

# Sprachheilarbeit

Fachzeitschrift für Sprachheilpädagogik  
und akademische Sprachtherapie



Erstsprachfähigkeit bei Migrantenkindern:  
SCREEMIK 2  
Lilli Wagner

Frühpädagogische Begleitung von Eltern  
R. Bogner, Chr. Wiedemann-Mayer & Jana Jakob

Diagnostik des Stotterns bei Kindern  
Bernd Hansen & Claudia Iven

Intensivmedizin  
Janine Ehlers



Verbandsnachrichten dgs  
Preis „Gute Sprache“; 100 Jahre Sprachheilschule Halle;  
Kompetenzzentren in NRW

Verbandsnachrichten dbs  
Leitbild-Entwicklung;  
Symposium 2010 in Halle;  
Kassenverhandlungen

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](http://www.dgs-ev.de); [info@dgs-ev.de](mailto:info@dgs-ev.de)



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

## Landesgruppen:

Bundesland	dgs-Vertreter/-in	dbs-Vertreter/-in
<b>Baden-Württemberg</b>	Anja Theisel, Bad Friedrichshall <a href="mailto:anja@theisel.de">anja@theisel.de</a>	Heide Mackert, Mosbach <a href="mailto:mackert@dbs-ev.de">mackert@dbs-ev.de</a>
<b>Bayern</b>	Claudia Schmaußer, Freising <a href="mailto:claudia.schmausser@web.de">claudia.schmausser@web.de</a>	Daniela Kiening, Haar <a href="mailto:kiening@dbs-ev.de">kiening@dbs-ev.de</a>
<b>Berlin</b>	Helmut Beek, Berlin <a href="mailto:beek@dgs-berlin.de">beek@dgs-berlin.de</a>	Karsten Brase, Berlin <a href="mailto:brase@dbs-ev.de">brase@dbs-ev.de</a>
<b>Brandenburg</b>	Michaela Dallmaier, Kolkwitz-Limberg <a href="mailto:m-s.dallmaier@t-online.de">m-s.dallmaier@t-online.de</a>	s. Berlin
<b>Bremen</b>	Prof. Dr. Gerhard Homburg, Platjenwerbe <a href="mailto:homburg@uni-bremen.de">homburg@uni-bremen.de</a>	Christiane Wellmann, Rotenburg <a href="mailto:wellmann@dbs-ev.de">wellmann@dbs-ev.de</a>
<b>Hamburg</b>	Prof. Dr. Alfons Welling, Hamburg, <a href="mailto:wellinga@arcor.de">wellinga@arcor.de</a>	Ulrike Bunzel-Hinrichsen, Hamburg, Tel.: 040/7238390
<b>Hessen</b>	Käthe Lemp, Darmstadt <a href="mailto:kaethe.lemp@ darmstadt.de">kaethe.lemp@ darmstadt.de</a>	Barbara Jung, Korbach <a href="mailto:jung@dbs-ev.de">jung@dbs-ev.de</a>
<b>Mecklenburg-Vorpommern</b>	Dr. Kirsten Diehl, Rostock <a href="mailto:kirsten.diehl@uni-rostock.de">kirsten.diehl@uni-rostock.de</a>	Renske-Maria Hubert, Ribnitz-Damgarten <a href="mailto:hubert@dbs-ev.de">hubert@dbs-ev.de</a>
<b>Niedersachsen</b>	Geschäftsstelle, Simone Junggebauer, <a href="mailto:dgs-niedersachsen@dgs-ev.de">dgs-niedersachsen@dgs-ev.de</a>	Sylvia Schmidt, Vechta <a href="mailto:schmidt@dbs-ev.de">schmidt@dbs-ev.de</a>
<b>Rheinland</b>	Heinz-Theo Schaus, Essen <a href="mailto:schaus@dgs-rheinland.de">schaus@dgs-rheinland.de</a>	Dieter Schönals, Kerpen <a href="mailto:schoenals@dbs-ev.de">schoenals@dbs-ev.de</a>
<b>Rheinland-Pfalz</b>	Birgitt Braun, Wörth am Rhein <a href="mailto:birgitt_braun@t-online.de">birgitt_braun@t-online.de</a>	Dorothea Valerius, Trier <a href="mailto:valerius@dbs-ev.de">valerius@dbs-ev.de</a>
<b>Saarland</b>	Anice vom Berg, Blieskastel <a href="mailto:anice-vom-berg@t-online.de">anice-vom-berg@t-online.de</a>	s. Rheinland-Pfalz
<b>Sachsen</b>	Antje Leisner, Dresden <a href="mailto:dgs.sachsen@t-online.de">dgs.sachsen@t-online.de</a>	Katrin Philipp, Dresden <a href="mailto:info@logopaedie-philipp.de">info@logopaedie-philipp.de</a>
<b>Sachsen-Anhalt</b>	Antje Thielebein, Plösnitz <a href="mailto:antjethielebein@web.de">antjethielebein@web.de</a>	Beate Stoye, Halle <a href="mailto:stoye@dbs-ev.de">stoye@dbs-ev.de</a>
<b>Schleswig-Holstein</b>	Holger Kaack-Grothmann, Kiel <a href="mailto:kaack-grothmann@web.de">kaack-grothmann@web.de</a>	Nicola Schultheis, Kiel <a href="mailto:schultheis@dbs-ev.de">schultheis@dbs-ev.de</a>
<b>Thüringen</b>	Christiane Krause, Henningsleben <a href="mailto:krause-henningsleben@web.de">krause-henningsleben@web.de</a>	s. Sachsen
<b>Westfalen-Lippe</b>	Hermann Grus, Vreden <a href="mailto:h@grus.de">h@grus.de</a>	Dr. Iris Knittel, Hagen <a href="mailto:knittel@dbs-ev.de">knittel@dbs-ev.de</a>

## Sprachheilarbeit

### Herausgeber

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

### Layoutentwurf

de haar grafikdesign, Köln · E-Mail: [studio@dehaar.de](mailto:studio@dehaar.de)

### Satz und Gestaltung

Löer Druck GmbH, Schleefstraße 14, 44287 Dortmund  
Titelfoto: © anoli – Fotolia.com

### Verlag

verlag modernes lernen Borgmann GmbH & Co. KG

Ein Unternehmen der BORGSMANN® MEDIA-GRUPPE  
Schleefstraße 14, D-44287 Dortmund, [www.verlag-modernes-lernen.de](http://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](mailto:info@verlag-modernes-lernen.de)

### Anzeigen

Unterlagen bitte an den Verlag senden. Gültige Preisliste: Nr. 10 vom 1.1.2010. Anzeigenleitung: Gudrun Nucaro Anzeigen: (0231) 128011, Telefax: (0231) 9128568, E-Mail: [anzeigen@verlag-modernes-lernen.de](mailto: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  
Prof. Dr. habil. Ulrike Lütke, Hannover  
Dr. Matthias Moriz, Olsberg  
E-Mail: [redaktion@sprachheilarbeit.eu](mailto: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](mailto:redaktion@sprachheilarbeit.eu) zu senden. Alle Hinweise für Autoren finden Sie unter [www.sprachheilarbeit.eu](http://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: Heft 1-6 jeweils 5.12./10.2./10.4./10.6./10.8./10.10.)

### 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 Adressenänderungen 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.



## Die Sprachheilarbeit spricht auch die Sprache der Praxis

Die Sprachheilarbeit (SHA) ist gewachsen – zu einer Fachzeitschrift mit peer-reviewing und Beiträgen aus der qualitativen und quantitativen Forschung. Ein Instrument, auf dem die innerdisziplinären Fachbereiche ihre verschiedenen Töne erklingen lassen können. Wie ein Violoncello vielleicht, das alle vier Saiten zum Klingen bringt: von den Haupt- über die Magazinbeiträge, den Mitteilungs- bis

zum Verbandsteil – wohl gestimmt über dem Resonanzkörper des Theorie-, Praxis- und Berufsbezugs einer angewandten Wissenschaft. Theoretische und praktische Relevanz sollen für die Rubriken der SHA kritische Merkmale sein: Die Einteilung in Haupt- und Magazinbeiträge ist keinesfalls als eine in Theorie und Praxis gedacht! Das hat die Redaktion schon bei der Einrichtung des Beirats der Zeitschrift im Jahr 2002 betont.

Manche Leser finden jedoch, dass die SHA die Sprache der Praxis eher verlernt hat. Sie vermissen Beiträge mit konkretem Praxisbezug. Und so ist die Redaktion stetig dabei, das Cello nachzustimmen. Allmählich scheint der Klang unseres Instrumentes in diesem Sinne runder zu werden. Auch die Originalbeiträge zur Diagnostik von Wagner (S. 54) sowie Hansen & Iven (S. 71), ebenso wie die Arbeiten von Bogner et al. (S. 65) und Ehlers (S. 79) im Magazinteil der vorliegenden Ausgabe tragen dazu bei.

Offensichtlich haben aber dennoch diejenigen, die in ihrem Berufsalltag Therapie und Unterricht in die Praxis umsetzen, weniger Mut, ihre Kenntnisse für die Fachöffentlichkeit aufzuschreiben, als diejenigen, die in Wissenschaft und Forschung arbeiten. Warum ist das so, obwohl Redaktion und Leser immer wieder das Interesse an Praxisbeiträgen und an der Theorie-Praxis-Ausgewogenheit bekräftigen?

An mangelndem Ideenreichtum liegt es jedenfalls nicht. Als die dgs-Landesgruppe Bayern einen Autorenaufruf für das neue bayerische Mitteilungsblatt „Praxis Sprache“ startete, vermochte sie so viele fundierte Beiträge von Praktikern zu gewinnen, dass es die Redaktion der SHA in Staunen versetzt hat. Darauf vereinbarten die Initiatorinnen der „Praxis Sprache“ und die Redaktion der SHA eine Kooperation. Zwei der eingereichten Beiträge – Materialien für den konkreten Unterrichts- und Therapiealltag zum Thema Akkusativ – werden nun in der Rubrik „Therapieraum/Klassenzimmer“ im vorliegenden Heft veröffentlicht. Die dadurch erfolgte Ausweitung dieser Rubrik soll dokumentieren, warum es lohnend sein kann, den Mut zum Aufschreiben von z.B. Therapiespielen oder exemplarischen Unterrichtsstunden aufzubringen! Ganz im Sinne des Neustarts dieser Zeitschrift werden „die Leser aus den verschiedenen Fachgruppen dabei erfahren, wie verwandt didaktische Methoden von Einzeltherapie und schulischer Arbeit sein können – und handfeste Tipps für die nächste Therapie und Schulstunde bekommen.“ Und so ist die SHA auch auf ihrem Weg, „die zwei ‚Welten‘ Sprachheilschule sowie Sprachtherapie in Ambulanz und Klinik stärker zu vernetzen, mehr Synergien zu bilden“, wieder ein Stück weitergekommen (vgl. Maihack/Zupp, „Auf ein Wort“, SHA 4/2009).

Dr. Karin Reber, Dr. Franziska Schlamp-Diekmann, Claudia Schmaußner (Vorstand der dgs-Landesgruppe Bayern) & Dr. Ulrike de Langen-Müller, (Redaktion Sprachheilarbeit)

### Magazin

#### Originalbeiträge

Screening der Erstsprachfähigkeit bei Migrantenkindern – SCREEMIK 2 54

Lilli Wagner

Frühpädagogische Begleitung von Eltern mit sprachauffälligen Kindern im Alter von 2-3 Jahren 65

Raphaela Bogner, Christiane Wiedemann-Mayer & Jana Jakob

Diagnostik des Stotterns bei Kindern: Ein Diskussionsbeitrag zur Umsetzung der ICF 71

Bernd Hansen & Claudia Iven

Intensivmedizin – ein Handlungsfeld nicht nur für Physiotherapeuten?! 79

Janine Ehlers

Therapieraum/Klassenzimmer 83

Presseschau 91

Aus der Redaktion 91

Rückblicke 92

Persönliches 92

Mitteilungen 93

### Aktuelles

Aktuelles dbs 96

Aktuelles dgs 100

Termine 103





## Screening der Erstsprachfähigkeit bei Migrantenkindern – SCREEMIK 2 als differenzialdiagnostisches Abgrenzungsmittel für russisch-deutsche und türkisch-deutsche Kinder

Lilli Wagner, München

### Zusammenfassung

Die hohe Relevanz einer frühzeitigen sprachlichen Diagnostik sowie die damit verbundene Chance von frühestmöglichsten Interventionen für die Gesamtentwicklung von ein- und mehrsprachigen Kindern hat die Fachwelt längst erkannt (Lüdtke & Kallmeyer 2007 b). Auf Grund der Abgrenzungsproblematik in der Zweitsprache Deutsch zwischen mangelnden Deutschkenntnissen und einer Sprachentwicklungsstörung besteht besonders bei Kindern, die wenig oder kaum Deutsch sprechen, die Notwendigkeit, ein Screening in der Erstsprache durchzuführen. Das Screening der Erstsprachfähigkeit bei Migrantenkindern – SCREEMIK 2 – ermöglicht es durch das Konzept der computergestützten Umsetzung den monolingual deutschsprachigen Sprachtherapeuten, ohne Übersetzer wichtige Informationen über den Sprachstand eines zweisprachigen Kindes in seiner Erstsprache zu erhalten. Das Verfahren ist nicht nur praktikabel und ökonomisch, sondern hält auch im hohen Maße den wissenschaftlichen Qualitätsanforderungen Stand. Es ist für russischsprachige und türkischsprachige Kinder im Alter von 4;0 bis 5;11 Jahren normiert und wie die empirischen Befunde belegen reliabel und valide.

### 1 Problemstellung

Im Vorschulalter ist der Spracherwerb für die Entwicklung der gesamten Persönlichkeit von zentraler Bedeutung (Grimm 2003). Störungen der Sprachentwicklung wirken sich häufig negativ auch auf den psychosozialen Bereich aus und stellen bei monolingualen wie auch mehrsprachigen Kindern ein großes Risiko für die Gesamtentwicklung dar. Die Notwendigkeit, eine Sprachentwicklungsstörung frühzeitig zu erkennen, zu diagnostizieren und zu therapieren, liegt auf der Hand: eine rechtzeitige und erfolgreiche Sprachtherapie im Vorschulalter stellt einen wichtigen präventiven Beitrag dar, wodurch spätere schulische und psychosoziale Probleme von vornherein vermieden werden können.

Deutschlandweit (vgl. z.B. Rothweiler, Kroffke & Bernreuter 2004), aber auch international (Cloud 1994) ist sich die Fachwelt darüber einig, dass eine Sprachentwicklungsstörung sich einzelsprachenspezifisch in allen Sprachen eines mehrsprachigen Kindes ausdrückt. Die Diagnose einer Sprachentwicklungsstörung setzt daher bei einem zweisprachigen Kind unbedingt die Überprüfung seines sprachlichen Entwicklungsstandes in beiden Sprachen voraus. Im Idealfall sollte für die Untersuchung der Erstsprache ein zweisprachiger Sprachtherapeut aus dem Sprachraum des Kindes hinzugezogen werden, „möglichst von gleicher regionaler und ethnischer Her-

kunft mit Kenntnissen des Dialekts, Soziales und der Lebenssituation des Kindes und seiner primären Bezugsgruppe“ (Jedik 2002, 147).

Die Ergebnisse einiger empirischer Studien (vgl. z.B. Lengyel 2001) lassen jedoch den Schluss zu, dass in der Praxis für die Sprachdiagnostik von mehrsprachigen Kindern bilinguale und bikulturelle Fachkräfte in der Regel nicht zur Verfügung stehen. Die Praxis stellt Anforderungen an die Entwicklung entsprechender Instrumente. Vor diesem Hintergrund wurde das **Screening der Erstsprachfähigkeit bei Migrantenkindern (SCREEMIK2)** entwickelt mit der Zielsetzung, den Praktikern ein auf der einen Seite ökonomisches und praktikables und auf der anderen Seite innovatives und wissenschaftlich fundiertes Verfahren zur Verfügung zu stellen, um zweisprachige (hier: russisch-deutsche und türkisch-deutsche) Vorschulkinder mit einer Sprachentwicklungsstörung frühzeitig erfassen und gegebenenfalls fördern zu können.

Der große Vorteil eines Screenings in der Erstsprache ist, dass es bei Kindern eingesetzt werden kann, die sich noch am Anfang des Zweitspracherwerbs befinden, wenn die Zweitsprachkompetenzen noch überhaupt keinen Schluss über die Sprachentwicklung des Kindes zulassen. Wenn das Kind beim SCREEMIK2 deutliche Beeinträchtigungen auch in seiner besser entwickelten Erstsprache zeigt, liegen begründete Hinweise

für eine zugrunde liegende Sprachentwicklungsstörung vor. Eine Sprachtherapie kann zeitlich früh ansetzen, ohne dass wertvolle Zeit verloren geht. Zu berücksichtigen gilt, dass computergestützte Verfahren für Kinder ab dem Alter von ca. vier Jahren am besten geeignet sind. Aus diesem Grund wurde SCREEMIK2 für russisch-deutsche und türkisch-deutsche Kinder im Alter von 4;0 bis 5;11 Jahren normiert. Das Screening wurde für deutschsprachige Fachpersonen konzipiert, die über keine Kenntnisse der Erstsprache des Kindes verfügen und richtet sich professionsübergreifend an alle Berufsgruppen, die sprachtherapeutisch tätig sind.

### 2 Linguistische Grundlagen

Der Spracherwerbsprozess kann als ein strukturbildender Prozess (Grimm 2001) verstanden werden, wobei die Strukturebenen Phonetik, Phonologie, Morphologie, Syntax, Lexikon sowie die pragmatische Komponente bei jeder Äußerung beteiligt sind und parallel verarbeitet werden müssen.

Das vorliegende Screening greift die verschiedenen Strukturebenen – im engeren Sinne Phonetik, Morphologie (russisch-deutsche Version) und Lexik – auf und nimmt Bezug auf den normalen Spracherwerb der hier relevanten Erstsprachen Russisch und Türkisch. Dabei orientiert sich das Verfahren an gesprochener Sprache

und geht nicht von einer Norm der Sprachfertigkeit für Erwachsene aus, sondern von den Entwicklungsstufen der kindlichen Sprachentwicklung. Der zu Grunde liegende Sprachbegriff ist auf Kommunikations- und sprachliche Handlungsfähigkeit ausgerichtet und orientiert sich am aktuellen Theoriestand der Erst- und Zweitspracherwerbsforschung. Im Zusammenhang mit der Theoriebildung zum Zweitspracherwerb spielten bei der Konzeptionierung des Verfahrens folgende Zweitspracherwerbshypothesen eine besondere Rolle:

### 2.1 Interdependenzhypothese

Der erfolgreiche Erwerb einer Zweitsprache ist im hohen Maße abhängig von einer kontinuierlichen Entwicklung in der Erstsprache. Der Rückgriff auf sprachliche Kompetenzen sowie geistige und soziale Fähigkeiten, die sich mit dem Erwerb der Erstsprache entwickelt haben, sind wichtige Bedingungen des Zweitspracherwerbs (vgl. z. B. Fthenakis, Sonner, Thrul & Walbine 1985, Kracht 1996, Kracht & Welling 1995). Umgekehrt zeigt sich eine Spracherwerbsstörung immer in allen Sprachen eines mehrsprachigen Kindes. Die Diagnose einer Sprachstörung setzt bei einem zweisprachigen Kind daher unbedingt die Überprüfung seines sprachlichen Entwicklungsstandes in beiden Sprachen voraus. Besonders bei Kindern, die schwache, vielleicht sogar rudimentäre Deutschkenntnisse mitbringen, ist damit eine sprachliche Überprüfung in der Erstsprache unumgänglich.

### 2.2 Kontrastivhypothese

Der Kontrastivhypothese liegt die Annahme zu Grunde, dass die Erstsprache den Erwerb einer Zweitsprache beeinflusst, so dass Strukturen, die in beiden Sprachen identisch sind, leicht gelernt werden, während Elemente, die unterschiedlich sind, Lernschwierigkeiten verursachen (vgl. z. B. Bausch & Kaspar 1979). In dieser starken Version wurde die Kontrastivhypothese kritisiert (vgl. z. B. Klein 1987), da es zum einen durchaus Lerner gibt, die bei ähnlichen Strukturen zweier Sprachen Lernschwierigkeiten aufweisen, während sie unterschiedliche sprachliche Elemente mit Leichtigkeit erlernen. Zum anderen vergleicht die Kontrastivhypothese ausschließlich die linguistischen Systeme zweier Sprachen miteinander, ohne den Erwerbskontext, d. h. die soziolinguistische Ebene, mit einzubeziehen.

In der schwächeren Version hat die Kontrastivhypothese jedoch Eingang in die Wissenschaft gefunden. In diesem Zusammenhang ist vor allem die vergleichende

Sprachwissenschaft bzw. im engeren Sinne die kontrastive Linguistik als wissenschaftliche Disziplin zu nennen. Bei dem vorliegenden Screening spielte die Kontrastivhypothese vor allem im Subtest „Aussprache“ eine Rolle. Es werden hier ausschließlich solche Phoneme überprüft, die sowohl in der Erstsprache (Russisch oder Türkisch) als auch in der Zweitsprache Deutsch übereinstimmend vorkommen und die sprachtherapeutisch relevant sind (vgl. z. B. Fomitscheva 1997, Volkova 2004). Dieses Vorgehen beruht auf der bewussten Entscheidung, ein Screening für monolingual Deutsch sprechende Fachpersonen zu entwickeln, die in der Regel über keine Kenntnisse der Erstsprache des Kindes verfügen und somit die Aussprache der für die Erstsprache spezifischen Laute, die im Deutschen keine Entsprechung haben, nicht beurteilen könnten.

### 2.3 Interlanguagehypothese

Die Interlanguagehypothese berücksichtigt insbesondere den psycholinguistischen Aspekt des Zweitspracherwerbs: Während des Erwerbs mehrerer Sprachen bildet das Kind ein spezifisches Sprachsystem (auch Lernerprache genannt) aus, das Züge von Erst- und Zweitsprache sowie eigenständige, von Erst- und Zweitsprache unabhängige sprachliche Merkmale aufweist (vgl. z. B. Bausch & Kaspar 1979, Selinker 1972). Die Lernerprache, die durch Transferprozesse bzw. Interferenzen von der Erst- in die Zweitsprache entsteht, unterliegt einem dynamischen variablen Prozess. Der Lernende bildet Hypothesen über die Zielsprache, die er im Prozess des Sprachenlernens revidiert oder festigt (Schiller, Wildenhues & Wember 2003). Sprachliche Fehlleistungen sind dabei notwendige Schritte im Lernprozess und sogar Voraussetzung für den Lernerfolg.

Erwerbsbedingte Auffälligkeiten in der Zweitsprache Deutsch, die bei mehrsprachigen Kindern auf Grund von Interferenz aus der Erstsprache entstehen, müssen daher in der Sprachentwicklungsdiagnostik immer berücksichtigt und von sprachpathologischen Erscheinungen abgegrenzt werden (Jedik 2002, Wagner 2009). Als wichtige Quellen für den Sprachvergleich Russisch-Deutsch können Gladrow & Hammel (2001) sowie Wiede (1981, 1984) genannt werden. Zu erwerbsbedingten Fehlern von türkisch-deutschen Kindern s. z. B. Slembek (1984).

## 3 Phasen der Testentwicklung

Bei der Testkonstruktion waren folgende Fragestellungen handlungsleitend und zielbestimmend:

- Wie lassen sich die normale und gestörte Entwicklung in den hier relevanten Erstsprachen Russisch und Türkisch beschreiben? Welche Aufgaben lassen sich vor diesem Hintergrund für die Untersuchung der für die Erstsprachen Russisch und Türkisch und jeweils für das Alter von 4;0 bis 5;11 Jahren relevanten Sprachleistungen konstruieren?
- Kann überhaupt bzw. – falls ja – welche Aufgaben kann eine monolingual Deutsch sprechende Fachperson ohne Kenntnisse der Erstsprache des Kindes (hier Russisch und Türkisch) durchführen und bewerten?
- Welche Aufgaben lassen sich im Rahmen eines computergestützten Screenings einsetzen? Wie kann dabei ein hoher Grad an Eindeutigkeit der abgefragten Items erreicht werden?

Nach der theoretischen Konzeptbildung wurden einzelne Testaufgaben (Items) zu der russisch-deutschen Version zunächst in Papierform entwickelt und im Rahmen eines Prätests an einer ersten Konstruktionsstichprobe (N = 68) erprobt. Nach der ersten testtheoretischen Auswertung der Items (Itemanalyse) wurde das Screening gezielt gekürzt und als ein computergestütztes Verfahren weiter entwickelt (Testrevision). In Bezug auf die Zusammenstellung der Aufgaben wurden zunächst alle gängigen und im deutschsprachigen Raum anerkannten Verfahren gesichtet, z. B. SETK 3-5 (Grimm 2001) etc. Des Weiteren orientierte man sich beim SCREEMIK Russisch-Deutsch an im russischsprachigen Raum anerkannten Diagnosematerialien für sprachentwicklungsgestörte Kinder sowie Lehrbüchern für Logopäden (vgl. z. B. Balobanova, Bogdanova & Venidiktova 2000, Inschakova 1998, Tschirkina 2003, Volkova 2004). Bei der Entwicklung von SCREEMIK Russisch-Deutsch erfolgte eine enge Kooperation mit Mitarbeitern des Instituts für Russische Kontrastive Linguistik in München sowie dem Slawischen Institut in Köln. Durch eine intensive Zusammenarbeit mit dem Institut für Geschichte und Kultur des Nahen Orients sowie für Turkologie in München wurden Aufgaben für SCREEMIK Türkisch-Deutsch konstruiert.

Für den Subtest „Wortschatz“ wurden insgesamt 86 Items konstruiert, um nach der wissenschaftlichen Itemanalyse für die Endversion von SCREEMIK Items gezielt zu kürzen und spezifisch für die beiden Migrantengruppen sowie getrennt für 4- und 5-jährige Kinder zusammenzustellen. Anschließend wurden insgesamt 406 russisch-deutsche und 388 türkisch-deutsche Kinder

aus unterschiedlichen Städten Deutschlands getestet. Nach einer letzten wissenschaftlichen Itemselektion wurden jeweils extrem leichte und extrem schwierige Items sowie solche mit geringerer Trennschärfe eliminiert. In den Prozess der Itemselektion wurden dabei auch die Ergebnisse der exploratorischen Faktorenanalyse einbezogen. Die Endversion von SCREEMIK 2 besteht damit aus besonders trennscharfen und im Bereich Wortschatz jeweils spezifisch für die Altersgruppen der 4- und 5-jährigen russisch-deutschen und türkisch-deutschen Kinder relevanten Items.

## 4 Auswahl der Aufgaben

### 4.1 Überprüfung der Aussprache

Im Subtest „Aussprache“ werden bewusst ausschließlich solche Phoneme (insgesamt jeweils 15) überprüft, die in der deutschen Sprache und in der jeweiligen Erstsprache (Russisch oder Türkisch) vertreten sind und die sprachtherapeutisch von Relevanz sein können (vgl. z. B. Altuchova 1999, Fomitscheva 1997, Volkova 2004). Es werden keine für die Erstsprache spezifischen Laute überprüft, die im Deutschen keine Entsprechung haben.

Folgende Phoneme wurden im SCREEMIK Russisch-Deutsch ausgelassen: [tʃʹ], [ʃʹ:], [ɨ]. Im SCREEMIK Türkisch-Deutsch werden folgende Laute und Lautverbindungen nicht überprüft: [dʒ], [tʃ], [ɨ].

Die Laute werden jeweils durch ein Beispiel im An-, In- und Auslaut abgetestet. Es wurden bewusst einfache Prüfwörter ausgewählt mit jeweils ähnlichen Beispielwörtern im Deutschen, damit der Untersucher die korrekte Aussprache der überprüften Laute nachvollziehen kann (vgl. Abb. 1). Die jeweiligen Beispielwörter wurden in Zusammenarbeit mit Sprachwissenschaftlern zusammengestellt.

### 4.2 Überprüfung der Grammatik

#### 4.2.1 SCREEMIK Russisch-Deutsch

Morphologische Probleme dysgrammatischer Vorschulkinder bestehen nach Grimm (1999) im Deutschen insbesondere darin, dass sie extreme Schwierigkeiten haben, Subjekt-Verb-Kongruenz herzustellen, Präpositionen korrekt zu gebrauchen, Verben zu flektieren und Pluralbildungen zu markieren. Ähnlich äußern sich morphologische Auffälligkeiten in der Erstsprache Russisch vor allem durch falschen Gebrauch von Präpositionen, Fehler in der Subjekt-Verb-Kongruenz sowie im Kasusgebrauch (Lalajeva & Serebrjakova 2001, Volkova

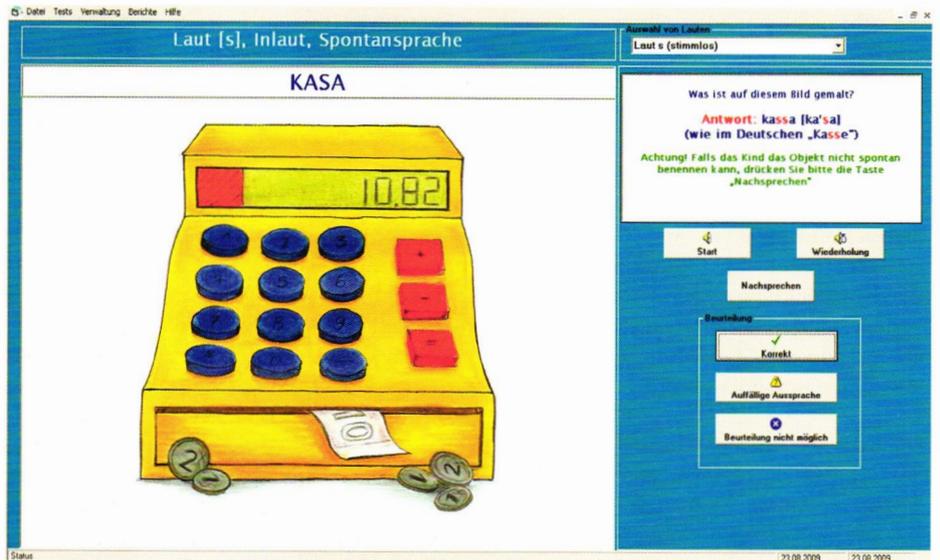


Abbildung 1: Bsp. „Kasse“. Auszug aus SCREEMIK Türkisch-Deutsch

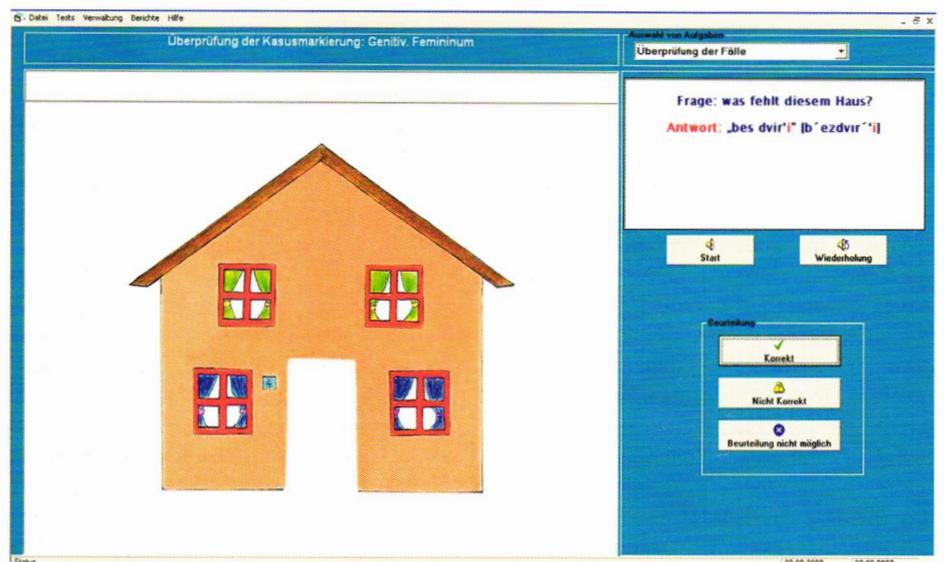


Abbildung 2: Überprüfung des Genitivs. Auszug aus SCREEMIK Russisch-Deutsch



Abbildung 3: Überprüfung des Wortschatzes. Auszug aus SCREEMIK Türkisch-Deutsch

2004). Im Subtest „Grammatik“ (SCREEMIK Russisch-Deutsch) werden genau diese für die Erstsprache Russisch relevanten und für den untersuchten Altersbereich typischen Merkmale überprüft.

#### Aufgabe 1: Verständnis von Präpositionen

Auf einem Bild sind gleichzeitig sechs Präpositionen dargestellt: auf, hinter, zu, unter, in, vor, die von einem Kind jeweils gezeigt werden sollen (Z. B. Aufforderung: „Zeig bitte den Hasen **auf** der Möhre. Zeig bitte den Hasen **unter** der Möhre. etc.“)

#### Aufgabe 2: Überprüfung der Fälle (Genitiv, Dativ, Akkusativ)

Obwohl es im Russischen insgesamt sechs Fälle gibt, werden ausschließlich solche Fälle überprüft, die mit dem Deutschen vergleichbar sind (Gladrow & Hammel 2001). Da der Nominativ über eine Null-Endung verfügt, wird dieser nicht mit überprüft. Alle Fragen in dieser Aufgabe sind so konzipiert, dass sie im Russischen ausschließlich die Antworten jeweils im Genitiv, Dativ und Akkusativ erfordern. Ob das Kind die Kasusmarkierung richtig beherrscht, lässt sich dabei im Russischen immer an der Endung erkennen, die markiert ist.

Z. B. ist für das korrekte Beherrschen des Genitivs (Femininum) die Endung [i] entscheidend: „Was fehlt diesem Haus?“ „Eine Tür.“: „bes dvir' **i**“ [b'ezdvir' **i**].

Zu berücksichtigen gilt, dass die Übersetzung des Items ins Deutsche an dieser Stelle zu einer Veränderung des Kasus führt. Die auf Russisch gestellte Frage ist jedoch so konzipiert, dass sie ausschließlich eine Antwort im Genitiv erfordert.

#### Aufgabe 3: Überprüfung der Subjekt-Verb-Kongruenz

Auch die Subjekt-Verb-Kongruenz ist im Russischen an der Endung erkennbar, z. B.: „Was macht der Esel?“ „Schläft.“: „ssp*it*“ [sp' **it**].

Hier gilt es zu berücksichtigen, dass anders als im Deutschen, wo auf die Frage „Was macht der Esel?“ eine Antwort im Infinitiv pragmatisch angemessen wäre, im Russischen das Verb ausnahmslos in jedem Kontext (auch in der Umgangssprache) flektiert werden **muss**.

Überprüft werden hier die 3. Person Singular Maskulinum, 3. Person Singular Femininum, 3. Person Plural, 1. Person Singular und 2. Person Singular.

#### Aufgabe 4: Hörverständnis-Sätze

Dem Kind werden gleichzeitig sechs Abbildungen dargeboten. Dazu werden insgesamt

sechs zu zeigende Sätze vom Computer vorgesprochen. Das Kind soll jeweils die Abbildung zeigen, die zu dem gehörten Satz passt.

#### 4.2.2 SCREEMIK Türkisch-Deutsch

Die Sprachstruktur des Türkischen unterscheidet sich ganz wesentlich von der des Deutschen: Grammatische Relationen werden hier durch die an die unveränderten Wortstämme agglutinierten Funktionsmorpheme realisiert. Die grammatischen Morpheme sind dabei morphologisch regulär und ihre grammatische Bedeutung ist eindeutig (vgl. dazu die Ausführungen von Rothweiler, Kroffke & Bernreuter 2004).

Im Rahmen der wissenschaftlichen Untersuchungen zu SCREEMIK Türkisch-Deutsch wurden mehrere Aufgaben zum Bereich Grammatik formuliert und erprobt – z. B. Aufgaben zum Kasusgebrauch und zur Subjekt-Verb-Kongruenz. Die statistischen Auswertungen zeigten jedoch, dass diese Aufgaben aus wissenschaftlicher Sicht nicht trennscharf genug zwischen der Gruppe der sprachauffälligen und sprachunauffälligen Kinder differenzierten. Die als sprachauffällig eingestuften Kinder zeigten nur geringfügig schlechtere Leistungen als die sprachunauffälligen Kinder, die Leistungsunterschiede waren jedoch nicht signifikant.

Das Ergebnis stimmt im hohen Maße mit den Forschungsergebnissen der Autoren wie Aksu-Koc & Slobin (1985), Rothweiler, Kroffke & Bernreuter (2004) überein, die betonen, dass die zentralen morphologischen Markierungen im monolingualen Türkischerwerb wesentlich früher als im Deutschen erworben werden. Bereits im Alter von zwei Jahren beherrschen türkischsprachige sprachunauffällige Kinder wesentliche Aspekte des Flexions- und Wortstellungssystems im Türkischen.

Das bedeutet, dass selbst sprachentwicklungsverzögerte türkischsprachige Kinder bis zum frühesten Überprüfungsalter unserer Untersuchung (ab 4 Jahren) noch mindestens zwei Jahre Zeit hatten, um ihren eventuellen grammatischen „Rückstand“ quasi aufzuholen. Für unser Untersuchungsalter (4–6 Jahre) erwiesen sich die genannten grammatischen Aufgaben für das Türkische als nicht mehr relevant. Aus diesem Grund beschränkt sich die SCREEMIK-Version Türkisch-Deutsch auf die Subtests „Aussprache“ und „Wortschatz“ und beinhaltet keine Aufgaben zu der Strukturebene „Morphologie“.

#### 4.3 Überprüfung des Wortschatzes

Der Subtest „Wortschatz“ berücksichtigt die kulturspezifischen Besonderheiten der rus-

sich- und türkischsprachigen Kinder und bezieht sich ausschließlich auf den passiven Wortschatz.

#### Aufgabe 1: Wortschatz: Farbkenntnisse

Auf einem Bild sind sechs Farben abgebildet: grün, rot, lila, gelb, blau und schwarz, die jeweils vom Kind gezeigt werden sollen.

#### Aufgabe 2: Passiver Wortschatz

Es werden jeweils gleichzeitig sechs Situationsbilder dem Kind dargeboten. Das Kind soll die Abbildung zeigen, die zu dem genannten Begriff passt. Anhand von drei verschiedenen Bildersequenzen werden insgesamt 25 Items (SCREEMIK Russisch-Deutsch) bzw. 23 Items (SCREEMIK Türkisch-Deutsch) überprüft. Es werden hierbei Substantive und Verben abgetestet. Die gleichzeitige Darbietung von jeweils sechs Bildern dient dazu, die Ratewahrscheinlichkeit möglichst gering zu halten.

## 5 Bericht und Interpretation der Testergebnisse

Nach der Überprüfung der Subtests „Aussprache“, „Grammatik“ (nur SCREEMIK Russisch-Deutsch) und „Wortschatz“ erfolgt die computergestützte Auswertung der Ergebnisse durch einen einzigen Mausclick. Der automatisch erstellte Bericht zeigt spezifische Problembereiche und Förderinhalte in der Erstsprache auf. Zunächst wird im Bericht im Rahmen einer qualitativen Auswertung genau aufgezeigt, bei welchen Items in jeder Aufgabe im Einzelnen Schwierigkeiten aufgetreten sind. Des Weiteren wird im Rahmen einer quantitativen Auswertung für jede Aufgabe der Subtests „Grammatik“ und „Wortschatz“ ermittelt, wie viele Punkte (Rohwerte) von dem getesteten Kind erzielt wurden und ob damit der für die jeweilige Aufgabe statistisch festgelegte kritische Wert erreicht werden konnte. Die kritischen Werte (Cut-offs) markieren jeweils die Grenze zwischen Normalbereich und unterdurchschnittlichem Leistungsbereich. Sobald das Kind den kritischen Wert erreicht, erzielt es eine durchschnittliche Leistung und gilt als unauffällig in dem mit der jeweiligen Aufgabe überprüften Teilbereich. Wenn ein Kind in allen Subtests eine durchschnittliche Leistung erzielt, gilt das Screening als bestanden und es wird keine Risikodiagnose gestellt. Auf der Grundlage einer guten Entwicklung in der Erstsprache ist zu erwarten, dass bei regelmäßigem und intensivem Sprachkontakt mit der Zweitsprache Deutsch das Kind

im Laufe der Zeit eine gute Zweitsprachkompetenz erwerben wird.

Sobald das Kind in einem der Subtests eine unterdurchschnittliche Leistung zeigt, wird es als Risikokind eingestuft. In diesem Fall ist eine differenzierte diagnostische Abklärung in dem im Screening aufgefallenen Bereich bzw. – falls es mehrere sind – in allen im SCREEMIK aufgefallenen Bereichen angezeigt. Eine differenzierte Sprachdiagnostik kann in der Erstsprache allerdings nur ein zweisprachiger Therapeut durchführen. Leider zeigt aber die Praxis, dass es in vielen Fällen nicht möglich ist, einen entsprechenden mehrsprachigen Sprachtherapeuten in erreichbarer Nähe des Kindes ausfindig zu machen, auch wenn das im Sinne einer parallelen sprachtherapeutischen Förderung in beiden Sprachen für das Kind die beste Möglichkeit wäre. Der SCREEMIK-Bericht kann aber auch Deutsch sprechenden Fachpersonen helfen, die sprachtherapeutischen Maßnahmen in der Zweitsprache Deutsch gezielt und systematisch zu gestalten. Der Sprachtherapeut kennt durch den Bericht die Fähigkeiten und Probleme des Kindes in seiner Erstsprache und kann diese gezielt in der Zweitsprache aufgreifen.

Z. B. wenn die grammatische Kompetenz eines russischsprachigen Kindes bereits in seiner Erstsprache eingeschränkt ist, wird dieses Kind mit einer sehr großen Wahrscheinlichkeit diese sprachliche Auffälligkeit auch in seiner Zweitsprache Deutsch zeigen. Wenn hier z. B. im Einzelnen Schwierigkeiten mit der Subjekt-Verb-Kongruenz und im korrekten Gebrauch von Präpositionen vordergründig sind, könnte eine monolingual Deutsch sprechende Fachkraft diese Teilkompetenzen vorab im Deutschen fördern. Im Falle einer zufriedenstellenden Zusammenarbeit mit den Eltern lassen sich des Weiteren diese Teilkompetenzen durch die Eltern auch in der Erstsprache weiter ausbauen. Auch die Erarbeitung eines bestimmten Wortschatzfeldes bei festgestellten Auffälligkeiten im Lexikon sollte optimalerweise mit Hilfe der Eltern parallel in beiden Sprachen des Kindes erfolgen.

Ebenfalls gut in der Zweitsprache therapierbar ist die korrekte Anbahnung eines oder mehrerer fehlender oder fehlgebildeter Laute bei Auffälligkeiten in der Aussprache. Das Kind kann meist die im Deutschen gelernte korrekte Aussprache solcher Laute anschließend gut selbstständig in

die Erstsprache übertragen. In diesem Zusammenhang liegt für die Erstsprache Türkisch Elternbegleitmaterial vor, z. B.: „Laute üben Türkisch-Deutsch“ von Figen Ünsal (2007), das monolingual Deutsch sprechende Sprachtherapeuten dabei unterstützt, ein Hausaufgabentraining mit den Eltern in ihrer Familiensprache (hier: Türkisch) zu organisieren. Das Material ermöglicht den Transfer der im Deutschen geübten sprachtherapeutischen Inhalte in die Erstsprache und eignet sich insbesondere für die Artikulationstherapie und Wortschatzförderung. Zur Veranschaulichung der Ausführungen folgen nun zwei Demonstrationsprotokolle

### 5.1 Demonstrationsprotokoll Russisch-Deutsch

Das Demonstrationsprotokoll Russisch-Deutsch zeigt die Leistungen eines 4;1 Jahre alten russischsprachigen Mädchens, das im Alter von 3;2 Jahren mit seinen Eltern aus Russland nach Deutschland immigriert ist. Zum Testzeitpunkt lebt die Familie seit 11 Monaten in Deutschland, und das Mädchen besucht seit fünf Monaten einen deutschsprachigen Kindergarten.

## SCREEMIK-Bericht

### Formalitäten

Musterfrau, Irina Name, Vorname des Kindes	20.07.2003 Geburtsdatum	4;1 J. Alter
Musterstraße 1 Straße	12345 Musterstadt Plz./ Wohnort	98765292345 Telefon
Mutter Erziehungsberechtigte(r)	Russisch Sprache	Prüfer Prüfer
In Deutschland seit: 24.09.2006		
Testdatum Beginn: 18.08.2007 09:30:14		
Testdatum Ende: 18.08.2007 09:46:41		Gesamtzeit: 16:27 Min.

## Aussprache

Es wurden folgende Laute überprüft:

stimmloses s [s]	stimmhaftes s [z]	z [ts]
sch [ʃ]	zh [ʒ]	Zungenspitzen-r [r]
l [lʰ]	m [m]	n [n]
b [b]	d [d]	w [v]
k [k]	g [g]	ch <sub>2</sub> [x]

Bei folgenden Items war die Aussprache auffällig:

1) Zungenspitzen-r [r]	als isolierter Laut, im Wortanlaut, im Wortinlaut, im Wortauslaut
------------------------	-------------------------------------------------------------------

Interpretation der Ergebnisse im Subtest „Aussprache“:

Bei folgenden Lauten war die Aussprache auffällig:

1) Zungenspitzen-r [r]
------------------------

## Grammatik

### Aufgabe 1: Verständnis von Präpositionen

Folgende Präpositionen wurden überprüft: auf, hinter, zu, unter, in, vor.

Folgende Präpositionen werden nicht sicher beherrscht: hinter, in, vor.

In der Aufgabe „Verständnis von Präpositionen“ wurden 3 Punkte von maximal 6 möglichen erzielt. Der kritische Wert von 2 Punkten wurde erreicht. In der Aufgabe „Verständnis von Präpositionen“ wurde damit eine durchschnittliche Leistung erzielt. Die individuelle Leistung entspricht einem Prozentrang von 63,4 %, d. h. 63,4 % der gleichaltrigen Kinder der Normierungsstichprobe hatten in der Aufgabe „Verständnis von Präpositionen“ die gleiche oder eine schlechtere Leistung gezeigt.

### Aufgabe 2: Überprüfung der Fälle (Genitiv, Dativ, Akkusativ)

#### Genitiv:

Bei der Überprüfung des Genitivs traten in 2 von 3 Sätzen Fehler auf.

#### Dativ:

Bei der Überprüfung des Dativs traten in 1 von 2 Sätzen Fehler auf.

In der Aufgabe „Überprüfung der Fälle“ wurden insgesamt 4 Punkte von maximal 7 möglichen erzielt. Der kritische Wert von 2 Punkten wurde erreicht. In der Aufgabe „Überprüfung der Fälle“ wurde damit eine durchschnittliche Leistung erzielt. Die individuelle Leistung entspricht einem Prozentrang von 55,4 %, d. h. 55,4 % der gleichaltrigen Kinder der Normierungsstichprobe hatten in der Aufgabe „Überprüfung der Fälle“ die gleiche oder eine schlechtere Leistung gezeigt.

### Aufgabe 3: Überprüfung der Subjekt-Verb-Kongruenz

Fehler der Subjekt-Verb-Kongruenz traten bei der 3. Person Plural, 1. Person Singular, 2. Person Singular auf.

In der Aufgabe „Überprüfung der Subjekt-Verb-Kongruenz“ wurden 2 Punkte von maximal 5 möglichen erzielt. Der kritische Wert von 2 Punkten wurde erreicht. In der Aufgabe „Subjekt-Verb-Kongruenz“ wurde damit eine durchschnittliche Leistung erzielt. Die individuelle Leistung entspricht einem Prozentrang von 46,5 %, d. h. 46,5 % der gleichaltrigen Kinder der Normierungsstichprobe hatten in der Aufgabe „Überprüfung der Subjekt-Verb-Kongruenz“ die gleiche oder eine schlechtere Leistung gezeigt.

**Aufgabe 4: Hörverständnis – Sätze**

In der Aufgabe „Hörverständnis-Sätze“ wurden 6 Punkte von maximal 6 möglichen erzielt. Der kritische Wert von 4 Punkten wurde erreicht. In der Aufgabe „Hörverständnis-Sätze“ wurde damit eine durchschnittliche Leistung erzielt. Die individuelle Leistung entspricht einem Prozentrang von 100,0 %, d. h. 100,0 % der gleichaltrigen Kinder der Normierungsstichprobe hatten in der Aufgabe „Hörverständnis-Sätze“ die gleiche oder eine schlechtere Leistung gezeigt.

**Interpretation der Ergebnisse im Subtest „Grammatik“:**

In allen Aufgaben des Subtests „Grammatik“ wurde eine durchschnittliche Leistung erzielt. Im Subtest „Grammatik“ liegt die Gesamtleistung des Kindes damit im durchschnittlichen Bereich. Es wird keine Risikodiagnose im Bereich Grammatik gestellt.

**Wortschatz****Aufgabe 1: Wortschatz: Farbkenntnisse**

Es wurden folgende Farben überprüft: grün, rot, lila, gelb, blau, schwarz.

In der Aufgabe „Farbkenntnisse“ wurden 6 Punkte von maximal 6 möglichen erzielt.

Der kritische Wert von 3 Punkten wurde erreicht. In der Aufgabe „Farbkenntnisse“ wurde damit eine durchschnittliche Leistung erzielt. Die individuelle Leistung entspricht einem Prozentrang von 100,0 %, d. h. 100,0 % der gleichaltrigen Kinder der Normierungsstichprobe hatten in der Aufgabe „Farbkenntnisse“ die gleiche oder eine schlechtere Leistung gezeigt.

**Aufgabe 2: Passiver Wortschatz**

Es wurden 21 Substantive und 4 Verben überprüft.

Folgende Substantive konnten nicht dem richtigen Bild zugeordnet werden: Erdloch, Wasserschlauch, Trommel, Turm, Fernglas, Wäsche, Zelt, Leuchtturm, Gleise, Mikrofon.

Folgende Verben konnten nicht dem richtigen Bild zugeordnet werden: stricken.

In der Aufgabe „Passiver Wortschatz“ wurden insgesamt 14 Punkte von maximal 25 möglichen erzielt. Der kritische Wert von 10 Punkten wurde erreicht. In der Aufgabe „Passiver Wortschatz“ wurde damit eine durchschnittliche Leistung erzielt. Die individuelle Leistung entspricht einem Prozentrang von 50,5 %, d. h. 50,5 % der gleichaltrigen Kinder der Normierungsstichprobe hatten in der Aufgabe „Passiver Wortschatz“ die gleiche oder eine schlechtere Leistung gezeigt.

**Interpretation der Ergebnisse im Subtest „Wortschatz“:**

In den Aufgaben „Farbkenntnisse“ und „Passiver Wortschatz“ wurde eine durchschnittliche Leistung erzielt. Im Subtest „Wortschatz“ liegt die Gesamtleistung des Kindes damit im durchschnittlichen Bereich. Es wird keine Risikodiagnose im Bereich Wortschatz gestellt.

**Demonstrationsprotokoll Russisch-Deutsch: Interpretation**

In der Erstsprachüberprüfung zeigt Irina (Name geändert) in den Subtests „Grammatik“ und „Wortschatz“ eindeutig durchschnittliche Leistungen. Entsprechend wird keine Risikodiagnose in den Bereichen Grammatik und Wortschatz gestellt (vgl. die Interpretationen im Bericht). In der Aussprache zeigt Irina Probleme mit dem Zungenspitzen-r [r], die jedoch unter Berücksichtigung der allgemeinen Gesetze des Erwerbs von Lauten als altersangemessen interpretiert werden können. Der Laut Zungenspitzen-r [r] gilt allgemein als

der schwierigste Laut (Fomitscheva 1997, Volkova 2004). Die korrekte Aussprache dieses Lautes wird von den meisten Kindern im Alter von ca. 5 Jahren erworben. Auch eine Artikulationstherapie ist zum Untersuchungszeitpunkt somit nicht indiziert. In der Elternberatung wird die Wichtigkeit des Kontakts des Mädchens zu gleichaltrigen deutschsprachigen Kindern besprochen, damit Irina auf der Grundlage ihrer guten Erstsprachentwicklung möglichst schnell die deutsche Sprache erlernen kann.

**5.2 Demonstrationsprotokoll Türkisch-Deutsch**

Das Demonstrationsprotokoll Türkisch-Deutsch veranschaulicht die Leistungen eines 5;5 Jahre alten türkischsprachigen Jungen, der in Deutschland geboren ist und bis zum Eintritt in den Kindergarten im Alter von ca. 3 Jahren im familiären Umfeld fast ausschließlich Türkisch gesprochen hat. Obwohl Ali (Name geändert) nun bereits seit knapp 2,5 Jahren einen deutschsprachigen Kindergarten besucht, fallen Erzieherinnen immer noch Probleme mit der deutschen Sprache auf. Aus diesem Grund empfehlen sie den Eltern eine logopädische Abklärung.

## SCREEMIK – Bericht

### Formalitäten

Mustermann, Ali Name, Vorname des Kindes	10.03.2002 Geburtsdatum	5;5 J. Alter
Musterstraße 2 Straße	23456 Musterstadt Plz./ Wohnort	9876544 Telefon
Mutter Erziehungsberechtigte(r)	Türkisch Sprache	Prüfer Prüfer
In Deutschland seit: 10.03.2002		
Testdatum Beginn: 18.08.2007 10:03:08		
Testdatum Ende: 18.08.2007 10:17:10		Gesamtzeit: 14:02 Min.

### Aussprache

Es wurden folgende Laute überprüft:

stimmloses s [s]	stimmhaftes s [z]	sch [ʃ]
Zungenspitzen - r [r]	l [l]	m [m]
n [n]	p [p]	b [b]
t [t]	d [d]	f [f]
w [v]	k [k]	g [g]

Bei folgenden Items war die Aussprache auffällig:

1)	stimmloses s [s]	als isolierter Laut, im Wortanlaut, im Wortinlaut, im Wortauslaut
2)	stimmhaftes s [z]	als isolierter Laut, im Wortanlaut, im Wortinlaut, im Wortauslaut
3)	sch [ʃ]	als isolierter Laut, im Wortanlaut, im Wortinlaut, im Wortauslaut

Interpretation der Ergebnisse im Subtest „Aussprache“:

Bei folgenden Lauten war die Aussprache auffällig:

1)	stimmloses s [s]	
2)	stimmhaftes s [z]	
3)	sch [ʃ]	

## Wortschatz

### Aufgabe 1: Wortschatz: Farbkenntnisse

Es wurden folgende Farben überprüft: grün, rot, lila, gelb, blau, schwarz.

Folgende Farben konnten nicht dem richtigen Bild zugeordnet werden: grün, rot, lila, schwarz.

In der Aufgabe „Farbkenntnisse“ wurden 2 Punkte von maximal 6 möglichen erzielt. Der kritische Wert von 3 Punkten wurde verpasst. In der Aufgabe „Farbkenntnisse“ wurde damit eine unterdurchschnittliche Leistung erzielt.

### Aufgabe 2: Passiver Wortschatz

Es wurden 16 Substantive und 7 Verben überprüft.

Folgende Substantive konnten nicht dem richtigen Bild zugeordnet werden: Erdloch, Trommel, Pfeil, Zelt, Leuchtturm, Pfirsich, Palme, Zug, Ananas.

Folgende Verben konnten nicht dem richtigen Bild zugeordnet werden: sich kämmen, füttern, graben, schieben, suchen, stricken.

In der Aufgabe „Passiver Wortschatz“ wurden insgesamt 8 Punkte von maximal 23 möglichen erzielt. Der kritische Wert von 11 Punkten wurde verpasst. In der Aufgabe „Passiver Wortschatz“ wurde damit eine unterdurchschnittliche Leistung erzielt.

### Interpretation der Ergebnisse im Subtest „Wortschatz“:

In den Aufgaben „Farbkenntnisse“ und „Passiver Wortschatz“ wurde eine unterdurchschnittliche Leistung erzielt. Im Subtest „Wortschatz“ liegt die Gesamtleistung des Kindes damit im unterdurchschnittlichen Bereich. Es wird eine Risikodiagnose im Bereich Wortschatz gestellt.

## Demonstrationsprotokoll Türkisch-Deutsch: Interpretation

In der Erstsprachüberprüfung zeigt Ali in beiden Aufgaben des Subtests „Wortschatz“ unterdurchschnittliche Leistungen. Es wird eine Risikodiagnose im Bereich Wortschatz gestellt (vgl. die Interpretation im Bericht). Auch im Subtest „Aussprache“ werden Auffälligkeiten in der Aussprache der Laute [s], [z] und [ʃ] festgestellt, die im Alter von 5;5 Jahren und im Hinblick auf die baldige Einschulung als therapiebedürftig zu interpretieren sind. Somit ist auch eine Artikulationstherapie indiziert. Die sprachlichen Auffälligkeiten in beiden Sprachen deuten auf eine übergreifende Sprachentwicklungsstörung hin und sollten noch möglichst vor der Einschulung sprachtherapeutisch behandelt werden.

## 6 Methodik der Untersuchung

Für die Normierung wurden 406 russisch-deutsche und 388 türkisch-deutsche Kinder im Alter von 4;0 bis 5;11 Jahren untersucht. An der Untersuchung nahmen Kinder aus unterschiedlichen Städten Deutschlands

Teil. Im Einzelnen fanden Testungen in Bayern (München, Dingolfing, Rosenheim, Traunstein, Augsburg, Ingolstadt), Baden-Württemberg (Heilbronn, Neckarsulm), Hessen (Frankfurt und Frankfurter Raum) und Nordrhein-Westfalen (Köln und Kölner Raum) statt.

Im Rahmen von Einzelsettings zu je 25 – 35 Minuten wurden russisch-deutsche und türkisch-deutsche Kinder aus Kindergärten untersucht. Da das Sprachscreening in der Erstsprache des Kindes erfolgt, reichte nicht allein die Zugehörigkeit zu der entsprechenden Migrantengruppe als Auswahlkriterium. Vielmehr war der aktive Gebrauch der jeweiligen Erstsprache Russisch bzw. Türkisch im familiären Rahmen entscheidend. Zweisprachige Kinder, die laut Eltern die Erstsprache zu vergessen scheinen, sich auch gefühlsmäßig eher mit der deutschen Sprache identifizieren bzw. im Extremfall die Erstsprache verweigern, wurden in die Untersuchung nicht mit einbezogen.

Zu einem Prozentsatz von 6 – 8% wurden in die Analysestichprobe Kinder mit einem Verdacht auf eine Sprachentwicklungsstörung aufgenommen. Dies waren Kinder,

die entweder bereits sprachtherapeutisch betreut wurden oder solche, bei denen die Eltern eine Sprachentwicklungsverzögerung vermuteten. Damit sollte die in der Fachwelt angenommene allgemeine Prävalenzrate von Sprachentwicklungsstörungen im Vorschulalter in der Analysestichprobe berücksichtigt werden (vgl. Shriberg, Tomblin & McSweeney 1999, Tomblin, Records, Buckwalter, Zhang, Smith & O'Brien 1997). Im Sinne der „lokalen Testnormen“ (Lengyel 2005, 58) wurden für die Normierung nicht die Leistungen der monolingualen Russisch oder Türkisch sprechenden Kinder in Russland oder in der Türkei herangezogen. Es wurden hierfür Kinder aus der Zielpopulation bzw. in Deutschland lebende bilinguale russisch-deutsche und türkisch-deutsche Kinder untersucht.

Um die Ansprüche einer wissenschaftlichen Analyse zu erfüllen, erfolgte eine kritische Überprüfung der Testgütekriterien. Insgesamt konnten in wissenschaftlichen Untersuchungen sehr gute Ergebnisse hinsichtlich Reliabilität, Validität und Objektivität von SCREEMIK2 nachgewiesen werden, die sogar den Kriterien eines Leistungstests

nahe kommen. Die genaue Darstellung der einzelnen Ergebnisse würde den Rahmen der vorliegenden Veröffentlichung sprengen und soll weiteren Veröffentlichungen vorbehalten werden. Der interessierte Leser kann bei Bedarf Informationen hierzu sowie zu weiteren wissenschaftlichen Berechnungen wie Interkorrelationen der Subtests, der Sensitivität und Spezifität des Screenings, der exploratorischen Faktorenanalyse, der latenten Klassenanalyse etc. dem SCREEMIK-Manual entnehmen.

## 7 Abschließende Diskussion: Möglichkeiten und Grenzen

An dieser Stelle sollen nun abschließend die Grenzen und Möglichkeiten des Verfahrens diskutiert und zueinander in Beziehung gesetzt werden.

### Besondere Merkmale des SCREEMIK 2:

- wissenschaftlich fundiert: normiert, reliabel und valide,
- überprüft förderrelevante Bereiche der Kindersprache: Aussprache, Grammatik (Russisch) und Wortschatz,
- erfordert keine Kenntnisse der Erstsprache des Kindes und keine Einbeziehung eines Übersetzers,
- zeitökonomisch (Durchführungszeit 15-20 Minuten),
- Berichterstellung und Gesamtinterpretation der Testergebnisse automatisch über den Computer, d. h. keine zusätzliche Protokollier- und Auswertungszeit,
- kindgerecht als Spiel konzipiert,
- leicht in der Durchführung und Bedienung,
- präventiv einsetzbar.

### Konzeptuelle Einschränkungen:

- Neben den vielen Vorteilen einer computergestützten Umsetzung bringt das Konzept bei der Überprüfung einiger Aufgaben gewisse Einschränkungen mit sich. Z. B. ließen sich für die Aufgabe „Überprüfung der Subjekt-Verb-Kongruenz“ zwar Items zur Überprüfung der ersten, zweiten und dritten Person Singular sowie zu der dritten Person Plural konstruieren. Die erste und zweite Person Plural können jedoch nicht überprüft werden.
- Da ein freies Gespräch zwischen dem monolingual deutschsprachigen Testleiter und dem Kind in der Erstsprache nicht möglich ist und bei der Itemkonstruktion viel Wert auf Klarheit und Eindeutigkeit gelegt wurde, sind die Aufgaben bewusst in strukturiert geschlossener Form kons-

truiert. Aus dem gleichen Grund werden jeweils drei ausschließlich für die Erstsprachen Russisch und Türkisch spezifischen Laute bzw. Lautverbindungen nicht überprüft.

Ausgehend von den von Lüdtké & Kallmeyer (2007 a) aufgestellten wissenschaftlichen Kriterien für vorschulische Sprachstandserhebungsverfahren sollen nun die wichtigsten Vorteile von SCREEMIK 2 aus drei verschiedenen Blickwinkeln überblicksartig zusammengefasst und den obigen Ausführungen gegenüber gestellt werden.

### Linguistische Kriterien

- Es werden alle relevanten sprachlichen Komponenten (im engeren Sinne Phonetik, Morphologie, Lexik) erhoben.
- Neben der sprachproduktiven Ebene wird der sprachrezeptive Bereich überprüft.
- Der zu Grunde liegende Sprachbegriff ist auf Kommunikations- und sprachliche Handlungsfähigkeit ausgerichtet und orientiert sich am aktuellen Theoriestand der Erst- und Zweitspracherwerbsforschung.
- Das Screening beruht auf aktuellen Forschungsergebnissen.

### Diagnostische Kriterien

- Es werden förderrelevante Bereiche der Kindersprache extrahiert.
- Die allgemeinen Gütekriterien: Objektivität, Reliabilität und Validität werden erfüllt. Die Ergebnisse der exploratorischen Faktorenanalyse sowie der latenten Klassenanalyse dienen als weiterer Qualitätsnachweis des Testinstruments.
- Durch den gleichzeitigen Einsatz des Anamnesebogens für mehrsprachige Kinder (Jedik 2006) können individuelle Daten wie die individuelle Sprachbiografie und das sozio-kulturelle Umfeld berücksichtigt werden.

### Kriterien der Mehrsprachigkeitsforschung

- Direkte Berücksichtigung der Erstsprache durch das Konzept eines computergestützten Screenings in der Erstsprache des Kindes.
- Die Normierungsstichprobe berücksichtigt nicht nur, sondern setzt sich ausschließlich zusammen aus mehrsprachigen (hier: russischsprachigen und türkischsprachigen) Kindern. Im Sinne der „lokalen Testnormen“ (Lengyel 2005, 58) wurden hierfür Kinder aus der Zielpopulation bzw. in Deutschland lebende russisch-deutsche und türkisch-deutsche Kinder untersucht.

Bezug nehmend auf die obigen Ausführungen kann abschließend begründet formuliert werden, dass das Instrument SCREEMIK 2 monolingual Deutsch sprechenden Fachpersonen eine screeninghafte, gleichzeitig aber reliable und valide Einschätzung der Erstsprachfähigkeit eines mehrsprachigen Kindes ohne Übersetzer ermöglicht. Der Sprachstand der russisch-deutschen und türkisch-deutschen Kinder kann damit differenziert und aussagekräftig in ihrer Erstsprache untersucht und abgeklärt werden. Durch statistisch bestimmte kritische Werte (Cut-offs) gibt das Screening direkte Hinweise darauf, ob und ggf. auf welchen linguistischen Ebenen (Aussprache, Grammatik, Wortschatz) in der Erstsprache sprachtherapeutisch relevante Auffälligkeiten vorliegen. Sprachentwicklungsstörungen im Kontext von Mehrsprachigkeit können damit zuverlässig und frühzeitig diagnostiziert und gegebenenfalls rechtzeitig therapeutisch behandelt werden.

## Literatur

- Aksu-Koç, A.A. & Slobin, D.I. (1985): The Acquisition of Turkish. In: Slobin, D.I. (ed.): The Cross-Linguistic Study of Language Acquisition. (839-880) Hillsdale (NJ): Erlbaum.
- Altuchova, N.G. (1999) = Алтухова Н.Г. (1999): Научитесь слышать звуки: Как эффективно подготовить ребенка к школе: Развитие фонематического слуха дошкольников. - СПб.: Лань.
- Balobanova, W.P., Bogdanova, L.G. & Venidiktova, L.W. (2000) = Балобанова, В.П., Богданова, Л.Г., Венидиктова, Л.В. и др. (Сост.) (2000): Диагностика нарушений речи у детей и организация логопедической работы в условиях дошкольного общеобразовательного учреждения: Сб. методических рекомендаций - СПб.: Детство-Пресс.
- Bausch, K.R. & Kaspar, G. (1979): Der Zweitspracherwerb. Möglichkeiten und Grenzen der „großen“ Hypothesen. In: Linguistische Berichte 64, 3-36.
- Cloud, N. (1994): Special education needs of second language students. In: Genesee, F. (Hrsg.): Educating Second Language Children: The whole child, the whole curriculum, the whole community. (243-277) Cambridge: University Press.
- Fomitscheva, M.F. (1997) = Фомичева М.Ф. (1997): Воспитание у детей правильного произношения. Пособие для логопеда и воспитателя детского сада. - М.: Ин-т практич. психологии; Воронеж: НПО «МОДЭК».

- Fthenakis, W., Sonner, A., Thurl, R. & Walbine, W. (1985): Bilingual-bikulturelle Entwicklung des Kindes. Ein Handbuch für Psychologen, Pädagogen und Linguisten. München: Hueber.
- Gladrow, W. & Hammel, R. (Hrsg.) (2001): Beiträge zu einer russisch-deutschen kontrastiven Grammatik. Berliner Slawistische Arbeiten Band 15. Frankfurt am Main, Berlin, Bern, Bruxelles, New York, Oxford, Wien.
- Grimm, H. (1999): Störungen der Sprachentwicklung: Grundlagen – Ursache – Diagnose – Intervention – Prävention. Göttingen: Hogrefe.
- Grimm, H. (2001): SETK 3-5: Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder. Diagnose von Sprachverarbeitungsfähigkeiten und auditiven Gedächtnisleistungen. Göttingen: Hogrefe.
- Grimm, H. (2003): SSV: Sprachscreening für das Vorschulalter. Kurzform des SETK 3-5. Göttingen: Hogrefe.
- Grohnfeldt, M., Triarchi-Herrmann, V., Wagner, L. (Hrsg.) (2005): Mehrsprachigkeit als sprachheilpädagogische Aufgabenstellung. Würzburg: edition von freisleben.
- Inschakova, O.B. (1998) = Иншакова, О.Б. (1998): Альбом для логопеда. Москва: Гуманитарный издательский центр Владос.
- Jedik, L. (2002): Die russlanddeutsche Migration in der Sprachbehindertenpädagogik. Geschichtstheoretischer Hintergrund und praxisrelevante Forschungsergebnisse für das sprachbehindertenpädagogische Handlungsfeld durch konfrontierende Sprachanalyse. Aachen: Shaker Verlag.
- Jedik, L. (2003): Sprachstörung oder mangelnde Deutschkenntnisse? Perspektiven für Diagnostik und Therapie. In: Kinderärztliche Praxis. Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin 74, 4, 239-245.
- Jedik, L. (2006): Anamnesebogen für zweisprachige Kinder. Mappe A: Deutsch-Russisch, Deutsch-Polnisch, Deutsch-Griechisch, Deutsch-Serbokroatisch, Deutsch-Englisch; Mappe B: Deutsch-Türkisch, Deutsch-Italienisch, Deutsch-Spanisch, Deutsch-Arabisch, Deutsch-Französisch. 2. Auflage. Würzburg: edition von freisleben.
- Klein, W. (1987): Zweitspracherwerb. Eine Einführung. 2. Auflage. Frankfurt/M.: Athenäum.
- Kracht, A. (1996): Förderung kindlicher Zweisprachigkeit als eine sprachbehindertenpädagogische Herausforderung. Die Sprachheilarbeit 41, 6, 356-365.
- Kracht, A. & Welling, A. (1995): Migration und Zweisprachigkeit. Skizzierung eines sprachtherapeutischen Aufgabenfeldes. Die Sprachheilarbeit 40, 1, 75-85.
- Lalajeva, R.I. & Serebrjakova, N.W. (2001) = Лалаева, Р.И., Серебрякова, Н.В. (2001): Формирование лексики и грамматического строя у дошкольников с общим недоразвитием речи. - СПб.: Союз.
- Lengyel, D. (2001): Kindliche Zweisprachigkeit und Sprachbehindertenpädagogik. Eine empirische Untersuchung des Aufgabenfeldes innerhalb der sprachheiltherapeutischen Praxis. (Hrsg.: Landesarbeitsgemeinschaft der kommunalen Migrantenvertretungen - LAGA). 2. Auflage. Düsseldorf: LAGA.
- Lengyel, D. (2005): Sprachdiagnostik bei mehrsprachigen Kindern – Herausforderungen für Theorie und Praxis. In: Grohnfeldt, M., Triarchi-Herrmann, V., Wagner, L. (Hrsg.): Mehrsprachigkeit als sprachheilpädagogische Aufgabenstellung. (49-72) Würzburg: edition von freisleben.
- Lüdtke, U.M. & Kallmeyer, K. (2007a): Kritische Analyse ausgewählter Sprachstandserhebungsverfahren für Kinder vor Schuleintritt aus Sicht der Linguistik, Diagnostik und Mehrsprachigkeitsforschung. Die Sprachheilarbeit 52, 6, 261-278.
- Lüdtke, U.M. & Kallmeyer, K. (2007b): Vorschulische Maßnahmen zur Sprachstandserhebung und Sprachförderung in den deutschen Bundesländern: Wissenschaftliche Vorschläge zur Optimierung bildungspolitischer Initiativen. Die Sprachheilarbeit 52, 6, 244-260.
- Rothweiler, M., Kroffke, S. & Bernreuter, M. (2004): Grammatikerwerb bei mehrsprachigen Kindern mit einer Spezifischen Sprachentwicklungsstörung: Voraussetzungen und Fragen. Die Sprachheilarbeit 49, 1, 25-31.
- Schiller, N., Wildenhues, U. & Wember, F.B. (2003): Systematische Leseförderung bei zweisprachig aufwachsenden Kindern mit besonderem pädagogischen Förderbedarf. Zeitschrift für Heilpädagogik 54, 5, 183-193.
- Selinker, L. (1972): Interlanguage. In: IRAL 10, 209-231.
- Shriberg, L.D., Tomblin, J.B. & McSweeney, J.L. (1999): Prevalence of speech delay in 6-year-old children and comorbidity with language impairment. Journal of Speech, Language, and Hearing Research 42, 1461-1481.
- Slembek, E. (1984): Lehrbuch der Fehleranalyse und Fehlertherapie. Heinsberg: Dieck.
- Tomblin, J.B., Records, N.L., Buckwalter, P., Zhang, X., Smith, E. & O'Brien, M. (1997): Prevalence of specific language impairment in kindergarden children. Journal of Speech, Language, and Hearing Research 40, 1245-1260.
- Tschirkina, G.W. (2003) = Под общ. ред. Чиркиной, Г.В. (2003): Методы обследования речи детей: Пособие по диагностике речевых нарушений – 3-е изд., доп. – М.: Аркти.
- Ünsal, F. (2007): Laute üben Türkisch-Deutsch. Elternbegleitmaterial für die Sprachtherapie. Schubi bilingual. Schaffhausen: Schubi.
- Volkova, L.S. (2004) = Волкова, Л.С. (2004): Логопедия: Учебник для студентов дефектолог. фак. пед. вузов. Москва.
- Wagner, L. (2009): Zweisprachigkeit und Migration. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie, Bd. 2. Erscheinungsformen und Störungsbilder. 3. Auflage. (148-159) Kohlhammer: Stuttgart, Berlin, Köln.
- Wiede, E. (1981): Phonologie und Artikulationsweise im Russischen und Deutschen. Leipzig: VEB Verlag Enzyklopädie.
- Wiede, E. (1984): Phonetik und Phonologie. In: Gabka, K. (Hrsg.): Die russische Sprache der Gegenwart, Bd. 1. 4. Auflage. (23-199) Leipzig: Verlag Enzyklopädie.

## Korrespondenzadresse

Dr. Lilli Wagner  
Diakoniewerk München-Maxvorstadt  
Heßstr. 22  
80799 München  
lilliwagner@hotmail.de

Nach mehrjähriger Tätigkeit als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Seminar für Sprachheilpädagogik an der LMU München ist Dr. Lilli Wagner seit 2007 als Sprachheilpädagogin am Diakoniewerk München-Maxvorstadt sowie als Referentin in der Fortbildung von Sprachheilpädagogen, Logopäden, Lehrern und Erziehern zum Themengebiet Mehrsprachigkeit tätig.



## Frühpädagogische Begleitung von Eltern mit sprachauffälligen Kindern im Alter von 2-3 Jahren mit dem „Heidelberger Elterntaining zur frühen Sprachförderung“ (Buschmann 2006)

Raphaela Bogner, Achern

Christiane Wiedemann-Mayer, Oberkirch

Jana Jakob, Oberkirch



### Zusammenfassung

Bei der frühpädagogischen Begleitung von Eltern mit sprachauffälligen Kindern wird an der sonderpädagogischen Beratungsstelle für entwicklungsverzögerte und sprachauffällige Kinder in Oberkirch seit 2006 das „Heidelberger Elterntaining zur frühen Sprachförderung“ von Buschmann (2006) eingesetzt. Dieses Elterntaining, bereits in wissenschaftlichen Studien evaluiert, ist konzipiert für sogenannte late talkers, also für 2-3jährige Kinder mit einer Sprachentwicklungsverzögerung. Zentrales Anliegen des Trainings ist die kompetente Einbindung von Eltern in den Spracherwerbsprozess, um das Entstehen einer Sprachentwicklungsstörung zu verhindern. Mit diesem Beitrag soll gezeigt werden, dass sich das evaluierte Elterntaining entwicklungsfördernd und ressourcenschonend in die Arbeit einer Beratungsstelle integrieren lässt.

### 1 Einleitung

Der Spracherwerbsprozess hat seine Basis in biologisch-physiologischen Prozessen und sozial-interaktiven Erfahrungen. Können sich Kinder nicht ausreichend auf solche Erfahrungen stützen oder sind die biologischen Voraussetzungen nicht ausreichend differenziert, besteht ein Risiko für die weitere sprachliche Entwicklung. Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, sprachtherapeutische Interventionen frühzeitig, d.h. bereits im Kleinkindalter anzusetzen.

### 2 Frühzeitige Diagnose von Risikokindern

Sprachentwicklungsverzögerungen müssen frühzeitig erkannt werden, damit sie nicht chronifizieren. Orientiert man sich an den kritischen Entwicklungsphasen nach Locke (Locke 1997), so kann von einem Zeitfenster ausgegangen werden, in dem Sprache optimal erworben werden kann. Dieses Zeitfenster erstreckt sich bis zu einem Alter von ca. drei Jahren. Nach dieser Zeit sind die physiologischen Voraussetzungen für

den Spracherwerb weniger günstig, d.h. der Spracherwerbsprozess verläuft langsamer und ineffektiver. Erfolgt keine frühzeitige therapeutische Begleitung, besteht ein hohes Risiko für längerfristige Schwierigkeiten im Spracherwerb mit der Gefahr der Chrononifizierung bis ins Schulalter und darüber hinaus (Conti-Ramsden & Durkin 2007). D. h. je früher man Risikokinder erkennt, umso früher kann man sie fördern und umso größer ist die Chance, eine bleibende Entwicklungsverzögerung zu verhindern (Grimm 1999).

Grimm fordert auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik 2004, dass bereits bei der U6 und U7 die Eltern mit Hilfe eines Sprachentwicklungsfragebogens in die Sprachstandsdiagnostik ihrer Kinder miteinbezogen werden. Insbesondere mit dem ELFRA-2, aber auch dem ELAN (Bockmann & Kiese-Himmel 2006) wie auch dem SBE-2-KT (Suchodoletz 2008), stehen praktikable Instrumente zur Verfügung, um Risikokinder frühzeitig im Rahmen der pädiatrischen Vorsorgeuntersuchung U7 im Alter von 21-24 Monaten zu identifizieren. Kinder, die hierbei als Risikokinder erfasst werden, sprechen mit 24 Mo-

naten noch keine 50 Wörter (late talkers). Für ca. 30 % dieser Kinder besteht nach Grimm (1999) ein signifikantes Risiko, dass sie im Vorschulalter eine spezifische Sprachentwicklungsverzögerung (SSES) mit gravierenden Folgen für die weitere kognitive und psycho-soziale Entwicklung ausbilden.

### 3 Förderung der Risikokinder

Bis in die jüngste Zeit erfahren Kinder, die eine deutlich verzögerte Sprachentwicklung aufweisen, leider zu wenig qualifizierte Förderung. Vorherrschend ist nicht nur in Deutschland das „Konzept“ des „wait and see“ (Buschmann & Jooss 2007). Auf neuere Förderansätze und Modelle wird im Folgenden näher eingegangen.

#### 3.1 Systemischer Ansatz

Kinder entwickeln sich in komplexen sozialen Beziehungssystemen, die untereinander verknüpft sind und sich wechselseitig beeinflussen (Pretis 2005). Um eine wirksame Förderung eines Kindes zu erreichen, müssen alle Beteiligten (Kind, Eltern, Erzieher,

Ärzte, Therapeuten) effektiv und kompetent zusammenarbeiten. Nur wenn es gelingt, Fachkompetenzen zu bündeln, kann Förderung ohne „Reibungsverluste“ kindgerecht realisiert werden.

Da die Eltern die wichtigsten Bezugspersonen und Kommunikationspartner der Kinder sind, ist es dringend geboten, sie intensiv zu begleiten. „Die Ansicht darüber, wie Sprache erworben wird, hat sich in den vergangenen Jahrzehnten verändert“ (Buschmann 2006, 4).

Insbesondere Bronfenbrenner hat durch seinen system-ökologischen Ansatz entscheidend zu dieser Entwicklung beigetragen (Grohnfeldt 2004). Seine Überlegungen führten auch zu einem Paradigmenwechsel hinsichtlich der Bedeutung der Eltern im Förderprozess.

Inzwischen ist unumstritten, dass der Spracherwerb von dem Zusammenwirken sozialer und biologischer Faktoren, also dem interaktiven Kontext und den kindlichen Voraussetzungen, abhängig ist. Dies bedeutet, dass ein optimaler Erwerb von Sprache nur möglich ist, wenn das Kind in einer sprachkompetenten und sprachanregenden Umwelt aufwächst. Diese Umwelt wird hauptsächlich von den Eltern gestaltet.

Zwar wurden bislang keine sozio-genetischen Ursachen für die Entstehung von Sprachentwicklungsstörungen nachgewiesen (Kauschke 2007), jedoch können Eltern und Familie als wichtige soziale Ressource für das Kind angesehen werden, da der elterliche Sprechstil entscheidend Einfluss auf den kindlichen Spracherwerb nimmt. Ritterfeld (2000) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass bereits der bloße Verdacht auf eine Sprachentwicklungsstörung das Interaktionsverhalten der Eltern negativ beeinflussen kann. Auch Peterander unterstreicht, dass Eltern „in der Interaktion mit ihrem Kind häufig versuchen, abweichendes Kindverhalten durch verstärktes eigenes direktives Verhalten zu kompensieren“ (Grohnfeldt 2004, 326).

Durch ein gezieltes Interaktionstraining können Eltern darin geschult werden, ihren Sprech- und Sprachstil an das Entwicklungsniveau ihres Kindes anzupassen, um damit wesentlichen kompensatorischen Einfluss auf die Sprachentwicklung zu nehmen (Möller 2006).

### 3.2 Heidelberger Elterntaining zur frühen Sprachförderung nach Anke Buschmann

Das Heidelberger Elterntaining wendet sich an Eltern von sprachlichen Risikokindern

mit dem Ziel, früh auf Defizite im Spracherwerbsprozess Einfluss nehmen zu können. Konkret handelt es sich also um eine frühpädagogische Begleitung von Eltern mit sprachauffälligen Kindern im Lebensalter von 2 – 3 Jahren.

Das entscheidende Anliegen ist die Optimierung der elterlichen Kommunikation mit dem Kind. Eltern sollen zu intensiver sprachförderlicher Kommunikation und Interaktion angeleitet werden, wodurch auch ein Abbau sprachhemmenden Verhaltens begünstigt werden kann.

Gegenüber der klassischen Einzelberatung sieht Buschmann in der Kleingruppenarbeit mit Eltern zahlreiche Vorteile. Eltern können voneinander lernen und sich austauschen. Es können auch sprachförderliche Verhaltensweisen mit ihnen erarbeitet werden. Auf diese Weise wird die Kompetenz der Eltern in die Arbeit mit einbezogen und der Therapeut ist seltener der „Fachmann“, der „Tipps“ gibt. Die Eltern sind in diesem Training in der Lage, die notwendigen Voraussetzungen für die optimale sprachliche Förderung ihres Kindes zu erlernen. Dies konnte bereits im Rahmen einer wissenschaftlichen Evaluationsstudie nachgewiesen werden. Sowohl drei als auch neun Monate nach dem Elterntaining zeigten die Kinder, deren

Mütter am Training teilgenommen hatten, eine deutlich akzelerierte sprachliche Entwicklung (Buschmann 2006). Bei Kindern, deren Mütter nicht am Training teilgenommen hatten (Kontrollgruppe), waren keine vergleichbaren Fortschritte feststellbar. 77 % der Kinder der Trainingsgruppe hatten mit 3 Jahren den Rückstand aufgeholt. Bei der Kontrollgruppe gelang dies nur 43 % der Kinder.

Das Elternprogramm wird bereits seit mehreren Jahren am Sozialpädiatrischen Zentrum der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin Heidelberg mit kooperierenden Logopädie-Praxen erfolgreich durchgeführt. Vergleichbare und praxiserprobte Programme fehlen leider im deutschsprachigen Raum.

#### 3.2.1 Ziele des Heidelberger Elterntainings

An der sonderpädagogischen Beratungsstelle für entwicklungsverzögerte und sprachauffällige Kinder Oberkirch, die der Renchtalschule Oberkirch angegliedert ist, wurde seit 2006 das Heidelberger Elterntaining zur frühen Sprachförderung von Sprachheilpädagoginnen angeboten und durchgeführt.

Folgende Ziele sollen erreicht werden:

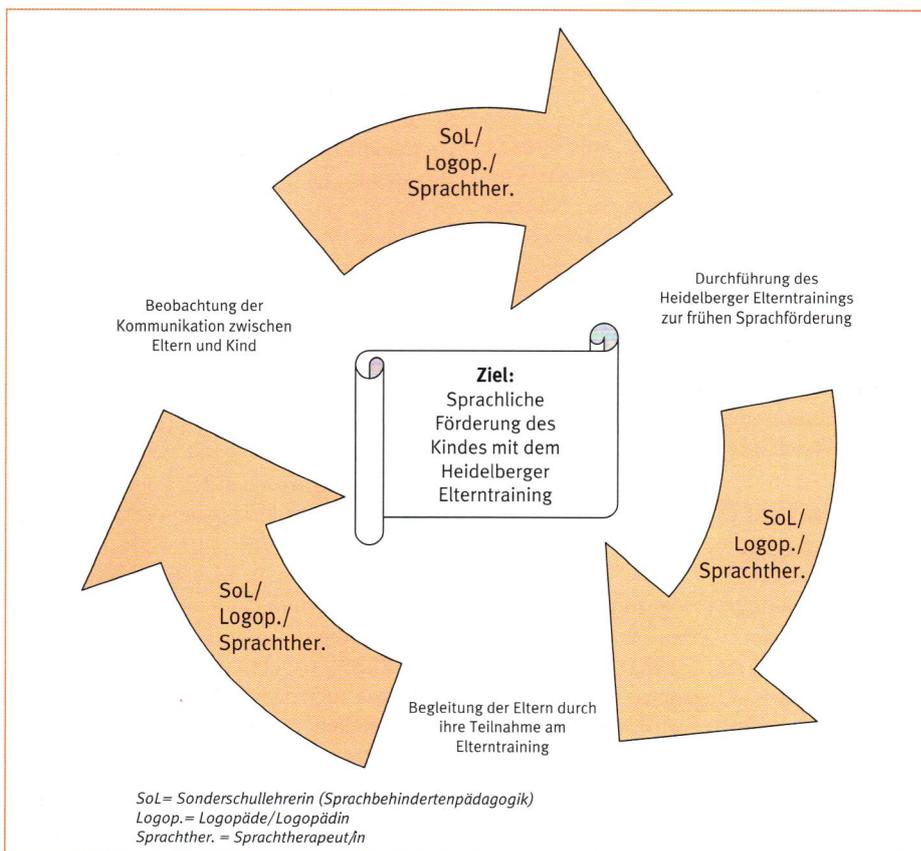


Abbildung 1: Die Begleitung der Eltern im Heidelberger Elterntaining

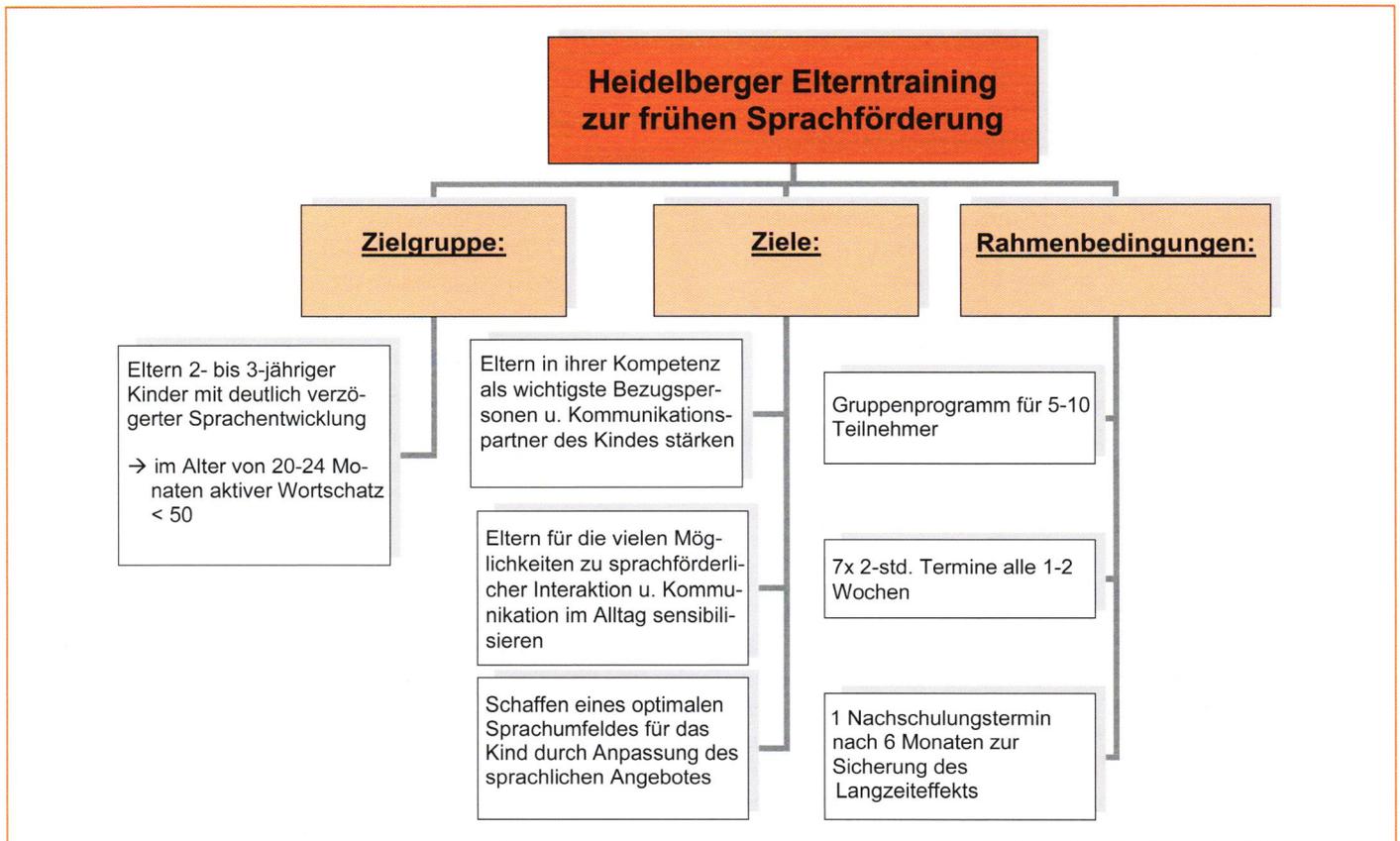


Abbildung 2: Zielgruppe, Ziele und Rahmenbedingungen im Heidelberger Elterntaining

### 3.2.2 Ablauf der einzelnen Sitzungen während der Durchführungsphase

Der Ablauf der einzelnen Sitzungen erfolgt nach demselben Prinzip:

- I. Begrüßung und Vorstellung des Ablaufs der Sitzung
- II. Besprechung der Hausaufgabe der letzten Sitzung
- III. Bearbeitung eigener Videosequenzen (erst ab 5. Sitzung)
- IV. Erarbeitung des Inhalts in Kleingruppenarbeit/ Videillustration/ Präsentation
- V. Zusammenfassung und Hausaufgaben
- VI. Vorschau auf die nächste Sitzung

### Überblick über die Sitzungen des Elterntrainings nach Buschmann (2006):

	Bausteine der Sitzung	Methodik
Sitzung 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kennenlernen, Erwartungen</li> <li>• Gruppenregeln</li> <li>• Voraussetzungen für den Spracherwerb</li> <li>• Ursachen der verzögerten Sprachentwicklung</li> <li>• Sprachförderliche Grundhaltung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vorstellen in der Klein- und Gesamtgruppe</li> <li>• Gemeinsames Erleben</li> <li>• Präsentation</li> <li>• Vorstellung durch den Trainingsleiter</li> <li>• Kleingruppenarbeit</li> </ul>
Sitzung 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einführung Buch anschauen</li> <li>• Rahmenbedingungen zum Buch anschauen</li> <li>• Das Kind führt - Gemeinsamer Aufmerksamkeitsfokus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Präsentation</li> <li>• Gruppendiskussion</li> <li>• Videillustration</li> <li>• Kleingruppenarbeit</li> </ul>
Sitzung 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gezielte Sprachlehrstrategien beim Buch anschauen</li> <li>• Das richtige Buch</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Videillustration</li> <li>• Kleingruppenarbeit</li> <li>• Gemeinsames Erarbeiten</li> </ul>

Sitzung 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fragen stellen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Videoillustration</li> <li>• Kleingruppenarbeit</li> </ul>
Sitzung 5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bearbeitung eigener Videosequenzen</li> <li>• Sprachförderung in alltäglichen Situationen</li> <li>• Sprachhemmende Verhaltensweisen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kleingruppenarbeit</li> <li>• Gruppendiskussion</li> </ul>
Sitzung 6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bearbeitung eigener Videosequenzen</li> <li>• Das gemeinsame Spiel</li> <li>• Umgang mit Medien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Videoillustration</li> <li>• Erfahrungsaustausch</li> <li>• Gruppendiskussion</li> </ul>
Sitzung 7	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sprachspiele</li> <li>• Fragen, Austausch</li> <li>• Abschluss</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erfahrungsaustausch</li> <li>• Rückblick und Erfahrungsaustausch</li> <li>• Rückmeldung und offene Fragen</li> </ul>
Nachtreffen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wiederholung, Spiele zur Schulung der Mundmotorik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gruppenarbeit</li> <li>• Erfahrungsaustausch</li> </ul>

Abbildung 3: Überblick über die Sitzungen des Heidelberger Elterntrainings (Buschmann 2006, 18)

### 3.2.3 Prozessorientierte Darstellung des Heidelberger Elterntrainings

#### Vorbereitungsphase: Kontaktaufnahme mit Kinderärzten und Kindergärten

Nach wie vor sind sich viele Experten der Frühpädagogik einschließlich der Kinderärzte über die Bedeutung einer Sprachentwicklungsstörung bei 2- bis 3-jährigen Kindern nicht ausreichend bewusst. Sie unterschätzen, dass Sprachentwicklungsstörungen chronifizieren können. Daher werden therapeutische Interventionen häufig zu spät eingeleitet.

Die sonderpädagogische Beratungsstelle Oberkirch hatte daher 2006 bei einem Treffen mit den Kinderärzten des Beratungsstellengebietes Renchtal (Ortenaukreis) eine Standortbestimmung versucht.

Dabei wurden folgende Themen diskutiert:

- Sprachentwicklung des Kindes
- Sprachentwicklungsstörungen beim Kind
- sprachförderliche Verhaltensweisen der Eltern
- Sekundärfolgen einer nicht erfolgten Frühintervention
- Fortbildung der Eltern über das Heidelberger Elterntaining zur frühen Sprachförderung.

Die Kinderärzte konnten in dieser Diskussion überzeugt werden, dass sich die Rate an logopädischer Therapie bei den late talkers mit Hilfe einer Frühintervention senken lässt. Sie zeigten sich an einer Durchführung des Heidelberger Elterntrainings sehr interessiert.

Um möglichst viele betroffene Eltern im Renchtal anzusprechen, an einem solchen Elterntaining teilzunehmen, wurde an alle Kindergärten des Einzugsgebietes der Bera-

tungsstelle Oberkirch ein Informationsbogen gesendet (s. Anhang). Den Eltern wurde darin, vermittelt über die Kindergärten und Kinderarztpraxen (Kooperation: Beratungsstelle/Kindergärten/Kinderärzte), ein Aufnahmegespräch an der Beratungsstelle Oberkirch empfohlen.

#### Hörüberprüfung

Kinder, bei denen kein Hörtest nachgeburtlich appliziert worden war, wurden einer pädaudiologischen Untersuchung zugeführt, um eine organische Hörschädigung i. S. einer Schalleitungsschwerhörigkeit ausschließen zu können.

#### Anamnese

Nach einem ausführlichen Anamnesegespräch füllten die Eltern den ELFRA 2 aus.

#### Eingesetzte Verfahren zur Sprachdiagnostik

Elternfragebogen (ELFRA 2)

Das Programm von Frau Buschmann ist für Eltern von Kindern konzipiert, die im Alter von 24 Monaten noch keine 50 Wörter produzieren (late talkers). Der Elternfragebogen ELFRA 2 (Grimm & Doil 2000) wurde als Screeninginstrument eingesetzt, um das Niveau der Sprachentwicklungsverzögerung einzustufen zu können (Ergebnisse s. Abb.4).

Sprachentwicklungstest für 2-jährige Kinder (SETK-2)

Die Überprüfung der sprachlichen Fähigkeiten erfolgte mit dem Sprachentwicklungstest für zweijährige Kinder SETK-2 (Grimm 2001). Dieses Verfahren war gut geeignet, da es eine standardisierte Überprüfung der re-

zeptiven und expressiven Sprachfähigkeiten erlaubte und aktuelle Normwerte vorliegen.

#### Darstellung der Testergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der durchgeführten Tests tabellarisch dargestellt. Von den Beobachtungen der Spielsituationen wurden nur jene stichpunktartig aufgeführt, die bezüglich der Inhalte des Elternprogramms interessant waren. Bei manchen Kindern fehlen die vollständigen Ergebnisse des SETK. Dies liegt unter anderem daran, dass die beiden Untertests Produktion 1 und Produktion 2 nicht bei allen Kindern durchführbar waren. Aaron, Fabian, Silke, Mario sprachen sehr wenig.

Zumeist wurde mit dem dritten Untertest begonnen. Er wurde abgebrochen, wenn die ersten vier Wörter nicht benannt werden konnten. Jannik und Lisa waren mit der Aufgabenstellung völlig überfordert und sollten nicht zur Durchführung gezwungen werden.

#### Durchführung des Elterntrainings

An den bisher durchgeführten Kursen nahmen mehrheitlich Mütter teil. Zu einigen Sitzungen wurde auch der Lebenspartner mitgebracht. Die Eltern kamen mit hoher Motivation zum Training.

Die Voraussetzungen für den Spracherwerb und die Ursachen einer Sprachentwicklungsverzögerung waren bereits in der ersten Sitzung Thema. Ein Training der sprachförderlichen Grundhaltung war hierbei mit enthalten. Zum Nachlesen erhielten die Eltern den ersten Teil der Begleitmaterialien und die erste Beobachtungsaufgabe für zu Hause. Diese diente dem Zweck, sich im Laufe der Woche zu überlegen, wie die

Tests \ Namen	Aaron K.	Noah, G.	Silke, B.	Fabian R.	Jannik, V.	Marion S.	Lisa, M.
<b>Alter</b>	2;7	2;10	2;1	2;0	3; 0	2;1	2;3
<b>ELFRA 2 (Rohwert)</b>							
Produktiver Wortschatz:	36	116	19	26	101	27	38
Syntax:	5	25	0	2	4	2	3
Morphologie:	0	4	0	0	1	0	1
<b>SETK (T-Wert)</b>							
Verstehen 1 (Wörter)	45	53	38	44	53	48	41
Verstehen 2 (Sätze)	37	54	41	41	59	41	48
Produktion 1 (Wörter)	k.E.	56	k.E.	k.E.	50	k.E.	35
Produktion 2 (Sätze)	k.E.	32	k.E.	k.E.	k.E..	k.E.	k.E.
<b>Auswertung Spontansprache</b>	(LÄ), EWÄ, wenig ZWÄ	ZWÄ, kaum ver- ständlich, keine SVK	LÄ, spricht kaum	LÄ, wenig EWÄ	ZWÄ, keine SVK	LÄ, spricht sehr wenig	EWÄ, kaum ver- ständlich
<b>Spielsituation</b>							
Verhalten der Mutter	☞ gibt korrek- tives Feedback ☞ lenkt die Spielsitu- ation	☞ fragt Be- griffe ab ☞ großer Redean- teil	☞ stellt viele geschlos- sene Fragen	☞ lässt Wörter korrekt wieder- holen ☞ lenkt die Spiel- situation	☞ wirkt sehr unsicher ☞ fragt Be- griffe ab	☞ fragt Be- griffe ab ☞ lässt Wörter korrekt wieder- holen	☞ großer Redean- teil ☞ lenkt die Spielsitu- ation
Syntax: kritischer Wert = 7 / Morphologie: kritischer Wert = 2 / SVK: Subjekt-Verb- Kongruenz / LÄ: Lautäußerung / EWÄ: Einwortäußerung / ZWÄ: Zweiwortäußerung / k.E.: kein Ergebnis							

Abbildung 4: Darstellung der Testergebnisse aller Kinder

sprachförderlichen Verhaltensweisen zu Hause angemessen umgesetzt werden könnten.

Nach Ablauf einiger Sitzungen berichteten die Eltern, dass sie ihr alltägliches Verhalten anhand der Aufgaben stärker reflektieren sowie bewusster mit dem Kind reden und spielen konnten. Rückmeldung erfolgte auch über Schwierigkeiten bei der Umsetzung einer Hausaufgabe (z.B.: Motivations- oder Führungsprobleme). Die Nachreflexion fand in der Gesamtgruppe statt, wobei die anderen Eltern oft wertvolle Tipps geben konnten.

Die Kleingruppenarbeit stellte einen wichtigen Teil der einzelnen Sitzungen dar. Die Eltern trainierten die im Video gesehenen und von der Sprachheilpädagogin vorgeführte sprachförderliche Strategie in einer Dreiergruppe: Mutter, Kind und Beobachter. Es fanden drei Durchgänge statt, sodass jeder alle drei Rollen übernehmen konnte. Insbesondere die Rolle des Kindes zu übernehmen, war für Eltern bedeutsam. Dadurch war es möglich, die Qualität einer sprachförderlichen Strategie auch emotional

zu erleben und zu erfühlen (Bei welcher Frage habe ich Lust zu antworten? Von welchem Verhalten werde ich eher abgeschreckt?).

Im Laufe des Trainings zeigten sich im Verhalten der Eltern signifikante Veränderungen. Junge Mütter, die am Anfang noch unsicher auftraten, wurden offener und selbstbewusster und berichteten von ihren Erfolgen und Schwierigkeiten zu Hause. Mütter, die schon größere Kinder und reiche Erfahrung in der Erziehung hatten, führten an, dass sie sich seit dem Training bewusst ausreichend Zeit für ihr Risikokind nahmen. So planteten einige z. B. täglich eine Zeiteinheit ein, in der sie alleine mit dem Kind ein Bilderbuch anschauen konnten.

Den Müttern gingen die sprachförderlichen Strategien förmlich in Fleisch und Blut über. Dies wurde einmal an ihrem Verhalten in der Kleingruppenarbeit wie auch an ihrem geschärften und kritischen Blick beim Anschauen der Videosequenzen deutlich.

Hilfe für die Sprachheilpädagoginnen erfolgte beim ersten Trainingsdurchlauf 2006. Es wurden drei Gesamtsitzungen per Video

aufgezeichnet. Während der Supervision in Heidelberg mit Frau Buschmann wurde verdeutlicht, welche Phasen des Trainings einer Überarbeitung bedurften. Diese Vorschläge und die ausführliche individuelle Beratung erwiesen sich als äußerst hilfreich.

#### 4 Schluss

Das Trainermanual von A. Buschmann beschreibt detailliert den Ablauf der einzelnen Sitzungen des Heidelberger Elterntrainings. Dabei wechseln sich Erfahrungsaustausch, theoretische Überlegungen, Videos und Kleingruppenarbeit ab. Das Trainingsmanual, verbunden mit den Kopiervorlagen für die Arbeitsblätter sowie den Beispielvideos, stellt auch im erzieherischen Alltag für die betroffenen Familien eine wesentliche sprachförderliche Hilfe dar.

Nach Abschluss des Heidelberger Trainingsprogramms konnten die Eltern in einem Fragebogen angeben, ob sie ihr sprachliches Verhalten dem Kind gegenüber verändert hatten. Sie führten an, dass sie ihr Kind in seiner sprachlichen Entwicklung mit

Hilfe der erlernten Trainingsschritte besser unterstützen konnten. Sie fühlten sich sicherer im sprachlichen Umgang mit ihrem Kind und konnten ihr Sprachverhalten im Alltag bewusster reflektieren. Das Ritual „Bilderbuchanschauen“ wurde zu einem festen Bestandteil im Tagesablauf. Sprachförderliche Handlungen wurden bewusster in alltägliche Situationen wie zum Beispiel das Anziehen oder Einkaufen eingebunden. In der sprachlichen Entwicklung ihrer Kinder beobachteten die Eltern deutliche Fortschritte.

*Für Anregungen und Kommentare zum Text danken wir Herrn Dr. Hans Mayer.*

## Anhang

### Elterngruppe für Eltern von Kindern mit 2–3 Jahren

<b>Für wen?</b>	Eltern, deren Kinder spät mit dem Sprechen begonnen haben
<b>Was?</b>	Förderung der Sprechfreude des Kindes
<b>Wie?</b>	Reime, Rhythmik, Lieder, Bilderbücher anschauen, ...
<b>Wer?</b>	Sprachheilpädagoginnen der Renchtalschule Oberkirch
<b>Wann?</b>	Ab September insgesamt 7 x 90 min.
<b>Wo?</b>	Beratungsstelle für sprachauffällige Kinder (Oberkirch, Hans-Jakob-Str. 7)

#### Interessiert?

Bei Fragen können Sie sich gerne an Fr. Wiedemann-Mayer wenden.  
Beratungsstelle Oberkirch / Tel.: 07802/702914 (Di.+Mi. 8–10 Uhr)

## Literatur

- Bockmann, A. & Kiese-Himmel, Ch. (2006): Elternfragebogen zur Wortschatzentwicklung im frühen Kindesalter (ELAN). Göttingen: Hogrefe.
- Buschmann, A. (2006): Heidelberger Elterntraining zur frühen Sprachförderung. Ein Gruppenprogramm für Eltern von Kindern mit verzögerter Sprachentwicklung. Heidelberg: Trainermanual.
- Buschmann, A. & Jooss, B. (2007): Führintervention bei verzögerter Sprachentwicklung: „Heidelberger Elterntraining zur frühen Sprachförderung“. Forum Logopädie 21, 5, 6-11.
- Conti-Ramsden, G. & Durkin, K. (2007): Phonological short-term memory, language and literacy: developmental relationship in early adolescence in young people with SLI. J Child Psychol Psychiatry 48, 147-156.
- Grimm, H. (1999): Störungen der Sprachentwicklung. Göttingen: Hogrefe.
- Grimm, H. (2001): SETK-2: Sprachentwicklungstest für zweijährige Kinder. Diagnose rezeptiver und produktiver Sprachverarbeitungsfähigkeiten. Göttingen: Hogrefe.
- Grimm, H. & Doil, H. (2000): Elternfragebögen zu Erfassung von Risikokindern, Handbuch. Göttingen: Hogrefe.
- Grohnfeldt, M. (2004): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Bildung, Erziehung und Unterricht, Bd. 5. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kauschke, C. (2007): Sprache im Spannungsfeld von Erbe und Umwelt. Die Sprachheilarbeit 52, 1, 4-16.
- Locke, J. (1997): A theory of neurolinguistic development. Brain and language 58, 265-326.

- Möller, D. (2006): Schritte im Dialog – Ein Eltern-Kind-Programm für Familien mit sprachentwicklungsverzögerten Kindern. Forum Logopädie 20, 1, 20-25.
- Pretis, M. (2005): Frühförderung planen, durchführen, evaluieren. München: Ernst Reinhardt.
- Ritterfeld, U. (2000): Zur Prävention bei Verdacht auf eine Spracherwerbsstörung: Argumente für eine gezielte Interaktionsschulung der Eltern. Frühförderung interdisziplinär 2, 82-87.
- Von Suchodoletz, W. (2008): SBE-2-KT. Sprachbeurteilung durch Eltern – Kurztest für die U7. www.kjp.med.uni-muenchen.de/sprachstoerungen/SBE-2-KT.php

## Korrespondenzadresse

Raphaela Bogner  
Christiane Wiedemann-Mayer  
Jana Jakob  
Renchtalschule – Schule für Sprachbehinderte – Oberkirch  
Hansjakobstr. 7  
77704 Oberkirch  
info@renchtalschule.de  
www.renchtalschule.de

*Raphaela Bogner ist  
Sonderschullehrerin (Sprachbehindertenpädagogik) und  
Sprachtherapeutin.*

*Christiane Wiedemann-Mayer ist  
Sonderschullehrerin (Sprachbehindertenpädagogik)  
Renchtalschule Oberkirch und  
Leiterin der sonderpädagogischen Beratungsstelle  
für entwicklungsverzögerte und sprachauffällige Kinder  
Oberkirch sowie  
Pädagogische Beraterin im Bereich Sprachbehindertenpädagogik  
am Amt für Schule und Bildung / Offenburg.*

*Jana Jakob ist  
Sonderschullehrerin (Sprachbehindertenpädagogik).*



## Diagnostik des Stotterns bei Kindern: Ein Diskussionsbeitrag zur Umsetzung der ICF

Bernd Hansen, Flensburg & Claudia Iven, Bergheim



### Zusammenfassung

Der vorliegende Beitrag betrachtet die Diagnostik des Stotterns bei Kindern unter der patientenorientierten Perspektive, die die ICF anmahnt. Ein Blick in die fachwissenschaftliche Grauzone des Übergangs zwischen Sprechunflüssigkeiten und Stottern verdeutlicht, dass differenzialdiagnostische Sicherheiten in vielen Fällen nicht eindeutig zu gewinnen sind. Vor diesem Hintergrund werden methodenkritische Betrachtungen der aktuellen Versuche

angestellt, Stottern bei Kindern quantitativ erfassen zu wollen, insbesondere mit Hilfe des 3%-Kriteriums (u.a. Natke 2005, Sandrieser & Schneider 2008) und des Stuttering Severity Instruments (Riley 1994). Abschließend erfolgt ein Ausblick auf diagnostische und therapeutische Erfordernisse, wenn man entsprechend der ICF methodenflexibel und an Klientenzielen orientiert arbeiten möchte.

### Einleitung

Die fachwissenschaftliche Sicht auf das Phänomen Stottern beeinflusst die Definition dessen, was unter Stottern verstanden wird, die Interpretation von Studienergebnissen und die Auswahl von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. Wenn z. B. die Überzeugung besteht, dass es sich beim Stottern um eine neurophysiologisch erklärbare Sprechablaufstörung handelt, so ist eine Stotterdiagnostik mit EEG und Kernspintomograph ebenso folgerichtig wie die Therapie mit Neuroleptika und motorischem Sprechablauftraining (Angerstein 2008). Liest man aus Studien mit Subgruppen heraus, dass sich grundsätzlich alle Kinder der Veränderung ihres Sprechens bewusst sind (Sandrieser 2009, 161), kann schlüssig begründet werden, dass für alle Kinder eine direkte, symptommodifizierende Therapie geeignet ist. Die aktuelle Forschungslage zum Thema Stottern konzentriert sich allerdings oft auf Details des Störungssystems und liefert z.T. diffuse, sich widersprechende

Ergebnisse, so dass abschließende Sicherheiten noch überhaupt nicht formuliert werden können (vgl. z. B. Conture et al. 2001, Boshardt 2008). Das wird bei dem sehr heterogenen, individuell ausgeprägten und variablen Störungsbild wahrscheinlich auch so bleiben: es gibt keine Pauschal-Lösungen für ein nicht pauschalisierbares Phänomen.

Die individuelle Symptomatik, deren Schwankungen und Auswirkungen auf den kommunikativen Alltag sowie die Klientenbedürfnisse werden dabei oft nicht ausreichend berücksichtigt. Selbstverständlich ist Grundlagenforschung richtig und wichtig, sie darf aber nicht im Sinne einer „pars pro toto“-Haltung dazu führen, dass von erforschten Teilaspekten auf das Gesamtphänomen geschlossen wird und therapeutische Konzepte propagiert werden, die die Komplexität des Stotterns auf einige wenige Kriterien reduzieren.

Gerade in der Therapie des Stotterns bei Kindern zeigen sich in den letzten Jahren verstärkte Tendenzen zu Programmen, deren Abläufe weitgehend standardisiert

sind (vgl. u.a. Onslow, Packman & Harrison 2003, Sandrieser & Schneider 2008). Solche Programme entsprechen durchaus den aktuellen Bestrebungen nach Evidenzbasierung und der Suche nach Effektivitäts- und Effizienznachweisen. Problematisch erscheinen jedoch die in diesen Programmen verwirklichten Tendenzen zur Vereinheitlichung und Standardisierung des individuellen Störungssystems Stottern. Die operationalisierte Vorgabe von Therapie-Schritten soll in diesem Beitrag zur Diskussion gestellt werden. Wir möchten damit anregen, scheinbare Sicherheiten zu hinterfragen und den Blick von der Oberflächensymptomatik weg auf eine auch in der International Classification of Function, Disability and Health (ICF, DIMDI 2005) erkennbare Perspektive zu lenken, die die stotternde Person in ihrem kommunikativen Kontext ernst nimmt. Aus einer solchen „therapiesteuernden Diagnostik“ (Johannsen 2003, 159) lassen sich Vorgehensweisen ableiten, die mit flexibler, wissenschaftlich begründeter Methodenvielfalt arbeiten und daher eine fachkompetente

Entscheidungsfreiheit für Therapeutinnen und Klientinnen ermöglichen.

## 1 Problemstellungen

Die Entwicklungsdynamik von Sprechflüssigkeit, -unflüssigkeit und Stottern bei Kindern bringt es mit sich, dass hinsichtlich der diagnostischen und prognostischen Aussagen häufig Unsicherheiten bleiben: Stottern ist in seiner Entstehung und Entwicklung von individuell ausgeprägten Dispositionen und kognitiven, sozialen, emotionalen, linguistischen, neurophysiologischen, -psychologischen, -muskulären Kompetenzen und Problemlagen abhängig. Jede Stotterentwicklung beruht auf einem einzigartigen Zusammenwirken von Körperstruktur, Körperfunktion, Person- und Umweltfaktoren (Hansen, Iven & Rapp 2009). Außerdem prägt bei Kindern die gesamte Sprachentwicklung entscheidend mit, wie Sprechflüssigkeit gerade gelingen kann. Unser Wissen dazu, was beim Stottern eigentlich genau gestört ist, wie sich diese Störungen auf Kommunikation, Interaktion und Partizipation auswirken und wie sich diese vielschichtigen Aspekte erfassen lassen, ist dabei noch bruchstückhaft und lässt keine einfachen Schlüsse auf Kausalzusammenhänge zu.

### 1.1 Probleme bei der Ursachensuche

Die aktuelle Grundlagenforschung liefert derzeit wichtige „Mosaiksteine“ zu unserem Wissen darüber, wie sich die gestörte Sprechablaufsteuerung beim Stottern erklären lässt. Auf der Ebene der *Körperstruktur und -funktion* liegen neuere Belege für genetische und neuroanatomische Abweichungen bei stotternden *Erwachsenen* vor:

- Riaz et al. (2005), Suresh et al. (2006) und Wittke-Thompson et al. (2007) ermitteln anhand von Studien in sogenannten „Stotterfamilien“, dass es genetische Dispositionsorte auf mindestens 6 Chromosomen gibt, so dass sich die familiäre Häufung des Stotterns ebenso genetisch erklären ließe wie auch die Häufung bei eineiigen Zwillingen. Es gilt aber auch, dass die „Art der genetischen Faktoren [...] inhaltlich unspezifiziert“ (Bosshardt 2008, 21) ist. Die *Wahrscheinlichkeit* der Entstehung des Stotterns scheint genetisch beeinflusst, aber die „... Schwere der Symptomausprägung ist nicht genetisch determiniert“ (Bosshardt a.a.O.). Aktuelle epigenetische Forschungsergebnisse ergänzen, dass Kontext- und Umweltfaktoren als „Schalter“ auf genetische Dispositionen einwirken, also erheblichen Einfluss darauf haben, wie sich genetische

Programmierungen auswirken und welche davon überhaupt zum Tragen kommen (Spork 2009).

#### Alles genetisch?

Zwillingsstudien werfen auch neue Fragen auf: von den eineiigen Zwillingen stottern eben nicht immer alle beide, sondern nur öfter beide als bei zweieiigen Zwillingen. Wenn Stottern grundsätzlich genetisch determiniert ist, warum stottern dann nicht beide eineiige Zwillinge?

- Neuroimagingverfahren (PET, fMRT) belegen, dass bei stotternden *Erwachsenen* verringerte Aktivierungen der sprachrelevanten linkshemisphärischen Sprachverarbeitungscentren vorliegen und gleichzeitig die homologen Strukturen der rechten Hemisphäre dysfunktional mitaktiviert werden. Außerdem gibt es Belege für neuroanatomische Abweichungen in den Sprachzentren und motorischen Regionen des ZNS (Brown et al. 2005, Neumann et al. 2003, 2005, Neumann 2007, Preibisch et al. 2003, Salmelin et al. 2000). Gemeinsam verweisen die Studien darauf, dass es sich beim Stottern um ein genetisch beeinflusstes, neurophysiologisches Problem handelt. Problematisch ist, dass die Ergebnisse, die bei *erwachsenen* stotternden Probanden gewonnen wurden, keine direkten Rückschlüsse auf Stotter-Ursachen zulassen. Ob sich die dysfunktionalen Hirnaktivierungen der erwachsenen Probanden auch schon gezeigt hätten, als diese im Kindesalter waren, ist unklar: Sie könnten auch Ergebnis jahrzehntelanger Erfahrung mit den gestörten Sprechabläufen sein. Ob DNS-Abschnitte, die bei stotternden Personen häufiger (aber nicht immer!) auffällig sind als bei Nicht-Stotternden, tatsächlich für die Symptomausprägung verantwortlich sind, oder verstärkende und aufrechterhaltende Kontextfaktoren hinzukommen *müssen*, ist ebenfalls noch nicht ausreichend geklärt. Die aktuellen genetischen und Neuro-Imaging-Studien sagen uns also etwas darüber, warum bei *manchen* Stotternden die hirnpfysiologischen Abläufe gestört sind und nicht grundsätzlich etwas über die Sprechablaufsteuerung bei allen stotternden Menschen in allen Entwicklungsphasen.

„Wir scheinen daran festzuhalten, den Zugang zum Stottern unter der Straßenlaterne des Erwachsenseins suchen zu wollen, wahrscheinlich weil dies der bequemste Platz zum Suchen ist. Obwohl

es ein logischerer und offenbar besserer Ausgangspunkt ist, unsere Suche weit zurück in der zugegebenermaßen schlecht beleuchteten, unüberschaubaren und chaotischen Umgebung der Kindheit zu beginnen“ (Conture 1991, Zit. in Hansen & Iven 2002, 15).

Beschränkt man sich bei der Betrachtung des Stotterns auf die Oberfläche der Sprechablaufstörung, ist eine neurophysiologische oder genetische Perspektive nachvollziehbar, weil sie das Wissen um die gestörten Funktionen des Sprechablaufs erweitert. In der Lebenswirklichkeit von stotternden Personen machen jedoch die kognitiven, emotionalen und sozial-kommunikativen Bewertungen des Sprechens durch die stotternde Person und ihre Kommunikationspartner einen Großteil des Problems aus. Diese Person-, Umwelt- und Kontextfaktoren werden in einer eher struktur- und funktionsorientierten Sicht ausgeblendet. Die Studien zur Grundlagenforschung *können* demnach nicht direkt in diagnostisch-therapeutische Ableitungen münden: „Methodische Konzepte und Programme, die nur einzelne der vielen ICF-Komponenten berücksichtigen, greifen notwendigerweise zu kurz und werden dem komplexen Störungssystem des Einzelfalls nicht gerecht“ (Hansen, Iven & Rapp 2009, 119).

Auch für das Verständnis des Kinderstotterns helfen uns die funktionsorientierten Studien nicht entscheidend weiter. Auf sprechunflüssige Kinder übertragen bleiben bei diesen Studienergebnissen etliche Fragen offen im Raum, wie z. B.: Wie kann es sein, dass eine vermutlich genetisch determinierte, neurophysiologische Störung bei den meisten Kindern trotzdem in eine natürliche Selbstheilung („natural recovery“) (vgl. Baumgartner 2009, 226) mündet - wie determinierend ist die genetische Determination?

### 1.2 Probleme der diagnostischen Begrifflichkeiten

Ein großer Teil der Probleme bei der Diagnose des Stotterns bei Kindern hängt damit zusammen, dass Stottern ein jeweils individuelles Störungssystem ist: *Es gibt keine Standard-Symptomatik, die für alle stotternden Personen gilt und normierbar wäre.* „Natürlich bestehen berechtigte Zweifel an der Möglichkeit, das Gesamtphänomen Stottern durch Messen zu erfassen. Diese gründen in der Anerkennung der Komplexität, Variabilität und Dynamik der Redeflussstörung sowie der Ausweitung der Störung in individuell unterschiedliche,

persönlich-soziale Verhaltens- und Erlebnisweisen. Gerade diese lassen eine einfache, messtechnische Erfassung nicht zu, bestimmen aber die Schwere der Störung ganz entscheidend mit“ (Glück 2003, 11).

Der Versuch, Stottern mit standardisierten Verfahren zu erfassen, ist gekennzeichnet durch Probleme mit

- **geringer Symptomstabilität:** Innerhalb weniger Minuten, bei verschiedenen kommunikativen Anforderungen und Gesprächspartnern kann es zu sehr divergenten Ergebnissen kommen, d.h. momentane Beobachtungen liefern keine valide und reproduzierbare Bewertungsbasis;
- **geringer Interrater-Reliabilität:** Selbst diagnostisch-therapeutische Fachleute bewerten Sprechproben stotternder Personen nicht einheitlich und erreichen mitunter keine besseren Ergebnisse als Laien (u.a. Bloodstein & Ratner 2008, Ward 2006, Blomgren et al. 2005, Wingate 2001, Curlee 1981) oder als es die Ratewahrscheinlichkeit erwarten lässt (Cordes 2000, Brundage et al. 2006);
- **geringer Auswertungsobjektivität:** Fachwissenschaftlich besteht kein Konsens darüber, was als Kernsymptom erfasst werden soll. So werden z. B. Wiederholungen einsilbiger Wörter (z. B. „Da da da steht ein Hund“, „Ich ich will ein Eis“) von einigen Autoren als Kernsymptome des Stotterns definiert (Natke 2005, 17; Schneider & Zückner 2005, 16), von anderen nicht dazugerechnet (Glück & Baumgartner 2006, 421) und von weiteren Autoren manchmal als Symptom gewertet, manchmal nicht (Sandrieser & Schneider 2008, 8). Unter diesen Bedingungen von ausgesprochen unklarer Kriteriendefinition ist eine objektive „Messung“ der Symptomatik nicht möglich.

So unscharf wie die Symptom-Definition ist letztendlich auch die Frage, wie man das, was man festgestellt hat, nun benennen soll. Wenn bei einem Kind, obwohl es Kernsymptome wie Blocks, Dehnungen und/oder Wiederholungen zeigt, in den meisten Fällen mit einer natürlichen Selbstheilung zu rechnen ist, haben wir es offensichtlich mit einem Übergangsphänomen zu tun, das zunächst einmal nichts Pathologisches hat und daher auch noch nicht mit dem Begriff „Stottern“ belegt werden sollte. Die so genannten „Spontanremissionsraten“ im Kindesalter, die in den meisten Quellen um ca. 80 % schwanken (Natke 2005, 11f, Johannsen 2001, 18, Bosshardt 2008, 5), sprechen deutlich dafür, dass trotz längerer Phasen von Sprechunflüssigkeiten keine Chronifizierung stattfinden muss. Wir haben der-

zeit keine belastbaren Kenntnisse darüber, wie die Stotterentwicklung grundsätzlich verläuft, welche Subgruppen es noch geben könnte und welche Einflussfaktoren für die weitere Entwicklung entscheidend sind. Es scheint sowohl plötzliche als auch kontinuierliche Verläufe zu geben. **Darüber hinaus hat der Zeitpunkt und der Schweregrad des Erstauftretens keine prognostische Bedeutung: Auch Kinder mit einem plötzlichen, frühen Beginn mit starken Symptomen haben die gleiche Remissionswahrscheinlichkeit wie Kinder, die nach anfangs wiederholungsbetonter Symptomatik kontinuierlich stärkere Symptome entwickeln (Johannsen 2001). Die Qualität und Quantität der Anfangssymptomatik sagt also nichts darüber aus, ob es sich tatsächlich schon um Stottern handelt. Die Grauzone, in der diagnostisch nicht sicher zwischen flüssigem Sprechen und chronifiziertem Stottern unterschieden werden kann, ist breit.**

Die Diagnose „Stottern“ ist so früh, vor dem Hintergrund der erheblichen Raten an natürlichen Selbstheilungen und im Rahmen des sich vollziehenden Spracherwerbs genauso paradox wie die veraltete Etikettierung, dass es sich bei allen Formen von Sprechunflüssigkeiten um „Entwicklungsstottern“ oder „physiologisches Stottern“ handle. Bei den Kindern zeigen sich Unflüssigkeiten, die durchaus den Charakter von Kernsymptomatik annehmen und sich chronifizieren können, die sich aber zum weit überwiegenden Teil wieder verlieren werden. Die erkennbaren „Symptome“ lassen sich also wesentlich besser deskriptiv mit dem Begriff der „Sprechunflüssigkeiten“ bezeichnen als normativ mit dem pathologischen Begriff „Stottern“.

Eine frühzeitige Bewertung und Etikettierung dieser Sprechunflüssigkeiten als „Stottern“ ist genauso unseriös wie die Bezeichnung aller Late-Talker-Kinder als SSES-Kinder. Die meisten Stottersymptome bei Kindern sind ähnlich zu bewerten wie der Wortschatz-Rückstand bei Late-Talkern: Es kann sein, dass sich daraus ein Problem entwickelt, aber wir haben nach wie vor recht wenige prognostische Kriterien zur Verfügung, die uns in diesem frühen (Sprach-) Entwicklungsstadium sagen würden, welches Kind später ein SSES-Kind wird und welches Kind aufholt. Genauso wenig haben wir belastbare Kriterien dafür, ob sich das Stottern eines Kindes chronifizieren wird oder nicht: Die Qualität und Häufigkeit der Symptome, die Dauer der Unflüssigkei-

ten, das Alter bei Beginn oder das frühe Vorkommen von Sekundärsymptomatik haben keine prognostische Bedeutung (Johannsen 2001, Natke 2005, 49).

Aus der vorhandenen prognostisch-diagnostischen Unsicherheit lässt sich allerdings keine Haltung des „wait and see“ ableiten: Aus der Tatsache, dass Stottern so früh noch nicht sicher festgestellt werden kann, resultiert keine therapeutische Untätigkeit. Es entscheidet sich schließlich nicht an der Art der Bezeichnung, ob therapeutisch interveniert werden kann oder nicht. Die Ulmer Langzeitstudie hat einige „danger signs“ (Johannsen 2001, 18) nachgewiesen, s. Tab. 1, die einen chronischen Verlauf zu begünstigen scheinen, ohne damit direkte Vorhersagen für jedes unflüssig sprechende oder stotternde Kind treffen zu können. Selbstverständlich kann man aber bei Sprechunflüssigkeiten und/oder Stottersymptomen, deren weitere Entwicklung noch nicht sicher absehbar ist, sprechflüssigkeits-unterstützend einwirken. Hier bleibt die Frage offen, ob ein Verzicht auf starre Normierungskategorien („Stottern“ gleich Therapie, „kein Stottern“ gleich keine Therapie) nicht zukünftig dazu führen könnte, dass mehr Kinder, nämlich auch die in der „Grauzone“, adäquat behandelt werden.

#### Risikofaktoren, die einen chronischen Verlauf begünstigen können

früher Beginn der Symptomatik

männliches Geschlecht

stotternde Familienangehörige

therapeutisch nicht rasch beeinflussbare Symptomatik

Linkshändigkeit

„reines“ Stottern ohne Vorliegen von Sprachentwicklungs- oder sprechmotorischen Auffälligkeiten

**Tabelle 1: Ergebnisse der Ulmer Langzeitstudie: Risikofaktoren für eine Chronifizierung des Stotterns (nach Johannsen 2001, 18)**

### 1.3 Auf der Suche nach dem Stottern: Das Problem des 3%-Kriteriums

In den letzten Jahren mehren sich die Versuche, Stottern anhand quantitativer Merkma-

le differenzialdiagnostisch zu erfassen und den individuellen Schweregrad des Stotterns mit Hilfe messbarer Kriterien zu quantifizieren. Aber: „Die Person, die stottert, entzieht sich einer allumfassenden Messbarkeit im naturwissenschaftlichen Sinn... Je mehr man sich folglich auf das Sichtbare, etwa bei der Quantifizierung von Stotterereignissen konzentriert, desto wahrscheinlicher erhält der Diagnostiker triviale Informationen“ (Baumgartner 2009, 226).

Eine Reihe von Autoren geben einen Prozentsatz von mehr als 3% pro 100 Silben als stotter-definierend an, z. B.: „Stottern liegt vor, wenn in der Spontansprache mindestens 3% Kernsymptomatik beobachtbar ist“ (Zückner & Schneider 2006, 23); „Als natürliche Grenze hat sich [...] eine Häufigkeit von drei stottertypischen Sprechunflüssigkeiten auf 100 Silben herausgestellt“ (Natke 2005, 43); „A child was classified as a CWS [child with stuttering; Anm. der Verf.] if he/she exhibited three or more stutter-like dysfluencies per 100 words of conversational speech“ (Anderson, Pellowski & Conture 2005, 225); „Vereinzelt können sie [die stottertypischen Sprechunflüssigkeiten; Anm. der Verf.] auch bei Nichtstotternden beobachtet werden, aber so selten, dass die 3%-Schwelle die meisten Stotternden zuverlässig von den Nichtstotternden trennt“ (Sandrieser & Schneider 2008, 6). Dabei sind sich die Verfasser weder einig, ob sie von 3% der Silben oder der Wörter ausgehen, noch darüber, was jeweils unter den sogenannten stottertypischen Unflüssigkeiten zu verstehen ist. Im Gegenteil bestehen nachhaltige Zweifel daran, ob sich bei stotternden Kindern grundsätzlich „typische“, d. h. differenzialdiagnostisch nutzbare Formen von Unflüssigkeiten finden lassen, die sich von denen flüssig sprechender Kinder unterscheiden. In einer Metaanalyse der Studienlage aus den letzten Jahrzehnten zu dieser Frage stellen Bloodstein & Ratner (2008, 314) fest: „...no broadly defined types of disfluency exhibited by the stutterers were absent from the speech of the nonstutterers, not even those most clearly differentiating the two groups.“ Es gibt also keine so genannten „typischen Stotter Symptome“, die sich nicht auch, zumindest gelegentlich, im Sprechen nichtstotternder Kinder finden ließen (vgl. Bloodstein & Ratner 2008, 317). Diese Unflüssigkeiten können bis zu 10% der gesprochenen Wörter betreffen (vgl. Guitar 1998, 107, Ambrose & Yairi 1999, 906). Insgesamt haben wir es also mit einem „Mangel an adäquaten Normen für Sprechunflüssigkeiten“ (Baumgartner 2009, 224) zu tun.

Die vermeintlich so sichere und leicht

messbare 3%-Grenze hat sich dennoch seit einigen Jahren im angloamerikanischen Sprachraum als diagnostisches Kriterium etabliert und wird auch hierzulande bekannter. Allerdings findet man durchaus Zweifel an der Aussagekraft dieses Kriteriums: „Um eine nachvollziehbare Diagnose stellen zu können, sind eindeutig definierte Kriterien nötig: Stottern liegt vor, sobald 3% oder mehr der geäußerten Silben symptomatische Unflüssigkeiten aufweisen. Wenn Begleitsymptomatik oder psychische Reaktionen vorliegen, kann Stottern auch diagnostiziert werden, wenn weniger als 3% der analysierten Silben symptomatische Unflüssigkeiten aufweisen“ (Sandrieser & Schneider 2008, 66); „Nur sehr wenige als stotternd diagnostizierte Kinder zeigen weniger als 3% und nur

Nicht überall wo Stottern drauf steht, ist auch Stottern drin, schon gar nicht bei Kindern.

sehr wenige als normal sprechend eingestufte Kinder 3% oder mehr stottertypische Sprechunflüssigkeiten“ (Natke 2005, 43). Diese Relativierungen des zuvor als Maß gesetzten 3%-Kriteriums besagen, dass es sowohl Kinder mit unter 3% Symptommhäufigkeit gibt, die trotzdem als stotternd identifiziert werden, als auch solche, deren Symptommhäufigkeit über 3% liegt, die aber nicht stottern. Da das 3%-Kriterium damit nicht mehr als „eindeutig definiert“ gelten kann, sondern die Interpretation, ob Stottern vorliegt oder nicht, auch nach subjektivem Eindruck gefällt werden kann, bietet die 3%-Größe nur eine Schein-Sicherheit bei der Stotterdiagnose: sie ist weder valide noch reliabel noch objektiv.

Die Verfasser der Studie, die ursprünglich zu dem 3%-Kriterium geführt hat (Ambrose & Yairi 1999), schränken die differenzialdiagnostische Aussagekraft der 3%-Größe ein: Sie stellen fest, dass rund 10% der Spontansprache von Kindern, die *bereits als stotternd diagnostiziert* worden waren, aus stottertypischen Sprechunflüssigkeiten besteht und dass es eine hohe Standardabweichung gibt, die einen breiten Normbereich von 3,58% bis 16,42% bestimmt. Ambrose & Yairi bleiben ursprünglich sehr zurückhaltend in ihrer Interpretation und geben einen Wert von 3-5% stottertypischer Sprechunflüssigkeiten als Grenzbereich an, mit dem zwischen stotternden und nicht stotternden Kindern unterschieden werden *könnte* (a.a.O., 904). Sie betonen aber auch: „this division is convenient, but it is not to be taken as an absolute line of demarcation“ (a.a.O., 906).

Die Ursprungs-Studie der vermeintlichen 3%-Grenze rät eindeutig von einer Nutzung als differenzialdiagnostische Grenzziehung ab - heutige Interpreten der Ambrose/Yairi-Studie verwenden das 3%-Kriterium jedoch als Ein- oder Ausschlusskriterium, als wäre es valide messbar und als stabiles differenzialdiagnostisches Kriterium objektivierbar. Es fragt sich, warum ein ausschließlich quantitatives Kriterium, das differenzialdiagnostisch nicht funktioniert, so „populär“ werden konnte.

#### 1.4 Auf der Suche nach dem Schweregrad

Im Bestreben, Stottern in Diagnose und Therapie zu standardisieren, wird auch der Versuch unternommen, den individuellen Schweregrad objektiv zu messen. Hierfür wird zumeist auf das Stuttering Severity Instrument 3 (SSI-3, Riley 1994; deutsche Fassung Sandrieser & Schneider 2008, 207) verwiesen, das mittlerweile relativ unkritisch als Standarddiagnostik bezeichnet wird: Für die Festlegung des Schweregrades einer Redefluss-Störung soll „...das Stuttering Severity Instrument [...] das entsprechend normierte Verfahren [bieten]“ (Schneider & Zückner 2005, 6). Das SSI-3 wird nicht nur zur Schweregradbestimmung herangezogen, sondern auch empfohlen, „um sicher differenzieren zu können, ob Stottern vorliegt“ (Sandrieser 2009, 159).

Sowohl die Schweregradbestimmung als auch die Differenzialdiagnose mit dem SSI-3 sind jedoch ausgesprochen problematisch, und zwar aus folgenden Gründen:

- Das SSI-3 ist nicht für das Deutsche normiert, sondern verwendet die teilweise recht kleinen Normierungstichproben aus dem Amerikanischen; vor dem Hintergrund unterschiedlicher Sprachsysteme, deren unterschiedliche phonetische Komplexität und syntaktische Struktur durchaus Auswirkungen auf die Stotterhäufigkeit hat (Dworzynski & Howell 2004, 168), kann es keinesfalls als für das Deutsche standardisiertes Testverfahren gelten.
- Die Normierung des SSI-3 wird in der Fachliteratur kritisch bewertet, vor allem die Validität und die Reliabilität werden angezweifelt (Guitar 1998, 163, McCauley 1996). Eine Untersuchung mit erwachsenen stotternden Probanden aus dem Jahr 2009 zeigt für die deutsche Fassung eine unzureichende Retest-Reliabilität (Matthies & Perlitz 2009).
- Im Wissen um die Varianz des Stotterns empfehlen das Original-Manual (Riley 1994, 8) und die deutsche Fassung (Sand-

rieser & Schneider 2008, 73), mehrere Testungen durchzuführen und mehrere Sprachproben zu erheben, allerdings ohne Angaben dazu, wie aus verschiedenen Werten zu verschiedenen Messzeitpunkten ein Gesamt-Schweregrad ermittelt werden könnte.

- Ob es sich bei den gezählten Unflüssigkeiten um Kernsymptomatik handelt oder um spannungsfreie Wiederholungen ganzer einsilbiger Wörter, ist im SSI-3 unerheblich. Die Symptomqualität geht an keiner Stelle in die Bewertung des Schweregrades ein.
- Das motorische Begleitverhalten wird in Kategorien eingeteilt, die ausschließlich der subjektiven Bewertung des Untersuchers unterliegen und deren Unterschiede nicht definiert werden. Nicht nur deshalb bestehen erhebliche Zweifel an der Durchführungsobjektivität.
- Neben weiteren testmethodischen Mängeln sticht gravierend hervor, dass selbst Vorschulkinder mit einem **Rohwert von 0 Punkten** (die de facto nicht erreichbar sind, weil selbst 1% von „Symptomen“ und diese bei Dauer ab 0 Sekunden mit Punktwerten belegt werden) schon als „sehr leicht stotternd“ bewertet werden (Sandrieser & Schneider 2008, 208). Ein Kind mit unter 3% „Symptomen“, die nicht länger als eine halbe Sekunde dauern und mit nicht vorhandenen Begleitsymptomen ist also laut SSI-3 ein sehr leicht stotterndes Kind – die Kategorie „kein Stottern“ existiert nicht, jedes untersuchte Kind wird somit pathologisiert. Eine Differentialdiagnostik, die stotternde von nicht stotternden Kindern trennt, ist so nicht möglich.

Das SSI-3 eignet sich nicht zur Schweregrad-Bestimmung, sobald man den Begriff Schweregrad weiter fasst als die Häufigkeit und Dauer der Symptome und die vom Untersucher beurteilte Auffälligkeit der Sekundärsymptomatik. Die Orientierung an der Symptommhäufigkeit und offen sichtbarer Sekundärsymptomatik führt z. B. bei stark vermeidenden Klienten zu Fehlurteilen. Zur Schweregradbestimmung gehört immer mindestens noch die Erfassung der individuellen Belastung in verschiedenen Kommunikationssituationen, und dieser individuell ausgeprägte Schweregrad ist nur *subjektiv beschreibbar, nicht objektiv messbar*. Die Klientensicht des Problems, die Symptomqualität und –varianz sowie individuelle Kommunikationseinschränkungen und –ressourcen, die nicht nur nach ICF bedeutungsvolle Diagnosebereiche darstellen, spielen beim SSI-3 keine Rolle. Es fragt sich, was ein derart oberflächliches Instrument so popu-

lär macht, dass es auch im deutschsprachigen Raum recht unkritisch zur Diagnose des Schweregrades und zur Differentialdiagnose empfohlen wird.

### 1.5 Fazit des Problemaufrisses

Stottern ist nicht normierbar: diagnostische Momentaufnahmen sind weder reproduzierbar noch auf andere Individuen übertragbar. Die Instabilität der Symptome führt alle Versuche zur standardisierten Quantifizierung des Stotterns ad absurdum. Offene und verdeckte Symptome sind individuell sehr unterschiedlich ausgeprägt: Die Bandbreite reicht von hoher Symptomdichte bei relativ gering ausgeprägt scheinendem Störungsbewusstsein bis hin zu völliger Oberflächen-Symptomfreiheit bei hoher Vermeidungstendenz mit starken Stotterängsten und hohem Leidensdruck. Das Zählen von Stottersymptomen kann daher nur als Teilbereich des diagnostischen Prozesses gelten und liefert Daten, die nicht einmal intraindividuell reproduzierbar sind.

## 2 Diagnostische Lösungsversuche

Eine *qualitative Beschreibung* der Symptome und der Bedingungen, unter denen sie auftreten, scheint für die individuelle Therapieplanung wesentlich sinnvoller als eine Konzentration auf Symptommhäufigkeiten in vermeintlichen Standard-Situationen. Im Sinne einer person- und ressourcenorientierten Vorgehensweise geht es in der Diagnostik immer auch um die Erhebung der vorhandenen *Sprechflüssigkeit* und der Voraussetzungen für sprechflüssigkeitsfördernde Kommunikationsbedingungen. Für diagnostische Prozesse bedeutet dies:

- Keine „triviale“ Beschränkung auf von außen erkennbare/zählbare Stottereignisse: Im Sinne der ICF-Terminologie gehört zur Erfassung von Körperstruktur und –funktion natürlich die Qualität und Quantität der Kernsymptomatik und der physiologischen Begleitsymptome, aber eben auch der Ressourcen für Sprechflüssigkeit;
- Betrachtung der Alltagsauswirkungen von Sprechunflüssigkeiten (ICF-Faktoren der Aktivität und Partizipation), z. B. Vermeidung von Telefonaten, sozialer Rückzug, Integration in Kollegen- oder Freundeskreis;
- Einbezug der emotionalen und kognitiven Bewertungen der stotternden Person (ICF-Terminologie: Person-Faktoren), z. B. deren Ressourcen zur Bewältigung, Selbstakzeptanz;

- Einbezug der Bewertungen und Reaktionen durch die Kommunikationspartner (ICF-Terminologie: Umwelt-Faktoren), z. B. der Umgang mit dem Stottern durch Familie oder Schulklasse, Unterstützung oder Behinderung bei der Nutzung von Therapie- oder Selbsthilfeangeboten.

(vgl. Yaruss 2007, Hansen, Iven & Rapp 2009)

Für eine ICF-gestützte, qualitative, individuell aussagekräftige und somit „therapiesteuernde Diagnostik“ (Johannsen 2003, 159) ergeben sich einige Prinzipien:

- Prozessorientierung statt Staturerhebung
- Kompetenzorientierung statt Defizit-Definition
- klientenbezogene Hypothesengenerierung und –überprüfung
- Konzentration auf Interaktions- und Alltagsbedeutung der Symptome
- Individualisierung und Umfeldorientierung

(vgl. Hansen & Iven 2008, 308f.).

Die Bausteine einer derartigen Diagnostik weisen immer eine enge Verzahnung mit dem therapeutischen Vorgehen, mit den gemeinsam mit allen Beteiligten entwickelten Zielen und der Ergebniskontrolle auf (vgl. Hansen & Iven 2002, 99ff, Hansen & Iven 2005). In der Diagnostik bei unflüssig sprechenden Kindern sollten folgende Analyse-Ebenen aufgegriffen werden, um dem Klienten-System und den ICF-Anforderungen gerecht zu werden:

- Entwicklungsanalyse der Sprach-, Sprech-, Gesamtentwicklung
- Person-Umfeld-Interaktion, be- und entlastende Faktoren
- Sprachlich-kommunikative Kompetenzen in allen Modalitäten
- Analyse der Sprech(un)flüssigkeiten: Qualität und Quantität der Symptome, Bedingungen/Ressourcen für flüssiges Sprechen, Selbsthilfsversuche
- Subjektive Theorien, Meinungen, emotionale und kognitive Bewertungen (Be- und Entlastung)
- Alltagsbedeutung der Sprechunflüssigkeiten, hindernde und unterstützende Faktoren
- Lösungs- und Unterstützungsversuche des Umfelds, Funktionalität und Effektivität dieser Hilfe.

(vgl. Hansen & Iven 2002, 2008)

Diese Anforderungen an den diagnostischen Prozess sind nicht erst seit der ICF formuliert worden, und es gab und gibt eine Bandbreite an qualitativ-deskriptiv ausgerichteten Verfahren, mit denen man die nötigen Informationen erlangen kann. Dazu gehören, mit unterschiedlichen Schwer-

punkten und Zielrichtungen, z. B. folgende Instrumente:

**PEVOS**-Inventarium (Programm zur Evaluation von Stottertherapien, Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe o.J.)

**OASES**: Overall assessment of the speaker's experience of stuttering (Yaruss & Quesal 2006)

**ACES**: Assessment of the child's experiences of stuttering (Yaruss, Coleman & Quesal 2006) bzw. **AKES**: Abschätzung kindlicher Erfahrungen beim Stottern (Schulte 2007)

**AAUS** (Zückner & Schneider 2008).

**Beobachtungsleitfaden** zur Interaktions-/Kommunikations-Einschätzung (Hansen & Iven 2002, 2008).

Ergänzend können zur Erfassung von Belastungsgefühlen und Verhaltensaspekten verschiedene Ratingskalen und Fragebögen zur Einschätzung von Stresserleben, Bewältigungsstrategien, Elternbewertungen etc. eingesetzt werden (im Überblick s. Baumgartner 2009, 234).

Mit einer ICF-orientierten Diagnostik kann das Ziel verfolgt werden, die individuell bedeutsamen Informationen zu Stottern und Sprechflüssigkeit zu erfassen, um eine individuell relevante Diagnose von Problemen und Ressourcen zu erhalten, die in eine person-orientierte Auswahl der Therapiebausteine mündet. Diese Bausteine wiederum können flexibel an Entwicklungsprozesse und Bedürfnisse der stotternden Klienten und deren Angehörigen angepasst werden.

### 3 Ausblick auf therapeutische Lösungsansätze

„Individuelle Ressourcen und Defizite in den unterschiedlichen Komponenten [der ICF] erfordern eine auf jeden stotternden Menschen spezifisch zugeschnittene Therapie. Die persönlichen Ziele eines stotternden Menschen sollten die Planung maßgeblich bestimmen. Ein Zuwachs an Partizipation und Lebensqualität kann bei verschiedenen stotternden Menschen durch unterschiedliche Veränderungen bewirkt werden“ (Rapp 2007, 18). Auch diese Sichtweise spricht gegen den Versuch, standardisierte Diagnose- und Therapieprogramme „abzuspulen“. Dies gilt in besonderer Weise für stotternde Kinder, deren individuelle und handlungsorientierte Lern-Bedürfnisse es in besonderem Maße zu berücksichtigen gilt: Als Sprachtherapeuten haben wir uns nicht mit der Therapiefähigkeit des Kindes, sondern mit der Kindfähigkeit der Therapie auseinanderzusetzen. „Therapie versteht sich in diesem Sinne als ein entwicklungsorientier-

tes Angebot von individuell ausgerichteten Erfahrungen, die für das Kind subjektiv bedeutsam, sinnvoll, motivierend und erfreulich sind“ (Hansen & Iven 2002, 43).

In der Therapie des kindlichen Stotterns stellen Sprachtherapeutinnen professionell individualisierte Sprachlernbedingungen für den persönlichen und interaktionalen Erwerb von **vermehrter Sprechflüssigkeit** zur Verfügung, indem sie Bausteine flexibel und aus dem diagnostischen Prozess heraus gut begründet auswählen und miteinander verzahnen (vgl. Baumgartner 2002). Dieser Kontext ist geprägt durch Sinnggebung für das Kind, Alltagsorientierung, Entwicklungsorientierung, Selbstorganisation des Kindes, etc. Es geht in diesem Konzept nicht darum, Therapieinhalte mechanisch und sukzessiv abzuarbeiten. „Die konstruktivistisch und handlungstheoretisch beabsichtigt gelenkte Selbstbewältigung einer Problemlage wie das Stottern ist für Sprachheilpädagogen in anderer Form als der adaptiven nicht vorstellbar“ (Baumgartner 2002, 20). Wir haben uns in der Stottertherapie mit Kindern komplexen und sich ständig verändernden Anforderungen zu stellen, d. h. wir müssen uns gewahr werden, dass wir uns bemühen, das Unplanbare planbar zu machen (vgl. Baumgartner 2002).

Therapiebausteine zur Unterstützung der **Sprechflüssigkeitskompetenz** beinhalten z. B. die spielerische Wahrnehmung und Analyse von Sprechflüssigkeit, den Aufbau und die Kontrolle der Sprechflüssigkeit, u. U. auch die Wahrnehmung von Stottersymptomen. Zum Bereich **Kommunikations- und Sozialkompetenz** gehören die Bausteine Aktivierung von Kommunikationsbereitschaft und Sprechfreude, Unterstützung eines positiven Selbstkonzeptes, Abbau von evtl. vorhandenem Vermeidungsverhalten und kindgemäße Enttabuisierung des Stotterns (vgl. Hansen & Iven 2005). In Bezug auf die ICF-Komponenten **Umweltfaktoren und Aktivität/Partizipation** sind Bausteine der Transfer-Unterstützung, Alltagsrelevanz und intensive Eltern- und Umfeldberatung unabdingbar.

Von sprachtherapeutischen Fachkräften sind in der Beratung und Therapie zielorientiert und planvoll methodisch-didaktische Entscheidungen zu fällen, die ein Höchstmaß an selbstregulierten Veränderungen durch die Betroffenen möglich werden lassen und auch der Bewusstseinsfähigkeit und Bewusstseinswilligkeit der beteiligten Kinder Rechnung tragen (vgl. Baumgartner 2002, 20). Ein Bausteinprinzip bietet hierfür wertvolle Rahmenbedingungen: Es „... kann individueller und einzelfallbezogen

eingesetzt werden, ermöglicht eine feinere indikatorische Abstimmung, es vermag Systematik in die Vielfalt der Konzepte zu bringen, ermöglicht eine größere therapeutische Flexibilität, zeigt eine Überwindung einer einseitigen Therapiegestaltung, die in ihrer Effizienz wenig überprüfbar bleibt ...“ (Katz-Bernstein 2003, 87) und wird den durch die ICF gesetzten Maßstäben zur Verbesserung der Partizipation von beeinträchtigten Menschen gerecht.

Die wenigen Evaluationsstudien, die sich nicht nur mit einer einzelnen Vorgehensweise befassen, sondern Therapievergleiche anstellen (z. B. Andrews, Guitar & Howie 1980, Renner 2000, Pape-Neumann 2004), kommen relativ übereinstimmend zu den Ergebnissen, dass individuell wirkungsvolle Stottertherapie von folgenden Merkmalen gekennzeichnet ist:

- Methodisch wird eine Kombination aus symptom-spezifischen Angeboten und psychosozialer (umfeld-)Unterstützung verfolgt, d. h. eine Verbindung aus Funktionsbeeinflussung und Kontextfaktoren.
- Auf der Basis einer individuellen Diagnostik der Stottersymptomatik und der Gefühle, Einstellungen, Kommunikationsängste und Verhaltensweisen werden gemeinsam mit dem Klienten (und ggf. den Angehörigen) die individuellen Therapieziele und -schwerpunkte festgelegt. Es entsteht eine „adaptive Therapie“ (Baumgartner 2002, 18), bei der sich das therapeutische Vorgehen dem Klienten anpasst und nicht umgekehrt der Klient sich in ein von vornherein feststehendes Behandlungsprogramm einfügen hat.
- Die Therapie-Konzeption enthält vielfältige Bausteine, die dynamisch an die sich ändernden Bedürfnisse von Klienten und Angehörigen angepasst werden können. Diese Bausteine beinhalten sowohl Maßnahmen zur Symptom-Reduzierung und -Modifikation (z. B. weicher Stimmeinsatz, Pull-outs, Prolongationen) wie auch zur Einstellungsänderung, Kommunikationsentlastung, In-Vivo-Arbeit, Umfeld-Beeinflussung etc. (Hansen & Iven 2008).
- Der Erfolg wird an der Kundenzufriedenheit und seiner kommunikativen Kompetenz im Alltag gemessen und nicht ausschließlich an der Symptom-Häufigkeit im therapeutischen Setting (Pape-Neumann 2004).

(vgl. Iven 2009, 42f.)

Vor dem Hintergrund dieser Wirkfaktoren sind diagnostische und therapeutische Prinzipien, verlässliche Strukturen mit sinnvollen Handlungsschritten und Abläufen und ein theoriegestütztes Rahmenschema

selbstverständliche Bestandteile des professionellen Vorgehens. Auch in einem Bausteinkonzept werden Auswahlprozesse und Abläufe ja nicht willkürlich nach einem „anything goes-Prinzip“ vollzogen, sondern orientieren sich an inneren Strukturen, die sinnvoll und wissenschaftlich begründbar sind. Dieser Begründungs-Rahmen muss aber immer flexibel bleiben und veränderbar sein. Er muss mit den **für die Klienten relevanten Elementen** gefüllt werden, nicht mit vorgegebenen Standard-Maßnahmen, die um ihrer selbst willen abgearbeitet werden.

## Literatur

- Ambrose, N.G. & Yairi, E. (1999): Normative disfluency data for early childhood stuttering. *Journal of Speech, Language and Hearing Research* 42, 895-909.
- Anderson, J.D., Pellowski, M.W. & Conture, E.G. (2005): Childhood stuttering and dissociations across linguistic domains. *Journal of Fluency Disorders* 30, 219-253.
- Andrews, G., Guitar, B., Howie, P. (1980): Meta-analysis of the effects of stuttering treatment. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 45, 287-307.
- Angerstein, W. (2008): Hirnorganische Grundlagen des Stotterns. Unveröffentlichtes Vortrags-Skript, Bad Nenndorfer Therapietage, 08.11.2008.
- Baumgartner, St. (2002): Heilen und Forschen am Beispiel der adaptiven Stottertherapie. *Die Sprachheilarbeit* 47, 18-28.
- Baumgartner, St. (2009): Störungen der Redefähigkeit: Stottern. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): *Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie*. Band 3: Diagnostik, Prävention und Evaluation (205-221). 2. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Blomgren, M., Roy, N., Callister, Th. & Merrill, Ray M. (2005): Intensive Stuttering Modification Therapy: A Multidimensional Assessment of Treatment Outcomes. *Journal of Speech, Language and Hearing Research* 48, 509-523.
- Bloodstein, O. & Ratner, N. (2008): *A Handbook on Stuttering*, 6th Edition. Clifton Park: Delmar.
- Bosshardt, H.-G. (2008): *Stottern*. Göttingen: Hogrefe.
- Brown, S., Ingham, R.J., Ingham, J.C., Laird, A.R., Fox, P.T. (2005): Stuttered and fluent speech production: an ALE meta-analysis of functional neuroimaging studies. *Human Brain Mapping* 25, 105-117.
- Brundage, S.B., Bothe, A.K., Lengeling, A.N. & Evans, J. (2006): Comparing judgements of stuttering made by students, clinicians, and highly experienced judges. *Journal of Fluency Disorders* 31, 271-283.
- BVSS (Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e. V.): PEVOS-Materialien; Download unter [www.bvss.de](http://www.bvss.de).
- Conture, E.G., Anderson, J.D. & Pellowski, M.W. (2001): Stottern in Theorie und Forschung: Träume der Theoriebildung treffen auf die empirische Wirklichkeit des Forschungsalltags. *Sprache – Stimme – Gehör* (25) 1-9.
- Cordes, A.K. (2000): Individual and consensus judgments of disfluency types in the speech of persons who stutter. *Journal of Speech, Language and Hearing Research* 43, 951-964.
- Curlee, R.F. (1981): Observer agreement on disfluency and stuttering. *Journal of Speech and Hearing research* 24, 595-600.
- DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information) (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Genf: WHO.
- Dworzinsky, K. & Howell, P.: Predicting stuttering from phonetic complexity in German. *Journal of Fluency Disorders* 29, 149-173.
- Glück, Chr. (2003): *FluencyMeter basic: Die quantitative Stotterdiagnostik*. München, Urban & Fischer.
- Glück, Chr. & Baumgartner, St. (2006) *Stottern*. In: Siegmüller, J. & Bartels, H. (Hrsg.): *Leitfaden Sprache-Sprechen-Stimme-Schlucken*. (418-437), München/Jena: Elsevier.
- Guitar, B. (1998): *Stuttering. An integrated approach to its nature and treatment*. 2nd Edition. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Hansen, B. & Iven, C. (2002) *Stottern und Sprechflüssigkeit*. München, Urban & Fischer.
- Hansen, B. & Iven, C. (2005): Dokumentationsbogen Stottern bei Kindern. In: Giel, B. (Hrsg.): *Dokumentationsbögen Sprachtherapie* (115-122). Dortmund: verlag modernes lernen.
- Hansen, B. & Iven, C. (2008): Bausteine einer individualisierbaren Therapie des Stotterns bei Kindern. In: Riehm, Chr., Dallmaier, M. (Hrsg.): *Sprache als Brücke von Mensch zu Mensch* (302-314). Cottbus: Reinhard Semmler.
- Hansen, B., Iven, C. & Rapp, M. (2009): ICF in der Therapie der Redefluss-Störungen. In: Iven, C. & Grötzbach, H. (Hrsg.): *Die ICF in der Sprachtherapie* (119-130). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Iven, C. (2009): Beim Stottern nichts Neues? Aktuelle Evaluationsergebnisse und ICF-basierte Methodenkritik. In: De Langen-Müller, U., Hielscher-Fastabend, M. & Kleissendorf, B.: *Sprachtherapie lohnt sich?!* (29-56) Köln: Prolog.
- Johannsen, H.S. (2001): Der Einfluss von Alter, Geschlecht, Symptomatologie, Heredität und Händigkeit auf den Verlauf des Stotterns im Kindesalter. *Sprache-Stimme-Gehör* 25, 14-19.
- Johannsen, H.S. (2003): Stottern bei Kindern. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): *Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie*. Bd. 2: Erscheinungsformen und Störungsbilder (150-159). 2. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Katz-Bernstein, N. (2003) *Therapie aus pädagogisch-psychologischer Sicht*. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): *Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie*. Band 4: Beratung, Therapie und Rehabilitation. (66-90) Stuttgart: Kohlhammer.
- Matthies, J. & Perlit, A. (2009): Zur Reliabilität der Stotterdiagnostik mit dem SSI-3. Unveröffentlichte Bachelorarbeit, Hochschule Fresenius: Idstein.
- McCauley, R.J. (1996): Familiar strangers: Criterion-referenced measures in communication disorders. *Language, Speech and Hearing Services in Schools* 27, 122-131.
- Natke, U. (2005): *Stottern. Erkenntnisse, Theorien, Behandlungsmethoden*. 2. Auflage. Bern: Hans Huber.
- Neumann, K. (2007): Stottern im Gehirn: neue Erkenntnisse aus Humangenetik und Neurowissenschaften. *Forum Logopädie* 21 Heft 1, 6-13.
- Neumann, K., Euler, H.A., von Gudenberg, A., Giraud, A.L., Lanfermann, H., Gall, V. & Preibisch, C. (2003): The nature and treatment of stuttering as revealed by fMRI. *Journal of FLUENCY Disorders* 28, 381-410.
- Neumann, K., Preibisch, C., Euler, H.A., von Gudenberg, A., Lanfermann, H., Gall, V. & Giraud, A.L. (2005): Cortical plasticity associate4d with stuttering therapy. *Journal of Fluency Disorders* 30, 23-29.
- Onslow, M., Packmann, A. & Harrison, E. (Ed.) (2003): *The Lidcombe Program of early stuttering intervention. A clinicians guide*. Austin/TX: Pro-Ed.
- Pape-Neumann, J. (2004): Ergebnisse der Pilotphase von PEVOS: Programm zur Evaluation von Stottertherapien. *Sprache-Stimme-Gehör* 28, 18-23.
- Preibisch, C., Neumann, K., Raab, P., Euler, H.A., von Gudenberg, A., Lanfermann, H. & Giraud, A.L. (2003): Evidence for compensation for stuttering by the right frontal operculum. *NeuroImage* 20, 1356-1364.
- Rapp, M. (2007): *Stottern im Spiegel der ICF: Ein neuer Rahmen für Diagnostik, Therapie und Evaluation*. *Forum Logopädie* 21 Heft 1, 14-19.
- Renner, J.A. (2000): Zur Messbarkeit von Effekten in der Stottertherapie. *Forum Logopädie* 14 Heft 2, 13-18.
- Riaz, N., Steinberg, S., Ahmad, J., Pluzhnikov, A., Riazuddin, S., Cox, N.J., Drayna, D. (2005): Genome-wide significant linkage to stuttering on chromosome 12. *American Journal of Human Genetics* 76, 647-651.
- Riley, G.D. (1994): *Stuttering Severity Instrument for Children and Adults*. SSI-3. Third Edition. Austin/TX: Pro-Ed.
- Salmelin, R., Schnitzler, A., Schmitz, F., Freund, H.J. (2000): Single word reading in developmental stutterers and fluent speakers. *Brain* 123, 1184-1202.
- Sandrieser, P. (2009): Direkte Therapie bei kindlichem Stottern. In: Beushausen, U. (Hrsg.): *Therapeutische Entscheidungsfindung in der Sprachtherapie* (155-175). München: Urban & Fischer.
- Sandrieser, P. & Schneider, P. (2008): *Stottern im Kindesalter*. 3. Auflage. Stuttgart: Thieme
- Schneider, P. & Zückner, H. (2005) *AAUS – Aachener Untersuchung unflüssigen Sprechens*. Neuss: Verlag Ulrich Natke.
- Schulte, K. (2007): AKES: Fragebogen zur psychosozialen Belastung bei stotternden Kindern und Jugendlichen. *LOGOS interdisziplinär* 15, 26-31.

Spork, P. (2009): Der zweite Code. Epigenetik oder Wie wir unser Erbgut steuern. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Suresh, R., Ambrose, N., Roe, C., Pluzhnikov, A., Wittke-Thompson, J., Ng, M.C.Y., Wu, X., Cook, E.H., Lundstrom, C., Garsten, M., Ezrati, R., Yairi, E. & Cox, N.J. (2006): New complexities in the genetics of stuttering: Significant sex-specific linkage signals. American Journal of Human Genetics 78, 554-563.

Ward, D. (2006): Stuttering and Cluttering. Frameworks for understanding and treatment. Hove/ New York: Psychology Press.

Wingate, M.E. (2001): SLD is not stuttering. Journal of Speech, Language and Hearing Research 44, 381-384.

Wittke-Thompson, J., Ambrose, N., Yairi, E., Roe, Ch., Cook, E.H., Ober, C., Cox, N. (2007): Genetic

studies of stuttering in a founder population. Journal of Fluency Disorders 32, 33-50.

Yairi, E. & Ambrose, N. (1992): Onset of stuttering in preschool children – selected factors. Journal of Speech and Hearing Research 35, 782-788.

Yaruss, J.S., Coleman, C. & Quesal, R.W. (2005): Assessment of the child's experiences of stuttering (ACES). Download unter <http://arslpedconsultant.com/documents/Handouts%20ABCs%20of%20Stuttering/ACES%20Draft%209-27-06.pdf> (04.01.2010).

Yaruss, J.S. & Quesal, R.W. (2006): Overall assessment of the speaker's experience of stuttering (OASES). Journal of Fluency Disorders 31, 90-115.

Zückner, H. & Schneider, P. (2008): Aachener Analyse unflüssigen Sprechens AAUS. 2. Auflage. Neuss: Natke.

## Korrespondenzadresse

Dr. Bernd Hansen  
Universität Flensburg  
Fachrichtung Sprachheilpädagogik  
Auf dem Campus 1  
24943 Flensburg  
E-Mail: bernd-hansen@uni-flensburg.de

Prof. Dr. Claudia Iven  
Am Spelzgarten 12  
50129 Bergheim  
E-Mail: iven@dbs-ev.de



## Verstanden werden

Unterstützte Kommunikation hilft Menschen mit Sprachbeeinträchtigungen sich lautsprachlich auszudrücken und fördert die Entwicklung ihrer eigenen lautsprachlichen Fähigkeiten.

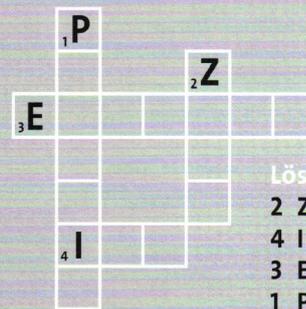
REHAVISTA versorgt Sie mit hochwertigen Geräten und unterstützt Sie umfassend mit Beratung und Service – deutschlandweit. Nehmen Sie Kontakt zu uns auf, wir helfen Ihnen gerne!

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

**REHAVISTA**  
einfach.kommunizieren.

## Z A R B

Arbeitsblätter – kreativ und schnell erstellen



Lösung:

- 2 ZARB
- 4 IST
- 3 EINFACH
- 1 PFIFFIG

ZARB erstellt attraktive Übungen und anspruchsvolle Tests aus Ihren deutschen oder fremdsprachlichen Texten. Aufgaben zum Textaufbau, Inhaltsverständnis, Satzbau, zur Grammatik und Rechtschreibung entstehen ganz einfach per Mausklick!

In Microsoft Word integriert. Zum Beispiel Rätsel, Wortformen- und Zuordnungsübungen, Geheimschriften, Lücken-, Schüttel-, Schlangen- und Fehlertexte.

hans  
**zybura**  
software

Waldquellenweg 52 • 33649 Bielefeld  
Fon 0521.9 45 72 90 • Fax 0521.9 45 72 92  
[www.zybura.com](http://www.zybura.com)



## Intensivmedizin – ein Handlungsfeld nicht nur für Physiotherapeuten?!

Janine Ehlers, Kerpen

Fortschritte in der Intensivmedizin verändern und beeinflussen immer mehr die Patientenklientel in der ambulanten und stationären Therapie. Die Anzahl von schwerst betroffenen Patienten, insbesondere tracheotomierten und beatmeten Patienten, steigt. So sehen sich Sprachtherapeuten und Ergotherapeuten mehr und mehr mit technologieabhängigen Menschen konfrontiert, sei es im klinischen oder außerklinischen Bereich. Diese Tatsache und die Budgetierung der zu verordnenden Heilmittel, machen fundiertes und tiefgreifendes Wissen über die Behandlung dieser spezifischen Patienten unabdingbar.

### Relevanz der Ergotherapie und Sprachtherapie in der Frührehabilitation

In den letzten Jahren konnte eine Steigerung der Bedeutung frühzeitig einsetzender therapeutischer Maßnahmen beobachtet werden. Der Aufbau von Frührehabilitations-Stationen veränderte bestehende Rehabilitationskonzepte maßgeblich. Auch der Rehabilitationsphase F als Langzeitrehabilitationsphase, in der dauerhaft unterstützende und zustandserhaltende Leistungen erforderlich sind, wird zunehmend Bedeutung



Abbildung 1: Sicheres Kanülenhandling ist Basis einer effizienten Dysphagietherapie

beigemessen. Obwohl Sprachtherapeuten, Ergotherapeuten und Physiotherapeuten als unabdingbarer Bestandteil des multiprofessionellen Teams in der Frührehabilitation angesehen werden (Wullen & Karbe 1999), ist die theoretische Auseinandersetzung mit intensivmedizinischen Handlungsfeldern in Wissenschaft und Ausbildung nahezu ausgeblieben (Heidler 2007, Winkelmann 2008). Im Unterschied zur „nachgestellten“, an die Akutbehandlung anschließenden Rehabilitation, bei der rehabilitative Maßnahmen erst beginnen, wenn sich der Patient in stabilem Allgemeinzustand befindet, definieren Wullen und Karbe (1999) Frührehabilitation als die möglichst frühe Verbindung von Intensivpflege und rehabilitativer Therapie. Schwer beeinträchtigte Patienten, die völlig von fremder Hilfe abhängig sind, werden zum individuell frühestmöglichen Zeitpunkt rehabilitativ behandelt. Hier stellen sich zunächst zwei Fragen: Warum sollte Ergotherapie und Sprachtherapie schon auf der Intensivstation beginnen? Und wie sollte Sprachtherapie und Ergotherapie in intensivmedizinischen Handlungsfeldern gestaltet sein, um effizient wirksam zu sein?

Die Beantwortung der ersten Frage nach dem „Warum“ von früher Therapie wird durch Studien zur Neuroplastizität eindrücklich belegt. Neurotrophe Faktoren unterstützen die Neubildung synaptischer Verbindungen zwischen Nervenzellen und werden unmittelbar nach einer Läsion des ZNS in besonders hoher Konzentration produziert und transportiert. Die Fähigkeit zur neuronalen Plastizität ist also gerade in der frühen Phase nach der Schädigung besonders hoch! (vgl. Stein et al. 2000)

Eine randomisierte kontrollierte Studie von Schweickert et al. (2009) bei beatmeten Patienten auf einer Intensivstation zeigt, dass eine Kombination aus Unterbrechung der Sedierung und zeitgleichem Beginn ergotherapeutischer und physiotherapeutischer Behandlung schon in der Frühphase zu einem besseren Outcome führt, als die alleinige



Abbildung 2: Vertikalisierung trotz Tetraspas-tik und Kontrakturen

auf Intensivstation übliche Standardpflege. „A strategy for whole-body rehabilitation – consisting of interruption of sedation and physical and occupational therapy in the earliest days of critical illness – was safe and well tolerated, and resulted in better functional outcomes at hospital discharge, a shorter duration of delirium, and more ventilator-free days compared with standard care“ (Schweickert et al., 2009). In einem begleitenden Kommentar fordern Jakob und Takala (2009) deshalb, dass Ergotherapie neben der Physiotherapie in der Behandlung kritisch erkrankter Patienten eine zentrale Rolle spielen sollte. Diese Forderung lässt sich durchaus auch auf sprachtherapeutische Handlungskontexte ausweiten. Dysphagien und die damit verbundenen Risiken finden nicht nur in neurologischen Arbeitsfeldern immer häufiger Beachtung. Bei tracheotomierten und beatmeten Patienten erhält die sprachthera-



**Abbildung 3: Unterstütztes, aber dennoch eigenaktives Erfahren von Körpergrenzen fördert und verbessert die innere Repräsentation des Körperbildes**

peutische Schluckdiagnostik einen immer größeren Stellenwert im Weaning- und Dekanülierungsprozess, sei es auf Intensivstation oder in der häuslichen außerklinischen Intensivversorgung (Frank 2008).

Die Frage nach dem „Wie“, nach den Inhalten von ergotherapeutischer und sprachtherapeutischer Frührehabilitation, ist in Ausbildung und Forschung gänzlich unbeachtet. Bei einer Recherche in der Zeitschriftendatenbank „MEDLINE“ im August 2009 ergaben die Suchbegriffe „Ergotherapie“ in Kombination mit „Frührehabilitation“ neun Literaturhinweise, von denen sich fünf Publikationen auch inhaltlich auf Therapie bezogen. Eine Suche mit den Schlagworten „early neurological rehabilitation“ in Verbindung mit „occupational therapy“ ergab 18 Literaturhinweise; acht setzen sich schwerpunktmäßig mit Therapie in der Frührehabilitation auseinander. Eine Recherche mit den Begriffen „Logopädie“ und „Frührehabilitation“ führte zu 12 Literaturhinweisen. „Early neurological rehabilitation“ in Kombination mit „speech therapy“ ergab 16 Treffer, von denen sich acht konkret auf die Thematik bezogen.

Auffällig in dieser Literaturrecherche war, dass die wenigen Veröffentlichungen hauptsächlich von ärztlicher Seite publiziert wurden. Literaturen „von Therapeuten für Therapeuten“ stellten den kleinsten Anteil der Publikationen.

## Aktuelle Situation

Der in dem technikdominierten Arbeitsfeld „klinische und außerklinische Intensivversorgung“ benötigten fachlichen Kompetenz entsprechen die theoretischen und praktischen Curricula der Ausbildung zum Sprach-, Ergo- und Physiotherapeuten nicht. Das klassische Konzept der in Phase D beginnenden, nachgestellten Rehabilitation ist den meisten Therapeuten vertraut. In dieser Phase befindet sich der Patient in einem stabilen Allgemeinzustand, ist schon teilweise mobilisiert und kann in der Therapie im notwendigen Maße belastet werden.

Die Behandlung schwerst betroffener, beatmelter Patienten, die über längeren Zeitraum intensivmedizinisch behandelt werden müssen, führt jedoch zu großen Unsicherheiten und Hilflosigkeit. „Was kann ich mit Patient X machen?“ „Darf ich ihn mobilisieren und wie?“ „Wie weit ist er belastbar?“ Aus Mangel an Erfahrung mit technologieabhängigen Patienten, vor allem aber aufgrund fehlender Konzepte und Methoden, werden häufig „altbekannte“ Behandlungsstrategien unreflektiert auf die neue Situation übertragen. Bestenfalls entsteht so durch die sprach- oder ergotherapeutische Behandlung eine positive Veränderung aufgrund unspezifischer Faktoren. Im ungünstigen Fall können unphysiologische Reaktionen und Verhaltensmuster fasziniert oder verstärkt werden (Bienstein & Hannich 2001, BMGS 2004).

In Ausbildung, Wissenschaft und Praxis besteht enormer Handlungsbedarf, um die Lücke zwischen kaum vorhandenen theoretischen Grundlagen und der in der Praxis geforderten Fachkompetenz schnellstmöglich zu schließen.

Wissenschaftliche Studien (Jakob & Takala 2009, Gill- Thwaites 2006) und neue Rehabilitationskonzepte (BMGS 2004, Schäfer 2009) zeigen, dass passive Mobilisierung am/im Krankenbett nicht ausreichend ist, um dem Weg zu einer aktiven Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ebnen. Sprachtherapie und Ergotherapie nehmen neben der Physiotherapie einen immer größeren Stellenwert in der Behandlung intensivpflichtiger Patienten ein. Nun liegt es an den Sprach-, Physio- und Ergotherapeuten, diese Weiterentwicklung der Praxis theoretisch zu untermauern.

## Das VeRegO-Konzept

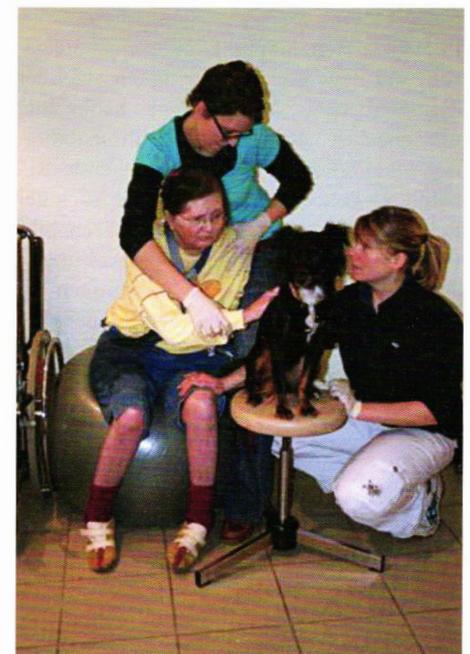
Die Notwendigkeit, Änderungen in den therapeutischen Strategien zu bewirken, führte zur Entwicklung des VeRegO-Konzeptes durch Petzoldt und Ehlers.

VeRegO bietet als ganzheitliches transdisziplinäres Behandlungskonzept effiziente und leicht anwendbare Therapieansätze für die Arbeit mit schwerst betroffenen Patienten auf dem Weg von der Intensivstation bis zur Rückkehr ins häusliche Umfeld – auch unter außerklinisch-intensivmedizinischen Bedingungen. Ziel ist die adäquate Versorgung dieser Patienten und die Einführung und Umsetzung von strukturierten Konzepten zur Optimierung der Versorgung von Patienten im Wachkoma, tracheotomierten und beatmeten Patienten.

## Selbstverständnis und therapeutische Sichtweise

Die Komplexität und innere Bezogenheit der Symptome schwerst betroffener Patienten erfordern transdisziplinäres Fachwissen und Behandlungskonzepte. Die aus den Defiziten der Patienten resultierenden Symptomkomplexe wie Spastiken, Kontrakturen, Respiratorabhängigkeit und unphysiologische Schluckmuster, können durch frühzeitige gemeinsame Intervention aller Professionen vermieden oder gemildert werden.

In der Abkehr von einem defizitorientierten Behandlungsansatz, in dem schwerst betroffene, technologieabhängige Patienten als „Mängelwesen“ betrachtet werden, entwickelte das Team des Therapiezentrums Rhein-Erft das VeRegO-Konzept als einen ganzheitlichen transdisziplinären Behandlungsansatz, der auf einer somato-psychoso-



**Abbildung 4: Tiergestützte Therapie ist wichtiger Bestandteil des VeRegO-Konzeptes**

zialen Sichtweise basiert (vgl. Nydahl 2007). Das VeRegO-Konzept setzt die Prinzipien der Vertikalisierung, Regulation und Oralisierung um. Sie sind im VeRegO-Konzept Basis jeglichen therapeutischen Handelns und zugleich Nah- und Fernziel jeder therapeutischen Intervention. Da sie miteinander gekoppelt sind, sich ergänzen und voneinander abhängen, sind sie nur im transdisziplinären Team effizient umzusetzen.

Vertikalisierung und Regulation bedingen einander, sind voneinander abhängige Faktoren. Eine Vertikalisierung in eine stehende Position bedingt eine Tonusregulation der gesamten Muskulatur. Sie ist Spitzfußprophylaxe, reguliert hypotone Rumpfteile und löst „therapieresistente“ Beißreflexe. Umgekehrt wird durch einen adäquaten Haltungstonus Vertikalisierung erst möglich.

Regulation bezieht sich im VeRegO-Konzept aber nicht nur auf die Tonusverhältnisse. Vielmehr bedeutet der Begriff die „Normalisierung“ in ganz unterschiedlichen körperlichen, aber auch sozialen Bereichen, wie z. B. Perzeption, Sensorik, Kommunikation oder der Tagesstruktur.

Im Unterschied zur Vertikalisierung und Regulation ist die Oralisierung eher als therapeutisches Fernziel zu betrachten, welches jedoch eine erfolgreiche Vertikalisierung und Regulation bedingt.

Bei tracheotomierten Patienten sind Dekanülierung und Kostaaufbau zunächst Fernziele. Nahziele sind eine stabile Atmung über die oberen Atemwege sowie ein sicheres Abschlucken des Speichels.

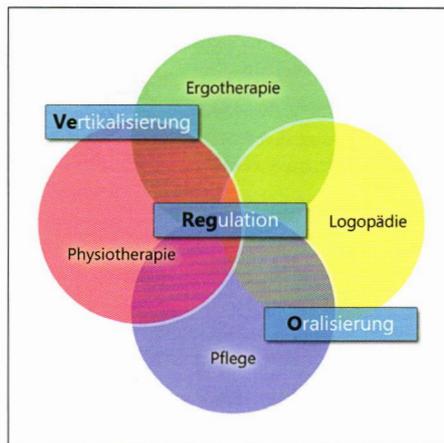
## Transdisziplinarität

Das VeRegO-Konzept versteht sich als ein ganzheitlicher transdisziplinärer Therapieansatz.

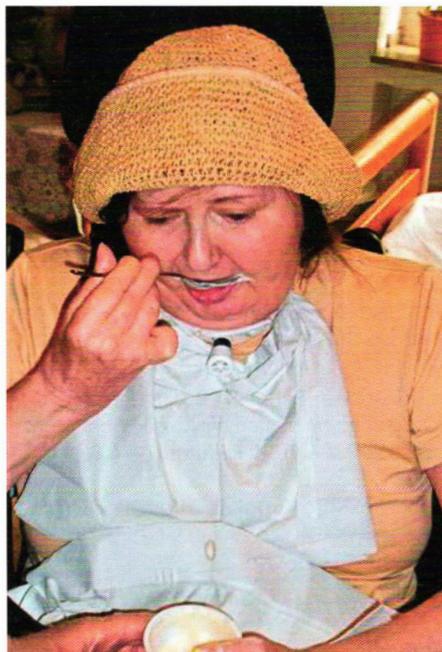
Im Zuge der Implementierung der ICF im therapeutischen Kontext ist eine Klärung des Begriffes der Ganzheitlichkeit sicher nicht mehr vonnöten.

Transdisziplinarität ist hier als eine Weiterentwicklung des interdisziplinären Arbeitens zu betrachten. Die an der Therapie beteiligten Berufsgruppen sollen nicht mehr nur zusammen nebeneinander arbeiten, sondern vielmehr in ihrer Zusammenarbeit voneinander und aneinander lernen (Diener et al. 2008).

Der Begriff der Transdisziplinarität beschreibt diese Überlappung und Verschmelzung therapeutischer Kompetenzen mit dem Ziel einer optimierten Diagnostik und Behandlung.



Besonders hohe Indikation für transdisziplinäre Arbeiten besteht in den Bereichen Dysphagietherapie und Trachealkanülenmanagement. Jede Berufsgruppe beleuchtet die Nahrungsaufnahme und den Schluckvorgang aus einem anderen Blickwinkel und setzt andere Schwerpunkte in Diagnostik und Therapie. Sprachtherapeuten haben differenzierte Kenntnisse über Physiologie und Anatomie des facio-oralen Trakts und Erfahrung in der gezielten Behandlung orofacialer Störungen. Diese Spezifizierung kann jedoch dazu führen, dass ein ganzheitlicher Blick für den Patienten verloren geht. Physiotherapeuten mit ihrem Wissen über Handling und Therapie nach 24-Stunden-Konzepten, wie dem Bobath-Konzept und Ergotherapeuten mit ihren Kompetenzen in der Therapie von Störungen in den ADLs



**Abbildung 5: Kombination von Ergotherapie und Sprachtherapie: Dysphagietherapie und gleichzeitiges Training der ADL's**

(activities of daily living) leisten einen wichtigen Beitrag zur Therapie.

Eine Zusammenarbeit und Kombination der therapeutischen Disziplinen ergibt dann ein Gesamtkonzept, von dem sowohl die Patienten und Angehörigen als auch die Therapeuten selbst profitieren.

## Ausblick

Sprachtherapeuten stehen stetig steigenden Ansprüchen an ihre Kompetenzen und einem sich ausdehnenden therapeutischen Handlungsfeld gegenüber. Gleichzeitig sind sie mit finanziellen und personellen Kürzungen konfrontiert.

Kritisch könnte gefragt werden, ob der Vorschlag eines transdisziplinären Ansatzes nur eine weitere Möglichkeit ist, Einsparungen in der therapeutischen Versorgung vorzunehmen!

Sicherlich ist die Schaffung eines „allwissenden“ Therapeuten, durch den man die übrigen Professionen ersetzen kann, nicht das Ziel des transdisziplinären Ansatzes. Die Komplexität und innere Bezogenheit der Symptome schwerst betroffener Patienten erfordert eine intensive und strukturierte Zusammenarbeit aller Disziplinen. Die Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Diener et al. 2008) empfiehlt, insbesondere für die ambulante Rehabilitation, eine Umsetzung des transdisziplinären Ansatzes, in welchem ein Therapeut als Casemanager fungiert, der anstelle des Arztes die fachübergreifende Planung von Diagnostik, Management und Therapie übernimmt.

Es geht nicht nur um den Mehreinsatz von Therapie, sondern um die Optimierung der bestehenden Strukturen. Pflege und Therapeuten sind und bleiben Spezialisten in ihrer Profession, können aber Behandlungsansätze anderer Berufsgruppen in ihre Therapie miteinbeziehen und so einen Beitrag zur Qualität der therapeutischen Versorgung multimorbider, technologieabhängiger Patienten leisten.

## Literatur

Bienstein, C.; Hannich H.-J. (2001): Forschungsprojekt zur Entwicklung, Implementierung und Evaluation von Förderungs- und Lebensgestaltungskonzepten für Wachkoma- und Langzeitpatienten im stationären und ambulanten Bereich, anhand von zu entwickelnden Qualitätskriterien/1.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2003): Empfehlungen zur stationären Langzeitpflege und Behandlung von Menschen mit schwe-

ren und schwersten Schädigungen des Nervensystems in der Phase F.

Diener, H.-C.; Putzki, N.; Ackermann, H. (2008): Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. 237 Tabellen. 4., überarb. Aufl. Deutsche Gesellschaft für Neurologie. Stuttgart: Thieme.

Frank, U. (2008): Die Behandlung tracheotomierter Patienten mit schwerer Dysphagie. Eine explorative Studie zur Evaluation eines interdisziplinären Interventionsansatzes. Univ., Diss.-Potsdam, 2008. Potsdam: Universitätsverlag; Universitätsverlag Potsdam.

Gill-Thwaites, H. (2006): Lotteries, loopholes and luck: Misdiagnosis in the vegetative state patients. In: Brain Injury 20 (13-14), 1321-1328.

Haupt, W. F., et al. (2003): „Acute vegetative state“ und „Persistent vegetative state“. Klinische, biochemische, elektrophysiologische und bildgebende Befunde. Intensivmed 40, 462-474.

Heidler, M.-D. (2007): Rehabilitation schwerer pharyngo-laryngo-trachealer Sensibilitätsstörungen bei neurologischen Patienten mit geblockter Trachealkanüle. Neurologie & Rehabilitation (13), Nr. 1.

Jakob, S. M. & Takala, J. (2009): Physical and occupational therapy during sedation stops. The Lancet 373 [9678], 1824-1826.

Nydahl, P. (2007): Wachkoma: Betreuung, Pflege und Förderung eines Menschen im Wachkoma. München: Urban & Fischer.

Schäfer, S. (2009): Fachpflege Beatmung. München: Urban & Fischer.

Schweickert, W. D. et al. (2009): Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomized controlled trial. The Lancet 373 [9678], 1874-1882.

Stein, D. G. et al. (2000): Brain Repair. Das Selbstheilungspotential des Gehirns. Stuttgart: Thieme.

Winkelmann, C. (2008): Physikalische Therapie und Rehabilitation im intensivmedizinischen Bereich. Universitätsklinikum Leipzig.

Wullen, T., Karbe, H. (1999): Verbesserte Therapiemöglichkeiten durch neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation. Dt. Ärztebl. 96 [44], A-2809 - 2816.

## Korrespondenzadresse:

Janine Ehlers  
Therapiezentrum Rhein-Erft  
Zeiss Str. 19  
50171 Kerpen  
ehlers@therapiezentrum-rhein-erft.de

Janine Ehlers ist Ergotherapeutin und Sprachheilpädagogin. Sie leitet zwei interdisziplinäre Therapiezentren mit Tätigkeitsschwerpunkt außerklinische Intensivversorgung und behandelt dort vorrangig Menschen im Wachkoma, tracheotomierte und respiratorabhängige Patienten.

Ragnild A. Oussoren

## Noch mehr Schreibtanzen für Kinder von 4 bis 8 Jahren

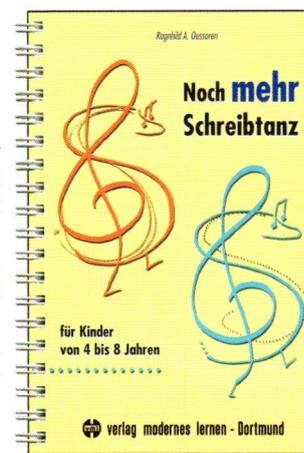
„Die drei Säulen der Methode sind Musik, Bewegung, Übung. In diesem dritten Band der Buchreihe haben Schreib- und Musikzeichnungen das Ziel, die feinmotorischen Fähigkeiten zu verbessern. Nach dem Schreibtanzen Prinzip können Kinder die Buchstaben von A bis Z lernen und auf Linien schreiben.“

Dieses Buch ist – im Gegensatz zu den beiden anderen Büchern (Kindergarten-Schreibtanzen, Schreibtanzen I) – nicht nach Wochenthemen aufgebaut, sondern in drei Kapitel unterteilt, aus denen ErzieherInnen und LehrerInnen eine Auswahl treffen können.

Die Schreibtanzenmethode kann mit jeder anderen Schrifterwerbsmethode verwendet werden. Schreiben bedeutet Bewegung. Bewegung geht am besten mit Musik. Somit liegt dem Buch eine CD bei mit 29 Musiktracks und 35 ausdrückbaren Arbeitsblättern.“ W. & H. Rhein, B-Kids

Leseprobe: [www.verlag-modernes-lernen.de](http://www.verlag-modernes-lernen.de)

160 S., Beigabe: Audio-CD + 35 ausdrückbare Arbeitsblätter als PDF, Format DIN A4, Ringbindung, ISBN 978-3-8080-0630-6, Bestell-Nr. 5219, CHF 48,30 € 29,80



**BORGSMANN MEDIA**

 verlag modernes lernen  borgsmann publishing

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

## Therapieraum / Klassenzimmer

Wir freuen uns, dass aus dem bayerischen Projekt „Praxis Sprache“ eine Kooperation mit der Redaktion der SHA erwachsen ist. Sie finden im Folgenden drei Beiträge zum Thema „Akkusativ“, die Praktiker ursprünglich für das bayerische Mitteilungsblatt „Praxis Sprache“ verfasst, nun aber der SHA zur Verfügung gestellt haben. Vorausgegangen war der vielfach geäußerte Wunsch der Mitglieder nach fundierter Praxis und einer verstärkten Theorie-Praxis-Balance in den Veröffentlichungen der dgs. So entstand die Idee, thematisch gebündelte Praxisbeiträge, Stundenbilder, Projektideen, Arbeitsblätter

und Materialien für den konkreten Unterrichts- und Therapiealltag zu sammeln.

Das erste Heft der „Praxis Sprache“ widmet sich dem Thema „Akkusativ“ und steht – mit anderen als den hier in der SHA veröffentlichten Beiträgen – auf der Homepage der dgs-Landesgruppe Bayern ([www.dgs-ev.de/bayern](http://www.dgs-ev.de/bayern)) zum Download bereit. Ein weiteres Themenheft ist in Vorbereitung und wird dann nur noch dgs-Mitgliedern kostenlos zur Verfügung gestellt. Auch aus diesem können wieder Beiträge für die vorliegende Rubrik der SHA hervorgehen.

Wir wünschen Ihnen viel Freude beim Lesen der Rubrik „Therapieraum/Klassenzimmer“ und beim Umsetzen der praktischen Ideen. Als Initiatorinnen von „Praxis Sprache“ wünschen wir uns, dass sich rasch Synergieeffekte zwischen Theorie und Praxis sowie zwischen Unterricht und Sprachtherapie entwickeln. Schon jetzt freuen wir uns auf anregende Diskussionen und vielfältige Rückmeldungen.

Ihre dgs-Landesgruppe Bayern



## Hintergrundinformationen zum Akkusativ

Karin Reber, München & Claudia Schmauß, Freising



### 1 Grammatikalische Einordnung des Akkusativs

Der Akkusativ (4. Fall) wird im Deutschen v.a. im Rahmen von Akkusativobjekten bzw. direkten Objekten (z.B. *Wen suchst du? Den Peter.*) oder von Präpositionalphrasen mit Akkusativ (z.B. *Wohin kletterst du? Auf den Baum.*) verwendet.

#### Akkusativobjekte

Der Akkusativ kann sowohl am Artikel als auch am Substantiv selbst (ich suche *den Hasen*) sichtbar werden (Tab. 1, S. 84):

1. Akkusativ am Artikel: Der Akkusativ wird nur am **maskulinen** Artikel markiert. Hier verändert sich der Artikel gegenüber dem Nominativ: *der/ein Baum wächst* → *ich suche den/einen Baum*. Im Femininum und Neutrum bleiben die Artikel dagegen gleich: *die/eine Frau schläft* → *ich suche die/eine Frau, das/ein Pferd schläft* → *ich suche das/ein Pferd*.

2. Am Substantiv direkt wird der Akkusativ selten markiert. In der Regel passiert das **nur bei schwachen Substantiven** (z.B. *der Löwe* → *den Löwen*) und **nur im**

**Maskulinum** (Dudenredaktion 2006, § 329/330). Um ein schwaches Substantiv handelt es sich, wenn:

- Maskulinum + Wortausgang -e + Lebewesen: z.B. *der Löwe* → *den Löwen*, *der Zeuge* → *den Zeugen*, ...
- Maskulinum + Pluralendung -en/n + Lebewesen: z.B. *der Prinz* → *den Prinzen*, *der Bär* → *den Bären*, ...

Leider enthält gerade das in Therapie und Unterricht so beliebte Wortfeld „Tiere“ besonders viele Ausnahmen der schwach flektierten, maskulinen Substantive!

	Maskulinum: Substantiv mit starker Flexion	Maskulinum: Substantiv mit schwacher Flexion	Femininum	Neutrum
Nominativ (wer? was?)	ein/der Baum-	ein/der Löwe- ein/der Prinz-	eine/die Frau-	ein/das Kind-
Akkusativ (wen? was?)	einen/den Baum-	einen/den Löwen einen/den Prinzen	eine/die Frau-	ein/das Kind-

Tabelle 1: Übersicht über die Akkusativbildung im Singular: Nur im Akkusativ Maskulinum wird der Artikel angepasst. (- „Nullmorphem“)

Im Plural wird im Akkusativ stets der bestimmte Artikel „die“ (ich suche die Bäume/Frauen/Kinder) bzw. beim unbestimmten Artikel kein Artikel (ich suche – Bäume/Frauen/Kinder) verwendet. Am Substantiv selbst entsprechen die Akkusativformen denen des Nominativ Plural (Fleer 2008, 25).

### Präpositionalphrasen mit Akkusativ

Einige Präpositionen haben zwingend den Akkusativ zur Folge, andere nur in entsprechendem semantischen Kontext („Wechselpräpositionen“) (Dudenredaktion 2006, § 911 ff.).

Präpositionen mit <b>Akkusativ</b>	durch, für, gegen, ohne, um, ...
Wechselpräpositionen mit <b>Akkusativ</b> : Frage wohin?(dynamischer Kontext)	auf, in, an, neben, hinter, unter, über, ... z.B. <i>Wohin</i> klettert das Kind? Das Kind klettert <i>auf den</i> Baum.



↔ abzugrenzen von Wechselpräpositionen mit <b>Dativ</b> : Frage wo? (statischer Kontext)	auf, in/im, an/am, neben, hinter, unter, über, ... z.B. <i>Wo</i> ist das Kind? Das Kind ist <i>am</i> Baum.
---------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tabelle 2: Präpositionen, die in Zusammenhang mit dem Akkusativ Verwendung finden

## 2 Akkusativ im Spracherwerb

Im normalen Spracherwerb beherrschen Kinder den Akkusativ ab ca. drei Jahren. Nach Clahsen (1986) entspricht dies Phase

IV: Er wird zwar vor dem Dativ oder gar Genitiv, aber deutlich nach dem Nominativ beherrscht.

	Phase I 12-18 Monate	Phase II 18-24 Monate	Phase III 24-30 Monate	Phase IV 30-36 Monate	Phase V ab 37 Monate
Verwendete Wortarten	Zeigewörter (da) Nomen Verbpartikel (auf, ab)	Verben	Verben: haben, sein Modalverben (dürfen, müssen) Personalpronomen	Präpositionen (auf, über) Bestimmte Artikel (der, die, das)	Konjunktionen (und, oder; weil, wenn)
Aspekt und Tempus			Präsens Perfekt, meist auswendig gelernte Partizipien, dann Übergeneralisierung (hab geessst)	Präferenz von „haben“- Perfekt Vorsilbe der Partizipien zunehmend korrekt Imperfekt von sein: war	Partizipien grundlegend korrekt, jedoch noch Übergeneralisierungen Futur (ich werde das machen) Passiv (das muss gekocht werden)
Verbflexion		Verbstamm (mach) Infinitiv (mach-en)	1. Person (ich mach-e) 3. Person (mach-t)	2. Person (du mach-st)	

	Phase I 12-18 Monate	Phase II 18-24 Monate	Phase III 24-30 Monate	Phase IV 30-36 Monate	Phase V ab 37 Monate
Kasus			Nominativ als Grundform	Übergeneralisierung des Nominativs (ich werf ein Ball/der Ball) <b>Allmählich Gebrauch des Akkusativs (ich will den Ball)</b>	<b>Übergeneralisierung des Akkusativs (mit den Ball)</b> Allmählich erster Gebrauch des Dativs (mit dem Ball)
Syntax	Einwortäußerungen	Zweiwortäußerungen mit variabler Wortstellung	Variable Mehrwortäußerungen, viele Auslassungen Verb häufig in Finalstellung (Ina Ball spielen)	Finite Verb in Zweitstellung (Das Auto hupt laut) Flexibles Vorfeld (ich/im Garten/ heute laufe...)	Verbfinalstellung in Nebensätzen korrekt (wenn ich fertig bin, ...)
Fragen	Nur durch Intonation	Intonation und Fragepronomen (das Ente? wo Auto?)	Wie II, auch mehrteilig (was das? Wo Auto fährt?)	Inversion (Kommst du?)	Zweites Fragealter: Warum? Allmählich indirekte Fragen (ob der Papa kommt?)

Tabelle 3: Entwicklung syntaktisch-morphologischer Fähigkeiten (Reber/Schönauer-Schneider 2009, 127)

### 3 Praktische Konsequenzen für die Intervention

- Lediglich an den Artikeln von **Substantiven im Maskulinum Singular** tritt eine charakteristische Kasusmarkierung mit -n auf. Für die Akkusativförderung empfiehlt es sich also, zu Beginn maskuline Nomen zu wählen, da nur hier eine Veränderung wahrnehmbar ist (z.B. der Baum → *den* Baum, ein Baum → *einen* Baum).
- Es empfiehlt sich, mit maskulinen Substantiven zu beginnen, bei denen die Kinder die Endungen nicht verändern müssen, sondern der Akkusativ lediglich am Artikel markiert wird (**starke Substantive mit Nullmorphemen**: einfach ist z.B. der Baum → *den* Baum, im Gegensatz zu der Löwe → *den* Löwen).
- Im Sinne der Prinzipien der Kontextoptimierung nach Motsch (2004) sollte die kürzest mögliche Zielstruktur gewählt werden. Insofern ist es ratsam, einen Kontext zu schaffen, in dem die Form des **bestimmten Artikels** notwendig ist (z.B. Entscheidungssituationen: Welchen Baum malst du zuerst an? *Den* Baum oder *den* Baum?)
- Sinnvolle Kontexte für die Akkusativförderung bieten **transitive Verben**, d.h. **Verben mit Akkusativ** (z.B. füttern, suchen, sehen). Verben, die zusätzlich ein Dativobjekt fordern (z.B. schenken), schaffen sprachliche Verwirrer. Diese sollten jedoch ausgeschaltet werden!
- Sollen **Präpositionen** Verwendung finden, so sind solche mit zwingendem Akkusativ sinnvoll. Bei den Wechselpräpositionen muss auf den dynamischen Kontext geachtet werden (Frage: wohin? Er klettert auf *den* Baum; statt der Frage: wo? Er ist auf *dem* Baum).

#### Literatur

- Clahsen, H. (1986): Die Profilanalyse. Ein linguistisches Verfahren für die Sprachdiagnose im Vorschulalter. Berlin: Edition Marhold.
- Dudenredaktion (2006): Duden Bd. 4: Die Grammatik. Mannheim/Leipzig/Wien/Zürich: Dudenverlag.
- Fleer, S. (2008): Kurzgrammatik Deutsch. Berlin/München: Langenscheidt.
- Motsch, H.J. (2004): Kontextoptimierung. Förderung grammatischer Fähigkeiten in Therapie und Unterricht. München: Reinhardt Verlag.
- Reber, K. & Schönauer-Schneider, W. (2009): Bausteine sprachheilpädagogischen Unterrichts. München: Reinhardt Verlag.

#### Korrespondenzadresse

**Dr. Karin Reber**  
karin.reber@gmx.de  
Ludwig-Maximilians-Universität München, Lehrstuhl  
Sprachheilpädagogik, Leopoldstr. 13, 80802 München

*Karin Reber* ist Sonderschullehrerin (Sprachheilpädagogik, Informatik) im Hochschuldienst im Sonderpädagogischen Förderzentrum Unterschleißheim sowie an der Universität München, Lehrstuhl Sprachheilpädagogik. Sie ist als Klassenlehrerin eingesetzt und Geschäftsführerin der Landesgruppe Bayern.

**Claudia Schmaußer**  
Lankesbergstraße 4a, 85356 Freising, claudia.schmausser@web.de

*Claudia Schmaußer* ist Sonderschullehrerin (Sprachheil- und Lernbehindertenpädagogik) im Sonderpädagogischen Förderzentrum Freising. Derzeit unterrichtet sie dort als Klassenlehrerin. Sie ist Betreuungslehrerin einer Studienreferendarin und betreut Lehramtsstudenten mit dem Förderschwerpunkt Sprache. Sie ist amtierende 1. Vorsitzende der dgs-Landesgruppe Bayern.



## Akkusativförderung im Mathematikunterricht

Sprachliche Zielstrukturen: Akkusativ maskulinum, in allen Genera, mit Präpositionen

Altersstufe: Jahrgangsstufe 1 – 3

Wilma Schönauer-Schneider, München

Auch der Mathematikunterricht eignet sich hervorragend, um den Akkusativ zu fördern. In Geometrie und der sachbezogenen Mathematik bieten sich zahlreiche Möglichkeiten, den Akkusativ in sinnvollen Handlungskontexten zu verwenden. Im Vorfeld muss der Lehrer die Förderung genau auf die sprachlichen Fähigkeiten seiner Schüler abstimmen. Dazu unterscheidet er, ob er z. B. nur männliche Artikel, männliche Artikel im Kontrast zu sächlichen oder Akkusativ in Präpositionalphrasen fördern möchte. Dementsprechend wählt er die Zielitems für die Situationen aus, z. B. nur maskuline geometrische Körper.

### 1 Akkusativförderung im Geometrieunterricht

#### 1.1 Raumerfahrung und Raumvorstellung

Im Bereich Raumerfahrung werden in der 1. Jahrgangsstufe **Gegenstände im Raum** betrachtet. Im Mathematikbuch Formel 1 findet sich das Suchbild eines chaotischen Raums (vgl. Abb. 1) mit der Aufgabe: „Erzähle. Suche. Wo ist ...?“. Anstelle der Aufforderung „Erzähle“ kann der Lehrer modellhaft den Akkusativ vorgeben („Ich sehe einen/den Regenschirm“) oder ihn durch seine Impuls- oder Fragetechnik evozieren („Was siehst du?“). Bei Wiederholungen und/oder Antworten produzieren die Schüler den Akkusativ anschließend selbst (z. B. als kürzest mögliche Zielstruktur: „den Hammer“). Wird eine Form falsch gebildet, gibt der Lehrer korrekatives Feedback oder reflektiert gemeinsam mit den Schülern die Kasusformen metasprachlich.

Das Chaos im Raum könnte eine bestimmte Figur (Handpuppe, Bildkarte) angerichtet haben. So lässt sich die Aufgabe „Wo ist...?“ in „Wohin hat der Kasperl den Hammer gelegt?“ – „auf den Tisch“ umformulieren. Stellt der Lehrer die Fragen, nehmen die Schüler den Akkusativ rezeptiv wahr. Wenn sich die Schüler gegenseitig fragen, produzieren sie sowohl in der Frage als auch in der Antwort den Akkusativ.

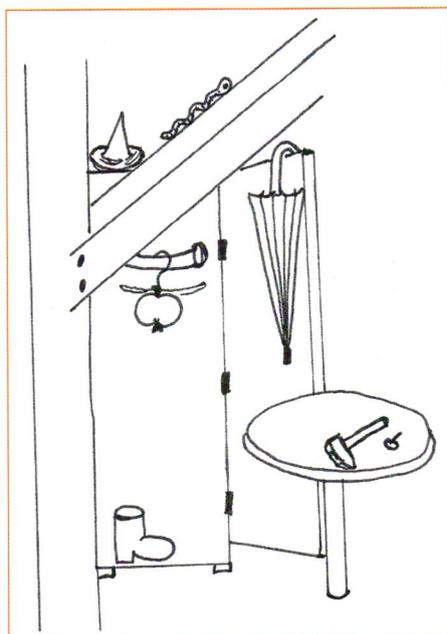


Abbildung 1: Ausschnitt eines Suchbilds zur Raumerfahrung: Gegenstände im Raum (Vogel et al. 2001, 54)

In der 2. Jahrgangsstufe werden **Wege** beschrieben. Im Mathematikbuch Denken und Rechnen 2 (Maier 2001, 29) soll der Weg eines Elefanten zum Hotel beschrieben werden, wobei jeweils benannt wird, was der Elefant rechts und links am Wegrand sieht. Als kürzest mögliche Zielstruktur produzieren die Schüler hier: „links den Stein, rechts den Baumstumpf...“.

#### 1.2 Geometrische Formen

Geometrische Formen können zweidimensional als Fläche (z. B. maskulinum: Kreis – neutrum: Dreieck, Quadrat, Rechteck) oder dreidimensional als Körper (z. B. maskulinum: Würfel, Quader, Zylinder, Kegel – femininum: Pyramide, Kugel – neutrum: schwerer Begriff: Prisma) behandelt werden. Als Einstieg oder Vertiefung können diese Körper in **Fühlsäckchen** erfasst werden. Sind bestimmte Formen z. B. mit Bildkarten an der Tafel angegeben, antworten die Schüler mit dem bestimmten Artikel auf die Frage „Was fühlst du?“ – Schüler: „den Kreis“.

Ohne Vorgaben ist pragmatisch der unbestimmte Artikel erforderlich: „einen Kreis.“

Im Rahmen von **Konstruktionsspielen** können zwei- oder dreidimensionale Figuren nach Anweisung nachgebaut werden. Beispielsweise geben sich Schüler in Partnerarbeit mit Sichtwand gegenseitig Anweisungen, welche Formen sie verwenden oder wie sie diese zusammenfügen (vgl. Abb. 2). Als einfachste Form erläutert Berg (2008, 69), dass die Schüler sich gegenseitig beschreiben, welche geometrischen Körper sie in eine Reihe legen. Ein Schüler fragt: „Was legst du?“ Als Reduktion auf die kürzest mögliche Zielstruktur verspricht der Partner nur den Akkusativ: „den Würfel, dann den Kegel...“. Als Steigerung kann der Akkusativ zusätzlich in Präpositionalphrasen eingebaut werden, indem die Körper zu Figuren zusammengesetzt werden: „den Würfel auf den Quader...“. Als Hilfe für die Präpositionalphrasen dienen Wort- und Bildkarten (vgl. Abb. 2). Für den Vergleich ist zu beachten, dass die Schüler spiegelverkehrt legen, wenn rechts und links verwendet wird.

### 2 Akkusativförderung in der sachbezogenen Mathematik

#### 2.1 Größen

Zum Bestimmen von Größen können in der Klasse zuvor Gegenstände verteilt werden, die anschließend z. B. gemessen oder gewogen werden. Jeder Schüler entscheidet sich auf die Frage: „Was nimmst du?“ für einen Gegenstand: „einen Radiergummi“ bzw. „den Radiergummi“, wenn jedes Objekt nur einmal vorhanden ist und zuvor bestimmt wurde. Sind mehrere verschiedenfarbige Items von einer Sorte vorhanden, sind sprachliche Steigerungen wie „den roten Radiergummi“ möglich.

#### 2.2 Arbeit an Sachsituationen

Beim Sachrechnen lässt sich in bestehenden Aufgaben aus Mathematikbüchern oder Arbeitsheften zusätzlich der Akkusativ integrieren. Im Arbeitsheft von Welt der Zahl 3

Abbildung 2 a

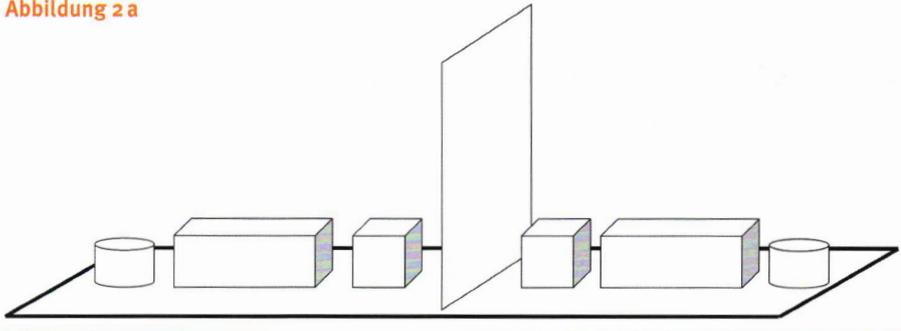


Abbildung 2 b

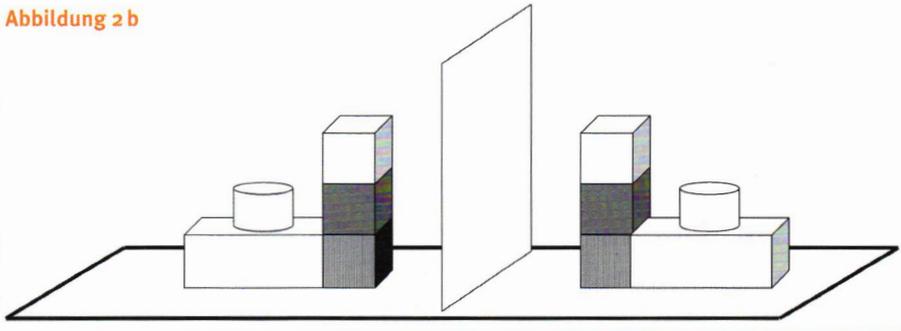


Abbildung 2 c

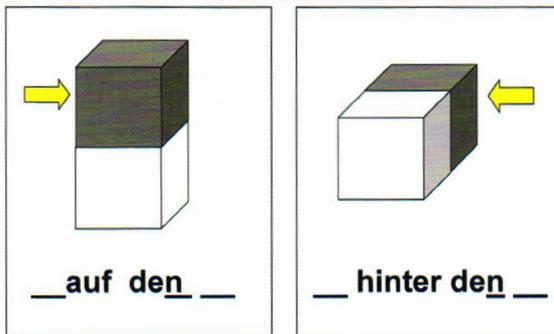


Abbildung 2 a-c: Konstruktionsspiel mit Sichtwand leicht und schwer, Wortkarten zu Präpositionen mit Akkusativ maskulinum (verändert nach Reber & Schönauer-Schneider 2009, 180)

(Rinkens & Hönisch 2002, 5) müssen Kinder für das Bastelmaterial ihrer individuell gestalteten Stabpuppe bezahlen. Die Preise für die einzelnen Items (Gürtel, Hut, Stab, Ball, Krone, Helm, Feder, Schwert ...) sind aufgeführt sowie drei verschiedene Puppen, deren Preis berechnet werden soll. Die Schüler können hier zuvor eine Liste erstellen, was sie für die jeweilige Puppe benötigen. Eine leicht abgewandelte Aufgabe findet sich in Abbildung 3.

## Literatur

- Berg, M. (2008): Kontextoptimierung im Unterricht. Praxisbausteine für die Förderung grammatischer Fähigkeiten. München: Ernst Reinhardt.
- Maier, H. (Hrsg.) (2001): Denken und Rechnen 2. Braunschweig: Westermann Schulbuchverlag GmbH.
- Reber, K. & Schönauer-Schneider, W. (2009): Bausteine sprachheilpädagogischen Unterrichts. München: Ernst Reinhardt.
- Rinkens, H.-D. & Hönisch, K. (Hrsg.) (2002): Welt der Zahl 3. Mathematisches Unterrichtswerk für die Grundschule. Arbeitsblätter. Hannover: Schroedel Verlag GmbH.
- Vogel, G.-H., Sailer, W. & Weidner, S. (2001): Formel 1. Mathematik für die Grundschule. Bamberg: C.C. Buchners Verlag.

## Kontakt

Dr. Wilma Schönauer-Schneider, schoenauer@lmu.de

Ludwig-Maximilians-Universität München,  
Lehrstuhl Sprachheilpädagogik,  
Leopoldstr. 13,  
80802 München

Dr. Wilma Schönauer-Schneider, Sprachheilpädagogin (M.A.), ist Sonderschullehrerin für Sprachheilpädagogik und Verhaltensgestörtenpädagogik sowie Akademische Rätin am Lehrstuhl für Sprachheilpädagogik der LMU München. In der dgs-Landesgruppe Bayern ist sie Beisitzerin im Vorstand.

Die Lehrerin hat Bastelmaterial für Stabpuppen.  
Die Schüler müssen das Material aber selbst bezahlen.

					
0,30 €	0,50 €	0,30 €	0,20 €	0,40 €	0,30 €

1) Was braucht Peter für seine Puppe?



Peter braucht:

- den Ball für \_\_\_\_\_ €
- \_\_\_\_\_ für \_\_\_\_\_ €
- \_\_\_\_\_ für \_\_\_\_\_ €
- \_\_\_\_\_ für \_\_\_\_\_ €

2) Wie viel muss Peter für seine Puppe bezahlen?

3) Zeichne deine eigene Stabpuppe. Was brauchst du?  
Wie viel musst du bezahlen?

Abbildung 3: Sachaufgabe mit dem Schwerpunkt Akkusativ (leicht verändert nach: Rinkens & Hönisch 2002, 5)



## Stundenprofil für eine Einzeltherapiestunde à 45 Minuten mit einem Kind im Kindergartenalter zum Thema Akkusativ

Elisabeth Wildegger-Lack, Fürstenfeldbruck

### Erster Teil: spielerische Übungsphase der Therapiesitzung

Setting am Tisch im Therapiezimmer: Kind und Therapeut bzw. Therapeutin  
Verwendetes Material: speziell ausgewählte Playmobilfiguren und entsprechendes Zubehör:

- i. zehn verschiedene Kinderfiguren (fünf Jungen und fünf Mädchen)
- ii. zehn möglichst verschiedene Stühle und Sessel
- iii. zehn möglichst verschiedene Kinderhüte und -helme.

### Ausgangsfrage: Wer bekommt was? Wer will was?

Wer bekommt welche Kopfbedeckung?

Der Junge bekommt den Helm.

Das Mädchen will den Hut.

In dieser Therapiephase ist auch bereits Rollenspiel möglich. Jede Figur sagt in der Ich-Form, welche Kopfbedeckung es möchte, z. B. „Ich will lieber den weißen Helm. Darf ich den nehmen?“

Wer bekommt welche Sitzgelegenheit?

Analog zu den Kopfbedeckungen werden nun die Sitzgelegenheiten verteilt. Wieder

muss der Akkusativ dabei gebildet werden. „... den Stuhl“, „... den Sessel“

*Nach dieser Sortier- und Übungssequenz kann nun vom Therapeuten bzw. der Therapeutin zum Rollenspiel angeleitet werden.*

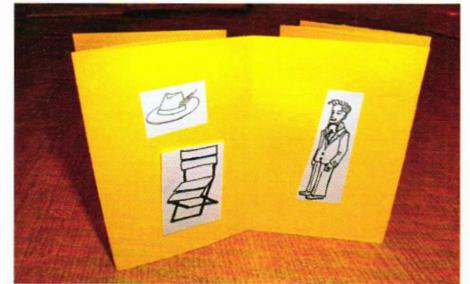
Dabei gibt es verschiedene Möglichkeiten.

- Die Figuren tauschen die Kopfbedeckungen und Sitzgelegenheiten und es kommt dabei vielleicht zu einem kleinen Streit oder einer kleinen Diskussion um einen besonders schönen Hut oder einen besonders bequemen Sessel.
- Es kommt noch ein Tisch dazu und verschiedene Figuren setzen sich an den Tisch zum Essen.
- Die Figuren unterhalten sich einfach (idealerweise über ihre Kopfbedeckungen und Sitzgelegenheiten, es sind jedoch auch andere Themen erlaubt!).

### Zweiter Teil: Schriftliche Fixierung der Therapieinhalte dieser Therapieeinheit als Merkhilfe für zuhause bzw. für das Kind und seine Bezugspersonen

Die Playmobilfiguren und -gegenstände liegen dem Kind nun als Bilder vor. Auf ein

buntes Tonpapier, das z. B. als „Zick-Zack-Buch“ gefaltet werden kann, werden nun die Figuren und Gegenstände entsprechend der Vorlage des dreidimensionalen Materials zusammengeklebt und bei Bedarf bzw. Interesse des Kindes entsprechend bemalt, z. B. „Ich male den Stuhl gelb an, ich male den Hut blau an“.



### Literatur

- Baumgartner, S. (2008): Kindersprachtherapie. Eine integrative Grundlegung. München: Reinhardt.
- Motsch, H.-J. (2004): Kontextoptimierung. Förderung grammatischer Fähigkeiten in Therapie und Unterricht. München: Reinhardt.

### Korrespondenzadresse

Dr. Elisabeth Wildegger-Lack  
Hochfeldweg 13  
82256 Fürstenfeldbruck  
08141 33718

Dr. Elisabeth Wildegger-Lack arbeitet seit zwei Jahrzehnten als akademische Sprachtherapeutin in eigener Praxis. Sie war viele Jahre als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Ludwig-Maximilians Universität beschäftigt und ist seit Jahren in der Fortbildung zu den Themen kindliche Sprachentwicklungsstörungen und spezielle Spiele in der Sprachtherapie aktiv.





## Alexander-Technik in der Stimmtherapie

Irma Hesz & Birgitta Juchems, Düsseldorf-Flingern



Die Alexandertechnik-gestützte Arbeit an der Stimme zielt darauf ab, ein Gleichgewicht zwischen Körper, Stimme und Wort herzustellen. Je ausgewogener diese Kanäle miteinander interagieren, umso authentischer wirkt eine Person. Da die Stimme nur bedingt „manipulierbar“ ist, kann eine authentische Änderung der stimmlichen Signale nur durch eine Änderung auf der mentalen Ebene geschehen.

Mit Hilfe der Alexander-Technik kann es gelingen, den Zusammenhang zwischen den eigenen mentalen Konzepten und dem persönlichen stimmlichen Ausdruck zu erforschen, zu verstehen und ihn dann konstruktiv zu nutzen.

### Wer war F. M. Alexander?

Der Rezitator und Schauspieler Frederick Matthias Alexander (1869-1955) hatte schon früh mit Atembeschwerden und Heiserkeit zu kämpfen. Diese führten beim Rezitieren immer häufiger dazu, dass seine Stimme versagte. Verzweifelt suchte Alexander verschiedene Stimmbildner und Ärzte auf, um Hilfe zu erlangen, ohne Erfolg. Er beschloss, seinen Schwierigkeiten selbst auf den Grund zu gehen und erkannte durch intensive Selbstbeobachtungen den Zusammenhang zwischen Denken und Bewegung. Auf erfahrungswissenschaftlicher Grundlage formulierte er allgemeingültige Gesetze für die Planung und Koordination von Bewegung, die er mit Erfolg auf sein

Stimmproblem anwendete: dies verschwand vollständig und dauerhaft. (siehe auch [www.alexandertechnik-denkbewegung.de](http://www.alexandertechnik-denkbewegung.de))

### Was ist die Alexander-Technik?

Die Alexander-Technik ist eine Methode, mit deren Hilfe Menschen ihren Stimmdruck verbessern können. Sie hilft ihnen, ihre Stimme leichter und effizienter klingen zu lassen und unterstützt sie dabei, ihren Stimmgebrauch auf die Anforderungen des Sprechkontextes angemessener abzustimmen.

Die Grundlagen und Hilfestellungen der Alexander-Technik sind leicht erlernbar. In den Unterrichtsstunden erfährt der Schüler, wie er sich und seine Sprechbewegungen effektiver organisiert, z. B. beim Singen, Sprechen, Vortragen, Rezitieren, Anleiten, Unterrichten, Präsentieren, Moderieren etc. Oft werden Menschen erst aufmerksam, wenn sie Schmerzen empfinden oder wenn sie ihren Sprechanforderungen nicht mehr problemlos nachgehen können. Aber soweit muss es nicht kommen.

Die Alexander-Technik versteht sich als präventive Methode. Der Fokus der Arbeit richtet sich darauf, das eigene Verhalten als (Mit-)Ursache anzuerkennen und bereits im Vorfeld so zu verändern, dass keine weiteren Probleme auftreten.

**„Wenn man aufhört, das Falsche zu tun, wird sich das Richtige von alleine tun.“ – Alexander-Technik in der Stimmtherapie**

Bei Patienten mit funktionellen Stimmstörungen ist der eigene Umgang mit dem Stimmapparat so ungesund, dass die resultierenden Funktionseinschränkungen ihre Lebensqualität beeinträchtigen.

Da der eigene Fehl-Gebrauch der Stimme zur Stimmstörung geführt hat, liegt hier der Fokus der Alexandertechnik-Arbeit. Die Patienten lernen ihre Denk- und Verhaltensstrukturen in Bezug auf den Gebrauch ihrer Stimme kennen und entwickeln in einem spannenden Veränderungsprozess bessere Alternativen. In der Therapie suchen Patient und Therapeut gemeinsam neue Lösungsmöglichkeiten, wie sie das Sprechen effizient gestalten können. Dabei geht es keinesfalls um das Verteilen von Rezepten und starren Handlungsanweisungen (tief atmen, sprechen in der mittleren Sprechstimmlage, gewohnheitsmäßiges Räuspern und Flüstern vermeiden...). Vielmehr wird die Fähigkeit gefördert, alltägliche Sprechsituationen sinnvoll zu planen und die eigenen Verhaltensweisen und Bewegungen nach wichtigen Bewegungsprinzipien auszurichten. Von Beginn der Therapie an wird der Patient aufgefordert, selbstgewählte Anliegen mitzubringen. Diese bilden die Grundlage für die Arbeit in der Therapie.

Herr K. (Lehrer) kommt aufgrund einer hyperfunktionellen Dysphonie zur Stimmtherapie. Er bekommt vorwiegend dann Probleme mit seiner Stimme, wenn er sich vor der Klasse stimmlich Aufmerksamkeit verschaffen möchte. Doch wenn er lauter spricht, wird sein Hals eng, das Sprechen anstrengend und die Stimme klanglos. Zu-

nächst denkt Herr K., dass er etwas beim Sprechvorgang selbst falsch macht. In der Therapie erkennt er jedoch, wie viel unnötige Anspannung *im ganzen Körper* er zum Sprechen einsetzt. Diese ganzkörperliche Anspannung wirkt sich hinderlich auf die Stimmerzeugung aus. Die Alexandertechnik-gestützten Therapiesitzungen basieren auf einem wichtigen Prinzip der Alexander-Technik: „Weniger ist mehr“. Es besagt, dass es bei Verhaltensänderungen nicht darum geht, etwas anderes zu *tun*, sondern darum, das Überflüssige wegzulassen. F.M. Alexander beschrieb diesen Prozess so: „Wenn man aufhört, das Falsche zu tun, wird sich das Richtige von alleine tun“. Durch diese neuen Herangehensweise lernt Herr K., das „Falsche zu stoppen“ und dadurch seine ganzkörperliche Überspannung aufzulösen. Dadurch verbessert sich nicht nur seine Stimme deutlich, sondern er strahlt auch eine größere persönliche Präsenz aus, die ihm vor der Klasse eine natürliche Autorität verleiht.

Frau M. (Verkäuferin) stellt sich ebenfalls aufgrund einer hyperfunktionellen Dysphonie in der sprachtherapeutischen Praxis vor. Im Therapiesprach stellt sich heraus, dass Frau M. von dem Fehlkonzept ausgeht, sie könne die Stimmbandschwingungen über aktive Bewegungen des Kehlkopfes beeinflussen. Um hohe Töne zu erzeugen hebt sie den Kehlkopf, um tiefe Töne zu erzeugen, senkt sie ihn. In der Alexandertechnik-gestützten Therapie macht sie die Erfahrung, dass ihre *inneren Konzepte* des Sprechvorgangs einen entscheidenden Einfluss auf den Gebrauch des Stimmapparates und damit auf die Funktion der Stimme hat. Durch Experimente, Gespräche und die Auseinandersetzung mit anatomischen Gegebenheiten verändert Frau M. ihr Konzept

über die Funktionsweise ihrer Stimme. Das veränderte Konzept gibt ihr die Möglichkeit, ihre Stimme physiologisch zu gebrauchen. Frau S. (Dozentin) kommt mit der Diagnose einer hypofunktionellen Dysphonie. Frau S. hält häufig Vorträge. Die Rückmeldungen ihrer Zuhörer beziehen sich leider weniger auf den Inhalt, sondern auf das stimmliche Erscheinungsbild: Sie höre sich nervös an, kindlich, gestresst. Nun beginnt ein Teufelskreis: Durch die Rückmeldungen bedingt empfindet Frau S. ihre Stimme als katastrophal und entwickelt eine negative Einstellung zu sich, das Lampenfieber nimmt von mal zu mal zu, ihre stimmliche Performance wird immer kümmerlicher, die Rückmeldungen bleiben negativ, es macht es ihr zunehmend weniger Spaß Vorträge zu halten. Ihre hohe, dünne, klanglose Stimme reflektiert Ihre negative innere Einstellung zu sich selber. In der Alexandertechnik-gestützten Stimmtherapie arbeitet der Therapeut mit der Patientin vor allem an ihren negativen Einstellung und Erwartungen sich selbst gegenüber. Vom negativen Erleben weg kann sie den Fokus ihrer Aufmerksamkeit wieder auf das zu richten, was ihr Spaß macht: die Weitergabe von Wissen in Form von Vorträgen. Frau S. beginnt, ihre Stimme nicht mehr als Feind zu sehen, sondern als *Botenschaftsträger*. Die veränderte innere Einstellung verändert die gesamte körperliche Koordination der Patientin sichtbar und wird in einer deutlich veränderten wärmeren und tieferen Stimme hörbar.

Bei allen Patienten ist das Ergebnis verblüffend. Mehr Stimmklang, ein größerer Tonumfang, weniger Sprechanstrengung und mehr Zufriedenheit mit dem eigenen stimmlichen Ausdruck lassen sich nach kurzer Zeit feststellen. Die Patienten erlangen mehr Flexibilität in ihrem Stimmgebrauch

und ein größeres Stimmpotential. Sie empfinden oft große physische und psychische Erleichterung und bemerken eine deutliche körperliche Entlastung.

Methodisch-didaktisch nutzt der Alexandertechnik-Lehrer verbale und manuelle „Techniken“. Durch die praktische Arbeit mit „daily life activities“ kann der Patient von Anfang an neue Lösungswege in seinem Stimmgebrauch erproben und in seinem Alltag selbständig anwenden. Alexandertechnik-Lehrer sind geschult, sich auf die individuellen Bedürfnisse und Situationen ihrer Klienten einzustellen.

Die Integration der Alexander-Technik in den stimmtherapeutischen Alltag stellt eine fruchtbare Ergänzung zu den vorhandenen Kenntnissen und Behandlungstechniken der Sprachtherapie dar. Sie erhöht die Wirksamkeit der Sprachtherapie, da durch die Sichtweisen und Methoden der Alexander-Technik therapeutische Maßnahmen gezielter und effektiver eingesetzt werden können.

Alexander-Technik hilft nicht nur den Patienten. Auch die Sprachtherapeuten profitieren davon: Sie lernen, sich während der Behandlung besser zu koordinieren und auf sich selbst zu achten und unterstützt so das persönliche Wohlbefinden bei der Arbeit.

---

### Korrespondenzadresse

Irma Hesz  
Birgitta Juchems

Degerstr. 38  
40235 Düsseldorf-Flingern  
Tel/Fax: 0211-7886780  
info@alexandertechnik-denkbewegung.de

## Presseschau

# Daten und Zitate aus Fach- und Tagespresse

### Neue Daten zum Wortschatz von Kindern im Alter von 20–25 Monaten: Diagnostische Kriterien für „Late Talkers“ sind abhängig vom Alter

#### Waldemar von Suchodoletz

Bislang gibt es im deutschsprachigen Bereich nur wenige Daten zu Einzelheiten des Wortschatzes von jungen Kindern. Es wäre z. B. interessant zu wissen, welche Wortarten zu Beginn des Spracherwerbs wie häufig anzutreffen sind oder wie sich der Wortschatz von Mädchen und Jungen unterscheidet.

Durch das Internet ist es möglich geworden, unkompliziert auch größere Datenmengen allgemein zugänglich zu machen. Deshalb haben wir Tabellen mit Einzelheiten zum Wortschatz von Kindern im Alter von 20-25 Monaten ins Netz gestellt. Diese Daten wurden mit einem 406 Wörter umfassenden Elternfragebogen bei über 683 Kindern erhoben.

Aus den Daten geht z. B. hervor, dass sich der Wortschatz vom 20. bis zum 25. Lebensmonat fast verdoppelt; dass Mädchen deutlich häufiger als Jungen die Wörter „Kleid, Puppe, Kette, Mädchen, Kinder, Hase, klatschen, Schnecke, Blume, Telefon und kuscheln“ benutzen und dass in dieser Altersstufe für Jungen die Wörter „Hammer, Bagger, Traktor, Polizei, Hubschrauber, Leiter, Eisenbahn, Nagel, unter, Hemd, Dach und Zeitung“ typische sind. Auch wird aus den Ergebnissen klar, dass das Kriterium „Wortschatz unter 50“ zur Falldefinition für

Late Talkers nur für 23-24 Monate alte Kinder gültig ist. Wird dieses Kriterium z. B. bei der U7 zu Beginn des Untersuchungszeitraums (21.-24. Lebensmonat) benutzt, dann werden mit 28 % viel zu viele Kinder als Late Talkers eingestuft.

Die Daten sind abrufbar unter:

<http://www.kjp.med.uni-muenchen.de/sprachstoerungen/DzS.php>.

Prof. Dr. med. Waldemar von Suchodoletz

E-Mail: [suchodoletz@lrz.uni-muenchen.de](mailto:suchodoletz@lrz.uni-muenchen.de)

<http://www.suchodoletz.de> <<http://www.suchodoletz.de/>>

### Unwort des Jahres 2009: „Betriebsratsverseucht“

(UF) Eine unabhängige Jury von Sprachwissenschaftlern hat „betriebsratsverseucht“ zum Unwort des Jahres 2009 gekürt. Es steht für den rauen Umgang mit Arbeitnehmerrechten.

Zu der Jury gehörten die ProfessorInnen Schlosser (Frankfurt/M.), Margot Heineemann (Leipzig), Nina Janich (Darmstadt) und Martin Wengeler (Düsseldorf); als Vertreter der Sprachpraxis waren diesmal der Journalist Stephan Hebel (Frankfurter Rundschau) und der Sozialethiker Friedhelm Hengsbach (Ludwigshafen) mit von der Partie.

Die Aktion „Unwort des Jahres“ soll für mehr sachliche Angemessenheit und Humanität im öffentlichen Sprachgebrauch werben. Das Adjektiv „betriebsratsverseucht“ stammt aus der ARD-Sendung

„Monitor“ vom 14. Mai vergangenen Jahres, in der ein Mitarbeiter einer Bau-marktkette (Bauhaus) über Abteilungsleiter berichtete, die das Vertrauen in den Betriebsrat als Einstellungshindernis sehen. Die Experten kritisierten auch Bundeskanzlerin Angela Merkel für den Ausdruck „Flüchtlingsbekämpfung“ und die Bezeichnung „intelligente Wirksysteme“ für hochentwickelte Munition. Von „Flüchtlingsbekämpfung“ habe die Bundeskanzlerin auf einem „Bürgerforum“ der Bertelsmann-Stiftung gesprochen. Sie meinte damit die Abwehr von Flüchtlingen an den europäischen Grenzen. Die Jury rügte die Gleichsetzung einer Menschengruppe mit einem negativen Sachverhalt wie bei analogen Begriffen Krankheits-, Seuchen- oder Terrorismus-Bekämpfung. Merkel habe einen „dramatischen sprachlichen Fehlgriff“ getan.

Schlosser fügte hinzu, auch „merkeln“ als Synonym für „nichts tun“ sei für das Unwort des Jahres angeregt worden.

Für das Unwort wurden 982 verschiedene Vorschläge in 2018 Einsendungen eingereicht. Am häufigsten vorgeschlagen wurden Wachstumsbeschleunigungsgesetz (183), Schweinegrippe (79), Schattenhaushalt (69), Abwrackprämie (68), Umweltpremie (47), systemrelevante Unternehmen (42), Leistungsträger (39), Kopftuchmädchen (36, darunter laut Schlosser auch der Sänger Reinhard Mey), Analogkäse (30) und (kein) rechtsfreier Raum (27).

## Aus der Redaktion

### Erratum

#### Korrigierter Fragebogen nun zum Download verfügbar

In der Rubrik „Therapieraum“ der *Sprachheilarbeit* 6, 2009, S.278, misslang uns leider der Abdruck eines Fragebogens, den Theda

Hiller zur Frühdiagnostik von SEV bzw. SES entwickelt hatte. Die Autorin hatte darum gebeten, den Fragebogen kopierfähig zu veröffentlichen, so dass er ohne Umwege in der Praxis eingesetzt werden kann. Wir bitten die Autorin und die Leser und Leserinnen

für unseren Fehler um Entschuldigung.

Die korrigierte Version des Fragebogens ist jetzt unter [www.dbs-ev.de](http://www.dbs-ev.de) sowie [www.dgs-ev.de](http://www.dgs-ev.de) einsehbar und kann von dort herunter geladen werden.

Die Redaktion

## Rückblicke

# 20 Jahre Bildung zum Thema Stottern

## Die Werkstattgespräche der ivs 2009



Prof. Edward Conture/  
USA

Zum 20. Mal fanden im November 2009 die Werkstattgespräche der Interdisziplinären Vereinigung der Stottertherapeuten e.V. (ivs) statt. Der Hauptreferent dieser Fortbildung für Stottertherapeuten war Prof. Edward Conture von der Vanderbilt University in Nashville/Tennessee (USA), der von seinen aktuellen Forschungen, insbesondere zum Thema „Emotionale, sprachliche und umweltbezogene Einflüsse auf das kindliche Stottern“ berichtete und das von ihm entwickelte duale Diathese-Stress-Modell des Stotterns, sowie die an der Vanderbilt University durchgeführte Gruppentherapie mit stotternden Kindern und deren Eltern vorstellte.

Dr. Stephan Baumgartner beleuchtete die Entwicklungen in der Stottertherapie in den letzten 20 Jahren, wobei die evidenzbasierte Ausrichtung der therapeutischen Arbeit einen wesentlichen Aspekt des Vortrags darstellte. Die Implementierung der ICF im Bereich der Befunderhebung und Therapie des Stotterns war ein weiteres Thema.

### Projekt zur Verbesserung der Qualität im Bereich der Diagnostik des Stotterns

Die Mitglieder der ivs stellen einen starken Handlungsbedarf, Stottertherapeuten valide und möglichst standardisierte Materialien zur Diagnostik des Stotterns, auch hinsichtlich der Anforderungen der ICF an die Hand zu geben, fest. Eine Expertengruppe wird hier ein dementsprechendes Projekt durchführen und so dabei helfen, auch im Sinne der Leitlinien der ivs, die Struktur- und Prozessqualität der Diagnostik zu erhöhen. Dabei wird von schon genutzten bzw. entwickelten Materialien ausgegangen, bei

welchen dann die Möglichkeit der Standardisierung bzw. der Validierung geprüft wird und durchgeführt werden soll.

### Feiern zum 20-jährigen Jubiläum der ivs

1989 wurde die ivs von Vertretern verschiedener Berufsgruppen als interdisziplinäre Organisation gegründet, um Stottertherapeuten zu schulen, die Qualität der Therapien zu steigern und das Thema Stottern verstärkt in die Öffentlichkeit zu bringen. Dies gelang durch regelmäßige Werkstattgespräche, durch Fortbildungsangebote und auch durch sechs Stotterkonferenzen, sowie der Beantwortung von Anfragen von Betroffenen, Angehörigen und Therapeuten und der Kooperation mit der Bundesvereinigung Stottererselbsthilfe e.V.

Grund genug, die letzten 20 Jahre und sich im Rahmen dieser außergewöhnlichen Werkstattgespräche zu feiern!

*Stephan Blind, ivs-Vorstandsmitglied*

## Persönliches

# Nachruf Konrad Leites

Am 18. Januar 2010 ist im Alter von 84 Jahren Konrad Leites verstorben. Er war von 1966 -1969 Vorsitzender der dgs Landesgruppe Hamburg; vor allem war er jedoch ein Streiter für die Sprachheilpädagogik – insbesondere für die außerschulische.

Er selbst hat als Sprachheillehrer gearbeitet, wurde später Studiendirektor, aber als Ehrentitel verstand er seine weitere Berufsbezeichnung „Fachpädagoge der Logopädie“. Gemeinsam mit seiner Frau Erika führte er seit den 1960er Jahren gelegentlich die scharfe verbale Klinge, wenn er im damals entstehenden Konflikt zwischen gerade gegründeten Logopädienschulen, den etablierten Sprachheillehrern und der Phoniatrie Positionen bezog. Auf dem dgs Kongress 1972 warf er der Medizin, insbesondere der Phoniatrie „Kompetenzsnobismus“ vor und

dem Phoniater Biesalski hatte er schon 8 Jahre zuvor attestiert: „Im übrigen habe ich den Eindruck, daß manche Kritik an der Sprachheilschule aus der Unkenntnis ihrer Arbeitsweise erwachsen ist“. Er hatte als einer der ersten in Deutschland die Bedeutung der ambulanten Sprachtherapie für die Versorgung sprachbehinderter Menschen erkannt. Deshalb stritt er für die Teilnahme an deren Versorgung und hat viel für diese Menschen, aber auch für die sprachtherapeutisch arbeitenden Kolleginnen und Kollegen, erreicht.

Sein Engagement für die Sprachtherapie innerhalb und außerhalb der Sprachheilschule ließ auch den kritischen Blick in die eigenen Reihen zu. Dem Primat der Pädagogik gegenüber einer als „Sprechtechnik-Therapie“ diffamierten Logopädie, eine Position die prominent und beispielhaft der Mainzer

Hochschullehrer Westrich vertrat, hielt er beispielsweise 1974 entgegen: „Ich wollte Sie auch fragen, ob Sie mit Ihrer Ursachen-Theorie nicht auch einer gewissen Einseitigkeit verfallen sind, die Sie ja der Medizin so stark zum Vorwurf machen“ Leites 1975, 32.

Auf dem Kongress der dgs in Halle im Jahre 2002 haben wir Jüngeren einen rüstigen und noch immer engagierten Kollegen und überaus freundlichen Menschen kennengelernt.

Mit dem Tod von Konrad Leites verlieren die deutsche Sprachheilpädagogik und die akademische Sprachtherapie einen wichtigen Wegbereiter für die Bedeutung, die sie erreicht haben.

*Dr. Volker Mähack, dgs-Bundesvorsitzender*

# Aus der Hochschule

## Bachelor-Studiengang „Sprachtherapie“ an der Uni Köln

Der Studiengang „Sprachtherapie“ mit dem Studienziel Bachelor of Arts Sprachtherapie an der Humanwissenschaftlichen Fakultät der Universität zu Köln konnte im vergangenen Wintersemester die Akkreditierung durch die Qualitätssicherungsagentur für Studiengänge abschließen. Damit kann der bereits im Heft 3/2009 angekündigte Studiengang zum Wintersemester 2010/11 seine ersten Studierenden aufnehmen. In den sechs Semestern des grundständigen Studienganges werden im Wesentlichen die in den Zulassungsempfehlungen der Krankenkassen vorgesehenen Inhaltsbereiche angeboten. Im Korsett der vorgesehenen sechs Semester und der damit verbundenen Anzahl an Arbeitszeit-äquivalenten Leistungspunkten wird ein Standard erreicht, der den Erfordernissen für eine Vollzulassung entspricht und der vertieftes, wissenschaftliches Arbeiten erst für die Master-Phase vorsieht. Anschlussfähige, fachübergreifende Master-

### Personalia

Frau Prof. Dr. Ute Ritterfeld wurde auf die Professur „Pädagogik Rehabilitation und Pädagogik bei Sprach-, Kommunikations- und Hörstörungen“ an der Fakultät Rehabilitationswissenschaften der Technischen Universität Dortmund berufen. Sie tritt damit die Nachfolge auf dem Lehrstuhl von Prof. Dr. G. Dupuis an. Frau Prof. Ritterfeld hatte zuletzt einen Lehrstuhl am Institut für Psychologie an der Vrije Universiteit Amsterdam inne. Sie ist Mitgründerin und Herausgeberin der Fachzeitschrift L.O.G.O.S. INTERDISZIPLINÄR.



Studiengänge sind an der Universität zu Köln in Planung. Getragen wird der Studiengang v.a. von den beiden Lehrstühlen „Sprachbehindertenpädagogik in schulischen und außerschulischen Bereichen“ (Prof. Motsch) und „Pädagogik und Therapie bei Sprech-

und Sprachstörungen“ (Prof.in Romonath). Damit hat die größte Universität der Bundesrepublik nun auch ein Studienangebot für Akademische Sprachtherapeuten.

*Christian Glück*

## Für Studierende

### Nachwuchswissenschaftler bereichern das wissenschaftliche Symposium des dbs

Im Rahmen des diesjährigen Symposiums wurde erneut der **Förderpreis** des dbs vergeben:

- 1. Platz: Jovana Stahnke und Maike Voelmy (Idstein):** „(K)ein normaler Alltag!? Qualitative Studie zur Erfassung der Aktivität, Partizipation und Kontextfaktoren im Sinne der ICF/ICF\_CY von Grundschulkindern mit Lese-Rechtsschreibschwierigkeiten“
- 2. Platz: Alisa Wiesenberger und Veronika Balazs (München):** „Entwicklung und Erprobung von Aufgabengruppen für ein Interview zur Diagnostik der pragmatisch-funktionellen Dimension von aphasischen Kommunikationsstörungen unter Berücksichtigung des Vergleichs von Einschätzungsfragebögen von Angehörigen und den Ergebnissen aus dem Interview sowie des Vergleichs von den Testergebnissen aus dem Aachener Aphasia Test und den Ergebnissen aus dem Interview“



Die dbs-Förderpreisträgerinnen: A. Wiesenberger, V. Fuchs, V. Balazs, M. Voelmy, J. Stahnke (v. l.)

**3. Platz: Verena Fuchs (Würzburg):**  
„Theorie und Praxis der Diagnostik des Sprachverstehens im Vorschulalter“

Die prämierten Untersuchungen werden in Heft 5/2010 Sprachheilarbeit publiziert.

Die Posterpräsentation im Rahmen des 11. wissenschaftlichen Symposiums bot erneut ein eindrucksvolles Spektrum an Themen und Methoden. Unterteilt in die Themen „Stottern“, „kindliche Sprach- und Sprechentwicklung“ und „Sprachdiagnostik im Kindesalter“ stellten zehn Nachwuchswissenschaftler und ihre Kollegen in Halle / Saale ihre Forschungsergebnisse vor. Untersuchungen zu neurologischen Themen fehlten in diesem Jahr leider. Die Abstracts zu den Postern sind im Tagungsband nachzulesen und bereits jetzt befinden sich einige Poster auf der Homepage des dbs.

**Stottern**

- Kunkel: „Stottern bei älteren Erwachsenen - eine Querschnittsstudie“
- Miosga: „Integrative Kommunikationstherapie für stotternde Jugendliche und junge Erwachsene“

Neef, Arnold, Richtsmeier, Hassink, Sommer, Weber-Fox, Smith: „Die Konsolidierung des motorischen Gedächtnisses bei 9-12-jährigen Kindern, die stottern“

Prinzing-Unger, Glück, Cholewa: „Technisch unterstützte Reduktion des Stotterns (TURS): Einfluss modifizierter, auditiver Rückmeldung auf den Schweregrad des Stotterns, auf die Ausprägung der Kernsymptomatik und auf die Sprechgeschwindigkeit in freiem und strukturiertem Sprachgebrauch“

von Tiling: „Wie bewerten Zuhörer unterschiedliche Stottersymptome? Kernsymptome, verbales Vermeidungsverhalten und Fluency-Shaping-Sprechtechnik im Vergleich“

**Kindliche Sprach- und Sprechentwicklung**

Jentsch, Kurtenbach, Blech: „Verdachtsdiagnose Kindliche Sprechapraxie: Beschreibung des Heterogenitätsprofils anhand von drei Falldarstellungen“

Schmid und Romonath: „Zur Sprachentwicklung bei misshandelten Kindern. Eine empirische Untersuchung an Kindern im Alter von 3;0 bis 5;11 Jahren“

**Sprachdiagnostik im Kindesalter**

Kleissendorf und Schulz: „Welche Rolle spielt „Zeit“ für die Sprachdiagnostik zweisprachiger Kinder?“

Meyer und Hielscher-Fastabend: „Wie valide ist die Sprachstandserhebung in NRW aus sprachtherapeutischer Perspektive?“

Neumann, Heck, Romonath: „Zweite formative Evaluation des Diagnostik- und Dokumentationsinventars „LKGSF komplex“ - Praktische Evaluation nach Altersgruppen“

Auch für das nächste Wissenschaftliche Symposium in München 2011 wird es einen Call for posters geben. Wir würden uns erneut über eine rege Beteiligung der sprachtherapeutischen Nachwuchswissenschaftler freuen. Wir hoffen, Ihnen auch dann ein breites Spektrum bieten zu können, da die Posterpräsentation weiterhin nicht an das Rahmenthema des Symposiums gebunden ist.

*Barbara Kleissendorf*

**Studentische Vertreterinnen des dbs treffen sich im Rahmen des 11. wissenschaftlichen Symposiums in Halle**

Wie in den vergangenen Jahren fand auch in diesem Jahr ein Arbeitstreffen der studentischen Vertreterinnen des dbs im Rahmen des wissenschaftlichen Symposiums statt.

Die Vertreterinnen aus den Hochschulorten Potsdam, Hannover, Marburg, Dortmund, Köln und Bielefeld tauschten sich über die aktuellen Situationen an den Universitäten

aus und diskutierten studienrelevante Themen. Die Anerkennungsverfahren der einzelnen Studiengänge durch die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Notwendigkeit von Möglichkeiten zur postgradualen Weiterqualifizierung stellten zwei der zentralen Themen dar. An den dbs wurde von der Studierendenvertretung der Antrag gestellt, Universitäten zu beraten, die eine Einrichtung zur postgradualen Zusatzqualifikation für Absolventen von Bachelor- und Masterstudiengängen im Sinne der Zulassungsempfehlungen aufbauen möchten.



**Von unten nach oben, jeweils von links nach rechts:**

- Margarethe Ammon (Uni Bielefeld), Jelena Goltz (Uni Dortmund), Carina Lüke (Referentin für studentische Angelegenheiten; Uni Bielefeld), Svenja Zauke (Uni Dortmund), Sylvia Dobler (Uni Potsdam), Karoline Dreier (Uni Bielefeld), Michaela Miebach (Uni Dortmund), Silke Model (Uni Marburg), Jessica Bode (Uni Köln), Anne Prilop (Uni Hannover), Jenny Mews (Uni Bielefeld)

Darüber hinaus legten die studentischen Vertreterinnen ihre Arbeitsinhalte für den weiteren Jahresverlauf fest. Gearbeitet werden soll unter anderem an einer umfangreicheren und stets aktuellen Informationsversorgung über die Studienangebote in Deutschland auf der Homepage des dbs, das Organisieren und Durchführen von Informationsveranstaltungen und Berufseinstiegsseminaren an den Studienstätten sowie Recherchen zu den Themen Promotion, Auslandssemester und Forschungspraktika. Die studentischen Vertreterinnen werden sich in den kommenden Wochen und Monaten intensiv mit den aufgeführten Themen beschäftigen, sie per Email diskutieren und die zusammengetragenen Informationen unmittelbar an die Studierenden vor Ort weitergeben.

Mit besonderem Interesse verfolgten die studentischen Vertreterinnen die in diesem Jahr stattfindende Verleihung des dbs-Förderpreises. Insgesamt drei Abschlussarbeiten wurden von einer Jury ausgewählt und mit insgesamt 1500€ prämiert. Mit dem 1. Preis ausgezeichnet wurde die Bachelorarbeit von Jovana Stahnke und Maike Voelmy aus Idstein, die sich intensiv mit dem Alltagserleben von Kindern mit einer Lese-Rechtschreib-Störung beschäftigten. Auch die auf den 2. Platz gewählte Arbeit von Alisa Wiesenberger und Veronika Balazs aus München entstand im Rahmen des Abschlusses eines Bachelorstudiums. In ihrer Arbeit widmeten sie sich der Erfassungsmöglichkeit der kommunikativen Alltagskompetenz von Menschen mit einer schweren Aphasie. Die dritte Preisträgerin Verena Fuchs aus Würzburg verfasste ihre Magisterarbeit zum Themenkomplex der Diagnostik von Sprachverstehensleistungen und entwickelte ein rezeptives Verfahren zur Überprüfung der morpho-syntaktischen Fähigkeiten von Kindern im Vorschulalter.

Weitere Abschlussarbeiten und empirische Studienergebnisse von jungen Wissenschaftlern und Wissenschaftlerinnen wurden im Rahmen der mittlerweile etablierten Posterpräsentation vorgestellt.

*Carina Lüke  
dbs-Referentin für Studierende*

## Reihe von Informationsheften über Sprachstörungen

Die Informationsreihe der dgs zu Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen ist in den zurückliegenden Jahren sehr erfolgreich gelaufen und ständig ergänzt worden. Die Broschüren eignen sich sowohl zur Öffentlichkeitsarbeit als auch zur Unterstützung von Beratung und Therapien. Folgende Hefte werden angeboten:



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

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (dgs), Goldammerstr. 34, 12351 Berlin  
Telefon: 030 / 661 6004, Telefax: 030 / 661 6024, Email: [info@dgs-ev.de](mailto:info@dgs-ev.de), Homepage: [www.dgs-ev.de](http://www.dgs-ev.de)



Anzeigenschluss für Heft 3/2010 ist der 10. April

**Stellenanzeigen finden Sie auch im Internet:  
[www.verlag-modernes-lernen.de](http://www.verlag-modernes-lernen.de)**

# dbS – Aktuelles, Information, Nachrichten

## „Bild“-gebendes Verfahren: Auf der Suche nach dem Leitbild akademischer Sprachtherapeuten

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

sollten Sie sich für Kunst interessieren, besitzen Sie vermutlich eine mehr oder minder konkrete Vorstellung, welche Sie mit dem Wort „Bild“ assoziieren. Auch wenn Sie sich nicht für Kunst interessieren, haben Sie diese. Reicht Ihr Interesse in den Bereich der Modernen Kunst hinein, wird die Assoziation zum Thema „Bild“ möglicherweise abstrakter. Das klassische Tafelbild, die bemalte Leinwand in den Rahmen gespannt und manchmal Glas darauf gelegt, werden dennoch wohl die Meisten als „Bild“ beschreiben. Diese vertraute visuelle Semantik hat allerdings spätestens mit Lucio Fontana ordentlich gelitten, der vor 70 Jahren sein Tapetenmesser nahm, die Leinwand zerschnitt und damit die dritte Dimension der Betrachtung freilegte. Ein Original-Fontana ist ab ca. 300.000,- € für jeden Liebhaber zu erwerben: So wertvoll kann das Zerstören gewohnter Betrachtungsebenen sein.

Die dbs-Dozentenkonferenz hat auf ihrer letzten Tagung im Frühjahr 2009 beschlossen, eine Leit„Bild“kommission einzurichten und diese hat am 5. März 2010 erneut getagt. Sie nimmt sich der Fragen an: Was macht eine akademische Sprachtherapeutin/einen akademischen Sprachtherapeuten aus? Welche fachlichen Identitäten zeichnen sie/ihn aus? Diese Fragen stellen sich die Kolleginnen und Kollegen aus den Hochschulen ebenso wie wir im dbs nicht zum ersten Mal. Bereits vor 10 Jahren haben Susan Schelten-Cornish und ihre deutschen und kanadischen Kolleginnen Antworten auf diese Frage gesucht, und Sie als dbs-Mitglied können die damals gefundenen Ergebnisse in Form der „Berufsordnung akademischer Sprachtherapeuten“ bis heute auf unserer Homepage nachlesen. Aber die beruflichen Anforderungen, die Ausbildungssituationen, vor allem aber die Mitgliederstrukturen des dbs haben sich geändert. Neue Verbände sind hinzugekommen und das Selbstverständnis des dbs hat sich mit gewandelt. Waren früher die meisten Neumitglieder Absolventen oder Studierende sprachheilpädagogischer Studiengänge, kommen nun große Teile neuer Mitglieder aus den Reihen der

Patholinguistik, der klinischen Linguistik und manche, was uns ganz besonders freut, aus Fachhochschulen für Logopädie. Dieser anderen Wirklichkeit stellen und öffnen wir uns gerne, nur: Ändert sich damit auch unser Selbstverständnis, unser berufliches Leitbild?

An Fachhochschulen qualifizierte Logopädinnen sind selbstverständlich Teil akademischer Sprachtherapie in Deutschland, genauso wie die anderen Absolventen von Bachelor- und/oder Master-Studiengängen. Zu den gemeinsamen Aufgaben gehört neben der Sprachtherapie insbesondere die Forschung. Dieses und vieles mehr in ein aktuelles Leitbild zu integrieren, versuchen neben den Vertretern und Lehrstuhlinhabern der „alten“ universitären Ausbildungsstätten daher auch Professorinnen der Fachhochschulen in der dbs-Leitbildkommission. Nur durch den Austausch untereinander wird es gelingen, ein modernes, zukunfts-festes Bild und, mindestens ebenso wichtig, konkrete und operationalisierbare Ziele und Forderungen für die gesundheits- und bildungspolitischen Diskussionen der nächsten Zeit zu generieren. Leitbilderstellung bedeutet nicht, berufspolitische Wunsch-Dir-Was-Kataloge zu erstellen, es bedeutet gegenwärtige und zukünftige berufliche Anforderungen, grundlegende Werte, aber auch gemeinsame Ziele und Visionen in eine sachliche Produktbeschreibung zu integrieren. Die Erprobung grundständiger logopädischer Fachhochschulstudiengänge, so wie sie mit besonderem Engagement am Gesundheitscampus in Bochum in den Startlöchern stehen, wird der dbs mit Interesse und seinem gewachsenen Know-how beobachten und gerne auch intensiv begleiten, wenn dies gewünscht wird.

Einen ersten Eindruck von dem, was da kommt, werden sich die Dozenten der „traditionellen“ akademischen Sprachtherapie im Mai dieses Jahres machen können: Da ist der dbs mit der Dozentenkonferenz Gast beim FH-Studiengang Logopädie der neu gegründeten Hochschule für Gesundheit in Bochum, ein Novum für uns alle.

Die Ergebnisse der Leitbildkommission werden dort der dbs-Dozentenkonferenz

zur Diskussion vorgelegt mit dem Ziel, nach erfolgter Konsensbildung Sie als Mitglieder sowie interessierte Sprachtherapeuten und Logopäden zur gemeinsamen Suche nach unserem beruflichen Selbstverständnis aufzurufen. Die Verständigung darüber, was wir fachlich und beruflich wollen und benötigen, ist die Voraussetzung für die Formulierung und Vermittlung unserer Forderungen und Vorstellungen an die Politik, die Wissenschaft, die Arbeitgeber und die Arbeitnehmer in unserem Arbeits- und Handlungsfeld.

Die dritte Dimension der Erkenntnis wird zwar in Bochum nicht warten, da Signore Fontana nicht mehr unter uns weilt und ein ähnlicher Genius sich bislang noch nicht zu Wort gemeldet hat, dennoch werden die dann dort anwesenden professionellen Bildungslandschaftsbetrachter die Perspektiven wechseln müssen und dürfen – genau wie der dbs dies oft und gerne tut.

Mit bestem Gruß



Dr. Volker Maihack  
dbs-Bundesvorsitzender

# St-t-tt-ttottern. Praxisimpulse und Forschungsdesiderate vom 11. Wissenschaftlichen Symposium des dbs

Am 29./30. Januar 2010 fand in Halle (Saale) das 11. Wissenschaftliche Symposium des Deutschen Bundesverbandes der akademischen Sprachtherapeuten e.V. (dbs) zum Thema „St-t-tt-ttottern – Aktuelle Impulse für Diagnostik, Therapie und Evaluation“ statt. Erstmals widmete sich der dbs dem Thema „Stottern“ mit einem ganzen Symposium. Die Universität Halle bot hierfür einen gebührenden Rahmen.

Dr. Volker Maihack, Bundesvorsitzender des dbs, begrüßte die ca. 300 Teilnehmer/inn/en. Zahlreiche Ehrengäste, z. B. Vertreter der Hochschulen, der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik und der Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe (BVSS) waren der Einladung des dbs gefolgt. Dr. Maihack betonte die aktuelle Bedeutung des Themas, das zu den klassischen Arbeitsgebieten akademischer Sprachtherapie gehört und verwies auf die öffentliche Resonanz, die sich in Presseanfragen an den dbs widerspiegelt. Der stellvertretende Bürgermeister, Herr Kogge, wünschte der Tagung einen guten Verlauf. Dr. Matthias Kremer, Vorsitzender der BVSS, lobte den dbs für die Einbeziehung der Selbsthilfe, wodurch sich die Veranstaltung einem besonders kritischen Blick unterziehe. Dr. Kremer kritisierte die mangelhafte Früherkennung stotternder Kinder und formulierte eine Wunschliste für die Kooperation von Betroffenen, The-

rapeuten, Verbänden und Wissenschaftlern: Die Erfahrungen der Betroffenen sollten bei versorgungsrelevanten Fragen mehr einbezogen und Grundlagenwissen vor Ort mehr angewendet werden.

Die Organisatorin des Symposiums und Expertin zum Stottern, Prof. Dr. Claudia Iven, begründete die Wichtigkeit des Themas, wie auch schon zuvor in einem Interview mit dem MDR: „Stottern ist im Kindesalter die zweithäufigste Sprechstörung und im Erwachsenenalter die häufigste“. Im Widerspruch dazu stünden die wenigen Fachpublikationen, die sich im deutschsprachigen Raum in den letzten Jahren mit dem Stottern beschäftigten. Das Symposium solle u.a. aufzeigen, dass patientenorientiertes Arbeiten keinen willkürlichen Griff in die Therapiekiste erlaubt, sondern dass mit der ICF Kategorien zur Verfügung stehen, die auch einen ganzheitlichen Zugang objektivierbar machen.

Prof. Dr. Johannsen gab einen Überblick über den Wandel der Forschungsfragen. Er berichtete u.a. von der Ulmer Längsschnittstudie, die das trennende Merkmal zwischen Kindern mit entwicklungsbedingten Unflüssigkeiten und Kindern, die auch nach dieser Phase noch stotterten, nicht zu finden vermochte. Allerdings zeigten die Ergebnisse deutlich, dass Vorschulkinder eine gute Therapieprognose haben, während sich diese nach dem Alter von acht Jahren deutlich verschlechtert. Johannsen stellte einen Sechs-Fragen-Katalog für Kinderärzte vor, denen er bereits bei einer zutreffenden Antwort den Einbezug eines Stotter-Spezialisten empfahl.

Susanne Cook beklagte unter dem Titel „ICF-basierte Diagnostik“ den Mangel an standardisierten Fragebögen zur psychosozialen Belastung Stotternder im deutschsprachigen Raum. Sie beschrieb Nutzen sowie Schwierigkeiten in der Übertragung - zum Teil viel zu umfangreicher - anglo-amerikanischer Instrumente ins Deutsche und zeigte Ergebnisse eigener Untersuchungen. Sie betonte, wie sehr die Evaluation der psychosozialen Belastung bei der Frage nach Notwendigkeit der Therapie hilft.

Dr. Bernd Hansen stellte die Bedeutung der Partizipation, wie sie in der ICF verankert ist, für die Therapiegestaltung in den Vordergrund. Er nannte dies eine klare Wertentscheidung. Am Beispiel zweier Vor-

schulkind zeigte er auf, wie Partizipation in der Diagnostik aussehen kann: Miteinander wurde geklärt, was los ist (Anlass), was verändert werden soll (Anliegen) und wie das gemeinsam erreicht werden kann (Auftrag). Hansen stellte sein Baustein-Konzept praktisch vor und zeigte damit, wie die ICF-Komponenten mit konkreten Therapiezielen für den Einzelfall gefüllt werden können.

Prof. Dr. Claudia Iven rundete den ersten Tag mit einem Blick auf die Therapieforschung ab. Sie kritisierte den Fokus auf die „Funktion“ in der Stottertherapie, der in vielen angloamerikanischen Behandlungsansätzen und in den meisten Evaluationsstudien dominiere. Sie plädierte für eine qualitative Formulierung von Erfolgskriterien.

Nach der Posterbegehung folgte der angenehme Eröffnungsabend. Ein Highlight bildete der Auftritt der „Sprechbühne“ Halle: Studierende der Sprechwissenschaften präsentierten eindrucksvoll ihre akzentuierten, artikulierten und atemberaubenden Sprechkünste.

Der Samstag stand ganz im Zeichen der Praxis. Unter dem Obertitel „Stottertherapie konkret“ erläuterten zwei Therapeutenteams ihre patientenorientierten Vorgehensweisen anhand von Videodokumentationen. In den Beispielen von Holger Prüß und Kirsten Richardt wurden die zentralen Therapiebausteine in der Arbeit mit einem jugendlichen und einem erwachsenen Stotternden deutlich. Eindrucksvoll wurde klar, dass häufig erst nach dem Abbau von stotterbezogener Scham und Angst die Arbeit an der Stotterkontrolle möglich ist. Georg Thum und Ingeborg Mayer hatten eine „Werkzeugkiste“ zum Einsatz bei stotternden Kindern mitgebracht. Ob Fell, Schnecke oder Frosch, das Kind kann lernen, sein „Werkzeug“ regulierend und zum Lösen der Symptomatik einzusetzen. Ampelfarben zeigen die Stufe der Bewältigung an, und am liebsten sprechen alle bei Grün. Evaluiert wurde die Therapie durch die Bewertung der Sprechflüssigkeit, die Einschätzung des Therapeuten und des Klienten.

In einer Conclusio reflektierte Dr. Stephan Baumgartner die Vorträge und die aktuelle Forschungslage kritisch. Gute Wirksamkeitsnachweise gäbe es fast ausschließlich für Therapien, die am Sprechverhalten arbeiten. Die aber seien eine rein äußere Therapiearbeit und behinderten einen



Dr. Volker Maihack eröffnet das Symposium

Transfer, da keine kognitiv-emotionale Verarbeitung stattfindet. In der Stottertherapie gehe Angstmanagement vor Sprechtechnik, die nur ein marginales Problem der Stotter-symptomatik darstelle. Ob nun die reduktionistische, aber evaluierte Methode der nicht evaluierten, aber humanistisch orientierten Vorgehensweise vorzuziehen ist oder umgekehrt, bleibt nach wie vor die Entscheidung des Therapeuten, der Baumgartner zufolge nun mal Spezialist für den Mitteleinsatz, nicht aber für die Mittelwirkung ist.

In der anschließenden Diskussion stellten sich die Referenten den Fragen nach wissenschaftlicher Evaluation und den Möglichkeiten einer individuellen Therapiegestaltung im Kontext einer Gruppentherapie. Die Evaluationsforschung habe gezeigt, dass Gruppentherapien im Intensivsetting wirkungsvoll sein können, aber für manche nicht zu langfristigen Erfolgen führten. Der Blick auf das individuelle Störungs- und Bedürfnisprofil darf nicht verloren gehen.

Das Symposium überzeugte durch seine Praxisnähe. Die Teilnehmer zogen aus dem Gesagten Bestätigung für ihren therapeutischen Weg und erhielten viele konkrete Ideen für ihre Diagnostik und Therapie. Die Tagung zeigte erneut eindrucksvoll, dass die akademische Sprachtherapie bereits viel im Gepäck hat, was die ICF erst seit wenigen Jahren tatsächlich einfordert: Die Behandlung von Patienten nach deren individueller Teilhabe zu planen und zu gestalten. Aufgabe der akademischen Sprachtherapie ist es nun, die Kriterien der evidenzbasierten Medizin aufzugreifen und zu hinterfragen,



Engagiert diskutieren G. Thum, I. Mayer, H. Prüß, St. Baumgartner und K. Richardt (v.l.) mit dem Plenum

gegebenenfalls zu verändern. Stottertherapeuten – auch das hat Halle gezeigt – fühlen sich von ihren Universitäten und von Kostenträgern im Stich gelassen. Wie dramatisch unterfinanziert die Evaluationsforschung im Bereich Sprachtherapie ist, hat Maihack bereits beim dbs-Symposiums 2009 betont. Auch dieses Mal ist dieser Missstand evident. Der Bundesvorsitzende formuliert einen Ausweg: „Gemeinsam mit Dr. Stephan Baumgartner habe ich noch in Halle überlegt, einen 'Forschungsgipfel Stottern' zu initiieren. Wir sollten uns als Betroffene,

Sprachtherapeuten, Wissenschaftler und Kassenvertreter an einen Tisch setzen und konkret überlegen, wie wir Mittel und Wege finden können, die Evidenzforschung deutlich wahrnehmbarer und transparenter in die Stottertherapie zu implementieren. Nur so und gemeinsam gelingt es uns hoffentlich, Qualität besser zu definieren.“

Ulrike de Langen-Müller &  
Barbara Kleissendorf

## dbs-Mitgliederversammlung 2010 in Halle/Saale

Nach dem Symposium und der Förderpreisverleihung tagte am 30.01.2010 die diesjährige Mitgliederversammlung. Dr. Maihack blickte mit dem **Vorstandsbericht** auf berufspolitische Entwicklungen und ein arbeitsreiches Jahr zurück. Der dbs als Berufsverband und Fachgesellschaft hat im letzten Jahr die Intensität der fachlichen **Medienpräsenz** erheblich verstärkt, was sich an zahlreichen Presseartikeln zu sprachtherapeutischen Themen sowie Anfragen aus Radio- und TV-Sendern ablesen lässt. Die Medienarbeit von Frau Dr. de Langen-Müller wird deshalb weiterhin ein Arbeitsschwerpunkt sein. Herr Borbonus stellte die Informationsschrift "Sprachentwicklung bei Mehrsprachigkeit" vor, das erste Heft in gemeinsamer Herausgeberschaft von dgs

und dbs. Informationen zum neuen Konzept der **Sprachheilarbeit** lieferte Frau Dr. de Langen-Müller und freute sich über den Dank aus dem Plenum dafür, dass der dbs-Mitgliedsbeitrag nun auch das Abonnement der SHA umfasst.

Der dbs ist in mehrere **Leitlinienkommissionen** eingebunden, z.B. für die AWMF-Leitlinien „Sprachentwicklungsverzögerungen und deren Behandlung“ und im Bereich der Kieferorthopädie für Leitlinien zur Dysgnathie. Die umfangreichen Arbeitsergebnisse der **AG Qualitätsmanagement** stellte Frau Schubert dar. Der dbs reagiert damit frühzeitig auf das Interesse an zertifiziertem Praxismanagement. In Heft 3 der **SHA** wird hierzu ein Bericht erscheinen.

Im Herbst 2009 war der dbs zu einer

**Anhörung im Deutschen Bundestag** eingeladen, um eine Stellungnahme zu Modellstudiengängen im Gesundheitswesen abzugeben. Immer mehr **Studiengänge** der akademischen Sprachtherapie erhalten die Kassenzulassung, einige wurden in die Zulassungsempfehlungen aufgenommen und weitere stehen im Antragsverfahren. Der dbs berät und unterstützt dabei umfassend.

Im Bericht über die **Kassenverhandlungen** hob Herr Gerrlich die Fortbildungsverpflichtung hervor, die beachtet werden muss. Nach Einführung der Schiedsvereinbarungen gab es erfreulicherweise kaum mehr eine Nullrunde, siehe den Bericht von Herrn Gerrlich unten. Es gibt noch keine bundesweite Umsetzung der Beihilfevorschriften, sobald es dazu Veränderungen

gibt, sind diese tagesaktuell abrufbar auf der **Homepage**, die *Frau Kleissendorf* betreut. Hier wird im Frühjahr auch die Neufassung der **Heilmittelrichtlinien** zu finden sein.

Die **Beiräte** aus den Mitgliedsverbänden DBKS, BKL und vpl sowie die studentische Vertreterin *Frau Lüke* und *Frau Prof. Hiel-scher-Fastabend* (Hochschule) informierten über ihre Tätigkeit und die Perspektiven der

Universitäten. Der Angestellten-Vertreter *Herr von der Heide* mahnte der Qualifikation entsprechende Gehälter an. *Frau Schubert* (Praxisinhaber) beschrieb die umfangreiche Themenpalette des Praxisinhabertreffens.

Nach der Darstellung des erfreulichen **dbs-Haushalts** durch *Herrn Gerrlich* wurde über die **Anträge** abgestimmt, z. B. über die Ausweitung des Symposiums ab 2011 und

über den Bezug größerer Geschäftsstellen-Räumlichkeiten.

Abschließend erfolgte die Einladung zum nächsten **Symposium „Der geriatrische Patient“ in München 2011**.

*Dagmar Ludwig*  
dbs-Schriftführerin

## Erfolgreiche Kassenverhandlungen nach Einführung der Schiedsvereinbarung

Häufig mussten wir in der Vergangenheit von gescheiterten Verhandlungen berichten, die von der Kassenseite über Jahre hinausgezögert worden sind. Exemplarisch kann auf die Betriebskrankenkassen im Osten oder die Kassen in Bayern verwiesen werden. Nachdem in solchen Fällen ein Schiedsverfahren eingeleitet werden kann, hat sich die Ausgangslage erheblich verbessert. Mit den BKKs im Osten konnte ein Abschluss von ca. 9% erreicht werden und mit den Primärkassen in Bayern ein Plus von ca. 4%.

Aus diesen positiven Entwicklungen ergeben sich aber auch weitere Aufgaben für den dbs: Das Schiedsverfahren allein schafft es nicht, die Ungerechtigkeiten im Vergütungsgefüge der Bundesländer zu beseitigen oder zumindest zu lindern. Aufgrund des föderalen Systems in Deutschland herrschen erhebliche Preisunterschiede in den Kassenbezirken. Am deutlichsten wird die Situation in Nordrhein-Westfalen. Während die Posi-

tion 33103 (Einzelbehandlung 45 Minuten) im Rheinland mit 36,26 Euro vergütet wird, müssen sich die Praxen in Westfalen-Lippe mit 30,45 Euro begnügen. Dabei dürften die Lebenshaltungskosten zwischen z. B. Duisburg (Rheinland) und Dortmund (Westfalen-Lippe) nicht wirklich unterschiedlich sein. Der Grund für die erheblichen Vergütungsunterschiede liegt zum einen in der Historie, d. h. die Einstiegspreise sind vor Jahrzehnten unterschiedlich festgesetzt bzw. verhandelt worden, aber ist vor allem in der Tatsache begründet, dass ein Ausgleich aufgrund der sog. Grundlohnsummenanbindung aktuell kaum noch möglich ist. Die Kassenseite verweist allzu gerne auf die im Gesetz vorgegebene Bindung der Steigerungsraten bei den Preisen mit den Kasseneinnahmen. Innerhalb eines solchen engen Rahmens (aktuell 1,54%) ist es kaum möglich, Unterschiede zu Gunsten der vergütungsschwächeren Länder zu korrigieren.

Der dbs wird daher auch weiterhin bemüht sein, mit dem Instrument der Schiedsvereinbarung verlorene Preissteigerungen einzufordern. Daneben werden wir uns aber um die Beseitigung von offensichtlich ungerechtfertigten Benachteiligungen im föderalen System bemühen, und erste Erfolge dabei zeichnen sich ab: Im Februar ist es z. B. gelungen, mit dem Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherungen einen Vertrag mit bundeseinheitlichen Vergütungssätzen abzuschließen. Um diesen strategischen Erfolg auszuweiten, werden wir auch die Politik bemühen müssen, um Hindernisse wie die Grundlohnsummenanbindung langfristig zu überwinden. Wie erfolgreich solche Bemühungen sein können, haben wir bei der Schaffung der Schiedsvereinbarung erfahren dürfen.

*RA Volker Gerrlich*  
dbs-Geschäftsführer

## Landtags-Anhörung zu Sprachstandserhebungen

Am 28.1.2010 fand auf Antrag der SPD-Fraktion „Sprachförderung neu organisieren“ eine Anhörung im NRW-Landtag in Düsseldorf statt. Nach 2 Jahren Sprachförderung im Zusammenhang mit der Sprachstandserhebung Delfin4 war es von unterschiedlichen Verbänden immer wieder zu heftiger Kritik bzgl. des Verfahrens und der Fördermaßnahmen gekommen. Man durfte also gespannt sein, welche Stellungnahmen die geladene Expertenrunde hierzu abgeben würde.

Enttäuschend war die geringe Resonanz auf den Rängen der Abgeordneten und bei den Besuchern. Und wer in der Experten-

runde auf Fachleute der Sprachpathologie und -therapie hoffte, sah sich wiederum enttäuscht. Wohlfahrtsverbände, Linguisten, Germanisten und Sozialwissenschaftler forderten externe Evaluationen, vor allem aber eine verbesserte Qualifikation von Erzieherinnen, um die Sprachförderung effizienter zu gestalten. *Frau Prof. Bredel* (Uni Köln) schlug gar eine Hochschulausbildung für Erzieher oder eine Akademie für Sprachförderung vor.

Die eigentliche Problematik, dass das Testverfahren gar nicht misst, was es messen sollte und dass in den Sprachfördergruppen vermehrt Kinder mit gravierenden SSES sit-

zen, die überfordert werden und Gefahr laufen, die notwendigen Verordnungen nicht mehr zu erhalten, blieb gänzlich unberührt.

„Leider am Thema vorbei“, würde unter einem Schüleraufsatz stehen und ist auch hier das Resümee nach der Anhörung. Und somit verliert die immer wieder von allen Politikern betonte Wichtigkeit des Themas „Sprache und Bildung für Alle“ deutlich an Glaubwürdigkeit, wenn offensichtlich wenig Bemühen gezeigt wird, sich wirklich fachlich und adäquat mit der Problematik auseinanderzusetzen.

*Dr. Iris Knittel*  
Vorsitzende der LG Westfalen-Lippe

# dgs – Aktuelles, Information, Nachrichten

Aktivitäten der Bundesebene

## Preis „Gute Sprache“

Die **dgs (Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V.)** versteht sich als Fachverband, der sich für die Interessen der von Sprachbehinderung bedrohten oder betroffenen Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen durch Frühförderung, durch ambulante, schulische und/oder stationäre Rehabilitati-on und durch Nachsorge einsetzt.

Dies erreicht die **dgs**, indem sie die ständige Fort- und Weiterbildung ihrer Mitglieder in sprachheilpädagogischer Theorie und Praxis sowie den fachlichen Austausch mit anderen Verbänden vorantreibt, Fortbildungstagungen und internationale Kongresse veranstaltet, die Fachzeitschrift „**Sprachheilarbeit**“ mit herausgibt sowie Informationsschriften und Fachliteratur auflegt. Die Aufklärung der Öffentlichkeit über Sprachbehinderungen, auch im präventiven Sinne, und die Vertretung der Interessen der Sprachheilpädagogen, z. B. in Verhandlungen mit Ministerien und anderen Gremien, gehören ebenso zu den Aufgaben der **dgs**.

Sprache ist der Schlüssel zur gesellschaftlichen Teilhabe. Kinder, Jugendliche und Erwachsene, die Sprache, sei es mündlich oder

schriftlich, durch Wort, Bild oder Bewegung nicht erwartungsgemäß verwenden und verstehen können, werden in ihrer Teilhabe an der Gesellschaft behindert.

Um gute und richtige Sprache sowie ihre herausragende Stellung als wichtigste Determinante jeden Lernens noch mehr in den Vordergrund zu stellen, hat sich unser Verband dazu entschlossen, den Preis „**Gute Sprache**“ (Skulptur) auszuloben und zukünftig laut Beschluss des Hauptvorstandes der **dgs** alle zwei Jahre im Rahmen des **dgs**-Kongresses (erstmalig 2010) zu vergeben.

Ehren möchte die **dgs** mit diesem Preis **Personen, die in der Öffentlichkeit stehen und durch innovative Projekte vorbildhafte, kindgerechte Sprache in den Vordergrund stellen.**

Vorschlagsrecht für die jeweiligen Preisträger haben die Mitglieder des **dgs**-Hauptvorstandes.

Über die Preisträger entscheidet die durch den Hauptvorstand eingesetzte „Preisträgerkommission“, derzeit bestehend aus Herrn Theo Borbonus, Herrn Friedrich Schlicker und Herrn Gerhard Zupp.

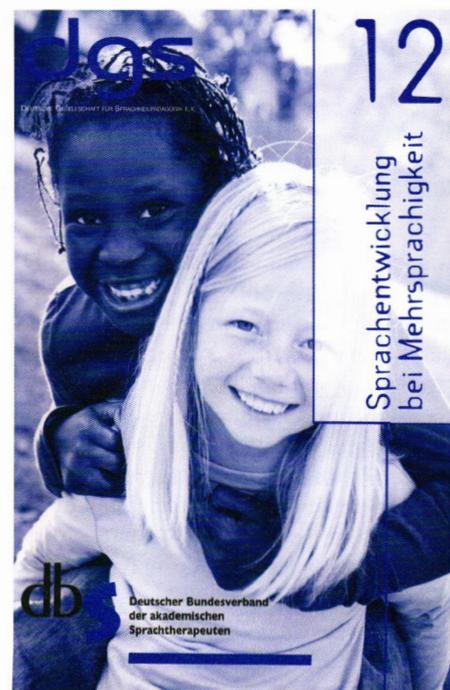
Zur Einbindung in den **dgs**-Kongress 2010 in Dortmund und der damit verbundenen organisatorischen Fragestellungen wurde durch den Hauptvorstand darüber hinaus Frau Gabriele Frontzek benannt.

Der Ablauf der Verleihung sieht eine Laudatio auf den Preisträger durch den jeweils letztmaligen Preisträger vor. Bei der erstmaligen Verleihung hält der **dgs**-Bundesvorstand die Laudatio.

## Neue Informationsbroschüre von dgs und dbs: „Sprachentwicklung bei Mehrsprachigkeit“

„Rund 19 Prozent der Menschen, die in Deutschland leben, haben einen Migrationshintergrund. Unter den bis Fünfjährigen sind es schon 33 Prozent, in Großstädten und Ballungsgebieten sind die Anteile noch weit höher. Es leben also Menschen unterschiedlicher Kulturen und Sprachen zusammen und immer mehr Kinder wachsen mit zwei oder mehr Sprachen auf. [...] Grund genug, sich genauer mit dem mehrsprachigen Aufwachsen zu beschäftigen.“

Neben grundlegenden Informationen finden sich in der neu erschienenen Broschüre Tipps zur Unterstützung für Interessierte, Eltern und Betroffene. Herzlicher Dank geht an die Autorin Frau Dr. Drorit Lengyel sowie an die Projektleitung Frau Angelika Schindler. Ein Download über [www.dgs-ev.de](http://www.dgs-ev.de) oder ein Bezug in Papierform ist ab sofort möglich: dgs-Bundesgeschäftsstelle, Goldammerstr. 34, 12351 Berlin (Einzelheft à 1 €, Versand/Porto 1,50 €). Bei einem Bestellwert bis 10 € fügen Sie bitten den Wert



## dgs und dbs auf der didacta in Köln



Mit einem gemeinsamen Stand waren **dgs** und **dbs** auf der Bildungsmesse „didacta“ vom 16.-20. März 2010 in Köln vertreten. Hier konnten die Verbände

die Gelegenheit nutzen, bildungs- und berufspolitische Informationen, fachlichen Rat sowie Einblicke in aktuelle Projekte zur Verfügung zu stellen. Unter dem Schlagwort „lebenslanges Lernen“ präsentierte die didacta verschiedenste Produkte sowie Veranstaltungen zu den vier Bildungsbereichen Kindergarten, Schule/Hochschule, Ausbildung/Qualifikation und Weiterbildung/Beratung.

in Briefmarken bei, über 10€ fügen Sie bitte einen Verrechnungsscheck über den Gesamtbeitrag bei oder überweisen Sie auf folgendes Konto: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (dgs), Bank für Sozialwissenschaft, BLZ: 251 205 10, Kto.: 840 20 00.

Bisher erschienene, ebenfalls im Internet abrufbare bzw. über die Geschäftsstelle bestellbare Infohefte: 1. Stimmstörungen bei Kindern, 2. Stimmstörungen bei Jugendlichen und Erwachsenen, 3. Störungen des Spracherwerbs, 4. Förderung des Spracherwerbs, 5. Aphasie, 6. Myofunktionelle

Störungen, 7. Dysarthrie/Dysarthrophonie, 8. Stottern bei Kindern, 9. Stottern bei Jugendlichen und Erwachsenen, 10. Gestörter Schriftspracherwerb, 11. Dysphagien.

## Landesgruppe Sachsen-Anhalt

# 100 Jahre Sprachheilschule Halle (älteste Sprachheilschule Deutschlands)

100 Jahre – eine historische Dimension? Auf jeden Fall eine lange Zeit der systematischen Bemühungen um Hilfen für Betroffene. Dabei war und ist die Entwicklung von politischen Orientierungen oder wissenschaftlich wechselnden Anschauungen abhängig und somit in diesem Spannungsfeld schwankend. Im Laufe ihrer nunmehr 100-jährigen Geschichte hat die älteste Sprachheilschule Deutschlands das erlebt und durchlebt!

Auf der Grundlage eines Beschlusses des preußischen Kultusministeriums von 1889 begann der Lehrer *Friedrich Sommer* am 03.12.1907 in Halle mit dem ersten Kurs für 13 sprachgestörte Vorschulkinder, die Ostern 1908 eingeschult werden sollten. Der Ausbau der Kurse unter der Leitung des Direktors der Hilfsschule *Martin Breitbarth* und die dabei gesammelten Erfahrungen führten dazu, dass am 27. März 1910 zwei Anfängerklassen für sprachgestörte Kinder unter seiner Leitung eröffnet wurden. Diesen Tag dürfen wir als *Gründungsdatum der Sprachheilschule Halle* ansehen!

Die ersten Klassen waren in den „Frankeschen Stiftungen“ untergebracht. 1926 war die Schule voll ausgebaut (1.-8. Klasse). Nach damaliger Terminologie handelte es sich vorwiegend um *stotternde, stammelnde, lispelnde und näselnde Kinder*.

Schon in den Gründerjahren galt die Überzeugung, dass sprachgestörte Kinder nach den Lehrplänen der „Normalschule“ zu unterrichten sind. Dazu waren aber spezielle „*sprechtechnische Stunden*“ (4–8 Wochenstunden pro Klasse) und *speziell ausgebildete Fachkräfte* erforderlich – Forderungen und Probleme, die die Sprachheilschule stets durch die Geschichte und alle politischen Systeme begleiteten.

Den Beschränkungen im Dritten Reich folgte der Neuaufbau in den Nachkriegsjahren. Als *Bezirkssprachheilschule* wurde die

Schule ab 1968 zur Leiteinrichtung des Bezirkes Halle, verbunden mit großen inhaltlichen, organisatorischen und strukturellen Veränderungen. Beratungsstellen, Sprachheilkindergarten, Hort, Internat und Schule bildeten eine strukturelle und inhaltliche Einheit. Vier bis acht Stunden SMU (Spezieller muttersprachlicher Unterricht), eine Stunde für Bewegungserziehung, LRS-Klassen, spezielle Methoden der Stottertherapie, koordinierte Ganztagsbetreuung u.v.m. ergänzten den therapieorientierten Unterricht. Für die Probleme der Versorgung mit Fachpersonal, die Schaffung akzeptabler räumlicher Voraussetzungen (Zustand der Gebäude) und die freie Entscheidung über Methoden gab es keine Lösungen.

Mit der Wende kamen die Freiheit und die Hoffnung: Der Ausbau zum Sprachheilzentrum lag zu Beginn der 90er Jahre sehr nahe. Bewährte Strukturen anpassen! Mit Vorklassen und einem Schulabschluss (9. Klasse) auf die Bedürfnisse reagieren! Die Freiheit der eigenen Verantwortung und des methodischen Vorgehens nutzen! Dementsprechend waren die Konzepte der Schule ausgelegt.

Die Stabilisierung des Regierungs- und Verwaltungssystems ließ einerseits Träume platzen, ermöglichte andererseits aber bis-

her nicht gekannte Gestaltungsräume für die inhaltliche Arbeit. Strukturen und Zielstellungen änderten sich.

*Integration und Inklusion* wurden zu neuen politisch gewollten und durch wissenschaftliche Profilierungen untermauerten Zielstellungen! Der *Gemeinsame Unterricht* und die Begleitung von Schülern in *Integrationsklassen* nehmen neben dem Unterricht in der *Förderschule für Sprachentwicklung* einen immer größeren Raum ein. Die Politik steht hier vor enormen bildungspolitischen, personellen und finanziellen Herausforderungen.

Wie seit 100 Jahren stellen sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter den (bisweilen zu häufig) wechselnden Bedingungen und nutzen die Gegebenheiten, um dem seit 100 Jahren bestehenden Ziel, sprachgestörten Kindern für den Weg ins Leben die möglichst besten Voraussetzungen mitzugeben, so nahe wie möglich zu kommen.

In unserer Welt, in der die Entwicklung des Einzelnen oft von seiner Kommunikationsfähigkeit abhängt, kann an der Sprachheilschule Halle das Jubiläum voller Stolz und Freude gefeiert werden!

*Günter Proske (Ehemaliger Sonderschulrektor der Sprachheilschule Halle)*

## Landesgruppe Rheinland

# Kompetenzzentren für sonderpädagogische Förderung (KsF) in NRW

*Ein für Kinder mit Förderbedarf im Bereich Sprache (noch) problematischer Pilot-Ver-such?*

Mit dem *Ausbau von Förderschulen zu Kompetenzzentren* für sonderpädagogische Förderung will die Landesregierung NRW

die Grundlage dafür schaffen, „alle Maßnahmen der sonderpädagogischen Förderung zu bündeln und wirkungsvoll an Förderschulen und im allgemeinen Schulsystem zu verankern“ (Eckpunkte-Papier des Schulministeriums vom 17.10. 2007).

In den Grundsatzpapieren und Stellungnahmen des Schulministeriums werden folgende Zielvorstellungen dargelegt:

- Unterschiedliche Organisationsformen sonderpädagogischer Förderung werden zu einem System zusammengeführt.
- Dabei soll keine neue Säule sonderpädagogischer Förderung (neben Förderschulen und den Formen Gemeinsamen Unterrichts) etabliert werden, sondern es geht darum, ein *Gesamtkonzept pädagogischer Förderung unter Einschluss sonderpädagogischer Förderung in den jeweiligen Einzugsgebieten* zu entwickeln.
- Es erfolgt eine effektive Bündelung von Unterstützungs- und Beratungsangeboten zur Förderung von Kindern und Jugendlichen, *wohnmotiv* und präventiv.
- Konkrete Aufgabengebiete sind: *Unterricht, Diagnostik, Beratung und Prävention*.
- Zu einem KsF gehört ein *Netzwerk* allgemeiner Schulen und gegebenenfalls weiterer Förderschulen in einem bestimmten Stadtbezirk oder einer Region.
- Durch Beratung und Prävention seitens des KsF *soll vermieden werden, dass sich Förderbedarfe zu sonderpädagogischem Förderbedarf verfestigen*. Zum ersten Mal werden deshalb in NRW *Lehrerstunden für Prävention* bereitgestellt – allerdings lediglich 0,5 Stellen pro KsF.
- Im Rahmen von Prävention *soll auf Verfahren zur Feststellung des sonderpädagogischen Förderbedarfs und des Förderorts verzichtet werden*.
- Nach Ansicht der Befürworter des Projekts KsF *geht es „nicht um ein ‚Mehr‘ an sonderpädagogischer Förderung, sondern um einen effektiveren, flexibleren, den Erfordernissen vor Ort angemessenen Einsatz.“*

Mit Beginn des Schuljahres 2008/2009 haben im Rahmen eines Pilotversuchs 20 Kompetenzzentren ihre Arbeit aufgenommen. Zum Schuljahrsbeginn 2010/2011 sollen es insgesamt 50 sein. Die Pilotphase ist bis jetzt auf drei Jahre befristet. *In erster Linie sollen Förderschulen aus dem Bereich der „Lern- und Entwicklungsstörungen“*, wozu gem. AO-SF in NRW auch der Förderschwerpunkt Sprache gehört, *zu Kompetenzzentren ausgebaut werden*. Die gewonnenen Erfahrungen und die wissenschaftliche Begleitung sollen in eine Rechtsverordnung münden.

Für die Landesregierung sind die KsF inzwischen die Antwort auf die Forderung nach inklusiver Bildung und werden als Zwischenschritt auf dem Weg zur Umsetzung der UN-Konvention angesehen, was zu Beginn nicht so herausgestellt wurde.

Viele Förderschulen Sprache in der Landesgruppe Rheinland werden unfreiwillig in die „Netzwerke“ einbezogen und sehen bei der Umsetzung vor Ort erhebliche *Fallstricke und Stolpersteine*:

- Das Ministerium beruft sich auf die Studie von Hans Wocken, der angesichts der angeblich geringen Lernzuwächse der Jugendlichen die Erfolge der Förderung im Bereich der Lern- und Entwicklungsstörungen in Frage stellt. Dabei wird *außer Acht gelassen, dass ca. 90 % der Schülerinnen und Schüler die Sekundarstufe I der Förderschule Sprache mit dem SI-Abschluss verlassen*, davon ca. 8% sogar mit dem Abschluss 10 B (Fachoberschulreife).
- Da in erster Linie Förderschulen mit dem Förderschwerpunkt Lernen zu KsF ausgebaut werden, übernehmen sie auch die Förderung sprachbeeinträchtigter Kinder, *etliche verfügen allerdings nicht über dafür ausreichend ausgebildete Kolleginnen und Kollegen*.
- *Vertreter der Schulaufsicht drängen vermehrt darauf, sprachauffällige Kinder nicht in die Förderschule Sprache, sondern in die zu einem Kompetenzzentrum gehörende wohnortnahe Grundschule einzuschulen*. In einigen Schulamtsbezirken wird trotz deutlich feststellbarem Förderbedarf die Einleitung des *Feststellungsverfahrens* nach AO-SF ausgesetzt bzw. *verhindert*, obwohl die spezifische sprachheilpädagogische Förderung in der zuständigen Grundschule (noch) nicht gesichert ist. *Es fehlt entweder an entsprechend ausgebildeten Fachkräften oder an ausreichenden Zeitkontingenten. Sprachtherapeutischer Unterricht* kann dabei noch weniger garantiert werden, nicht zuletzt weil *das Bewusstsein für seine Notwendigkeit fehlt*.
- Das Wissen über Sprachstörungen einiger Entscheidungsträger/innen ist minimal, dennoch beharren sie auf der Deutungs-*hoheit*.
- Schulleitungen, welche verantwortungsbewusst die Aufnahme eines Kindes in eine Sprachheilschule empfehlen, wird seitens der Schulaufsicht *vorgeworfen, sie würden die Eltern falsch beraten*.
- Da es in NRW die flexible Eingangsstufe gibt, wird die *E-Klasse* der Förderschule Sprache von Vertretern der Schulaufsicht, die Grundschulen, aber auch anderer Förderschulen *für überflüssig erachtet*.

- Um Ressourcen zu bündeln, werden „Schwerpunktschulen“ zur Förderung sprachbehinderter Kinder eingerichtet. Diese weichen aber zwangsläufig vom Prinzip der Wohnortnähe ab.

Ausdrücklich heißt es in dem o. a. Eckpunkte-Papier: „Die sonderpädagogische Förderung findet weiterhin sowohl an Förderschulen als auch an den übrigen allgemeinen Schulen statt.“

Schulministerin Barbara Sommer hat am 28. Oktober 2009 in einer Presseinformation die *Wahlmöglichkeit der Eltern* im Hinblick auf den Förderort ihrer Kinder *in Aussicht gestellt*. „Ich setze mich für die Inklusion an allgemeinen Schulen und für die Beibehaltung der Förderschulen ein“, betonte die Ministerin.

*Dennoch verweigern inzwischen Schultäger die Übernahme der Fahrtkosten*, wenn Eltern für ihr Kind bewusst die Sprachheilschule statt der „inkluisiven Grundschule“ wählen.

Um keine Missverständnisse aufkommen zu lassen: Die dgs-Rheinland unterstützt alle Bestrebungen, die sonderpädagogische Förderung sprachbeeinträchtigter Kinder und Jugendlicher weiterzuentwickeln. In der Eröffnungsansprache zum 50-jährigen Bestehen der Landesgruppe Rheinland haben wir deutlich zum Ausdruck gebracht, dass es uns als Fachverband wichtig ist, *„Verantwortung für die Kinder und Jugendlichen in diesem Prozess der Neuorientierung und Veränderung zu übernehmen und zu jedem Zeitpunkt für eine höchstmögliche professionelle Förderung einzutreten.“*

Im Interesse einer frühzeitigen Rehabilitation und damit Sicherung der Chancengleichheit von Kindern mit sprachlichem Förderbedarf wenden wir uns aber *gegen den Mitte der 90er Jahre vollzogenen Paradigmenwechsel in nunmehr umgekehrter Richtung*: von der individuumszentrierten zurück zur institutionsbezogenen Förderung. *Übereiltes Präferieren der Einschulung eines sprachauffälligen Kindes in die Grundschule, ohne dass eine gleichwertige Förderung wie in der Förderschule Sprache gesichert ist, hat mindestens zwei negative Auswirkungen*: Sie entspricht nicht dem Inklusionsgedanken und liefert denjenigen Argumente, die ihm grundsätzlich skeptisch gegenüberstehen.

Theo Schaus  
(Vorsitzender dgs Rheinland)

# Termine

## Fortbildungsveranstaltungen von dgs und dbs

Datum und Ort	Referent, Thema, Veranstalter
23./24.04.2010 Dortmund	<b>Dr. Ulrike Frank / Katrin Frank:</b> „Schlucken ist Bewegung 2“: Atmen, Schlucken und Trachealkanülen dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 43/2010
23./24.04.2010 Hamm	<b>Dr. Barbara Sophia Rodrian:</b> Sprachfördernde Elternarbeit in Kindergarten und Schule – Ein Konzept für den beruflichen Alltag dgs-Landesgruppe Westfalen-Lippe e.V.
23./24.04.2010 Hamm	<b>Sophie Frey:</b> Pädiatrisches Dysphagiemanagement – Grundkurs dgs-Landesgruppe Westfalen-Lippe e.V.
24.04.2010 Hamburg	<b>Kim Thörmer:</b> Myofunktionelle Therapie – schwerpunktmäßig in Sprachheilschulen dgs-Landesgruppe Hamburg, Fortbildungsnummer: 04-2010
24.04.2010 Köln	<b>Tessa Razzaghi / Thomas Laue:</b> Wer von sich selbst erzählt, wird wahrgenommen; Theater aus biografischem Material als besondere theaterpädagogische Methode mit sprachlich beeinträchtigten Kindern und Jugendlichen. dgs-Landesgruppe Rheinland, Fortbildungsnummer: A11/2010
24.04.2010 München	<b>Dr. Margit Berg:</b> Kontextoptimierung – Förderung grammatischer Fähigkeiten spracherwerbsgestörter Kinder dgs-Landesgruppe Bayern
30.04.2010 München	<b>Prof. Dr. Klaus Sarimski:</b> Syndromspezifische Aspekte der Planung sprachtherapeutischer Maßnahmen bei genetischen Syndromen dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 28/2010
30.04.-01.05.2010 Köln	<b>Stefan Siewing:</b> Stottertherapie für Erwachsene - ein roter Faden für die Praxis dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 62/2010
07./08.05.2010 Lübeck Travemünde	<b>Prof. Dr. Claudia Iven / Dr. Bernd Hansen:</b> Wa-wa-was ist das? Stottertherapie mit Kindern dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 63/2010
07./08.05.2010 Bonn	<b>Volker Gerrlich / Katrin Schubert:</b> Praxisgründungsseminar 2010 dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 69/2010
07./08.05.2010 Köln	<b>Susan Schelten-Cornish:</b> Frühe Interaktive Sprachtherapie mit Elternttraining (FiSchE®): Konkrete Sprachtherapie mit nicht oder kaum sprechenden Kindern dgs-Landesgruppe Rheinland, Fortbildungsnummer: A12/2010
07./08.05.2010 Bad Ems	<b>Dr. Axel Kürvers:</b> Sprachtherapie bei Zustand nach totaler Laryngektomie dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 59/2010
08.05.2010 Darmstadt	<b>Dr. E. Wildegger-Lack:</b> Altersadäquate Spiele in der Sprachtherapie mit Schulkindern zwischen 5 und 15 Jahren dgs-Landesgruppe Hessen
08.05.10 Köln	<b>Petra Klindtworth:</b> Einsatz lautsprachunterstützender Gebärden in der Kommunikationsförderung – Grundkurs dgs-Landesgruppe Rheinland, Fortbildungsnummer: A13/2010
08.05.10 Dresden	<b>Stephan Sallat:</b> Musik in Sprachentwicklung und Sprachförderung dgs-Landesgruppe Sachsen
28./29.05.2010 Köln	<b>Sophie Frey:</b> Pädiatrisches Dysphagiemanagement – Grundkurs dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 45/2010
29.05.2010 Köln	<b>Dr. med. Jürgen Seeger:</b> Neuropädiatrische Aspekte der Frühförderung dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 29/2010
05.06.2010 Köln	<b>Dr. Volker Runge:</b> Behandlung von fazialen und intra-oralen Paresen in Anlehnung an die Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation (PNF) dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer:46/2010

Datum und Ort	Referent, Thema, Veranstalter
11.-12.06.2010 Duisburg	<b>Petra Simon: „Hands on“ in der Therapie der Dysarthrie und Dysarthrophonie</b> dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer:51/2010
11.-12.06.2010 Hannover	<b>Bernd Frittrang: Sprachtherapie bei Morbus Parkinson</b> dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer:52/2010
11.-12.06.2010 Duisburg	<b>Janina Scholz:SEV-Therapie ganz praktisch</b> dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer:08/2010
12.06.2010 Köln	<b>Ariane Zeyen / Susanne Okreu: Störungsspezifische Kommunikation bei Aphasie – Die Rolle der Angehörigen im kommunikativen Prozess</b> dgs-Landesgruppe Rheinland, Fortbildungsnummer:A14/2010
17.-18.06.2010 Hamm	<b>Prof. Dr. Klaus Sarimski:Syndromspezifische Aspekte in der Planung von Sprachtherapie bei Kindern mit genetischen Syndromen</b> dgs-Doppelpunkt
18./19.06.2010 Köln	<b>Thomas Herrmann / Carolin Garbe / Martin Almon: Unterstützte Kommunikation – UK I, Einführungskurs (nach ISAAC-Standard)</b> dgs-Landesgruppe Rheinland, Fortbildungsnummer:A15/2010
18.-19.06.2010 Hamm	<b>Andrea Hutmacher-Schönhoff: Einführung in die psychologische Gestaltung konflikthafter Beratungsgespräche</b> dgs-Doppelpunkt
17.-19.06.2010 Halle (Saale)	<b>FACHTAGUNG: „100 Jahre Sprachheilschule Halle – älteste Sprachheilschule Deutschlands“</b> dgs-Landesgruppe Sachsen-Anhalt
18.-19.06.2010 Hannover	<b>Dr. Elisabeth Wildegger-Lack: Therapie syntaktischer, phonologischer und phonetischer Störungen bei Kindern ab drei Jahren – Praxisseminar</b> dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 09/2010
18.-19.06.2010 München	<b>C. Fussenegger &amp; A. Kartmann: Apparative Diagnostik bei Dysphagie: Videofluoroskopie und Videendoskopie</b> dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer:47/2010
25.-26.06.2010 Leipzig	<b>Dr. Stephanie Riehemann: Was tun mit Dragan, Nesibe und Claudio? Sprachtherapie mit mehrsprachigen Kindern</b> dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 24/2010
25.-26.06.2010 München	<b>Dr. Gudrun Bartolome: Die Funktionelle Dysphagietherapie (FDT) – Grundkurs</b> dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer:37/2010
02.-03.07.2010 Köln	<b>Dr. Elisabeth Wildegger-Lack: Therapie von Sprachentwicklungsverzögerungen im Grundschulalter</b> dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer:10/2010
16.-17.07.2010 München	<b>Dr. Barbara Giel: Sprachtherapeutische Förderung bei Kindern mit Down-Syndrom-SF-KiDS</b> dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer:30/2010
23.-25. 10.2010 Dortmund	<b>Der 29. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik</b> dgs-Landesgruppe Westfalen-Lippe www.dgs-kongress-dortmund.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: 02273/604904,  
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

**Fortbildungen anderer dgs-Landesgruppen:** Zentrales Fortbildungsportal der dgs: www.dgs-ev.de

## Tagungen, Messen und Kongresse

Datum, Zeit und Ort	Logo	Thema, Veranstalter, Ansprechpartner
22.-24.04. 2010 Brügge/Belgien		<b>III. All-European Dyslexia Conference</b> <a href="http://www.khbo.be/eda-khbo-dyslexiaconference">www.khbo.be/eda-khbo-dyslexiaconference</a>
6.-8.05.2010 Freiburg i.Br.		<b>BKL-Workshop</b> <b>XXIII. Workshop Klinische Linguistik</b> <a href="http://www.bkl-ev.de">www.bkl-ev.de</a>
29.05.2010 Halle/Saale		<b>Jubiläumssymposium Klinische Sprechwissenschaft</b> <b>– 20 Jahre DBKS e.V. –</b> <a href="http://www.dbks-ev.de">www.dbks-ev.de</a>
3.-5.06.2010 Hannover		<b>39. Kongress des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie</b> <a href="http://www.dbl-ev.de">www.dbl-ev.de</a>
18.06.2010 Zürich		<b>Sprache und Bewegung – Visionen in Forschung und Praxis</b> Tagung der Interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik Zürich <a href="http://www.hfh.ch">www.hfh.ch</a>
23.-25.06.2010 München		<b>11. Bogenhausener Dysphagietage: SCHLUCKSTÖRUNGEN</b> <b>– Grundlagen und neue Entwicklungen in Diagnostik und Rehabilitation</b> <a href="http://www.dysphagie-bogenhausen.de">www.dysphagie-bogenhausen.de</a>
27.-29.06.2010 Montreal, Canada		<b>14th International Aphasia Rehabilitation Conference</b> <a href="http://iarc2010.org">http://iarc2010.org</a>
11.09.2010 Bad Nenndorf		<b>2. Mutismus-Fortbildung StillLeben (Prof. Dr. Nitzka Katz-Bernstein)</b> <a href="http://www.selektiver-mutismus.de">www.selektiver-mutismus.de</a>
17.-19.09.2010 Aachen		<b>27. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie</b> <a href="mailto:phoniatrie@ukaachen.de">phoniatrie@ukaachen.de</a> <a href="http://www.dgpp.de/">http://www.dgpp.de/</a>
30.09.-03.10.2010 Stuttgart		<b>8. Internationale Stuttgarter Stimmtage</b> <a href="http://www.gesprochenes-wort.de">www.gesprochenes-wort.de</a>
08.-09.10.2010 Idstein		<b>Clinical Dysphagiology Days</b> <a href="http://www.dysphagia.eu">www.dysphagia.eu</a>
22.-23.10.2010 Bielefeld		<b>4. Bielefelder Symposium „Dysphagie“</b> <b>Dysphagie bei spezifischen neurogenen Erkrankungen und kindliche Dysphagie</b> <a href="http://www.arbeitskreis-dysphagie.de">www.arbeitskreis-dysphagie.de</a>
24.-26.10.2010 Athens, Greece		<b>CALL FOR PAPERS</b> <b>Academy of Aphasia 48th Annual Meeting</b> <a href="http://www.academyofaphasia.org/">http://www.academyofaphasia.org/</a>
4.11.-6.11.2010 Konstanz		<b>FEES® hands-on Workshop</b> <a href="mailto:bbz@klinikum-konstanz.de">bbz@klinikum-konstanz.de</a> <a href="http://www.klinikum-konstanz.de/bbz">www.klinikum-konstanz.de/bbz</a>

# Der Mensch im Mittelpunkt

Heiner Seidlitz / Dietmar Theiss

## Ressourcenorientierte Telefonberatung

### Ein Lehr- und Lernbuch

Telefonberatung unterscheidet sich von anderen Beratungsangeboten in wesentlichen Punkten: sofortige Erreichbarkeit, Anonymität, Offenheit für unterschiedlichste Gesprächsthemen und Anliegen, Fehlen von fest vorgegebenen Rahmenbedingungen wie Gesprächsdauer und -häufigkeit, Reduktion der Sinneswahrnehmung auf das Hören. Das Beratungsverständnis in diesem Buch basiert auf der ressourcen- bzw. kompetenzorientierten systemischen Beratung.

Die Aufmerksamkeit im Gespräch wird auf die Ressourcen, d. h. die Bewältigungskompetenzen und -potentiale der Hilfesuchenden gelenkt, um diese gezielt zu nutzen und zu fördern.

Anrufende werden als gleichrangige Partner und Experten für eigenständige Lösungen angesehen.

2. Auflage, 192 S., Format 16x23cm, fester Einband  
ISBN 978-3-938187-43-2, Bestell-Nr. 9388, € 22,50



„Im Bereich der  
Telefonberatung  
ist dieses Buch  
ein Muss ...“  
sozialnet.de

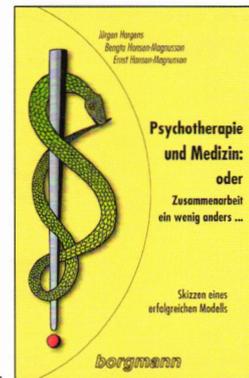
Jürgen Hargens / Bengta und  
Ernst Hansen-Magnusson

## Psychotherapie und Medizin: oder Zusammenarbeit – ein wenig anders ...

### Skizzen eines erfolgrei- chen Modells

Praxisnah, verständlich, informativ berichten die AutorInnen über ein „etwas anderes“ Modell der Zusammenarbeit zwischen Psychotherapie und Medizin, das sich inzwischen zehn Jahre in der Praxis bewährt hat. Ein Bericht, der zum Nachdenken anregt und der zeigt, dass auch „andere Modelle“ möglich sind – und dass auch erfolgreich und kostengünstig.

„Das Buch liest sich gut und bildet gleichzeitig weiter – man wünschte sich, alle medizinischen Lehrbücher wären so anregend geschrieben!“ Ole J. Thienhaus, MD, MBA, FACPpsych, Professor der Psychiatrie, Leiter der Abteilung für Psychiatrie an der University of Nevada School of Medicine, Las Vegas, Nevada, USA  
112 S., Format 11,5x18,5cm, fester Einband  
ISBN 978-3-86145-303-1, Bestell-Nr. 8345, € 9,90



Ben Furman

## Es ist nie zu spät, eine glückliche Kindheit zu haben

„Furman stellt Lebensbewältigungsstrategien heraus, die es auch in der lösungsorientierten Kurzzeittherapie zu betonen gilt: Dazu gehört die Suche nach 'Schützenden Faktoren' wie andere nahe Menschen, wenn die Eltern versagen, aber auch Schreiben und Lesen als Quelle der Kraft und des Rückzugs, vor allem aber der veränderte Blick auf die Vergangenheit. Nicht die Probleme stehen dabei im Mittelpunkt, sondern die Kraft, die aus überstandenem Leiden erwächst, und die Fähigkeit, alte Wunden auch noch in späteren Lebensphasen zu schließen. Als unkonventionelle Kurzeinführung in lösungsorientiertes therapeutisches Denken und als anspruchsvolles Lebenshilfebuch gleichermaßen empfohlen.“ ekz-Informationsdienst

6. Auflage, 104 S.,  
Format DIN A5, br  
ISBN 978-3-86145-173-0, Bestell-Nr. 8398, € 15,30



Jürgen Hargens

## Lösungsorientierte Therapie

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

„Jürgen Hargens beschreibt in seiner ihm eigenen humorvollen und treffsicheren Art sehr weise, wie Therapie gelingen kann, wie zwischen-menschlich sie sein kann. Ein Buch, das ich meinen Studierenden als Pflichtlektüre empfehlen werde.“ Dr. Jutta Fiegl, Systemische Familientherapeutin

„Der Autor versteht es einmal mehr, die Dinge auf den Punkt zu bringen. Ich empfehle das Buch allen, die diesen Ansatz kennen lernen möchten und auch jenen, die bereits damit arbeiten, um sich auf kollegialer Ebene kreativ anregen zu lassen.“ Dr. Manfred Vogt, NIK Bremen

„Ob Profi oder AnfängerIn – Sie werden diese Lektüre genießen und davon profitieren.“ Prof. Käthi Vögtli, Hochschule für Soziale Arbeit Luzern

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



**BORGSMANN MEDIA**

 verlag modernes lernen  borgmann publishing

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



**Stottercamp – Gestärkt quer in der Landschaft stehen**

**1 Woche Stotterintensivtherapiewoche mit erlebnispädagogischen Elementen für jugendliche Stotterer**

In einem Zirkusareal findet für stotternde Jugendliche im Alter zwischen 11 und 18 Jahren eine Woche der Auseinandersetzung mit sich, mit der Natur und mit ihrem Sprechen statt. Zusammen mit in gleicher Art Betroffenen und unter Betreuung von fachkundigen Therapeuten wird das Leben grösstenteils im Freien gestaltet. Geschlafen wird in Zirkuswagen und ein Zirkuszelt bietet Gelegenheit für Gruppenaktivitäten. Tagsüber werden neben sprachtherapeutischen Angeboten Aktivitäten wie Segeln, Klettern, Tauchen, Baumhausbau und Schwimmen angeboten. Die Woche bietet viel Raum für Eigenerfahrungen. Jeder teilnehmende Jugendliche wird durch einen Studierenden als Pate individuell begleitet. Dem Thema Sprache und Bewegung wird durch teilnehmende Psychomotoriktherapeutinnen ein besonderes Gewicht gegeben.

Das Camp findet in dieser Konzeption bereits das zehnte Mal statt. Weiterführende Informationen (u.a. Konzept, Erfahrungsberichte und TV- / Radiobeiträge) unter [www.hfh.ch/stottercamp](http://www.hfh.ch/stottercamp).

Bei Bedarf wird eine Bescheinigung für Antrag Unterrichtsbefreiung ausgestellt.

**Das Angebot soll helfen, gemeinsam Neues auszuprobieren, mit Stottern anders umgehen, Herausforderungen der Natur zu meistern, sich zu behaupten und auf Menschen zugehen zu können.**

**Termin:** So., 18. Juli (Anreise 16.00 Uhr) bis Fr., 23. Juli (Abreise 17.00 Uhr)  
Im Herbst findet ein Nachtreffen (samstags) mit Jugendlichen und Eltern statt.

**Ort:** Bodenseeraum

**Veranstalter:** Hochschule für Heilpädagogik Zürich und IB-GIS mbH  
Medizinische Akademie Freiburg, Schule für Logopädie Freiburg

**Leitung:** Wolfgang Braun, Karl Schneider, Jürgen Kohler, Susanne Amlt

**Kosten:** 225,00 € + 25,00 € für 1-tägiges Nachtreffen im Herbst

Anmeldeformulare anfordern bzw. Rückfragen bei:

**IB-GIS mbH · Medizinische Akademie**

**Schule für Logopädie Freiburg – „Stottercamp“**

Schönauerstraße 4 · 79115 Freiburg · Tel. 0761 8967257

[karl.schneider@med-akademie.de](mailto:karl.schneider@med-akademie.de) · [www.med-akademie.de](http://www.med-akademie.de)

Internationaler Bund · IB-Gesellschaft für interdisziplinäre Studien mbH



**Im Dialog**

Logopädie und andere Gesundheitsfachberufe

39. Jahreskongress des **dbi**  
vom 3.-5. Juni 2010 in Hannover

**THEMENSCHWERPUNKTE:**

**Interdisziplinäres Arbeiten**

- ▶ Interdisziplinäre Diagnostik und Therapie
- ▶ Gelingende Netzwerke
- ▶ Anamnese im Lichte der ICF

**Therapeut und Patient im Dialog**

- ▶ Patientenorientierung als Erfolgsfaktor
- ▶ Vertragsarbeit in der Logopädie

**Stimme in Bewegung**

- ▶ Körperorientierte Therapieansätze
- ▶ Messbarkeit von Stimme: computergestützte Analyse und Fragebögen zur Selbsteinschätzung

**Aktuelle Entwicklungen in der logopädischen Rehabilitation**

- ▶ Dementielle und neurogene Dysphagie
- ▶ Außerklinische Intensivtherapie
- ▶ Selbsthilfegruppen und Therapeuten im Dialog

**Neue Wege in der Lehre**

- ▶ Interdisziplinäre Lehre
- ▶ Akademisierung und Kompetenzorientierung

**Weitere Vorträge zu**

- ▶ Kindersprache, Stimmtherapie, Redeflussstörungen, Sprechapraxie, Lese-Rechtschreib-Störungen

**Posterbegehung**

**Aussteller-Produktpräsentationen**

Anmelde- und Kongressunterlagen:

Internet: [www.dbi-kongress.de](http://www.dbi-kongress.de), E-Mail: [fobi@dbi-ev.de](mailto:fobi@dbi-ev.de)

oder: **Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.**

Augustinusstraße 11a

50226 Frechen

Tel.: 022 34/3 79 53 - 28

Fax: 022 34/3 79 53 - 13



Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.



**Kurs 1**

**Theorie und Praxis der Myo-Funktionellen-Therapie (zweitägiger Kurs)**

**Teilnehmer:** Therapeuten, Ärzte, Zahnärzte, Kieferorthopäden

**Termin:** 17.–18.09.2010 9.00 h–17.00 h

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

270,-€ (incl. Getränke u. Mittagessen)

**Kurs 2**

**FACE-FORMER-Therapie (FFT) und OSP (Orale-Stimulations-Platten)**

**Cranio-Cervicales-Myofunktions-Modell – CCMF (Berndsen/Berndsen)**

**Teilnehmer:** Therapeuten, Ärzte, Zahnärzte, Kieferorthopäden

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

**Termine:** 10.–11.09.2010 9.00 h bis 17.00 h

05.–06.11.2010 9.00 h bis 17.00 h

270,-€ (incl. Getränke u. Mittagessen)

Prüfungen zur Zertifizierung: 50,-€

**Kurs 3**

**TAS – Trainingstherapie bei Apnoe und Schnarchen**

Zweitägiger Kurs für Therapeuten und Ärzte, Zahnärzte mit Zertifizierung

**Termin:** 23.–24.04.2010 9.00 h–16.30 h

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

420,-€ (incl. Getränke u. Mittagessen, Informations-, Demonstrations- und Therapiematerialien im Wert von 180,-€)

**Kurs 4**

**Praxis der MFT**

**Teilnehmer:** Therapeuten, Ärzte, Zahnärzte, Kieferorthopäden

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

**Termine:** nach Vereinbarung!

150,-€ (incl. Getränke und Mittagessen)

**Kurs 5**

**Orofaziale Behandlungsansätze (für Fortgeschrittene)**

**Teilnehmer:** Therapeuten, Ärzte, Zahnärzte, Kieferorthopäden

**Termin:** 12.–13.11.2010 9.00–17.00 Uhr

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

270,-€ (incl. Getränke und Mittagessen)



**Information und Anmeldung:**

ISST-Unna

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

Wasserstr. 25, 59423 Unna

Tel: 02303-96933-0 o. 868 88 Fax: 02303-898 86

E-Mail: [buer@isst-unna.de](mailto:buer@isst-unna.de), H.-Page: <http://www.isst-unna.de>



**diploma.de**

**Fern-Studium**

**Bachelor**

**Medizinalfachberufe**

Zugangsberufe:

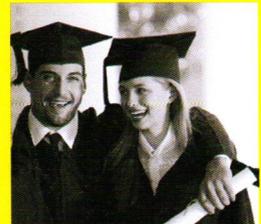
**Physiotherapeuten/innen**

**Ergotherapeuten/innen**

**Altenpfleger/innen**

**Krankenschwester/-pfleger**

**Logopäden/innen u. a.**



Doktoratsstudium  
(Partner Uni)

**Ortstarif: 01801 500 555**



D Ü S S E L D O R F E R  
A K A D E M I E

## WEITERBILDUNGS- UND TRAININGSZENTRUM Auszug Seminarprogramm 2010

Seminartitel	Termin	Ustd.	Referent	Kosten in Euro
Erfolgreich sprechen und auftreten – Rhetorische Kompetenz, Voice Coach Modul III	17. - 20.05.10	32	Dr. Marita Pabst-Weinschenk Uwe Schürmann	410,-
Sprachtherapie bei zweisprachigen Kindern nach dem Ansatz von Dr. Zvi Penner	28. - 29.05.10	14	Harriet Dohrs	165,-
Der Non-Avoidance-Ansatz in der Therapie mit Jugendlichen und Erwachsenen	25. - 26.06.10	17	Susanne Gehrer (ehem. Winkler)	210,-
Therapie des Stotterns – 3-teilige Seminarreihe – Teil II		17		225,-
Vom Sprechen zum Singen - Teil I	02. - 03.07.10	14	Helga Lohmann (ehem. Spital)	195,-
Diagnostik von Aufmerksamkeitsstörungen	02. - 03.07.10	16	Dr. Claus Jacobs	165,-
Semantisch-lexikalische Störungen bei Kindern	02. - 03.07.10	14	Matthias Grimm	165,-
Die Therapie der Aphasien - Wirkungsvolle und vielfältige Verfahren für die logopädische Arbeit	02. - 03.07.10	14	Dr. Alexandra Wengenroth	165,-
Einführung in die klinische Dysphagiologie	02. - 03.07.10	14	Jochen Keller	165,-
Fütterstörungen im Kindesalter	03.07.10	8	Nicole Hoffmüller	120,-
Gezielt flüssig sprechen	17.07.10	8	Dr. Christine Metten	115,-
Mutismus: Theorie, Diagnostik und Therapie	03. - 04.09.10	14	Markus Schulte-Hötzel	165,-
Attentioner	03. - 04.09.10	16	Dr. Claus Jacobs	195,-
Der Non-Avoidance-Ansatz in der Therapie mit Jugendlichen und Erwachsenen	03. - 04.09.10	17	Susanne Gehrer (ehem. Winkler)	210,-
Therapie des Stotterns – 3-teilige Seminarreihe – Teil III		17		165,-
Therapieerfolg und Qualitätssteigerung durch Umfeldberatung	17. - 18.09.10	14	Nadine Wöhler	165,-
Wortfindungsstörungen bei Kindern erkennen und behandeln	17. - 18.09.10	14	Tanja Brüll	165,-
Sensorisch-integratives Logopädiekonzept	17. - 18.09.10	14	Michaela Kreutz-Zimmermann	165,-

Für unsere Seminare und Weiterbildungen erhalten Sie Fortbildungspunkte.  
Weitere Informationen und Seminare: [www.duesseldorfer-akademie.de](http://www.duesseldorfer-akademie.de) · Tel. 0211-73 77 96 80



Die Hochschule Fresenius ist eine staatlich anerkannte, private Bildungseinrichtung. In Idstein/Taunus sowie Köln, Hamburg, München, Darmstadt, Zwickau und Wien bieten wir innovative Studien- und Ausbildungsgänge sowie Fort- und Weiterbildungen in den drei Fachbereichen

Chemie & Biologie,  
Gesundheit sowie  
Wirtschaft & Medien an.

Hochschule Fresenius  
Personalwesen  
Herr Sascha Kappes  
Limburger Straße 2  
65510 Idstein  
bewerbung@hs-fresenius.de  
www.hs-fresenius.de

Das Team des **Fachbereichs Gesundheit - Studiengang Logopädie** - am **Standort Idstein** sucht Ergänzung in **Teilzeit** (20 Std.) durch einen (m/w)

## Fachhochschuldozenten / Wissenschaftlichen Mitarbeiter Bereich Sprech- und Kommunikationsstörungen

In der theoretischen und praktischen Lehre, vorzugsweise in den **Fachgebieten Sprecherziehung, Stimmgebung, akustische Phonetik, Gesprächsführung sowie Hörstörungen**, begeistern Sie unsere Studentinnen und Studenten. Darüber hinaus engagieren Sie sich für die Weiterentwicklung des Curriculums.

Sie haben einen akademischen Abschluss im Bereich der Sprachtherapie (Logopädie, Sprachheilpädagogik, Klinische Linguistik, Patholinguistik, Klinische Sprechwissenschaften o. Ä.), idealerweise mit Promotion. Durch mehrjährige therapeutische Tätigkeit haben Sie fundierte praktische Kenntnisse gesammelt. Lehrererfahrung und Spaß an der Arbeit in einem engagierten Team bringen Sie mit.

Wir freuen uns auf Ihre aussagekräftige Bewerbung mit Angabe der **Kennziffer 2010.16** - vorzugsweise per Mail an unseren Bereich Personalwesen in Idstein.

IDSTEIN

KÖLN

HAMBURG

MÜNCHEN

DARMSTADT

ZWICKAU

WIEN



## Medizinische Akademie

Aschaffenburg

Die Gesellschaft für interdisziplinäre Studien mbH (GIS) ist eine gemeinnützige GmbH des Internationalen Bundes (IB).

Für unsere **Schule für Logopädie** am Standort **Aschaffenburg** suchen wir ab sofort in Voll- oder Teilzeit

### LEHRLOGOPÄDEN/INNEN

Ihre aussagekräftige Bewerbung richten Sie bitte an  
IB-Gis mbH · Medizinische Akademie · Schule für Logopädie  
Schulleitung Herr Nowak  
Erlenmeyerstraße 6 · 63741 Aschaffenburg · Tel. (06021) 58 28 01  
logo.aschaffenburg@ib-med-akademie.de  
www.med-akademie.de www.ib-hochschule.de



# IB

Internationaler Bund · IB · Gesellschaft für interdisziplinäre Studien mbH



Heute  
schon gesurft?

Logopädin  
mit langjähriger Erfah-  
rung, sucht Mitarbeit in  
Praxis oder Einrichtung.  
Chloë 532

Wir suchen eine/n  
Sprachheilpädagogin  
für die Therapie von Kindern  
Sprachheilpraxis  
Möckersin 1  
27173 Osterstedt

Stellenanzeigen erscheinen kostenlos auf  
unserer Homepage im Internet

[www.verlag-modernes-lernen.de](http://www.verlag-modernes-lernen.de)

E-Mail: [info@verlag-modernes-lernen.de](mailto:info@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!



Anton Hergenhan

### **Aggressive Kinder?**

Systemisch heilpädagogische Lösungen

2010, 128 S., Format DIN A5, br

ISBN 978-3-8080-0656-6

Bestell-Nr. 1470, € 16,80



Andreas Leschnik

### **Trainingsprogramm für Kinder mit visuellen Wahrnehmungsstörungen**

2010, 116 S., teilweise farbig, Beigabe: Arbeitsbögen zusätzlich auf CD-ROM, Format DIN A4, Ringbindung / Alter: 6-10

ISBN 978-3-8080-0655-9

Bestell-Nr. 1079, € 29,80

### **Jetzt wieder lieferbar:**

Winfried Palmowski / Matthias Heuwinkel

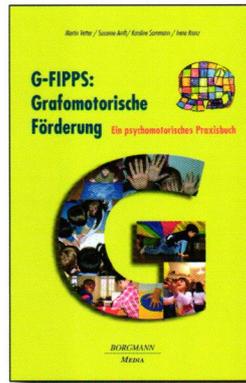
### **„Normal bin ich nicht behindert!“**

Wirklichkeitskonstruktionen bei Menschen, die behindert werden – Unterschiede, die Welten machen

3. Aufl. 2010, 312 S., Format 16x23cm, br

ISBN 978-3-86145-198-3

Bestell-Nr. 8403, € 19,50



Martin Vetter / Susanne Amft / Karoline Sammann / Irene Kranz

### **G-FIPPS: Grafomotorische Förderung**

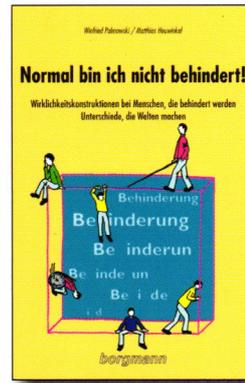
Ein psychomotorisches Praxisbuch

Juni 2010, 192 S., Format DIN A4, Klappenbroschur

ISBN 978-3-938187-52-4

Bestell-Nr. 9402, € 19,80

bis 30.6.2010, danach € 22,80



### **Empfohlen von der Stiftung Zuhören e.V.!**

Andrea Herrmann-Streng

### **Laute Flaute – Stiller Sturm**

Praxisbausteine zum Hören und Hinhören für Kindergarten & Vorschule

3. Aufl. 2010, 192 S., viele Illustrationen, Format 16x23cm, Ringbindung, ISBN 978-3-86145-282-9

Bestell-Nr. 8319, € 19,50

Erich Kasten (ohne Titel-Abbildung)

### **Progressives Gedächtnis- und Konzentrationstraining**

2010, 232 S., Format 16x23cm, br

ISBN 978-3-938187-61-6

Bestell-Nr. 9412, € 17,90

**BORGSMANN MEDIA**



verlag modernes lernen **p** 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](http://www.verlag-modernes-lernen.de)