgeschäftsführer)

dbs-Dozentenkonferenz 2009

Am 08.05.2009 tagte die *dbs*-Dozentenkonferenz in Hannover. Dieses Gremium versammelt die Hochschulvertreter der akademischen Sprachtherapie, d.h. der „alten“ Diplom- und Magister-Studiengänge und der neuen BA-, BSc- und Master-Studiengänge in **Sprachheilpädagogik, Klinischer Linguistik, Klinischer Sprechwissenschaft, Patholinguistik, Sprachtherapie und akademischer Logopädie**. Aus allen Studienrichtungen und aus fast allen Studienstätten waren Lehrstuhlinhaber und Mittelbau-Vertreter gekommen, nämlich aus Bielefeld, Dortmund, Emden, Gießen, Halle, Hannover, Idstein, Köln, Marburg, München, Potsdam, Rostock und Würzburg.

Neben den aktuellen berufspolitischen Informationen standen der Status quo der Implementierung der Bachelor-/Masterstudiengänge „vor Ort“ und die mögliche Krankenkassenzulassung von Studiengängen nach § 124 SGB V im Vordergrund. Nachdem in den letzten Jahren oft von Hürden bei der Einführung von sprachtherapeutisch qualifizierenden Studiengängen berichtet worden war, wurde

nun erfreulich positiv berichtet, wie weit an vielen Hochschulen die Pläne oder Realisationen fortgeschritten sind. Nachdem in der Vergangenheit mitunter der Eindruck entstand, die akademische Sprachtherapie könne an den klassischen Universitäten „aussterben“, wird mittlerweile erkennbar, wo es überall trotz Auslauf der alten Studienmodelle zukunfts-trächtig weitergeht: An etlichen Hochschulen ist eine Ablösung der Dipl.-/Magister-Modelle durch spezifisch sprachtherapeutische Studiengänge bereits abgeschlossen, an den meisten anderen steht die Einführung und Akkreditierung kurz bevor, es geht voran!

Der offene Erfahrungsaustausch machte deutlich, dass trotz relativ einheitlicher Vorgaben aus den Bologna-Richtlinien und den Anforderungen an eine Kassen-(Teil-)Zulassung an den Hochschulen sehr unterschiedliche Bedingungen herrschen und deshalb auch verschiedene Modelle umgesetzt werden. Die Bandbreite dessen, was in einem **Studium der akademischen Sprachtherapie** erreicht werden kann, ist sehr groß, z.B.:

- 6 Sem. BA mit anschließender Vollzulassung (z.B. München und geplant Köln)
- 8 Sem. BSc mit Vollzulassung (Idstein)
- 6 Sem. BA mit Teilzulassung und konsekutiv 4 Sem. MA, danach Vollzulassung (geplant z.B. in Hannover)
- 7 Sem. BA oder BSc mit anschließender Master-Phase, die zu Teilzulassungen führen werden (z.B. Bielefeld, Potsdam)

Da innerhalb dieser Vielfalt ein klar definiertes **akademisches Selbstverständnis** gefordert ist, das sich nicht nur nach den formalen Vorgaben der Zulassungsempfehlungen richten darf, wurde die Bildung einer AG beschlossen, die hochschul- und studienstruktur-übergreifend das Berufs- und Leitbild der akademischen Sprachtherapie formulieren wird. Dieses Leitbild wird zur *dbs*-Dozentenkonferenz 2010 vorliegen und dort verabschiedet.

dbs-Mitglieder können das Protokoll der Konferenz auf www.dbs-ev.de abrufen.

Prof. Dr. Claudia Iven
(*dbs*-Beirätin für Hochschule)

Vorankündigung zum 11. Wissenschaftlichen Symposium des *dbs*:

„St-tt-ttottern. Aktuelle Impulse für Diagnostik, Therapie und Evaluation“

Am **29./30.01.2010** findet in **Halle/Saale** das 11. *dbs*-Symposium statt. Es widmet sich einem Thema, das in den letzten Jahren ein wenig aus dem Fokus der Aufmerksamkeit verschwunden ist: In Zeiten der Evidenzbasierung und der „best practise“-Suche scheint ein so individuell ausgeprägtes Störungsbild wie das Stottern offensichtlich wenig wissenschaftlich „fassbar“. Die Symptomatik ist so individuell verschieden und lässt sich so wenig standardisieren, dass es schwer fällt, die „richtige“ Therapie zu finden.

Das Symposium hat zum Ziel, den Teilnehmern ein wenig den Weg durch den „Methodenschub“ zu weisen. Mit klarer ICF-Orientierung wird den Fragen nachgegangen, wie aktuelle Forschungsergebnisse für Diagnostik und Therapie genutzt werden können, welche neuen Diagnoseverfahren die individuellen Ausgangsbedingungen und die klientenzentrierten Therapieerfolge erfassen können und wie man aus einer Fülle von über 300 Ansätzen und Konzepten diejenigen Therapiebausteine

auswählen kann, die dem einzelnen Patienten am besten weiterhelfen.

Die Referenten, die alle über langjährige Erfahrung aus der Forschung und aus der Therapie verfügen, setzen sich alltagsnah mit den Anforderungen einer modernen Stottertherapie auseinander, aber auch mit der Tatsache, dass neben einer grundlegenden therapeutischen Methodenkompetenz auch ein gehöriges Maß an wissenschaftlicher Entscheidungs- und Begründungskompetenz gefragt ist.

In einem umfangreichen Praxisteil werden Patientenbeispiele verdeutlichen, wie im konkreten Fall individuelle Entscheidungsprozesse in individuelle, subjektiv erfolgreiche Therapieverläufe umgesetzt werden. Zwei Referenten-Teams aus der Praxis stellen Beispiele aus der Therapie mit (Vor-)Schulkindern und Erwachsenen vor, an denen diese Prozesse nachvollziehbar werden. In einem

abschließenden Diskussionsforum haben die Teilnehmer des Symposiums die Gelegenheit, mit allen Referenten über offene Fragen, aber auch über ihre eigenen Therapie-Erfahrungen zu diskutieren.

Das genaue Programm des 11. dbs-Symposiums wird in Heft 5 der Sprachheilarbeit veröffentlicht und natürlich auf der dbs-Homepage: www.dbs-ev.de

dbS fordert hundert Prozent der Vergütung für die östlichen Bundesländer

Auch im 20. Jahr nach der Wiedervereinigung liegen die Vergütungen von AOK, BKK, IKK und der Bundesknappschaft für die Kollegen der östlichen Bundesländer bei 70% bis 75% der durchschnittlichen Preise in den westlichen Bundesländern. Bei inhaltlich und qualitativ gleicher Arbeit und keinen Unterschieden bei den Praxiskosten bedeutet das für die Kollegen in Halle oder Rostock, dass sie nur über eine massive Ausdehnung der Mehrarbeit ihre Praxen wirtschaftlich führen können. Unter dem Aspekt, dass es mittlerweile eine unabhängig von Ost und West einheitliche Zuweisung pro Patient aus dem Gesundheitsfond gibt, ist das eklatante Preisgefälle noch viel unverständlicher.

Mit den Erfahrungen der letzten Kassenverhandlungen, in denen in keiner Weise Interesse daran bekundet wurde, die nun auch politisch gewollte Preisangleichung zu vollziehen, sind wir als Berufsverband nicht mehr gewillt, Vergütungsabschlüsse zu akzeptieren, die nicht den eindeutigen Willen einer hundertprozentigen Angleichung dokumentieren. Die angebotenen Preiserhöhungen lassen die Schere zwischen Ost und West nicht kleiner, sondern größer werden. Aus diesem Grund haben wir die Kassen aufgefordert, die Vergütungen über einen Zeitraum von drei Jahren anzugleichen. Die Einführung des möglichen Schiedsverfahrens kann solchen Forderungen erheblichen Nachdruck verleihen.

Wir werden Sie über die neuesten Ergebnisse auf dem Laufenden halten, z.B. unter der Rubrik 'Praxisinhaber' auf der Homepage www.dbs-ev.de
Katrin Schubert
(dbs-Beirätin für Praxisinhaber)

Einladung zum Praxisinhabertreffen

Der dbs lädt herzlich zum diesjährigen **Praxisinhabertreffen** für **Samstag, 14. 11.09, 13.00-16.30 Uhr** im **Maritim Hotel Köln**, Heumarkt 20, 50667 Köln, ein.

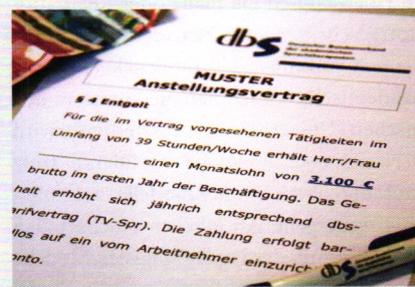
Bitte in der dbs-Geschäftsstelle anmelden unter der Tel.-Nr. 02841/988919, Fax-Nr. 02841/988914 oder Email: info@dbs-ev.de

Wir freuen uns auf Ihr zahlreiches Erscheinen.
Katrin Schubert
(dbs-Beirätin für Praxisinhaber)

Kontakt dbs-Seiten: iven@dbs-ev.de

Vertretung der angestellten Sprachtherapeuten erreicht Tarifeinigung mit Praxisinhabern. Einstiegsgehalt 3.100 €.

Moers, 14.8.2011 – Nach der großen Gesundheitsstrukturreform, die im vergangenen Jahr zu einer Erhöhung der Vergütungssätze akademischer Sprachtherapeuten um hundert Prozent führten, endeten in der vergangenen Woche die Verhandlungen zwischen sprachtherapeutischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern. Der nach kurzen Verhandlungen verabschiedete Tarifvertrag sieht ein Einstiegsbruttogehalt von 3.100 € vor.



Leider handelt es sich bei dieser Meldung noch um reine Fiktion: Ob bis zum Sommer 2011 eine wesentliche Verbesserung der finanziellen Situation akademischer Sprachtherapeuten erreicht werden kann, ist fraglich. Da es in sprachtherapeutischen Praxen aufgrund der freien Vertragssituation auch keine Tarifvereinbarungen gibt, ist die Vergütung der Angestellten abhängig von der jeweiligen wirtschaftlichen Situation der Praxis, dem Verhandlungsgeschick des Arbeitnehmers und der „Arbeitnehmerfreundlichkeit“ des Praxisinhabers.

Um als Arbeitnehmer erfolgreich verhandeln zu können, ist es entscheidend, gut informiert in Gespräche zu gehen. Welche Bestandteile sollte und muss ein Arbeitsvertrag haben? Welches Gehalt ist angemessen? Welche Zusatzleistungen sind möglich? Wie viele Urlaubstage sind üblich? Welche Arbeitsbedingungen sollte man auf gar keinen Fall akzeptieren? Diese und viele weitere Fragen beantwortet die dbs-Arbeitnehmervertretung auf <http://arbeitnehmer.dbs-ev.de> oder persönlich telefonisch bzw. per Email (rokitta@dbs-ev.de).

Eine generelle Verbesserung der Gehälter angestellter Sprachtherapeuten ist aber

ausschließlich durch eine Verbesserung der wirtschaftlichen Situation sprachtherapeutischer Praxen möglich. Diese kann nur durch **Anerkennung und entsprechende Vergütung der akademischen Sprachtherapie** erreicht werden. Der dbs ist hier bereits auf allen politischen Ebenen aktiv, aber auch Sie müssen handeln!

Werben Sie mit Ihrer akademischen Qualifikation! Machen Sie deutlich, dass Sie besondere Kompetenzen in Diagnostik, Therapie und Evaluation besitzen, die weit über das Fachschulniveau hinausgehen!

Sprechen Sie mit Ihrem Wahlkreisabgeordneten! Die Bundestagswahlen stehen vor der Tür - da haben Politiker besonders offene Ohren für Ihr Anliegen. Berichten Sie über Ihre akademische Qualifikation und Ihr Einkommen!

Seien Sie solidarisch! Werden Sie Mitglied im dbs und/oder unterstützen Sie die Mitgliedschaft im dbs! Der dbs kann umso mehr für Sie erreichen kann, je mehr Mitglieder er vertritt!

Die Durchsetzungsfähigkeit von Forderungen hängt mit dem Organisationsgrad zusammen!

Ralf Rokitta
(dbs-Beirat für Arbeitnehmer)

dgs – Aktuelles, Informationen, Nachrichten

Kooperationsvertrag zwischen der dgs und dem ersten Studiengang „Sprachheilpädagogik“ in Tansania unterzeichnet

„Acquire Knowledge – Serve with Compassion“ ...

..... so lautet das Motto des ersten sonderpädagogischen Studiengangs (BA Special Needs Education) am neu gegründeten Sebastian Kolowa University College (SeKUCo) in Magamba, Tansania, welches Teil der altehrwürdigen Tumaini Universität ist. Diesen Erwerb von Fachwissen und Handlungskompetenzen im Studienschwerpunkt ‚Speech and Language Rehabilitation‘ auf vielfältige Weise zu unterstützen, ist das erklärte Ziel des Kooperationsvertrages zwischen der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (dgs) und SeKUCo.



Empfang der Kooperationspartner durch MdB Kerstin Griese in der Parlamentarischen Gesellschaft in Berlin



Gerhard Zupp und PD Dr. Ulrike Lütke bei der Unterzeichnung des Kooperationsvertrages mit Dr. Anneth Munga aus Tansania

Die Vertragsunterzeichnung fand am 5. Mai 2009 in Berlin zwischen Dr. Anneth Munga, Präsidentin des SeKUCo, sowie dem dgs-Bundsvorsitzenden, Gerhard Zupp, und der dgs-Referentin für Internationale Zusammenarbeit, PD Dr. Ulrike Lütke, statt. Das gemeinsame Abkommen war Höhepunkt einer zweitägigen Partnerrunde unter Federführung der Bundestagsabgeordneten Kerstin Griese (Vorsitzende des Ausschusses für Familie, Senioren, Frauen und Jugend), welche aus unterschiedlichen Perspektiven nachhaltige bilaterale Konzepte zum Aufbau der neu eröffneten Universität in den Usambarabergen Nordosttansanias diskutierte: u.a. MdB Thilo Hoppe (Vorsitzender des Ausschusses für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung), Prof. Dr. med. Albert Diefenbacher (Chefarzt des Königin Elisabeth Herzberge Krankenhauses Berlin und Initiator des Studienschwerpunktes Psychiatrie in SeKUCo), Bodo Frank (Universität Zürich), Jürgen Borchardt und Angelika Veddeler (Ge-

schaftsführer und Referentin für Diakonie der Vereinten Evangelischen Mission, VEM, Wuppertal) und Elfi Quiram-Jurkiewicz (Leiterin des Seminars für Sonderpädagogik Solingen).

Dass der Aufbau einer neuen Universität und des ersten sonderpädagogischen Studiengangs Tansanias eine große Herausforderung ist und noch vielfältiger personeller, finanzieller und konzeptueller Unterstützung bedarf, hatte PD Dr. Lütke persönlich erfahren, als sie letztes Jahr zwei Monate lang die ersten ca. 50 Sprachheilpädagogik-Studenten vor Ort unterrichtete. Auf Grundlage vieler Gespräche mit Dr. Munga, dem Dekanat und den Studierenden hatte sie einen großen Katalog an Themen und möglichen Unterstützungsleistungen

zusammengetragen, den es gilt, in Vereinbarungen und Handlungsschritte zu übersetzen: Gastdozenturen, Curriculum-Beratung, Unterstützung beim Aufbau der Bibliothek und der Diagnostik- und Therapiematerialsammlungen etc. – alles Aufgaben, bei denen die dgs mit ihrer Expertise ein wichtiger Entwicklungspartner sein kann. Die Expertenrunde ging deshalb mit dem sicheren Gefühl auseinander, Frau Dr. Anneth Munga, die eigens zu diesem Treffen aus Tansania angereist war, mit vielen hoffnungsvollen Erwartungen und besten Aussichten für die ersten Studierenden der Sprachheilpädagogik heimkehren zu lassen.

Gerhard Zupp
(dgs-Bundsvorsitzender)



Die Expertenrunde beim nächtlichen Rundgang durch den Reichstag; von links: PD Dr. Ulrike Lütke, Gerhard Zupp, Prof. Dr. med. Albert Diefenbacher, Dr. Anneth Munga, Jürgen Borchardt, MdB Kerstin Griese, Angelika Veddeler, Bodo Frank

dgs-CommSy: Neue Internet-Plattform für Arbeitskreise der dgs

Die Internetplattform „dgs-CommSy“ (<http://commsy.dgs-ev.de>) bietet allen Arbeitskreisen der dgs e.V. die Möglichkeit, einfach und unkompliziert zu kooperieren. Ob Materialaustausch, Terminübersichten und -absprachen, Ideenbörsen oder Diskussionen – alles kann in einem virtuellen Raum des dgs-CommSy geschehen.

Räume können Sie selbstständig anlegen, ohne dass Ihnen vorab besondere Rechte eingeräumt werden müssen. Sie selbst legen zudem fest, ob die Räume öffentlich sind, oder nur für einen genau definierten Teilnehmerkreis zugänglich sein sollen.

Alles, was Sie brauchen, um das dgs-CommSy zu nutzen, ist eine Kennung, die



Sie im CommSy-Portal selbst anfordern. Bei Rückfragen und/oder Anregungen wenden Sie sich bitte an den WebMaster der dgs: webmaster@dgs-ev.de Olaf Daum (dgs-Webmaster)

Bericht vom Forum der Sprachheilpädagogik in München

Jubiläumsforum zu Ehren von Prof. Dr. Manfred Grohnfeldt

Zum zehnten Mal lud das Forschungsinstitut für Sprachtherapie und Rehabilitation am 7.2.2009 zum Forum der Sprachheilpädagogik nach München ein, das in der ehrwürdigen Großen Aula der Ludwig-Maximilians-Universität stattfand. Zahlreiche Vertreter der Sprachheilpädagogik und der Berufsverbände erschienen, um den 60. Geburtstag des Lehrstuhlinhabers für Sprachheilpädagogik, Prof. Dr. Manfred Grohnfeldt, zu feiern. Die kompetente Leitung übernahmen dieses Mal zwei Mitarbeiter am Lehrstuhl, Dr. Wilma Schönauer-Schneider und Dr. Stephan Baumgartner. Die Veranstaltung stand unter einem Thema, das Prof. Grohnfeldt in seinem universitären Wirken und Schaffen ständig begleitete und das heute von kaum zu überbietender politischer Brisanz ist: Sprachheilpädagogik im Wandel: *Wenn Forschung Praxis verändert.*

Prof. Grohnfeldt eröffnete das X. Forum der Sprachheilpädagogik mit einem



Die Referenten zusammen mit Prof. Dr. Grohnfeldt (2. v. l.): Prof. Dr. Motsch, Prof. Dr. Glück, Dr. Maihack, Dr. Dannenbauer, Fr. Kiening, Dr. Stumpf, Hr. Woithon, Dr. Eicher und Fr. Krauser (v. l.)

Satz von Schopenhauer: Der Wandel sei das einzig Beständige im Leben. Er fasste so in knappen Worten treffend den thematischen Schwerpunkt zusammen, wie wir es von ihm kennen und mögen. Frau Dr. Wilma Schönauer-Schneider betonte, dass sich die Sprachheilpädagogik durch die Geschichte und durch ein verändertes Menschenbild ständig im Wandel befände. Diese Entwicklung dezidiert darzustellen und auch kritisch zu beleuchten, sei ein großer Verdienst von Manfred Grohnfeldt, der sich als Chronist, Archivar und Beobachter, aber auch als „Scout“ für neueste Trends und Visionär für die Zukunft einen Namen gemacht hat. Eine Sprachheilpädagogik, die in der Vielfalt ihrer Gegenstände, Themen und Methoden so großen fachlichen Reichtum aufweise, sei immer wieder auf Selbstverständnisdebatten angewiesen.

Prof. Dr. Joachim Kahlert würdigte als Dekan der Fakultät den Werdegang und das universitäre Wirken von Prof. Grohnfeldt. Prof. Dr. Elisabeth Leiss, Inhaberin des Lehrstuhls Germanistische Linguistik, lobte die Kooperation beider Lehrstühle im gemeinsamen Studiengang Sprachtherapie. Dr. Volker

Maihack, Vorsitzender des dbS, näherte sich der „festen Größe Grohnfeldt in der deutschen Sprachheilpädagogik“ in gewohnt beredter Manier aus den drei Perspektiven „Verbandsfunktionär“, „Hochschullehrer“ sowie „Autor und Herausgeber“.

Hochkarätige Referenten konnten die Veranstalter zum Thema zu gewinnen. In einem ersten Teil wurde der Wandel der Sprachheilpädagogik zur Sprache gebracht. Prof. Dr. Hans-Joachim Motsch reflektierte sehr wortgewandt, pointiert und äußerst kritisch die gewaltigen Veränderungen der Sprachheilpädagogik in Vergangenheit und Gegenwart.

Dr. Friedrich Michael Dannenbauer überzeugte anhand von erfahrungsbezogenen und anschaulichen Aspekten mit seinem Vortrag. Er verdeutlichte, dass die oft totgesagte Sprachheilpädagogik einen nicht zu unterschätzenden Überlebenswillen zeige.

In einem zweiten Teil wurde der Fokus auf verschiedene aktuelle Forschungsthemen gelegt. Dazu stellten namhafte Vertreter einzelner Fachgebiete ihre Ergebnisse vor:

Prof. Dr. Christian Glück referierte über die Wortschatzdiagnostik bei mehrsprachigen Kindern und stellte exemplarisch erste



Der Jubilar Prof. Dr. Manfred Grohnfeldt bei der Eröffnung des Forums

Ergebnisse bei türkisch sprechenden Kindern vor. *Christoph Woithon* sprach über das noch wenig erforschte Gebiet der pragmatischen Störungen bei Kindern, das eine erweiterte, mehrperspektivische Sichtweise im Hinblick auf zukünftige Forschung und Praxis notwendig mache. *Dr. Iris Eicher* und *Elke Krauser* stellten die akademische Lehrpraxis mit spezifischen Aufgabenbereichen vor. Die Früherkennung von Sprachentwicklungsstörungen als ein zentrales Thema der Sprachtherapiewissenschaft in den letzten Jahren sprach *Daniela Kiening* an, die interessante Einblicke in ihre eigenen Forschungsaktivitäten über die Aspekte der Mutter-Kind-Interaktionen bei zweijäh-

rigen Kindern mit normalen und verspätetem Sprechbeginn gewährte. Sprachstandsmessungen im Vorschulalter sind derzeit ein viels diskutiertes Thema. In Bayern wird ein eigenes Verfahren entwickelt (Bayerisches Einschulungssprachscreening, BESS) entwickelt. Das Projekt und der momentane Stand wurden von *Dr. Petra Stumpf* aufgezeigt.

Dr. Stephan Baumgartner überreichte im Anschluss Herrn Prof. Grohnfeldt feierlich die Festschrift mit den einzelnen Vorträgen (Hrsg. Schönauer-Schneider/Baumgartner, edition von freileben, ISBN 978-3-930286-53-5). Das Forum gelte als formaler Beweis für die Lebendigkeit und Attraktivität der Sprachheilpädagogik.

Herr Ministerialrat Erich Weigl überbrachte die Grüße der bayerischen Staatsregierung und bedankte sich für die Entwicklung eines guten Dialogs mit der Universität.

Prof. Grohnfeldt bedankte sich mit einem Schlusswort für diesen Tag, indem er in unverkennbarer Manier aufrief, den Blick nach vorne zu richten, auch wenn man sich in bestimmten Situationen in Schwierigkeiten befinde. Mit einem Zitat von Obama resümierte er: „Wir haben uns für die Hoffnung, nicht für die Furcht, für die Einheit, nicht für den Streit entschieden.“

Marion Oswald
(dgs-Landesgruppe Bayern)

Landesgruppe Bayern – Neuwahlen 2009

Am 16. Mai 2009 fand in Ingolstadt die Mitgliederversammlung mit turnusmäßiger Neuwahl der Vorstandschaft statt. Im Amt bestätigt wurden *Claudia Schmaußer* (1. Vorsitzende) und *Dr. Franziska Schlamp-Diekmann* (2. Vorsitzende/Fortbildung).

Prof. Dr. Manfred Grohnfeldt, der seit 1994 als Beisitzer amtierte, übergab sein Amt an *Dr. Wilma Schönauer-Schneider*. Der Vorstand dankte ihm herzlich mit einem Präsent für sei-

nen engagierten und versierten Einsatz in der dgs. Die beiden langjährigen Vorstandsmitglieder *Margit Jäcklein* (Kassenführung) und *Reinhard Dümmler* (Geschäftsführung) stellten sich nicht mehr zur Wahl und wurden mit Dank und Geschenken verabschiedet. Weiterhin wurden *Dr. Karin Reber* (Geschäftsführung/Internet) und *Dr. Elisabeth Wildegger-Lack* sowie *Georg Knödel* (Kassenprüfung) gewählt. Die Vorstandschaft stellt sich derzeit neu auf

und sucht Mitglieder, die Lust haben, inhaltlich und berufspolitisch etwas zu bewegen. Informationen hierzu (neues bayerisches Positionspapier, Bericht über den Termin im Kultusministerium u.a. zur Inklusion, freie Referentenämter) finden die Mitglieder auf der neu gestalteten Landesgruppenhomepage unter www.dgs-ev.de/bayern.

Claudia Schmaußer
(Vorsitzende dgs-Landesgruppe Bayern)

Landesgruppe Rheinland: Mitgliederversammlung 2009 und Vorstandswahl

Am 25. April fand in der Kurt-Schwitters-Schule Düsseldorf die Mitgliederversammlung 2009 der Landesgruppe Rheinland statt. Der offene Anfang bot bei einer Tasse Kaffee Gelegenheit zu vielfachen Wiederbegegnungen und kollegialen Kontakten. Zu Beginn der Mitgliederversammlung wurde zum Gedenken an die im letzten Jahr verstorbenen Kolleginnen *Jutta Judenau*, *Gisela Blauza-Graf* und *Ingeborg Grothe* eine Schweigeminute eingelegt.

Sodann referierte *Susanne Rockel*, Essen, zum Thema „Das Asperger-Syndrom unter besonderer Berücksichtigung kommunikativer Probleme und Fördermöglichkeiten“. Die Referentin ist u. a. Koordinatorin für Autismusberatung in der Bezirksregierung Düsseldorf und vermittelte in ihrem Vortrag grundlegende Kenntnisse zu den Hauptmerkmalen des Asperger Syndroms, den sozialen Beeinträchtigungen und den Schwerpunkten der Förderung.

Die von der Referentin ausgelegte Fachliteratur regte die Teilnehmer der Veranstaltung an, ihr Wissen durch Literaturstudium und

Praxisanregungen zu vertiefen und ergänzte durch vielfältiges und spezifisches Material den Verlags-Bücherstand im Eingangsbereich.

Nach einer kurzen Pause fand dann die eigentliche Mitgliederversammlung statt, bei der der Vorstand Rechenschaft über die Arbeit des vergangenen Jahres ablegte und die Schwerpunkte der künftigen Arbeit aufzeigte. Dazu gehören u. a. das 50-jährige Jubiläum der dgs-Rheinland (s. SHA 2/2009, weitere Informationen: <http://www.dgs-rheinland.de/jubilaum.php>), die kritisch-konstruktive Begleitung des Pilotversuchs „Kompetenzzentren für sonderpädagogische Förderung“ und geplante Fortbildungseinheiten zum aktuellen sprachheilpädagogischen Basiswissen für „Quereinsteiger“ und Kolleginnen und Kollegen, deren Ausbildung schon länger zurückliegt.

Die Mitgliederversammlung entlastete den Vorstand und dankte ihm für seine Arbeit. Anschließend wurde die turnusmäßige Wahl des Vorstands durchgeführt. Der bisherige Vor-

stand kandidierte erneut und wurde von der Mitgliederversammlung bestätigt:

1. Vorsitzender: *Theo Schaus*
2. Vorsitzende: *Katharina Probst-Bauer*
Geschäftsführer: *Dieter Schönhals*
Fortbildungsreferentin: *Birgit Appelbaum*
Schriftführerin: *Tessa Razzaghi*
Internetreferentin: *Stephanie Riehemann*
Als Kassenprüfer wurden erneut *Birgit Bastian* und *Norbert Bahn* gewählt.

Der Vorstand wird auf seiner nächsten Sitzung die Beiräte benennen, die seine Arbeit in den kommenden beiden Jahre unterstützen.

Theo Schaus
(Vorsitzender dgs-Landesgruppe Rheinland)

Gerne können Sie uns für die Rubrik „Aktuelles“ eigene Beiträge zusenden. Wir freuen uns!

Kontakt: *Dr. Karin Reber* & *Dr. Jörg Mußmann*, Referenten für Öffentlichkeitsarbeit der dgs, sha.aktuelles@dgs-ev.de

Termine

Fortbildungsveranstaltungen von dgs und dbs

| Datum und Ort | Referent, Thema, Veranstalter und Ansprechpartner (Adressen siehe Liste im Anhang) |
|----------------------------|--|
| 28.08.2009 Köln | Prof. Werner Beidinger: „Ganz Ohr sein – durchs Ohr ganz sein“. Musikalische Entwicklungsförderung bei Vor- und Grundschulkindern dgs-Landesgruppe Rheinland, Fortbildungsnummer: A 13/2009 |
| 28./29.08.2009 Bremen | Dr. Bernd Hansen, Prof. Dr. Claudia Iven: Beratungskompetenzen für den sprachtherapeutischen Alltag dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 57/2009 |
| 28./29.08.2009 Köln | Steffen Glückselig: Objektive Stimm- und Sprechanalyse dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 51/2009 |
| 28.-30.08.2009 Hamm | Beate Birner-Janusch: TAKTKIN® Ausbildungskurs – Kinder, Ein Ansatz zur Behandlung sprechmotorischer Störungen dgs-Landesgruppe Westfalen-Lippe e.V. |
| 28./29.08.2009 Hamm | Edith Schlag: Dysgrammatismus – Ursachen, Diagnostik und Therapie auf der Grundlage linguistischer Forschung dgs-Landesgruppe Westfalen-Lippe e.V. |
| 04./05.09.2009 Hannover | Dr. Kerstin Weikert: Therapie mit stotternden Jugendlichen und Erwachsenen dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 54/2009 |
| 05.09.2009 Dortmund | Dr. Volker Runge: Behandlung von fazialen und intra-oralen Paresen in Anlehnung an die Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation (PNF) dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 37/2009 |
| 11./12.09.2009 Köln | Kerstin von Werder: Ursachen und Diagnose von Legasthenie – Darstellung des Behandlungskonzept der „Lautgetreuen Lese-Rechtschreibförderung“ nach Carola Reuter-Liehr dgs-Landesgruppe Rheinland, Fortbildungsnummer: A 15/2009 |
| 12.09.2009 Köln | Dr. Thomas Hennemann und Kathrin Pütz: Das KlasseKinderSpiel – spielerisch Verhaltens- und Klassenregeln lernen dgs-Landesgruppe Rheinland, Fortbildungsnummer: A 16/2009 |
| 18.09.2009 Köln | Miriam Thiemann, Nadine Diekmann: PECS und TEACCH- Praxisseminar im Kontext Unterstützter Kommunikation, Aufbaukurs (nach ISAAC Standard) dgs-Landesgruppe Rheinland, Fortbildungsnummer: A 17/200 |
| 18./19.09.2009 Köln | Claudia Schlesiger: Sprachtherapeutische Frühintervention mit Late-talker-Kindern dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 12/2009 |
| 18./19.09.2009 Berlin | Dr. Barbara Giel: Sprachtherapeutische (Früh-) Förderung bei Kindern mit Down-Syndrom – SF-KiDS dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 27/2009 |
| 25./26.09.2009 Weimar | Dr. Susanne Voigt-Zimmermann, Martin Ulrich: Stimmfunktionsübungen in der Therapie von „Stimm- und Singstimmstörungen“ für Anfänger dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 52/2009 |
| 26.09.2009 Köln | Ursula Müller: Musik in der Sprachtherapie mit Kindern dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 13/2009 |
| 25./26.09.2009 Nürnberg | Barbara Bogner: Grundlagen der Sprachtherapie bei Hörschädigung unter besonderer Berücksichtigung des Cochlea-Implantats (CI) dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 28/2009 |
| 25./26.09.2009 Hamm | Prof. Dr. Nitzka Katz-Bernstein: Therapeutische Zugänge zu Kindern mit selektivem Mutismus dgs-Landesgruppe Westfalen-Lippe e.V. |
| 26.09.2009 Köln | Ulf Grebe: Dyskalkulie – und nun? dgs-Landesgruppe Rheinland, Fortbildungsnummer: A 18/2009 |
| 26.09.2009 Hamm | Anja Schröder: „Ich will dir was erzählen!“ – „Ach, was denn?“ Interaktives Erzählen als zentrale sprachliche Fähigkeit dgs-Landesgruppe Westfalen-Lippe e.V. |
| 26.09.2009 Köln | Ursula Müller: Musik in der Sprachtherapie mit Kindern dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 13/2009 |
| 09./10.10.2009 Köln | Dr. Brita Schirmer: Kommunikationsförderung bei Menschen mit Asperger-Syndrom und anderen Störungen aus dem autistischen Spektrum – Möglichkeiten und Grenzen der Förderung an Förderschulen mit dem Förderschwerpunkt Sprache sowie in der sprachtherapeutischen Praxis dgs-Landesgruppe Rheinland, Fortbildungsnummer: A 19/2009 |


diploma.de

Fern-Studium

Bachelor

Medizinalfachberufe

Zugangsberufe:

Physiotherapeuten/innen

Ergotherapeuten/innen

Altenpfleger/innen

Krankenschwester/-pfleger

Logopäden/innen u. a.



Doktoratsstudium
(Partner Uni)

Ortstarif: 01801 500 555

- 09./10.10.2009
Duisburg
Susan Schelten-Cornish: Frühe Interaktive Sprachtherapie mit Elternt raining (FiSchE®): Konkrete Sprachtherapie mit nicht oder kaum sprechenden Kindern
dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 22/2009
- 10.10.2009
Würzburg
Stephanie Riehemann: Frühe Sprachtherapie mit Bilderbüchern
dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 14/2009
- 16./17.10.2009
München
Prof. Dr. Hans-Joachim Motsch: Diagnose und Therapie grammatischer Störungen im Vorschul- und Schulalter
dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 15/2009
- 23./24.10.2009
Leipzig
Dr. Elisabeth Wildegger-Lack: Therapie syntaktischer, phonologischer und phonetischer Störungen bei Kindern ab drei Jahren – Praxisseminar
dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 16/2009
- 23./24.10.2009
Köln
Antje Skerra: Diagnostik, Prognose und Intervention bei „Late Talkers“
dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 17/2009
- 23./24.10.2009
Leipzig
Dr. Elisabeth Wildegger-Lack: Therapie syntaktischer, phonologischer und phonetischer Störungen bei Kindern ab drei Jahren – Praxisseminar
dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 16/2009
- 23./24.10.2009
Köln
Antje Skerra: Diagnostik, Prognose und Intervention bei „Late Talkers“
dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 17/2009
- 30./31.10.2009
Würzburg
Dr. Bernd Hansen, Prof. Dr. Claudia Iven: Stottertherapie mit Kindern: Aufbau- und Supervisionsseminar
dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 55/2009
- 31.10.2009
Köln
Veronika Struck: Diagnostik, Therapie und Dokumentation in der Stimmtherapie. Ein Seminar: aus der Praxis – für die Praxis
dgs-Landesgruppe Rheinland, Fortbildungsnummer: A 20/2009
- 06./07.11.2009
Duisburg
Stephanie Kurtenbach: Sensorische Integration im Umfeld sprachtherapeutischer Praxis – Grundlagenseminar
dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 09/2009
- 07.11.2009
Hannover
Dr. phil. Petra Jaecks: Restaphasie – Diagnostik & Therapie
dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 48/2009
- 13./14.11.2009
Duisburg
Dr. Maren Aktas: Sprachentwicklungsdiagnostik bei Kindern mit geistiger Behinderung: Neue Möglichkeiten mit dem SETK-2 und SETK 3-5
dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 29/2009
- 20./21.11.2009
Hannover
Susan Schelten-Cornish, Hildegard Kaiser-Mantel: Frühe Interaktive Sprachtherapie mit Elternt raining (FiSchE®)
dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 23/2009
- 20./21.11.2009
Darmstadt
Sophie Frey (geb. Müller-Wolff): Dysphagiemanagement in der Pädiatrie – Grundkurs
dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 33/2009

- 20./21.11.2009
Hamm
Stefanie Bühling: MyoTeam – ein Manual für die Einzel- und Gruppentherapie von Grundschulkindern und Jugendlichen mit myofunkt ioneller Störung
dgs-Landesgruppe Westfalen-Lippe e.V.
- 20./22.11.2009
Hamm
Katrin Riederer: Wortschatzerwerb – modellorientierte Diagnostik und Therapie semantisch-lexikalischer Störungen
dgs-Landesgruppe Westfalen-Lippe e.V.
- 27./28.11.2009
Köln
Barbara Kleissendorf: Sprachliche Beeinträchtigungen bei Patienten mit Demenzen
dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: Z1/2009
- 27./28.11.2009
München
Dr. Lilli Wagner: Diagnostik, Therapie und Elternberatung bei sprachentwicklungsgestörten mehrsprachigen Kindern
dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 20/2009
- 04./05.12.2009
Würzburg
Ingrid Aichert, Anja Staiger: Diagnostik und Therapie der Sprechapraxie
dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 49/2009



Fortbildungsinstitut für Sprache

| Termine | Dozent | Seminare |
|-------------------|----------------------------|--|
| 27.–28.08.2009 | Dominique Bürki | Einführung in den Therapieansatz von Barbara Zollinger |
| 05.09.2009 | Dr. Mathias Vogel | Gaumensegelprothetik |
| 11.–12.09.2009 | Bente von der Heide | Modellorientierte Diagnostik und Therapie bei Entwicklungsdyslexie und Dysgraphie (LRS) |
| 11.–13.09.2009 | Stefan Warych | Auditive Wahrnehmungsstörungen bei Vorschul- und Schulkindern und LRS-Überblick über Diagnostik und Therapie |
| 13.09.2009 | Dr. Rosemarie Gronewald | Kieferorthopädie und Logopädie – interdisziplinäre Zusammenarbeit |
| 18.–19.09.2009 | Michaela Kreutz-Zimmermann | Sensorisch-integratives Logopädie-Konzept |
| 19.09.2009 | Nicole Gyra | Behandlung von Schetismus lateralis leicht gemacht: Diagnostik und Therapie |
| 25.–26.09.2009 | Ulrike Becker-Redding | Die verbale Entwicklungsdyspraxie und KoArt |
| 25.–26.09.2009 | Ulrike Brandner | Rund um den Mund – Gestaltungsideen zum Essen und Trinken bei Kindern |
| 28.–29.09.2009 | Harriet Dohrs | Therapie des reduzierten Wortschatzes |
| 30.09.–01.10.2009 | Harriet Dohrs | Therapie der Zweisprachigkeit |
| 02.–03.10.2009 | Henrik Bartels | Aphasische Störungen der Wortverarbeitung |
| 03.10.2009 | K.-H. Stier | Objektive Stimmanalyse |
| 09.10.2009 | Dr. de Langen | Erworbene Lese- und Schreibstörungen: Grundlagen, Diagnostik, Therapie |
| 09.–10.10.2009 | Stein und Häfner | Lemo – Modellorientierte Aphasie-diagnostik und Therapieableitung |

Loguan · Zepelinstraße 16 · 89160 Ulm/Dornstadt
Telefon: 07348-96 70 00 · Telefax: 07348-40 74 43

Weitere Seminare und Anmeldungen unter: www.loguan.de

Veranstalter

dbS-Geschäftsstelle, Goethestr. 16, 47441 Moers,
Tel.: 02841 – 988919, Fax: 02841 – 988914,
E-Mail: info@dbS-ev.de; Anmeldungen unter www.dbS-ev.de

dgs-Landesgruppe Rheinland, Gaby Krings, Kerpener Str. 146,
50170 Kerpen, Tel./Fax: 02273/604 904,
E-Mail: zfp-LG_Rheinland@dgs-ev.de

dgs-Landesgruppe Westfalen-Lippe e.V.,
„doppelpunkt“-Geschäftsstelle Ibbenbüren, c/o Birgit Westenhoff,
Alter Merschweg 7, 49477 Ibbenbüren Tel. 05451-15461,
info@dgs-doppelpunkt.de, www.dgs-doppelpunkt.de

LIDCOMBE-PROGRAMM



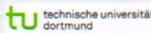
**FORTBILDUNG ZUR BEHANDLUNG
FRÜHKINDLICHEN STOTTERNS**

Dr. Christina Latterman: tina@latterman.net
und Bettina Freerk: bettina.freerk@arcor.de

13.11.2009 - 15.11.2009 Düsseldorf

Weitere Informationen und Anmeldeformular: www.lattermann.net

Tagungen, Messen und Kongresse

| Datum und Ort | Logo | Referent und Thema, Veranstalter, Ansprechpartner |
|--|---|---|
| 26.-29.8.2009 Dresden |  | Paneuropean Voice Conference (Pevoc8) Information about Registration Tel.: +49 (0)351 4967540, Fax: +49 (0)351 4956116, E-Mail: info@kitdresden.de |
| 11.-13.9.2009 Leipzig |  | 26. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie Hauptthema: Kinderstimme Tel.: +49 251 8356859, Fax.: +49 251 8356889, E-Mail: j.kula@uni-muenster.de |
| 17./18.9.2009 Bangor University, Gwynedd UK |  | Bilingualism and aphasia: Assessment and intervention www.bilingualism.bangor.ac.uk |
| 3.10.2009 Dortmund |  | 10. Fachtagung „Unterstützte Kommunikation“ Werkstatt Unterstützte Kommunikation – UK nach der Schule/UK als „Work in Progress“ zfw@post.uni-dortmund.de, Zentrum für Weiterbildung (ZfW), Universität Dortmund, Tel.: 0231/755-2164 |
| 8.-10.10.2009 München |  | GRADUIERTENKONFERENZ languagetalks09 - Sprache und Emotion languagetalks1@lrz.uni-muenchen.de www.lmu.de/languagetalks |
| 15.-18.10.2009 Köln |  | „Mer sin wie mer sin – 30 Jahre Stotterer-Selbsthilfe“ – 36. Kongress stotternder Menschen und 30-jähriges Jubiläum der Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e.V. (BVSS) Tel.: 0221/139 1106, Fax: 0221/139 1370, E-Mail: info@bvss.de, www.bvss.de und www.kongress-stottern.de |
| 18.-20.10.2009 Boston, Mass., USA |  | Academy of Aphasia 47th Annual Meeting Phone: 952-920-0484, Fax: 952-920-6098, E-Mail: contact@academyofaphasia.org, www.academyofaphasia.org/ |
| 5.-7.11.2009 Erfurt |  | 9. Jahrestagung der GAB – Gesellschaft für Aphasieforschung und –behandlung Vortragsanmeldungen bis 31.8.2009 an susann.storz@uni-erfurt.de Universität Erfurt, Telefon: +49 (0)361/737-4310, www.aphasiegesellschaft.de |
| 14.11.2009 Bad Nenndorf |  | 14. Bad Nenndorfer Therapietag: Wege zur Sprache – Therapie von kleinen Kindern Telefon (0 57 23) 94 18-0, Fax: (0 57 23) 94 18-18, E-Mail: cjd.schule@schlaffhorst-andersen.de www.cjd.schlaffhorst-andersen.de |
| 21.11.2009 Potsdam |  | 3. Herbsttreffen Patholinguistik – Von der Programmierung zur Artikulation herbsttreffen@vpl-online.de |
| 27.-28.11.2008 Bad Griesbach i. Rottal |  | 20 Jahre Bad Griesbacher Fachgespräche der akademischen Sprachtherapeuten ulrike.delangen@rz-pw.de , Reha-Zentrum Passauer Wolf, Tel.: 08532-274618 |
| 28.11.2009 Hamburg |  | 2. Interdisziplinäre Symposium „Frühintervention bei Sprachentwicklungsstörungen“ www.uke.de/finsym |
| 3.-5.12. 2009 Berlin | | Gemeinsame Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurologische Rehabilitation e.V. (DGNR) und der Deutschen Gesellschaft für Neurotraumatologie und Klinische Neurorehabilitation e.V. (DGNKN) www.conventus.de/dgnkn-dgnr2009/karola.mannigel@conventus.de |

Sabine Pauli / Andrea Kisch

Handgeschicklichkeit bei Kindern

Spielerische Förderung von 4-10 Jahren

Die Autorinnen beschreiben die feinmotorische Entwicklung des Kindes von 0-10 Jahren. Dabei werden die Fertigkeiten der jeweiligen Altersstufe der Fein- und Graphomotorik aufgezeigt und durch die Darstellung der Malentwicklung ergänzt. Speziell für Grundschüler mit graphomotorischen Schwierigkeiten werden Therapiemöglichkeiten beschrieben. Häufige Fragen der Graphomotorik linkshändiger Kinder sowie das Problem von Kindern mit wechselndem Handgebrauch werden ausführlich dargestellt. Zur Erfassung fein- und graphomotorischer Fähigkeiten haben die Autorinnen einen Erhebungsbogen RAVEK entworfen (als Kopiervorlage im Buch enthalten). Dieser ermöglicht eine übersichtliche und gründliche Befundung von Kindern. Die Beobungskriterien werden beschrieben und somit ist eine Grundlage für vergleichende Beobachtungen und zielgerichtetes Arbeiten gegeben. Den Hauptteil des Buches bildet eine reichhaltige Spielesammlung. Die Spiele sind einzelnen feinmotorischen Aspekten zugeordnet. Damit können Kinder zielgerichtet und mit viel Spaß motiviert und gefördert werden.

2008, 164 S., enthält die Kopiervorlage RAVEK, Format DIN A5, Ringbindung, ISBN 978-3-8080-0627-6, Bestell-Nr. 1070, € 15,80



Ragnild A. Ossoren

Noch mehr Schreibtanz

für Kinder von 4 bis 8 Jahren

Die neuen Schreib- und Musikzeichnungen in diesem Buch zielen darauf ab, die feinmotorischen Fähigkeiten zu vervollkommen. Es ist auch möglich, den Kindern beizubringen, auf Linien zu schreiben. In diesem Buch wird auch beschrieben, wie man nach den Schreibtanz-Prinzipien lernt, Buchstaben zu schreiben. „Noch mehr Schreibtanz“ bietet keine Wochenthemen, sondern praktisches Material für das ganze Alphabet.

2009, 160 S., Beigabe: Audio-CD (ca. 50 Min.), 35 ausdrückbare Arbeitsblätter als PDF, Format DIN A4, Ringbindung ISBN 978-3-8080-0630-6, Bestell-Nr. 5219, € 29,80



Sprachheilpädagogik Logopädie

Klaus Kleinmann

Das super-schlaue Rechtschreibtraining

Orthographisches Bewusstsein schaffen mit System und Strategie – Klasse 3 bis 7

Dieses Material setzt auf der Stufe des Lernprozesses an, wo das phonematische Schreiben im Prinzip bekannt ist und ermöglicht darauf aufbauend die schrittweise Entwicklung eines orthographischen Bewusstseins. Wichtige Teilbereiche des orthographischen Schreibens werden in einer gut nachvollziehbaren Stufung vermittelt, wobei das Material auf eine neuartige Methodenvielfalt setzt. Vor allem Regeltraining, Wortbild- und Morphemtraining kommen in ausgewogener Form den vielfältigen Bedürfnissen noch nicht rechtsschreibsicherer Schüler entgegen. Systematische Wiederholungsangebote unterstützen den Lernerfolg genauso wie eine große Zahl lust- und sinnvoller Spielvorschläge, die direkt am Schreibprozess ansetzen und ein reichhaltiges Angebot an die verschiedenen Wahrnehmungskanäle machen. Hübsche Texte erleichtern den Zugang zu den Übungseinheiten, bieten Lesestoff und altersgemäße Identifikationsangebote. Für LRS-Kurse liefert das Material einen klar strukturierten Lehrgang über zwei Schuljahre hinweg. Eine besondere „LRS-Ausbildung“ wird dadurch überflüssig.

2009, 176 S., Format DIN A4, Ringbindung / Alter: 8-13
ISBN 978-3-938187-54-8, Bestell-Nr. 9405, € 19,80



Tanja Jungmann / Christina Reichenbach

Bindungstheorie und pädagogisches Handeln

Ein Praxisleitfaden

Dieses Buch legt dar, welche Bedeutung gelungene im Vergleich zu misslungener Beziehungserfahrung für die kindliche Entwicklung in verschiedenen Förderkontexten, wie den Frühen Hilfen, der Frühförderung, der Tagesbetreuung in Krippen und Kindergärten sowie der Schule hat. Dies wird anhand von Fallbeispielen verdeutlicht.

2009, ca. 160 S., Format 16x23cm, br,
ISBN 978-3-938187-56-2, Bestell-Nr. 9406, € 19,95



BORGSMANN MEDIA



verlag modernes lernen **p** 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

Sprachheilarbeit

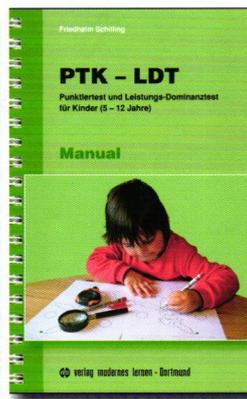
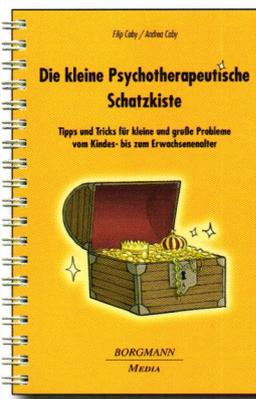
Fachzeitschrift für Sprachheilpädagogik
und akademische Sprachtherapie

dgs | dbS

verlag modernes lernen Borgmann GmbH & Co. KG
Schleefstr. 14 · 44287 Dortmund
Postvertriebsstück, DPAG, Entgelt bezahlt

K 11772

Ihre Praxis ist unser Programm



Kerstin Nolte

„Packesel – Nein Danke“

Kindern den Rücken stärken

2009, 72 S., **Beigabe: Vorlagen zusätzlich auf CD-ROM**, Format

16x23cm, Ringbindung

ISBN 978-3-8080-0645-0

Bestell-Nr. 1077, € 16,80

Filip Caby / Andrea Caby

Die kleine Psychotherapeutische Schatzkiste

Tipps und Tricks für kleine und große Probleme vom Kindes- bis zum Erwachsenenalter

2009, 176 S., Format 16x23cm, Ringbindung

ISBN 978-3-938187-47-0

Bestell-Nr. 9403, € 19,95

Dieter Krowatschek / Uta Theiling / Caroline Schmidt

Geschichten von der Fly

Entspannung für unruhige, unauffällige, übermütige und ängstliche Kinder

2009, 192 S., **Beigabe: Audio CD**, Format 16x23cm, fester

Einband, ISBN 978-3-938187-50-0

Bestell-Nr. 9400, € 26,80

Friedhelm Schilling

PTK – LDT Manual

Punktiertest und Leistungs-Dominanztest für Kinder (5-12 Jahre)

• Handbuch

2009, 96 S., Format DIN A4, Ringbindung

ISBN 978-3-8080-0646-7

Bestell-Nr. 5220, € 39,80

PTK – LDT Material

10 Sätze à 3 Blatt DIN A4, farbig, ISBN 978-3-8080-0647-4,

Bestell-Nr. 5221, € 12,80

Eisenbahn-Nachfahrtstest / Labyrinth-Test

10 Sätze à 2 Blatt DIN A4, farbig, ISBN 978-3-8080-0648-1,

Bestell-Nr. 5222, € 8,80

Klaus Kleinmann

Das super-schlaue Rechtschreibtraining

Orthographisches Bewusstsein schaffen – mit System und Strategie

2009, 176 S., Format DIN A4, Ringbindung

ISBN 978-3-938187-54-8

Bestell-Nr. 9405, € 19,80

BORGSMANN MEDIA



verlag modernes lernen



borgmann publishing

Schleefstr. 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