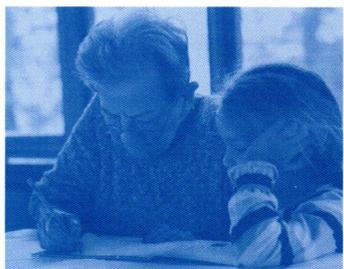


Sprachheilarbeit

Fachzeitschrift für Sprachheilpädagogik
und akademische Sprachtherapie



Demenzen – ein Handlungsfeld der Sprachtherapie
Barbara Geist

Diskussionsforum „Sprachtherapie bei Demenz“

Schulentscheidungsprozesse und Schulzufriedenheit
Ute Ritterfeld, Timo Lüke, Anna-Lena Dürkoop, Katja Subellok

Exklusive Förderung ermöglicht Teilhabe
Stephan Sallat, Markus Spreer



Verbandsnachrichten dgs
Elternverband pro Sprachheilschule; didacta 2011;
dgs international

Verbandsnachrichten dbs
Sprachförder-Märchen; Mit-
gliederversammlung München;
BKL-Summer School

dgs | dbs

So erreichen Sie die Herausgeber
und die Landesgruppen der Verbände:

Geschäftsstellen:



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



Bundesvorsitzender: Dr. Volker Maihack
Goethestr. 16, 47441 Moers
Tel. 02841/99819-10, Fax 02841/99819-30
dbs-Fortbildungsabteilung: Tel. 02841/99819-20
www.dbs-ev.de; info@dbs-ev.de

Landesgruppen:

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

Sprachheilarbeit

Herausgeber

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

Satz und Gestaltung

Löer Druck GmbH, Schleeferstraße 14, 44287 Dortmund
Titelfoto: © Herby (Herbert) Me – Fotolia.com

Verlag

verlag modernes lernen Borgmann GmbH & Co. KG

Ein Unternehmen der BORGSMANN* MEDIA GRUPPE
Schleeferstraße 14, D-44287 Dortmund, www.verlag-modernes-lernen.de
Verkauf und Vertrieb: (0180) 5 34 01 30, Fax: (0180) 5 34 01 20
E-Mail: info@verlag-modernes-lernen.de

Anzeigen

Unterlagen bitte an den Verlag senden. Gültige Preisliste: Nr. 10 vom 1.1.2010. Anzeigenleitung: Gudrun Luck Anzeigen: (0231) 128011, Telefax: (0231) 9128568, E-Mail: anzeigen@verlag-modernes-lernen.de, Herstellung: Löer Druck GmbH, Dortmund

Sprachheilarbeit

Fachzeitschrift für Sprachheilpädagogik und akademische Sprachtherapie
www.sprachheilarbeit.eu

Redaktion

Dr. Ulrike de Langen-Müller, Passau
Dr. Uwe Förster, Hess. Oldendorf
Prof. Dr. Claudia Iven, Bergheim
E-Mail: redaktion@sprachheilarbeit.eu

Mitteilung der Redaktion

In der *Sprachheilarbeit* werden Beiträge veröffentlicht, die die Auseinandersetzung mit Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen voranbringen. Schwerpunkte sind grundlegende und anwendungsbezogene Fragen zu Diagnostik, Förderung, Unterricht, Therapie und Rehabilitation von sprachgestörten Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen.

Die Veröffentlichung von Manuskripten erfolgt als Haupt- oder Magazinbeitrag, je nach Berücksichtigung der in den Autorenrichtlinien festgelegten Qualitätsstandards. Die Begutachtung wird jeweils von zwei Beiratsmitgliedern vorgenommen.

Manuskripte sind unter Beachtung der Manuskriptrichtlinien in digitaler Form an redaktion@sprachheilarbeit.eu zu senden. Alle Hinweise für Autoren finden Sie unter www.sprachheilarbeit.eu. Die in der *Sprachheilarbeit* abgedruckten und mit dem Namen der Autoren gekennzeichneten Artikel stellen deren unabhängige Meinung und Auffassung dar und brauchen nicht mit den Ansichten der Herausgeber, der Redaktion oder des Beirates überein zu stimmen.

Beirat

Dr. Reiner Bahr, Essen; Dr. Stephan Baumgartner, München; Prof. Dr. Kerstin Bilda, Bochum; Prof. Dr. Gerhard Blanken, Erfurt; Prof. Dr. Otto Braun, Konstanz; Priv. Doz. Dr. Ernst G. de Langen, Bad Griesbach; Prof. Dr. Iris Füssenich, Reutlingen; Dr. Barbara Giel, Köln; Prof. Dr. Christian Glück, Heidelberg; Prof. Dr. Manfred Grohnheldt, München; Prof. Dr. Barbara Höhle, Potsdam; Prof. Dr. Hildegard Heidtmann, Flensburg; Prof. Dr. Christina Kauschke, Marburg; Prof. Dr. Annerose Keilmann, Mainz; Prof. Dr. Annette Kracht, Landau; Prof. Dr. Ulrike M. Lüdtker; Prof. Dr. Hans-Joachim Motsch, Köln; Priv. Doz. Dr. Michele Noterdaeme, Augsburg; Prof. Dr. Monika Rothweiler, Bremen; Prof. Dr. Klaus Sarimski, Heidelberg; Dr. Matthias Vogel, München; Dr. Susanne Voigt-Zimmermann, Heidelberg

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 Sprachheilpädagogik 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, verwerten (Offline-Recht). Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar.



Was bedeutet „Inklusion“

Seit 2009 ist Art. 24 der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen für Deutschland verbindlich. In der Folge stand der Empfehlungsentwurf der ständigen KMK¹ „Inklusive Bildung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen in Schulen“ im März zur schriftlichen Anhörung. Die Vor- und Nachteile „inklusive Beschulung“ werden derzeit von betroffenen Eltern, Politikern und Fachverbänden erwartungsgemäß aus unterschiedlicher Perspektive diskutiert. Tom Buhrow, Tagesthemen-Moderator und Preisträger „Gute Sprache“ 2010, hat sich auf Wunsch der Redaktion dem Begriff *Inklusion* genähert und dies gemäß des Formats „Tim fragt Tom“ alltagsnah getan. Dafür danken wir Herrn Buhrow herzlich.

Tim fragt Tom

Tom Buhrow, ARD Tagesthemen, guten Tag. Hallo Tom, hier ist Tim. **Hallo Tim, wie geht es Dir?** Gut. Sag mal Tom, hast Du schon mal was von dem Wort „Inklusion“ gehört? **Ja das hab ich – und Du übrigens auch!** Echt? Wo denn? **Kannst Du Dich noch an die Preisverleihung in Dortmund erinnern?** Ja, bei der dgs – das hab ich mir sogar merken können. **Genau! Da ging es unter anderem auch um den Begriff „Inklusion“.** Und das Wort selbst stammt wieder mal aus dem lateinischen – **Inclusio heißt wörtlich übersetzt „Der Einschluss“.** Es bedeutet, dass etwas einbezogen wird oder etwas dazugehört. **Du kennst doch bestimmt das Wort „inklusive“, oder?** Ja! Ich hab jetzt einen Handyvertrag inklusive 55 Freiminuten. Die sind also in dem Vertrag mit drin. **Na bitte – schon ist das Wort erklärt!** Aber was hat mein Handyvertrag mit der dgs und Inklusion zu tun? **Die Leute in diesem Verband arbeiten ja mit Kindern und Jugendlichen, die sprachbehindert sind und die bisher noch in speziellen Schulen unterrichtet werden.** Da kenn ich auch einen – der heißt Marco und wohnt bei uns in der Straße. Der geht auf so eine Sonderschule. **Und? Ist er denn anders als Du oder die anderen Kinder in deiner Klasse?** Weiß nicht, wenn wir draußen spielen eigentlich nicht. Der spricht halt nicht so viel und wenn, dann nur ganz langsam. **Aber Ihr spielt trotzdem zusammen draußen Fußball?** Ja klar, warum nicht? **Naja, wenn er anders spricht, könnte er ja auch in spezielle Spielgruppen gehen.** Hä? Aber wer geht denn zum Spielen extra woanders hin? **(Tom lacht): Ich sehe schon, bei Euch in der Straße findet die Inklusion schon statt.** Es bedeutet einfach, dass Marco bei Euch dazugehört. **Die Frage ist, ob Du Dir vorstellen könntest, dass er auch bei Dir in die Schule geht?** (Tim überlegt lange): Ich weiß nicht so recht. Vielleicht würde er da nie drankommen oder die anderen würden lachen, wenn er so langsam spricht. Der hätte doch immer Angst wenn er drankommt oder was vorlesen muss. Also ehrlich gesagt, glaube ich nicht, dass das so gut für ihn wäre. **Das sehen manche Experten ganz ähnlich wie Du.** Sie wissen durch ihre tägliche Arbeit mit Kindern wie Marco, dass sie anders unterrichtet und gefördert werden müssen. **Er würde in einer „normalen“ Schule womöglich nie ein Erfolgserlebnis haben.** Umgekehrt würde, wenn sich Deine Lehrer immer nur und speziell um Marco kümmern, der Rest der Klasse irgendwann gefrustet sein. **In dem Fall wäre die Inklusion in eurer Klasse nicht wirklich gut für ihn.** Er würde zwar zur Klasse dazugehören, wäre aber trotzdem irgendwann ausgegrenzt. **Ok, dann sollte es also möglichst so bleiben wie es jetzt ist?** Er spielt mit uns, geht aber weiter in seine Schule, wo er den Unterricht hat, den er braucht? **Ja, so ist es.** Danke, ich hab’s kapiert. Ich geh jetzt raus zum Fußballspielen – Tschüss!

Die Herausgeberverbände dieser Fachzeitschrift werden zu einer gemeinsamen Definition zukünftiger Aufgaben von Sprachheillehrern und akademischen Sprachtherapeuten bei der inklusiven Beschulung finden müssen. Die Redaktion möchte zur fachlichen Diskussion beitragen. Schreiben Sie uns, liebe Leser/inn/en, wie Ihre Antwort an Tim oder Ihre Reaktion auf die Empfehlungen der KMK aussehen würde: redaktion@sprachheilarbeit.eu

¹ www.kmk.org/bildung-schule/allgemeine-bildung/sonderpaedagogische-foerderung.html

Hauptbeiträge

Demenzen – ein Handlungsfeld der Sprachtherapie 50

Barbara Geist

Demenzen – welchen Platz haben sie im Handlungsfeld der Sprachtherapie?

Diskussionsforum mit Beiträgen von Ernst G. de Langen
Renate Schramek, Christoph J. G. Lang,
Carmen Koch & Jürgen Steiner 58

Schulentscheidungsprozesse und Schulzufriedenheit in Familien mit einem sprachauffälligen Kind 66

Ute Ritterfeld, Timo Lüke, Anna-Lena Dürkoop,
Katja Subellok

Exklusive Förderung ermöglicht Teilhabe 78

Stephan Sallat, Markus Spreer

Magazin

Therapieraum / Klassenzimmer 87

Daten und Zitate aus Fach- und Tagespresse 92

Im Gespräch 93

Medien 95

Nachbarschaften 98

Rückblick 100

Mitteilungen 104

Aktuelles

Aktuelles dbs 108

Aktuelles dgs 111

Termine 114





Demenzen – ein Handlungsfeld der Sprachtherapie¹

Dementia – a sphere of activity in language therapy

Barbara Geist

Zusammenfassung

Hintergrund

Die Zahl der 65-Jährigen und Älteren steigt an. Die Altersgruppe der 80-Jährigen und Älteren wird im Jahr 2050 fast dreimal so hoch sein wie heute. Dadurch steigt auch die Zahl der Demenzpatienten. Zählen Demenzpatienten bereits zum sprachtherapeutischen Alltag? Auf welche Forschungsgrundlage können sich Praktiker stützen?

Ziele/Fragestellungen

Der Beitrag hat zum Ziel, die Typen und Symptome von Demenzen vorzustellen und einen Einblick in die Sprachdiagnostik/-therapie von Patienten mit demenzbedingten Sprachstörungen zu geben. Hierbei wird den folgenden Fragen nachgegangen: 1) Welche Symptome charakterisieren die für die Sprachtherapie relevanten Demenztypen? 2) Welche Vorgaben zur Diagnostik und Behandlung von Demenzpatienten liegen vor und welche Konsequenzen ergeben sich daraus für die sprachtherapeutische Praxis?

Methodik

Anhand der Literatur wird auf Frage 1), anhand der S3-Leitlinie „Demenzen“ (DGPPN und DGN 2009)² und der Literatur auf Frage 2) eingegangen. Bisherige Möglichkeiten und Grenzen in der Diagnostik und Therapie werden diskutiert.

Ergebnisse

Es wird deutlich, dass die Sprachtherapie diagnostische Möglichkeiten zur Verfügung hat, Symptome der verschiedenen Demenztypen differenziert zu beschreiben. Eine Übertragung von Forschungsergebnissen in systematische Diagnoseverfahren erfolgte jedoch bisher nur in wenigen Fällen. Die sprachtherapeutische Behandlung von Patienten mit demenzbedingten Sprachstörungen stellt ein Forschungsdesiderat dar. Die DGPPN und die DGN (2009) kritisieren vor allem, dass die bisher entwickelten Therapiekonzepte in ihrer Wirksamkeitsüberprüfung mangelhaft bzw. uneindeutig sind.

Schlussfolgerungen

Die Behandlung von Patienten mit demenzbedingten Sprachstörungen gehört längst zum Therapiealltag in geriatrischen Kliniken

Abstract

Background

The number of people aged 65 and over is increasing. By 2050, there will be almost three times as many people aged 80 and over as there are now. This means there will be a corresponding increase in the number of dementia patients. Are dementia patients already part of a language therapist's everyday work? What research can therapists draw on?

Aims

The aim of this article is to describe the various types of dementia and their symptoms and to give an insight into language assessment and therapy in patients with dementia-related language disorders. The following questions are investigated: 1) What are the characteristic symptoms of the types of dementia that are relevant to language therapy? 2) What data are available on the assessment and treatment of dementia patients and what consequences do these have for language therapy in practice?

Method

Question 1) is dealt with on the basis of the literature, while question 2) is investigated on the basis of the S3 guideline on dementia (DGPPN and DGN 2009) and on the literature. The possibilities and limitations of the assessment processes and therapies available so far are discussed.

Results

The article shows that there are diagnostic means available in language therapy for differentiating between the symptoms of the various types of dementia. So far, however, very few research results have been translated into systematic diagnostic processes. There is a research gap with regard to the therapeutic treatment of patients with dementia-related language disorders. The S3 guideline criticizes in particular the fact that the therapy concepts devised so far use unsatisfactory or inconclusive methods to monitor the effectiveness.

Conclusion

The treatment of patients with dementia-related language disorders has long since become an everyday task in geriatric clinics

¹ Der AG-Demenz des dbS (Dr. Frank Ostermann, Dr. Iris Knittel und Karsten Brase) danke ich für die intensiven Gespräche während der AG-Sitzungen. Dr. Frank Ostermann danke ich für die spezifischen Kommentare zu diesem Artikel. Den Gutachtern danke ich für die konstruktive Kritik und den Vorschlag, diesen Artikel als Ausgangspunkt für ein Diskussionsforum zu nutzen.

² Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) und die Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) publizierten 2009 unter Einbindung der Deutschen Alzheimer Gesellschaft die S3-Leitlinie „Demenzen“. Nach den Vorgaben der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Fachgesellschaften (AWMF) entspricht die Leitlinie „Demenzen“ der dritten von drei Entwicklungsstufen (S.13).

und vermehrt auch in sprachtherapeutischen Praxen. Der Beitrag zeigt, dass das Handlungsfeld der Sprachtherapie sich auf umfangreiche Studien der Beschreibung sprachlicher Symptome bei Demenzen stützen kann. In Bezug auf die Entwicklung von (standardisierten) diagnostischen Verfahren und empirische Untersuchungen von sprachtherapeutischen Behandlungen gilt es jedoch, die Demenzen noch in der sprachtherapeutischen Forschung zu verankern.

Schlüsselwörter

Demenzbedingte Sprachstörungen, Diagnostik, Therapie

and to an increasing extent also in language therapy practices. The article shows that there are comprehensive studies of the description of language symptoms in dementia patients that can be of use in language therapy. However, before (standardized) diagnostic processes can be developed and empirical investigations of the therapeutic treatment of language disorders can be carried out, it is necessary to anchor dementia in all its forms in language therapy research.

Keywords

dementia-related language disorders, language assessment, language therapy

Dieser Beitrag hat das peer-review-Verfahren durchlaufen.

1 Einleitung

„Unter der Annahme, dass die altersspezifischen Prävalenzraten der Demenz konstant bleiben, wird sich der Krankenbestand durchschnittlich pro Jahr um 20.000 erhöhen und in Folge der demographischen Entwicklung bis zum Jahr 2030 auf 1,56 Mio., bis zum Jahr 2050 auf mehr als 2 Mio. ansteigen“ (Bickel 2001, 108).

Abbildung 1 veranschaulicht die demographische Entwicklung, in dem die Bevölkerungsstruktur 2008 der vermuteten Bevölkerung von 2060 gegenübergestellt wird.

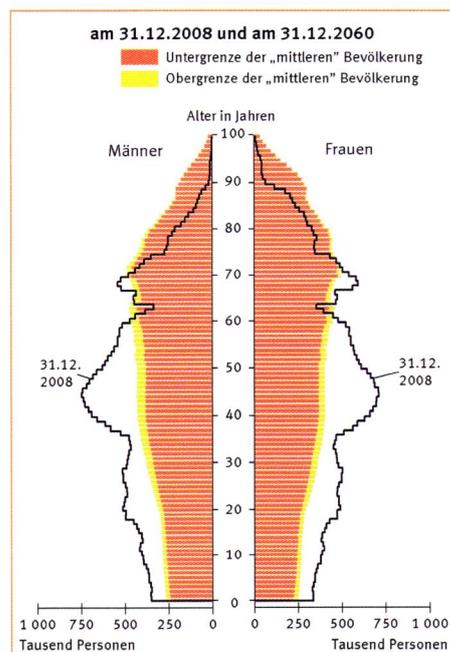


Abbildung 1: Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland: 2005 und 2050 im Vergleich (Quelle Statistisches Bundesamt, 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung 2009, 15, Ausschnitt aus Schaubild 3³)

Neben der steigenden Zahl an Patienten gibt vor allem die detaillierte Beschreibung sprachlicher Störungen im Rahmen der verschiedenen Demenztypen Anlass, sich aus sprachtherapeutischer Perspektive mit Demenzen auseinanderzusetzen. Demenz und die (begleitenden) sprachlichen Beeinträchtigungen werden interdisziplinär von Medizinerinnen, Neuropsychologen, Psychiatern, Pharmazeuten und Therapeuten erforscht, deren Projekte jedoch selten miteinander verknüpft sind. Auch in der Behandlungspraxis dieser Patienten kreuzen sich die Wege der Disziplinen nur, wenn z. B. eine Klinik die Möglichkeiten durch interdisziplinäre Teamsitzungen o. ä. bietet. Angebunden an Universitätskliniken und Institute gibt es immer mehr Gedächtnisprechstunden und Demenzambulanzen, deren primäre Aufgabe die Differenzialdiagnostik ist. Sprachtherapeuten sind in diesen differenzialdiagnostischen Prozess zurzeit nur selten eingebunden. Hingegen sind Sprachtherapeuten in geriatrischen Rehabilitationskliniken tätig und behandeln Patienten im hohen und höheren Lebensalter ambulant.

Ausgehend von einem Antrag an die Mitgliederversammlung des Deutschen Bundesverbandes der akademischen Sprachtherapeuten (dbs) e.V. situierte sich 2009 eine Arbeitsgemeinschaft (AG), die das Thema Demenz in den Blickpunkt nahm. U. a. die Rechercheergebnisse dieser AG werden im Folgenden vorgestellt.

Im Gegensatz zur Neuropsychologie sind Publikationen über Patienten mit demenzbedingten Sprachstörungen innerhalb der Sprachtherapie gerade im deutschsprachigen Raum noch ein sehr junges Gebiet (z. B. Steiner 2007; Gutzmann & Brauer 2007; Knels & Danek 2010). Auch durch die Erprobung neuer sprachtherapeutischer

Diagnoseverfahren mit Demenzpatienten (Kalbe et al. 2002; Glindemann et al. 2002) rücken diese Patienten jedoch immer mehr in den Fokus der Praxis. Weiterhin selten sind allerdings empirische Untersuchungen mit größeren Stichproben, um Ideen und Konzepte, die in der sprachtherapeutischen Forschung und Praxis entwickelt wurden, zu hinterfragen, zu evaluieren.

Zunächst werden die Demenzformen und damit verbundene Sprachstörungen kurz dargestellt. Hier ist die Leitfrage: Welche Symptome charakterisieren die für die Sprachtherapie relevanten Demenztypen? Anschließend wird der folgenden Frage nachgegangen: Welche Voraussetzungen bieten Vorgaben zur Diagnostik und Behandlung von Demenzpatienten in der sprachtherapeutischen Praxis?

2 Demenzen

Der Begriff der Demenz beschreibt einen hirnganisch bedingten, pathologischen Abbau kognitiver Leistungen (vgl. Hartje & Poeck 2002). Die Weltgesundheitsorganisation definiert in der ICD⁴-10 die Demenz weiter als ein Syndrom in Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Erkrankung des Gehirns (Dilling & Freyberger 2006, S. 25). Nach der DSM-IV-T⁵ (American Psychiatric Association (APA) 2000) sind bedeutende Merkmale einer Demenz die Entwicklung multipler kognitiver Defi-

³ http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pk/2009/Bevoelkerung/pressebroschuere__bevoelkerungsentwicklung2009,property=file.pdf

⁴ International Classification of Diseases and Related Health Problems (World Health Organization 2007)

⁵ Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed., text revision

zite, die eine Gedächtnisstörung beinhalten. Eine der folgenden kognitiven Störungen muss ebenfalls vorhanden sein: Aphasie⁶, Apraxie, Agnosie oder eine Beeinträchtigung exekutiver Funktionen (vgl. Hartje & Poeck 2002). Der Schweregrad der kognitiven Defizite muss so hoch sein, dass berufliche oder soziale Leistungsniveaus beeinträchtigt sind (vgl. ebd.). Zudem muss eine Verschlechterung gegenüber den früheren, höheren Leistungsniveaus bestehen. Eine Bewusstseinsstrübung besteht nicht (vgl. Poeck & Hacke 2001)⁷. Es wird eine Mindestdauer von sechs Monaten gefordert, um Verwechslungen mit reversiblen Zuständen, die zunächst die gleichen Beschwerden aufweisen, zu vermeiden (Dilling & Freyberger 2006).

Beeinträchtigungen des Gedächtnisses sind für die Diagnose einer Demenz nötig und stellen ihr prominentestes Symptom dar (APA, 2000). Die kognitiven Störungen, die vorrangig das Gedächtnis (v. a. das Neugedächtnis) betreffen, wirken sich auf das Denken, die Urteilsfähigkeit, die Intelligenz und Orientierung aus (vgl. Pschyrembel 2001). Unter Umständen können psychotische Symptome wie z. B. Halluzinationen oder Wahnideen beobachtet werden.

Eine Differenzierung der Demenzen kann auf der Basis der Ursachen (z. B. gefäßbedingt, stoffwechselbedingt, traumatisch) (vgl. Steiner 2010) erfolgen. Aus sprachtherapeutischer Sicht ist es jedoch zielführender verschiedene Demenztypen zu unterscheiden. Die folgenden Formen bieten eine erste Unterteilung: „Alzheimer-Krankheit“ (rel. Häufigkeit 50 %), „zerebrovaskuläre Erkrankungen“ (17 %) und „Mischformen“ (16 %) sowie „im Rahmen anderer Erkrankungen“ (Chorea Huntington, Parkinson-Syndrom, HIV-Erkrankung, u. a.) (vgl. Pschyrembel 2001).

Demenztypen, die bereits im frühen oder mittleren Stadium der Erkrankung mit einer Beeinträchtigung sprachlicher Fähigkeiten einhergehen und damit für die Sprachtherapie von besonderem Interesse sind, werden nun kurz beschrieben.

2.1 Demenz des Alzheimerstyps (DAT)

Die Demenz des Alzheimer Typs (DAT) ist die häufigste Form der degenerativen Hirn-

krankheiten, die zu einer Demenz führt (vgl. Hartje & Poeck 2002). Beginn der Erkrankung ist ab dem 70. Lebensjahr (vgl. ebd.), wobei ein Subtyp durch einen frühen Erkrankungsbeginn vor dem 65. Lebensjahr gekennzeichnet ist (vgl. APA 2000). Dieser Subtyp lässt sich jedoch auch durch der Demenz vorausgehende leichte kognitive Beeinträchtigungen erklären. Diese leichte kognitive Beeinträchtigung (mild cognitive impairment MCI) führt in ca. 50 % zu einer DAT.

Erste Symptome der DAT, die allerdings noch keine Diagnose zulassen, sind u. a. uncharakteristischer Kopfschmerz oder allgemeine Leistungsschwächen. Im weiteren Verlauf treten dann charakteristische neuropsychologische Ausfälle wie Vergesslichkeit, Verlieren des Überblicks über Situationen und Aufgaben, Schwierigkeiten beim Rechnen, Schreiben und Lesen auf (Poeck & Hacke 2001). Die Patienten sind meist zeitlich und örtlich, ggf. auch persönlich nicht vollständig orientiert (ebd.). Das Leitsymptom ist jedoch eine Beeinträchtigung der Merkfähigkeit (Hartje & Poeck 2002). Auffällig ist, dass die Persönlichkeit sowie die äußere Haltung weitgehend unbeeinträchtigt sind (vgl. Poeck & Hacke 2001). Nicht-kognitive Veränderungen wie Antriebsmangel, psychomotorische Unruhe, Schlafstörungen und Depressivität können Begleitsymptome sein (vgl. ebd.). Der Verlauf ist unaufhaltsam progredient, wobei pharmakologische Therapien eine Verzögerung des Erkrankungsverlaufs bewirken können (vgl. ebd.). Sprachstörungen treten bereits im frühen Erkrankungsstadium bei fast allen Patienten auf (Luzzatti 1999). Wortfindungsstörungen sowie das Perseverieren von Gedanken und Wörtern sind zu beobachten. Es kommt zu einem fortschreitenden „Spracherfall“. Stereotypien, Echolalien, Neologismen und schließlich Logoklonien sowie Beeinträchtigungen des Sprachverständnisses werden beschrieben.

Taler und Phillips (2007) zeigen anhand einer Reihe von Studien, dass frühe sprachliche Defizite von Patienten sich in Aufgaben zur Wortflüssigkeit, dem Benennen und der Abfrage semantischen Wissens sowie auf Diskursebene zeigen. Phonologische und syntaktische Fähigkeiten sind zunächst unbeeinträchtigt (vgl. ebd.) und stellen ebenso wie gute Lese- und Schreibfähigkeit sowie ein Fehlerbewusstsein „erwartbare sprachliche Ressourcen“ dar (Steiner 2010, 46). Auch wenn die Symptome denen einer „Aphasie“ ähneln, ist dieser Begriff für eine Sprachstörung im Rahmen einer dementiellen Erkrankung nicht geeignet. In der Lite-

ratur wird eine Reihe von Begrifflichkeiten vorgeschlagen. In diesem Beitrag wird der Terminus „demenzbedingte Sprachstörung“ in Anlehnung an Schulze-Jena und Becker (2005) verwendet.

2.2 Fronto-temporale Demenz

Die fronto-temporale Demenz (FTD) kann in drei Varianten, Morbus Pick, semantische Demenz (SD) sowie primär progressive Aphasie eingeteilt werden (Hartje & Poeck, 2002). Die Prävalenz liegt bei ca. 3 %, wobei eindeutige Statistiken fehlen. Die folgende Beschreibung soll nicht das Kriterium der Vollständigkeit erfüllen, sondern einen Einblick in die verschiedenen Formen geben und grob Unterschiede und Gemeinsamkeiten mit dem Fokus auf das sprachtherapeutische Handeln herausarbeiten.

Pick-Atrophie

Diese seltene Demenzform beginnt meist zwischen dem 50. und 60. Lebensjahr, ggf. auch früher (vgl. ebd.). Die Ätiologie ist unbekannt. Charakteristische Beobachtungen sind eine Schwellung der Nervenzellen (Pick-Zellen) und argyrophile Einschlüsse (Pick-Körper) (vgl. Pschyrembel 2001). Es werden u. a. Atrophien im Bereich des Frontallhirns und der vorderen Anteile des Temporallappens gefunden (vgl. ebd.). Zunächst tritt ein allgemeines Nachlassen der Leistungsfähigkeit ein. Es schließen sich Veränderungen der Persönlichkeit an (vgl. Poeck & Hacke 2001). Im weiteren Verlauf kommen die Symptome progrediente Demenz und evtl. Sprachstörungen und Aphasie hinzu (vgl. Pschyrembel 2001). Pathologische Hand- und Mundgreifreflexe sind möglich; im Endstadium ist ein akinetisches Parkinson-Syndrom mit schwerer Demenz zu beobachten (vgl. Poeck & Hacke 2001).

Semantische Demenz

Ursache der Semantischen Demenz (SD) ist u. a. eine Verminderung der Durchblutung, die sich in bildgebenden Verfahren in Form einer linksseitigen, infero-temporalen Atrophie äußert (vgl. Hartje & Poeck 2002). Der Beginn der Erkrankung liegt vor dem 65. Lebensjahr. Das Leitsymptom ist der fortschreitende Verlust semantischer Information, wobei zunächst nur lautsprachliche Modalitäten betroffen sind (vgl. ebd.). Über einen langen Zeitraum sind das episodische Gedächtnis, das Sozialverhalten sowie die räumliche Orientierung nicht betroffen (vgl. Poeck & Hacke 2001). Im späteren Verlauf können Patienten mit SD auch visuell oder taktil wahrgenommene Objekte nicht mehr

⁶ Der Begriff „Aphasie“ ist in diesem Zusammenhang undifferenziert, wird jedoch in der Literatur so verwendet (s. auch 2.1).

⁷ Eine Bewusstseinsstrübung kann laut ICD-10 allerdings in späten Stadien der Erkrankung auftreten (vgl. Dilling & Freyberger 2006)

erkennen (vgl. ebd.). Die Sprache kann als „flüssig“, aber inhaltsleer beschrieben werden, es treten ausgeprägte Wortfindungsstörungen und Sprachverständnisschwierigkeiten auf (vgl. Eisfeld 2004). Artikulation und Syntax sind unauffällig (vgl. Poeck & Hacke 2001). Das Benennen und Definieren von Objekten und Tätigkeiten ist den Patienten nicht möglich oder sie produzieren semantische Paraphrasen, wobei die Möglichkeit besteht, dass einzelne semantische Felder stärker betroffen sind (vgl. Danek, Wekerle & Neumann 2009). Eine Oberflächendyslexie/dysgraphie kann nicht ausgeschlossen werden (vgl. ebd.). Laut Danek und Kollegen (2009) sind das Zuordnen von Bildern sowie das Nachsprechen einzelner Wörter intakt. Im Endstadium der Krankheit ist ein mutistisches Verhalten ggf. mit Zeichen des Klüver-Bucy-Syndroms zu beobachten (vgl. Hartje & Poeck 2002).

Primär progressive Aphasie

Die Primär progressive Aphasie (PPA) (Mesulam 2001) ist durch eine langsam fortschreitende Sprachstörung charakterisiert. Aufgrund der insgesamt geringen Fallzahlen liegen kaum Informationen zu Prävalenz oder Inzidenz vor. Basierend auf einer Literaturzusammenstellung wird ein durchschnittlicher Krankheitsbeginn im Alter von 59 Jahren angenommen, wobei die Standardabweichung 9,6 Jahre beträgt (Block & Kastrau 2004). Die Sprachstörungen treten in den ersten beiden Erkrankungsjahren isoliert auf. Die Sprachproduktion wird als „nichtflüssig“ beschrieben (vgl. Poeck et al. 2001), wobei diskutiert wird, ob es zwei Subtypen (flüssige und unflüssige PPA) gibt (Neary et al. 1998)⁸.

Die Patienten produzieren viele phonematische Paraphrasen und eine agrammatische Syntax (vgl. ebd.). Laut Danek et al. (2009) treten außerdem Wortfindungs- und Benennstörungen auf; Sprechstörungen z. B. in Form einer Sprechapraxie sind möglich, das Nachsprechen kann gestört sein. Im Vergleich zur Demenz des Alzheimer Typs schreiten die Sprachstörungen bei Patienten mit PPA schneller voran (Blair et al. 2007).

Das Sozialverhalten, räumliche Orientierung, episodisches Gedächtnis und Problemlösen sind wie bei der SD lange Zeit intakt; im Verlauf lassen andere kognitive

Leistungen allerdings nach (vgl. Poeck & Hacke 2001). Nach zwei bis acht Jahren liegt ein mutismusähnliches Verhalten ohne erkennbares Sprachverständnis vor (vgl. Hartje & Poeck 2002). (für eine differenziertere Einteilung s. u.a. Amici et al. 2006; Knibb & Hodges 2005)

2.3 Weitere Formen

Post-stroke Demenz: Demenzkrankheiten sind nicht nur mit dem Lebensalter, sondern auch mit bestimmten vaskulären Risikofaktoren assoziiert (vgl. Poeck & Hacke 2001). Durch Infarkte im Versorgungsgebiet großer hirnzuführender Arterien können sogenannte vaskuläre Demenzen hervorgerufen werden (vgl. Haberl & Schreiber 2001). Hénon et al. (2001) wiesen mittels einer Studie mit 169 Patienten mit Schlaganfall im Rahmen einer dreijährigen Verlaufsbeobachtung nach, dass das Risiko einer PSD bei 28,5% liegt. Bei 1/3 der Patienten mit Post-stroke Demenz wurde eine DAT, bei 2/3 eine vaskuläre Demenz diagnostiziert.

Demenz im Rahmen des Morbus Parkinson: Unklar ist, ob es sich bei der Demenz in Verbindung mit der Parkinson-Krankheit um eine besondere Variante handelt. Erste Hinweise, dass sich die sprachlichen Fähigkeiten von Parkinsonpatienten mit einer Demenz von den Leistungen eines Parkinsonpatienten ohne Demenz unterscheiden, liefert eine Studie von Heiss, Kalbe und Kessler (2001).

3 Diagnostik – Möglichkeiten und Grenzen

Innerhalb der verschiedenen Demenztypen treten eine Reihe von sprachlichen Beeinträchtigungen auf. Betrachtet man die Störungen für die verschiedenen Ebenen des sprachlichen Wissenssystems lassen sich, besonders im frühen Stadium, Unterschie-

de zwischen den Demenzformen feststellen. Taler und Phillips (2007) zeigen in ihrem Überblicksartikel, dass diese Unterschiede nicht nur kognitive Fähigkeiten betreffen, sondern gerade auch sprachliche Fähigkeiten unterschiedlich beeinträchtigt sind. Im weiteren Erkrankungsverlauf ähneln sich die sprachlichen Leistungen zwischen den Demenztypen immer mehr und können nur retrospektiv unterschieden werden. Um Missklassifikationen, die z. B. in Fällen von Patienten mit semantischer Demenz auftreten, die als vermeintliche Demenz des Alzheimer Typs klassifiziert werden (vgl. Eisfeld 2004), zu vermeiden, ist daher insbesondere im frühen Stadium auch auf die sprachlichen Fähigkeiten der Patienten zu achten. Eine Reihe von Einzelfallstudien dokumentieren die Probleme der Differenzialdiagnostik insbesondere bei seltenen Demenzformen, wie der Semantischen Demenz und der Primär progressiven Aphasie (s. für das Deutsche u. a. Henry et al. 2008).

3.1 Leitlinien für die Diagnostik

Welche Voraussetzungen bieten Vorgaben zur Diagnostik von Demenzpatienten für die sprachtherapeutische Praxis?

Die Leitlinie „Demenzen“ (DGPPN & DGN 2009) sieht vor, dass in der neuropsychologischen Diagnostik auch sprachliche Fähigkeiten erhoben werden. Diese können zur Differenzialdiagnose genutzt werden. Sprache soll anhand von Wortfindung, Benennleistung und Verständnis untersucht werden, wobei nur für das Benennen und die Wortflüssigkeit konkrete Verfahren genannt werden.

„Im Rahmen der vertieften neuropsychologischen Früh- und Differenzialdiagnose

⁹ The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease

Vertiefende Neuropsychologische Diagnostik

Alzheimer Demenz	Semantische Wortflüssigkeit (CERAD [9]), Regensburger Wortflüssigkeitstest)
Vaskuläre und Multiinfarkt Demenzen	Phonologische und Semantische Wortflüssigkeit
Primär progressive Aphasie und Semantische Demenz	Prüfung des sprachlichen Verstehens, der Wortflüssigkeit (speziell phonologischer Wortflüssigkeit (LPS 50+), Benennleistung, Rechtschreibung)
Lewy-Körperchen-Demenz	Boston-Naming Test

Tabelle 1: Ausschnitt aus der Übersicht neuropsychologischer Untersuchungen in der Differenzialdiagnose (Quelle: DGPPN & DGN 2009)

⁸ Die S3-Leitlinien Demenzen (2009) unterscheiden zwischen einer „führend flüssigen semantischen Aphasie“ in Form der semantischen Demenz und einer „führend unflüssigen Aphasie“ in Form der PPA. Knels und Danek (2010) veranschaulichen jedoch anhand des Patienten HT, dass eine gemischte Form als weiterer Subtyp aufgenommen werden sollte.

tik sollten möglichst unter Zuhilfenahme von standardisierten Instrumenten u.a. die kognitiven Bereiche Lernen und Gedächtnis, Orientierung, Raumkognition, Aufmerksamkeit, Praxie, Sprache und Handlungsplanung untersucht werden.“ (Empfehlungsgrad B, Leitlinienadaptation NICE-SCIE 2007 zit. n. DGN & DGPPN 2009, 29)

Neben diesen Vorgaben steckt die Diagnostik sprachlicher Fähigkeiten aktuell in den Kinderschuhen, da sprachbeschreibende Untersuchungen bisher nur bedingt für die Diagnostik nutzbar sind. Bisherige Verfahren und Ideen zum diagnostischen Vorgehen bei demenzbedingten Sprachstörungen werden im Folgenden aus sprachtherapeutischer Perspektive zusammengefasst.

3.2 Sprachspezifische Diagnostik

Innerhalb der standardisierten Diagnoseverfahren beziehen immer mehr Verfahren auch Patiententestproben mit Demenz in die Normierung ein. So wurde die Aphasie Checkliste (Kalbe et al. 2002) bereits in der Entwicklung mit Patienten mit Demenzen erprobt (Stichprobe N=10). Auch wenn in die Normierung des Aachener Aphasietests (AAT) (Huber et al. 1983) keine Patienten mit Demenz einbezogen waren, so ist der Einsatz des AATs (ebd.) bei demenzbedingten Sprachstörungen jedoch detailliert dokumentiert (vgl. Lang et al. 1991, Romero et al. 1994)¹⁰. Auch die Bogenhausener Semantikuntersuchung (Glindemann et al. 2002) wurde mit Demenzpatienten (N=4) erprobt und ermöglicht somit eine Beschreibung der semantischen Fähigkeiten. Darüber hinaus wurden Patienten mit leichten kognitiven Beeinträchtigungen und mit Verdacht auf Demenz sowie Kontrollprobanden im höheren Lebensalter (60-90 J.) mit dem Bielefelder Aphasie-Screening (Richter et al. 2006) sowie mit Untertests aus dem Regensburger Wortflüssigkeitstest (Aschenbrenner et al. 2000) untersucht (Kleissendorf et al. 2009). Insbesondere die semantischen Aufgaben der Wortflüssigkeit erwiesen sich als für die Patienten gut praktikabel und sensibel in der Unterscheidung zwischen leichten kognitiven Beeinträchtigungen bzw. Verdacht auf Demenz und unbeeinträchtigten Patienten im höheren Lebensalter. Internationale Studien liefern hier Ergebnisse, dass die Leistungen in phonematischen bzw. formallexikalischen und semantischen Aufgaben

¹⁰ Der Einsatz des AATs (Huber et al. 1983) bei Patienten mit Demenz des Alzheimer Typs wird jedoch auch kritisch hinterfragt (vgl. Faupel 2002).

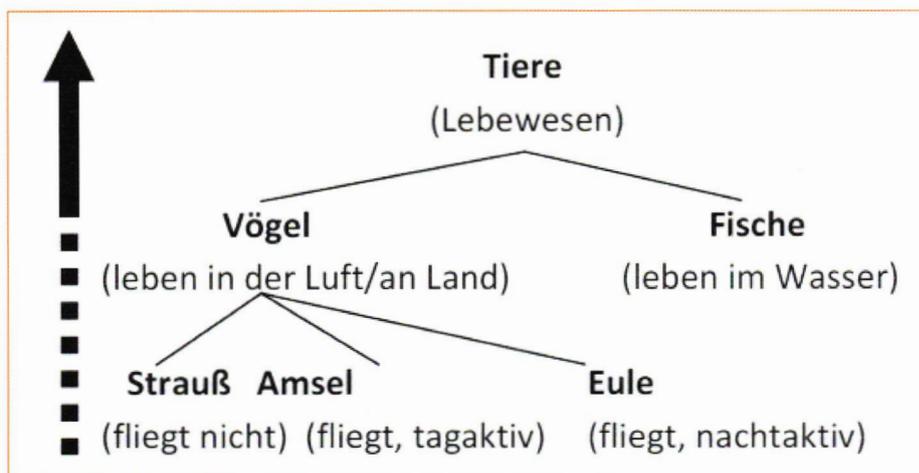


Abbildung 2: Semantischer bottom-up-breakdown im semantischen Netzwerk

zur Wortflüssigkeit auch zwischen Demenztypen als Unterscheidungsmerkmal dienen können. Die vorherrschenden semantischen Störungen im Sinne eines semantischen bottom-up-breakdowns (vgl. Martin & Fedio 1983) (s. Abb. 1), die sowohl bei verschiedenen Demenztypen beobachtet werden, können daher bereits mit verschiedenen diagnostischen Verfahren untersucht werden.

Zur Differenzierung zwischen aphasischen Patienten nach einem Schlaganfall und Patienten mit Alzheimer-Demenz verwendeten Schulze-Jena und Becker (2005) neben der Spontansprachanalyse Untertests der Wortproduktionsprüfung (Blanken et al. 1999) und der Bogenhausener Semantikuntersuchung (Glindemann et al. 2002) sowie eine Bildbeschreibung. Z.B. die Spontansprachauswertung nach semantischen Paraphrasien erwies sich nicht als geeignetes Unterscheidungskriterium (ebd.). Jedoch zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den beiden Patientengruppen in der Kohärenz der Bildbeschreibung und der Fehlerart beim Benennen (ebd.). Diese Untersuchung liefert erste Hinweise, dass eine differenzierte Analyse der pragmatischen Fähigkeiten, neben spezifischen semantischen Phänomenen (z.B. Fehlertypen beim Benennen) zielführende diagnostische Vorgehensweisen sind. So könnten linguistische Untersuchungen des dialogischen Verhaltens ggf. in die Diagnostik einbezogen werden.

Die Möglichkeiten, die verbleibenden sprachlichen Fähigkeiten von Patienten mit einer Demenz zu erfassen und deren Sprachstörungen differenziert zu beschreiben, gilt es gerade bei dieser Patientengruppe ressourcenschonend einzusetzen. Aufgrund der geringen Belastbarkeit von Patienten mit einer Demenz ist eine gezielte Auswahl einzelner Verfahren/Aufgaben dringend erforderlich.

Die Auswahl des Verfahrens sollte abhängig vom Demenztyp und Erkrankungsstadium erfolgen. Außerdem stellt die Befragung von Sekundärbetroffenen (wie z.B. Angehörigen) einen weiteren elementaren Diagnosebaustein dar (vgl. Steiner 2008).

Dieser Abschnitt hat verdeutlicht, dass die Möglichkeiten der Beschreibung demenzbedingter Sprachstörungen aus der Perspektive der Sprachtherapie weiter entwickelt ist als die bloße Auswertung der Benennleistung und der quantitativen Wortflüssigkeit, so wie die S3-Leitlinie „Demenzen“ (DGPPN & DGN 2009) es vorschlagen. Allerdings gilt es zu untersuchen, welche linguistischen Methoden zu einer Differenzialdiagnose beitragen, welche z.B. als Evaluationskriterium nutzbar sind und welche ausschließlich für die Therapieplanung anzuwenden sind.

Trotz der diagnostischen Möglichkeiten ist eine Differenzialdiagnostik nie mit einem Verfahren aus einer Disziplin möglich. Medizin, Neuropsychologie und Sprachtherapie sollten hier ineinandergreifen und in einem aufeinander aufbauenden differenzialdiagnostischen Prozess systematisch zusammenarbeiten. Bereits bei der Diagnostik werden somit einerseits die bedeutende Rolle der Sprachtherapie und andererseits auch deren Grenzen ohne ein interdisziplinäres Netzwerk deutlich.

4 (Sprach-)Therapie – Ideen, Möglichkeiten und Grenzen

Die Meinungen über sprachtherapeutische Interventionen bei Demenz reichen von „in aller Regel nicht sinnvoll“ (Krämer 1996, 64) über „die Wiederherstellung verlorengegangener Sprech- und Sprachfertigkeiten ist bei progredienten kognitiv-sprachlichen Störungen ein vergebliches Unterfangen“

(Ihssen 2002, 211) bis zu „bei einem Teil der Patienten kann in einem frühen Stadium durch ein gezieltes Übungsprogramm auf die verbale Kommunikationsfähigkeit Einfluss genommen werden“ (Böhme 2003, S.383). Somit wird die Sprachtherapie aktuell in den Patientenleitlinien¹¹ erwähnt und findet sich in der Leitlinie „Demenzen“ (DGPPN & DGN 2009) unter einer Reihe anderer Therapieformen wieder: „Unter kognitiven Verfahren werden Interventionen verstanden, bei denen kognitive Funktionen (Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Sprache etc.) aktiviert werden“ (DGPPN & DGN 2009, 71).

Im Gegensatz zu Therapieverfahren wie der Musik- und Aromatherapie oder multisensorischen Verfahren werden in der Leitlinie „Demenzen“ der DGPPN und der DGN (2009) jedoch keine Studien aufgelistet, die zu einer expliziten Empfehlung von Sprachtherapie führen würde.

Sehr allgemein formuliert weisen die Autoren darauf hin, dass „es [...] Evidenz für geringe Effekte von kognitivem Training/kognitiver Stimulation auf die kognitive Leistung bei Patienten mit leichter bis moderater Demenz [gibt]. Die Möglichkeit, an einem strukturierten kognitiven Stimulationsprogramm teilzunehmen, kann angeboten werden“ (*Empfehlungsgrad C, Evidenzebene IIb, Leitlinienadaptation NICE-SCIE 2007 zit. n. DGPPN & DGN 2009, 72*).

Grund hierfür ist, dass trotz detaillierter Beschreibungskriterien der sprachlichen Fähigkeiten von Patienten mit Demenzen verschiedener Ätiologie (auch für den deutschsprachigen Raum) wenige Evaluationen der sprachtherapeutischen Intervention bei Patienten mit Demenzen stattfanden. Dennoch erhalten neben geriatrischen Kliniken immer häufiger auch niedergelassene Praxen Anfragen zur Behandlung von Patienten mit demenzbedingten Sprachstörungen. In der Diskussion um Evidenzkriterien gilt es daher zu überlegen, wie das sprachtherapeutische Wissen über die sprachlichen Fähigkeiten einerseits und die begleitenden Faktoren einer Therapie andererseits für die Beschreibung von Therapieverläufen genutzt werden können. Die Leitlinie „Demenzen“ (DGPPN & DGN 2009) verdeutlicht die Notwendigkeit einer ergänzenden nicht-medikamentösen Behandlung von Patienten mit Demenz und erkennt die Schwierigkeiten der Evaluation an:

„Psychosoziale Interventionen sind zentraler und notwendiger Bestandteil der Betreuung von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen. Ansätze und Ziele dieser Verfahren sind wesentlich breiter als die pharmakologischer Therapien. Gleichzeitig ist aus methodischen Gründen die Qualität der Studien zu den einzelnen Verfahren oft deutlich geringer als bei pharmakologischen Prüfungen. Ursächlich hierfür sind methodische Schwierigkeiten (z. B. Verblindung) und auch eine geringere systematische Finanzierung von Studien, wie sie durch die Industrie auf Seiten der pharmakologischen Behandlung geleistet wird. Insbesondere in jüngerer Zeit sind allerdings hochwertige Einzelstudien zu psychosozialen Interventionen bei Demenz durchgeführt worden. [...] **Die Uneindeutigkeit der Wirkungsbeurteilung ist allerdings nicht auf eine generell begrenzte Wirkung der Verfahren zurückzuführen, sondern ist aktuell in der Qualität der Studienlage begründet**“ (DGPPN & DGN 2009, 70) (Hervorhebung durch die Autorin).

Auch wenn die Studienlage zurzeit nicht eindeutig ist, so schließt die Leitlinie die Sprachtherapie doch als Zielmaßnahme ein: „Ziel ist es, den mit der Behandlung und Betreuung von Demenzkranken befassten Personen eine systematisch entwickelte Hilfe zur Entscheidungsfindung in Diagnostik, Therapie, Betreuung und Beratung zu bieten. Dazu gehören Ärzte, Psychologen, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Musik-, Kunst- und Tanztherapeuten, Logopäden, Pflegekräfte und Sozialarbeiter. Der Schwerpunkt der Leitlinie liegt im medizinischen Bereich. Sie stellt keine vollständige Leitlinie aller Bereiche der Betreuung von Demenzkranken dar“ (DGPPN & DGN 2009, 1).

Unabhängig von der Studienlage zieht Romero (2005) unter Einbezug einer medikamentösen Behandlung für die nichtmedikamentöse Behandlung die Schlussfolgerung, dass „gerade, weil die medikamentöse Behandlung bei Demenz die Situation der Betroffenen zwar verbessert, jedoch nicht normalisiert, sind nichtmedikamentöse Mittel notwendig, um den Kranken und den Betreuer auf die jeweilige, sich fortschreitend verändernde Situation vorzubereiten“ (Romero 2005, 291f).

Für die Sprachtherapie bedeutet das, sich über diagnostische Notwendigkeiten auszutauschen, die die Basis für Evaluationsstudien auf Einzelfallebene oder mit kleinen Stichproben bieten, aber auch neue Wege zu gehen, die das experimentelle Paradigma der Evaluation überwinden.

„Die Frage der Indikation und der Wirksamkeit misst sich dabei an dem Maß der Aufrechterhaltung oder Erhöhung von Teilhabe“ fordert Steiner (2010, 77) in Anlehnung an die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (WHO 2001).

Neben der Frage der Evaluation, stellt sich auch die Frage, welche Therapieformen eingesetzt werden können. Romero (2009) schreibt „eine herkömmliche Sprachtherapie ist nur in Ausnahmefällen (z. B. bei relativ isolierten Sprachstörungen) indiziert.“ (422) Was ist eine „herkömmliche Sprachtherapie“ und welche Ausnahmefälle sind gemeint? Die Differenzierung zwischen verschiedenen Demenztypen wie sie in Abschnitt 2 dargestellt wurde, könnte hier einen ersten Anhaltspunkt liefern. So unterscheiden sich die Demenztypen in der Art und Ausprägung der sprachlichen und kognitiven Beeinträchtigungen (z. B. Frontotemporale Demenz in Form einer Semantischen Demenz vs. Demenz des Alzheimer-Typs), aus der sich auch Konsequenzen für das (sprach)therapeutische Setting ableiten lassen.

Welche Konzepte bieten sich an, um die demenzbedingten Sprachstörungen zu behandeln? Romero (2009) schlägt vor, dass „Sprachtherapeuten [...] einen Beitrag zur Verbesserung der Kommunikationstechniken bei Demenzkranken leisten [können]“ (422), merkt allerdings an, dass entsprechende Verfahren sich noch in der Entwicklung befinden.

Welche Ziele sollten diese Verfahren verfolgen? „Hauptziele nichtmedikamentöser Therapie bei Kranken mit Demenz“ sind

- „Erhaltung optimaler kognitiver Kompetenz
- Erhaltung optimaler alltagspraktischer Kompetenz
- Erhaltung optimaler sozialer Kompetenz
- Psychisches Wohlbefinden
- Vermeidung oder Reduktion neuropsychiatrischer Symptome
- Physisches Wohlbefinden“ (Romero 2005, 291),

wobei sich die Schwerpunkte der angestrebten Therapieziele u. a. in Abhängigkeit vom Schweregrad verändern (vgl. ebd.). Die Sprachtherapie von Patienten mit einer Demenz kann diese Ziele als Grundlage nutzen, um spezifische sprachtherapeutische Ziele zu formulieren.

Exemplarisch werden im Folgenden einige Konzepte genannt. Zu den Konzepten, die bereits evaluiert wurden, zählt die Gruppentherapie „Breakfast-Club“ (Boczek 1994; Santo Pietro & Boczek 1998) (im Deutschen

¹¹ http://www.patientenleitlinien.de/Demenz/body_demenz.html#DemenzPatLL4.5.1

beschrieben von Ihssen 2002). Hier steht das alltagsnahe dialogische Verhalten der Patienten innerhalb der Gruppe im Vordergrund. „Die Optimierung der Kommunikation mit dem Kranken gehört zweifelsfrei zu den Interventionszielen mit einer großen persönlichen Relevanz für den Kranken und seine Kommunikationspartner“ (Romero 2005). So zeichnen sich z. B. die „Interventionsprogramme von Mahendra und Arkin (2003) durch eine differenzierte neuropsychologische und linguistische Begründung der Programminhalte aus“ (Romero 2005). Dieses Konzept ist sicher an die aktuellen Überlegungen zur sprachtherapeutischen Gruppentherapie (vgl. Masoud 2009) anzupassen.

Direkt übende Verfahren zeigten für den sprachlichen Bereich (z. B. Benennen) keine Generalisierungseffekte, jedoch erhöhte eine Verknüpfung mit dem Alltag (z. B. Erlernen von Namen der Personen, mit denen man im Alltag kommuniziert (Clare et al. 1999)) die persönliche Relevanz für den Patienten (vgl. Romero 2005).

Außerdem evaluiert ist das Kommunikations-TAnDem: Kommunikations-Training für pflegende Angehörige von Demenzpatienten (Haberstroh et al. 2006), für das zurzeit ein Multiplikatorenprogramm entwickelt wird. Das Training wendet sich an Pflegekräfte und pflegende Angehörige. Es zeigen sich Verbesserungen sowohl auf der Seite des Pflegenden (soziale Kompetenz und psychische Beanspruchung) als auch auf der Seite der Patienten (Lebensqualität) (Haberstroh et al. 2009).

Auch im Umgang mit Schluckstörungen bei Demenz kann laut der Leitlinien 2009 „eine logopädische Schulung von Angehörigen und Pflegekräften [...] sinnvoll sein“ (DG-PPN & DGN 2009, 80). Sowohl bei Schluckstörungen also auch bei Sprechstörungen ist abhängig vom Stadium der Demenz eine direkte Behandlung individuell zu prüfen (Romero 2009). Diese Störungen sind nicht Gegenstand dieses Beitrags, siehe u. a. Bur (2010).

Weitere Therapiebausteine (Steiner 2007, 2010) und Konzeptideen (Heidler 2006) sind in den vergangenen Jahren entstanden. Gutzmann und Brauer (2007), Böhme (2008) sowie Steiner (2010) geben einen Überblick über verschiedene Therapiemöglichkeiten innerhalb der Sprachtherapie. Romero (2005) diskutiert generell nichtmedikamentöse Therapien und stellt einzelne Verfahren vor.

Grundsätzlich ist zu diskutieren, welche kognitiven Mindestanforderungen für eine Sprachtherapie notwendig sind. Einbezo-

gen werden sollten in diese Überlegungen Untersuchungen zum Lernen im hohen Erwachsenenalter (für einen Überblick vgl. Behrendt & Titz 2008) sowie die neuropsychologischen Daten zu den verschiedenen Stufen fortschreitender Demenzen. Die Geragogik, die auf der Grundlage aktueller Forschungsergebnisse aus Gerontologie, Neurobiologie und Bildungswissenschaft didaktische Konzeptionen entwickelt und Anregungen bietet (vgl. Bubolz-Lutze et al. 2010), kann hier, neben der Neuro- und Gerontopsychologie, zur Bezugswissenschaft der Sprachtherapie werden.

Es ist festzuhalten, dass auch innerhalb der Therapie ein interdisziplinäres Vorgehen notwendig wäre, jedoch im ambulanten Bereich bisher kaum umsetzbar ist. Im stationären Bereich finden sich hingegen inzwischen Zentren, die Patienten mit Demenz und deren Angehörige interdisziplinär behandeln. Außerdem zeigt sich anhand der Therapiebeispiele, dass viele Verfahren vorrangig für die Zielgruppe der Patienten mit Alzheimer-Demenz entwickelt werden. Die verschiedenen Demenzformen erfordern jedoch eine spezifische therapeutische Vorgehensweise (vgl. Romero 2005). Die Sprachtherapie ist insbesondere bei den Demenzformen gefragt, deren primäre Störung die Sprache betrifft.

5 Schlussfolgerungen

Die Recherchen der AG Demenz zeigen, dass die detaillierte Erforschung sprachlicher Fähigkeiten bei Demenz sich nicht in der Entwicklung, Dokumentation oder Evaluation von Therapien fortsetzt.

Es ist notwendig, die Diagnostik demenzbedingter Sprachstörungen im Handlungsfeld der Sprachtherapie zu verankern und Kooperationen mit Universitäten, Kliniken und/oder neurologischen Praxen anzustreben. Innerhalb dieser Netzwerke aus Neurologen, Geriatern, Neuropsychologen, Geragogen und Therapeuten können dann weitere Therapiekonzepte entwickelt und erprobt werden. Die Patienten mit demenzbedingten Sprachstörungen gehören längst zum Therapiealltag in geriatrischen Kliniken sowie in einigen ambulanten Praxen. Die Sprachtherapie ist gefordert, sich dem Handlungsfeld „Demenzen“ systematisch anzunehmen. Dies bedeutet, dass die Entwicklung von Diagnostik- und Therapiekonzepten, trotz des Zeitdrucks aufgrund ansteigender Patientenzahlen, die wissenschaftlichen Kriterien wie z. B. die Standardisierung von Diagnoseverfahren und die Evaluation von Therapiekonzepten weiter-

hin berücksichtig. Der Beitrag zeigt, dass die Sprachtherapie auf vorhandenes Wissen zurückgreifen kann, um neue und alte Wege in der Diagnostik und Therapie von Patienten mit demenzbedingten Sprachstörungen zu verknüpfen.

Literatur

- American Psychiatric Association (2000): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed., Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Amici, S., Gorno-Tempini, M.L., Ogar, J.M., Dronkers N.F. & Miller, B.L. (2006): An Overview on Primary Progressive Aphasia and its Variants. *Behavioural Neurology*, 17, 77-87.
- Aschenbrenner, S., Tucha, O. & Lange, K.W. (2000): Regensburger Wortflüssigkeitstest. Göttingen: Hogrefe.
- Behrendt, J. & Titz, C. (2008). Lernen im hohen Erwachsenenalter. In W. Schneider & M. Hasselhorn (Hrsg.) *Handbuch der Psychologie, Bd. Pädagogische Psychologie* (S. 126-135). Göttingen: Hogrefe.
- Bickel, H. (2001): Demenzen im höheren Lebensalter: Schätzungen des Vorkommens und der Versorgungskosten. *Zeitschrift Gerontologie und Geriatrie*, 34, 108-115.
- Blair, M., Marczinski, C. A., Davis-Faroque, N. & Kertesz, A. (2007): A Longitudinal Study of Language Decline in Alzheimer's Disease and Frontotemporal Dementia. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 13, 237-245.
- Blanken, G., Döppler, R. & Schlenck, K.-J. (1999): Wortproduktionsprüfung. Hofheim: NAT-Verlag.
- Block, F. & Kastrau, F. (2004): Primär progressive Aphasie. *Der Nervenarzt*, 75, 1167-1171.
- Boczek, F. (1994): The breakfast club: A multi-modal language stimulation program for nursing home residents with Alzheimer's disease. *The American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders and Research*, 9, 35-38.
- Böhme, G. (2003): Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen Band 1: Klinik. 4. Aufl. München: Urban und Fischer Verlag.
- Böhme, G. (2008): Förderung der kommunikativen Fähigkeiten bei Demenz. Bern: Huber.
- Bubolz-Lutz, E., Gösken, E., Kricheldorf, C. & Schramek, R. (2010): Geragogik – Bildung und Lernen im Prozess des Alterns. Das Lehrbuch. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bur, T. (2010): Schluckstörungen bei fortgeschrittener Demenz – Berücksichtigung von Lebensqualität und Patientenwille. In J. Steiner (Hrsg.) (2010): *Sprachtherapie bei Demenz. Aufgabengebiet und ressourcenorientierte Praxis*. München: Reinhardt.
- Clare, L., Wilson, B. A., Breen, K., & Hodges, J. R. (1999): Errorless Learning of Face-name Associations in Early Alzheimer's Disease. *Neurocase*, 5, 37-46.

- Danek, A., Wekerle, G. & Neumann, M. (2009): Pick-Komplex und andere fokale Hirnatrophien. In: Förstl, H. (Hrsg.). *Demenzen in Theorie und Praxis* (123-139). Heidelberg: Springer.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde & Deutsche Gesellschaft für Neurologie in Zusammenarbeit mit der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. – Selbsthilfe Demenz (2009): S3-Leitlinie Demenzen. <http://leitlinien.net/> (Abruf 02.09.2010)
- Dilling, H. & Freyberger, H.J. (2006): Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. 3. Aufl. World Health Organisation und Bern: Hogrefe.
- Eisfeld, I.S. (2004): Semantische Demenz. Klinisches Profil und kognitiv-neuropsychologische Bedeutung. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 72, 383-396.
- Faupel, M. (2002): Über Sinn und Unsinn des AAT in der Demenz-Diagnostik. In: Veit, D. (Hrsg.): „Beschreiben“ und „Erklären“ in der klinischen Linguistik: Günter Kochendörfer zum 60. Geburtstag (73-106). Tübingen: Narr.
- Glindemann, R., Klintwort, D., Ziegler, W., Goldenberg, G. (2002): *Bogenhausener Semantik-Untersuchung*. München: Urban und Fischer.
- Gutzmann, H. & Brauer, T. (2007): *Sprache und Demenz*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Haberl, R.L. & Schreiber, A.K. (2009): Morbus Binswanger und andere vaskuläre Demenzen. In: Förstl, H. (Hrsg.). *Demenzen in Theorie und Praxis* (65-84). Heidelberg: Springer.
- Haberstroh, J., Neumeyer, K., Schmitz, B. & Pantel, J. (2009): Evaluation eines Kommunikationstrainings für Altenpfleger in der stationären Betreuung demenzkranker Menschen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 42, 2, 108-116.
- Haberstroh, J., Neumeyer, K., Schmitz, B., Perels, F. & Pantel, J. (2006). *Kommunikations-TAnDem: Entwicklung, Durchführung und Evaluation eines Kommunikations-Trainings für pflegende Angehörige von Demenzpatienten*. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39, 5, 358-364.
- Hartje, W. & Poeck, K. (2002): *Klinische Neuropsychologie*. 5. Aufl. Stuttgart: Thieme.
- Heidler, M.-D. (2006): *Kognitive Dysphasien. Differenzialdiagnostik aphasischer und nichtaphasischer zentraler Sprachstörungen sowie therapeutische Konsequenzen*. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Heiss, C., Kalbe, E. & Kessler, J. (2001): Quantitative und qualitative Analysen von verbalen Flüssigkeitsaufgaben bei Parkinsonpatienten. *Zeitschrift für Neuropsychologie*, 12, 3, 188-199.
- Hénon H., Durieu, I., Guerouaou, D., Lebert, F., Pasquier, F. & Leys, D. (2001): Poststroke Dementia Incidence and Relationship to Prestroke Cognitive Deficit. *Neurology* 57, 1216-1222.
- Henry, M., Merten, T. & Wallesch, T.-M. (2008): Semantische Demenz. Ein kasuistischer Beitrag zur Differenzialdiagnostik der degenerativen Demenzen. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 76, 453-464.
- Huber, W., Poeck, K., Weniger, D. & Willmes, K. (1983): *Der Aachener Aphasie Test*. Göttingen: Hogrefe.
- Ihssen, W. B. (2002): Der Frühstücksclub. Ein Beispiel logopädischer Intervention bei Menschen mit Alzheimer-Demenz. *Logos interdisziplinär* 10, 210-214.
- Kalbe, E., Reinhold, N., Ender, U. & Kessler, J. (2002): *Aphasie Check Liste (ACL)*. Köln: Prolog.
- Kleissendorf, B., Jaecks, P. & Stenneken, P. (2009): Quantitative und qualitative Aspekte semantischer Wortflüssigkeit bei Menschen im höheren und hohen Lebensalter mit und ohne Verdacht auf leichte kognitive Beeinträchtigungen. In: Wahl, M. (Hrsg.): *Ein Kopf – Zwei Sprachen* (171-175). Tagungsband zum 2. Herbsttreffen Patholinguistik.
- Knels, C. & Danek, A. (2010): Loss of word-meaning with spared object semantics in a case of mixed primary progressive aphasia. *Brain and Language*, 113, 2, 96-100.
- Knibb, J.A. & Hodges, J.R. (2005): Semantic Dementia and Primary Progressive Aphasia: A Problem of Categorization? *Alzheimers Disease Association Disorders*, 19, 1, 7-14.
- Krämer, G. (1996): *Alzheimer von A-Z*. Stuttgart: Thieme.
- Lang, C., Bozikake-Leisch, E., Spambalg, M., Bartelsen, P. & Treig, T. (1991): Psychometrische Sprachstudien bei Alzheimer-Demenz mit dem Aachener Aphasietest. *Der Nervenarzt*, 62, 621-628.
- Luzzatti, C. (1999): *Language Disorders in Dementia*. In: Denes, G. & Pizzamiglio, L. (Hrsg.): *Handbook of Clinical and Experimental Neuropsychology* (809-846). Hove: Psychology Press.
- Mahendra, N. & Arkin, S. (2003): Effects of four years of exercise, language and social interventions on Alzheimer discourse. *Journal of Communication Disorders*, 36, 395-422.
- Martin, A. & Fedio, P. (1983): *Word Production and Comprehension in Alzheimer's Disease: The Breakdown of Semantic Knowledge*. *Brain and Language*, 19, 124-141.
- Masoud, V. (2009): *Gruppentherapie bei neurologischen Sprachstörungen*. Stuttgart: Thieme.
- Mesulam, M.M. (2001): Primary progressive aphasia. *Annual Neurology*, 49, 4, 425-32.
- Neary, D., Snowden, J.S., Gustafson, L., Passant, U., Stuss, D., Black, S., Freedman, M., Kertesz, A., Robert, P.H., Albert, M., Boone, K., Miller, B.L., Cummings, J. & Denson, D.F. (1998): Frontotemporal lobar degeneration: a consensus of clinical diagnostic criteria. *Neurology*, 51, 6, 1546-1554.
- Patientenleitlinien(2005): http://www.patientenleitlinien.de/Demenz/body_demenz.html#DemenzPatLL4.5.1 (Abruf 02.09.2010)
- Poeck, K. & Hacke, W. (2001): *Neurologie*. 11. Aufl. Heidelberg: Springer.
- Psyhyrembel (Klinisches Wörterbuch) (2001). 259. Aufl. Berlin: Walter de Gruyter.
- Richter, K., Wittler, M. & Hielscher-Fastabend, M. (2006): *BIAS – Bielefelder Aphasie Screening*. Hofheim: NAT.
- Romero, B., Haupt, M., & Kurz, A. (1994): Spontansprachstörungen im frühen Stadium der Alzheimer Krankheit: Gibt es Unterformen oder ein einheitliches Erscheinungsbild? *Zeitschrift für Neuropsychologie*, 5, 55-68.
- Romero, B. (2005): Nichtmedikamentöse Behandlung bei Demenzkranken. In: Wallesch, C.-W. & Förstl, H. (Hrsg.). *Demenzen*. (291-302). Stuttgart: Thieme.
- Romero, B. (2009): Rehabilitationsprogramme und psychoedukative Ansätze für Demenzkranke und betreuende Angehörige. In: Förstl, H. (Hrsg.). *Demenzen in Theorie und Praxis* (411-430). 2. Aufl. Heidelberg: Springer.
- Santo Pietro, M.J. & Boczeko, F. (1998): The Breakfast Club: Results of a study examining the effectiveness of a multi-modality group communication treatment. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 13, 3, 146-158.
- Schultze-Jena, A. & Becker, R. (2005): Anhaltspunkte für eine Demenz in der Aphasiediagnostik – Ergebnisse einer Pilotstudie. *Forum Logopädie*, 5, 19, 14-20.
- Statistisches Bundesamt (2009): http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pk/2009/Bevoelkerung/pressebroschuere__bevoelkerungsentwicklung2009.property=file.pdf (Abruf 07.09.2010).
- Steiner, J. (2007): *Sprachabbau bei beginnender Demenz – Entscheidungshilfen und Therapiebausteine*. *Logos Interdisziplinär*, 15, 3, 37-45.
- Steiner, J. (2008): *Z-PASA, Zürcher-Protokollbogen Anamnese: Sprachabbau im Alter*, http://www.hfh.ch/webautor-data/79/Z-PASA-07-10_neu_Version-2_richter_2.pdf (Abruf am 02.09.2010).
- Steiner, J. (2010): *Sprachtherapie bei Demenz. Aufgabengebiet und ressourcenorientierte Praxis*. München: Reinhardt.
- Taler, V. & Phillips, N. A. (2008): Language performance in Alzheimer's disease and mild cognitive impairment: A comparative review. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 30, 5, 501-556.
- World Health Organization (2001): *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. <http://www.who.int/classifications/icf/en/> (Abruf 27.11.2010).
- World Health Organization (2007): *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision*. <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/> (Abruf 07.09.2010).

Korrespondenzadresse

Barbara Geist
Klinische Linguistin (M. Sc.)
FB 10: Neuere Philologien – Lehrstuhl Deutsch als Zweitsprache
Goethe-Universität Frankfurt am Main
Hauspostfach 177
60629 Frankfurt am Main
kleissendorf@em.uni-frankfurt.de

Barbara Geist, geb. Kleissendorf, ist Klinische Linguistin und arbeitet seit 2008 am Lehrstuhl Deutsch als Zweitsprache der Goethe-Universität Frankfurt. Ihre Schwerpunkte in Forschung und Weiterbildung sind neben der Sprachstandserhebung und Sprachförderung zweisprachiger Kinder, die Diagnostik demenzbedingter Sprachstörungen.

Demenzen – welchen Platz haben sie im Handlungsfeld der Sprachtherapie?

Fragen an die Diskussionsteilnehmer

von Ernst G. de Langen

Sprachtherapie bei Menschen mit einer Demenzerkrankung ist ein bislang noch nicht fest etabliertes Handlungsfeld. Der Beitrag von Barbara Geist greift ein hochaktuelles Thema auf, weil Sprachtherapeut/inn/en sich einerseits zunehmend mit dem Wunsch nach einer Therapie bei solchen Patienten konfrontiert sehen, während sie andererseits weder mit spezifischen diagnostischen Verfahren noch mit für diese Zielgruppe entsprechend entwickelten Therapieverfahren ausgestattet sind. In der stationären geriatrischen Rehabilitation werden uns diese Patienten regelmäßig anvertraut, während eine Demenz vielerorts noch als eine Kontraindikation für eine neurologische Reha-Maßnahme angesehen wird. Die Prävalenzrate ist noch bedrohlicher als Barbara Geist sie darstellt. So wird – laut dem neulich erschienenen „Pflegerreport 2010“ der Ersatzkasse Barmer GEK – die Anzahl der an Demenz erkrankten Menschen von derzeit 1,2 Millionen in 2030 auf 1,8 und 2060 auf 2,5 Millionen ansteigen. Dennoch müssen einige grundsätzliche Fragen, die auch das Selbstverständnis der Sprachtherapie betreffen, gestellt werden. Dieses Diskussionsforum soll einen Beitrag zur Positionierung zu diesem Thema leisten.

Bislang wurde Sprachtherapie immer als ein Handeln mit dem Ziel zu heilen verstanden, was ja auch im Titel dieser Zeitschrift zum Ausdruck kommt. Wollen wir jetzt neben dieser Sprachheiltherapie noch eine weitere Sprachtherapie, eine palliative Sprachtherapie etablieren? Sind wir die geeignete Berufsgruppe, palliative Leistungen zu erbringen und ist die direkte Konfrontation mit dem Sprachproblem – wozu Sprachtherapie ja immer führt – ohne eine Heilungschance ethisch vertretbar? Natürlich gibt es die palliative Sprachtherapie bereits – Beispiel ALS. Aber dort sind die Ziele und Maßnahmen so konkret und deren Sinnhaftigkeit so nachvollziehbar, daß sie sich nicht ohne weiteres auf andere Störungsbilder bzw. Handlungsfelder übertragen lassen. Und schon gar nicht auf das Thema Demenz, bei der die Therapiekonzepte bislang noch sehr nebulös sind.

Die nächste Frage, die wir uns stellen

müssen, ist, ob wir hier über Sprachtherapie bei jeglicher Art von Demenz reden oder über Sprachtherapie bei bestimmten Formen der Demenz, wie diese in dem vorangegangenen Beitrag ausführlich dargestellt wurden. Diese Differenzierung ist erforderlich, weil unterschiedliche Demenzerkrankungen auch unterschiedliche Ausgangsbedingungen für eine etwaige Sprachtherapie implizieren. Bei Patienten mit einer Demenz des Alzheimerstyps etablieren sich sprachliche Probleme oft erst dann manifest, wenn das kognitive Leistungsprofil bereits so weit abgesunken ist, dass die signifikante Wirksamkeit einer – wenn auch palliativen – Sprachtherapie sehr fraglich ist. Eine diesbezügliche Diskussion ist vor allem auch wegen der sehr unterschiedlichen Prävalenz wichtig. Sollte man z. B. zu dem Ergebnis kommen, dass Patienten mit einer Demenz des Alzheimerstyps eher die schlechteren Kandidaten für eine sinnvolle Sprachtherapie sind, dann bleiben im wesentlichen nur noch die Patienten mit einer fronto-temporalen Demenz (Prävalenz 3,4 pro 100.000), von denen wiederum nur die Patienten mit einer semantischen Demenz bzw. einer primär-progressiven Aphasie die eigentlichen Kandidaten wären. Handelt es sich dann noch um eine relevante Inzidenzrate, die eine breite Diskussion erforderlich macht? Denn die aus Romero (2005) zitierten „Hauptziele nichtmedikamentöser Therapie“ sind dermaßen sprachspezifisch, dass die Frage, ob dies dann noch ein Handlungsfeld für die Sprachtherapie darstellt, sich obligatorisch anschließen müsste. Vorstellbar wäre ja, dass Sprachtherapeut/inn/en als Trainer und Supervisoren für die Berufsgruppen fungieren, die ohnehin bereits in die Versorgung von Demenzpatienten (mit und ohne Sprachstörungen) miteingebunden sind.

Man könnte die Diskussion auch aus der ökonomischen Perspektive führen. Patienten mit einer von Sprachstörungen begleiteten Demenz haben sicherlich eine eher schlechte Prognose hinsichtlich der Erwartung eines funktional relevanten Therapieerfolges. In den Reha-Kliniken versuchen Sprachtherapeut/inn/en mittlerweile auf-

grund der immer knapper werdenden Ressourcen, für Patienten mit einer eindeutig schlechten Prognose andere Behandlungs- und Beschäftigungsformen zu finden, damit für die Patienten mit einer guten Prognose eine Therapiefrequenz ermöglicht wird, die im Rahmen der nachgewiesenen Wirksamkeitsspanne liegt. Dem entgegengesetzt sind womöglich die Interessen der niedergelassenen Therapeut/inn/en, denen die Erweiterung ihrer Handlungsfelder durch die demographische Entwicklung eine nachhaltige Existenzsicherung garantieren könnte. Damit ist dann aber genau das Handlungsfeld DAT-Patienten gemeint, denn die Häufigkeit der Patienten mit einer präsenilen Demenzform wird aufgrund des fixen Erkrankungsalters eher ab- als zunehmen. Diese auch gesellschaftspolitisch relevante Diskussion muss man spätestens dann führen, wenn klar wird, dass die für das Heilmittel Sprachtherapie zur Verfügung stehenden Mittel nicht beliebig wachsen werden, sondern in Relation begrenzt bleiben. Spätestens dann wird die Frage, wo wir Sprachtherapie am sinnvollsten anwenden, auch zu einer ethischen Frage. Und kann man immer nur Gutmensch sein?

Korrespondenzadresse

Priv.-Doz. Dr. Ernst G. de Langen
Reha-Zentrum Passauer Wolf
Bgm.-Hartl-Platz 1
94086 Bad Griesbach

Priv.-Doz. Dr. Ernst G. de Langen ist Klinischer Linguist und seit über 20 Jahren als Leiter einer sprachtherapeutischen Abteilung in der neurologischen Rehabilitation tätig, z. Zt. im Reha-Zentrum Passauer Wolf in Bad Griesbach. Weiter arbeitet er in der Stroke Unit im Klinikum Passau und lehrt Neurolinguistik an den Universitäten Potsdam, München und Salzburg.

Sprachtherapie bei Demenzen – Zwischen „Machbarem“ und „ethisch Vertretbarem“

Ein Kommentar aus der Sicht der Geragogik

von Renate Schramek

Der Artikel von B. Geist liefert eine umfassende Basis für den Einstieg in eine gesellschaftlich aktuelle Diskussion: Fragestellungen zum Thema Demenzen haben vor dem Hintergrund des demografischen Wandels gesellschaftlich gesehen an Bedeutung gewonnen. In dieser Diskussion möchte ich einen geragogischen Ansatz vertreten und die Geragogik als Bezugswissenschaft für die Sprachtherapie heranziehen. Meine Sicht ist die einer Sprachtherapeutin und Geragogin.

Die Geragogik zielt auf die Gestaltung von Lernprozessen im Alter. Es geht darum, durch Lernen das eigene Altern zu gestalten sowie Lern- und Bildungsprozesse gezielt zu ermöglichen, zu initiieren und zu begleiten. Das Herausragende der Geragogik als Wissenschaftsdisziplin ist, dass sie die Orientierung an der Würde der Person und die Selbstbestimmung als klare Wertvorstellungen nennt. „Damit unterliegen z. B. all diejenigen Forschungen der Kritik, die sich nur am »Machbaren«, nicht aber an dem »ethisch Vertretbaren« orientieren“ (Bubolz-Lutz/Gösken/Kricheldorf/Schramek, 2010, S. 60). So beziehen geragogische Prozesse die zugrunde liegenden Menschenbilder in die Entwicklung von Konzepten wie auch in Evaluations- und Effektivitätsstudien immer mit ein. Ethisch und gesellschaftspolitisch bedeutsame Impulse werden so in den Diskurs eingebracht. Für die vorliegenden Fragestellungen um das Thema Sprachtherapie bei Demenz ist dies von Belang.

Die Frage der Ethik beantwortet die Geragogik wie folgt: Jeder Mensch ist Teil der Gesellschaft, es ist nicht richtig, Wertmaßstäbe lediglich an bestimmten Gruppen (jungen Menschen, produktiv tätigen Menschen, aktiven Alten, Menschen, die wieder produktiv tätig werden können etc.) zu orientieren. Werden bestimmte Gruppen, wie an Demenz Erkrankte, aus der Gesellschaft aus- oder weggeschlossen, dann drückt dies eine deutliche Geringschätzung gegenüber Menschen aus, die sich nicht selbst behaupten können. So wird in der Geragogik z. B. ein kritischer Diskurs über das einseitig an einer Leistungskultur ausgerichtete Leitbild eines ausschließlich „aktiven Alters“ geführt. Es wird betont, dass auch einem

passiv ausgerichteten Lebensstil im Alter Wertschätzung entgegen gebracht werden muss (Bubolz-Lutz/Gösken/Kricheldorf/Schramek, 2010, S. 64).

Im Rahmen einer Diskussion um das Handlungsfeld Sprachtherapie bei Demenz sehe ich folgende relevante Aspekte:

1. Es muss bewusst werden, dass Interventionen, die an Prävalenzraten geknüpft werden, letztlich Fragen zur Gestaltung der Gesellschaft berühren. Sicher ist die Frage nach der Prävalenzrate aus ökonomischer Sicht von Belang – sie ist jedoch nicht stärker zu gewichten als die ethische Sicht. D. h. eine geringe Prävalenz einzelner demenzieller Formen und somit eine geringe Inzidenzrate darf aus geragogischer Sicht kein Grund für das Ausbleiben einer breiten Diskussion in der Sprachtherapie sein.
2. Die ethisch-normative Grundlegung der Geragogik verweist darauf, dass es notwendig ist, für die Lebensphase Alter neue Wertmaßstäbe zu finden. Für die Sprachtherapie bedeutet das, dass bei der Messung von Effektivität im Alter, erst recht aber bei hirnorganischen Erkrankungen im Alter, neue Kriterien benannt werden müssen. Die zentrale Frage ist: Worin besteht die Wirksamkeit einer Sprachtherapie bei Demenz? Ein Kriterium wird dabei der *individuelle* Erfolg einer Sprachtherapie sein. Im Zusammenhang mit hirnorganischen Erkrankungen ist m. E. die Hinwendung des Blickes auf die *Gegenwart* erforderlich. Der Fokus muss gerichtet sein auf Besserung im Moment. Effektivität ist dann gegeben, wenn in einem konkreten (Pflege)Setting Kommunikation und Verständigung durch Sprachtherapie möglich sind oder bleiben. Primär geht es dabei vor allem auch um Lebensqualität, die wesentlich von der Kommunikationsfähigkeit abhängt.
3. Diese Perspektive verdeutlicht: Bei der Behandlung einer Demenz geht es nicht nur um den Patienten – das Umfeld, genau gesagt die engste Pflegeperson/ Bezugsperson, ist ebenso zu beachten. Kommunikation und Beziehung sind

eng miteinander verknüpft: ohne zufrieden stellende Verständigung ist die Beziehungsqualität gefährdet (vgl. Bubolz-Lutz, 2006, S. 158ff). Sprachtherapie bei Demenz ist daher auch Arbeit in der Beziehung. Die Beziehung eines Demenzkranken zur engsten Bezugsperson/Pflegeperson ist aber individuell gesehen sowie auch gesellschaftlich (familiäre Pflege kostet weniger als ein Pflegeheim) von Relevanz, denn familiäre Pflege funktioniert nur so lange, wie Verständigung und Kommunikation zwischen dem Demenzpatienten und seiner Bezugsperson/Pflegeperson möglich sind. Ohne Verständigung mit der Bezugsperson sind weder Beziehung noch Beziehungsqualität möglich, und in dem Fall ist eine Pflege in der Familie nicht länger aushaltbar. Eine Sprachtherapie, die auf Verständigungs- und Kommunikationsmöglichkeit abzielt, ist m. E. damit eine existentielle Frage und Aufgabe.

4. Schließlich sind Überlegungen interessant, die sich auf den Ansatz „Sprachtherapeuten als Trainer für andere Berufsgruppen“ richten. Damit könnten neben der direkten sprachtherapeutischen Arbeit die Verständigung und Kommunikation im institutionellen Bereich gefördert werden. Auch professionelle Pflegekräfte sind darauf angewiesen, einen Weg zu einer gelingenden Kommunikation mit dem Patienten gezeigt zu bekommen. Hier gilt es Ansätze zu erproben.

M. E. müssen auch die Sprachtherapeuten ihren Beitrag leisten, wenn sich angesichts einer rapide steigenden Anzahl von Demenzerkrankungen eine neue Pflegekultur in unserer Gesellschaft entwickeln soll: Es ist Zeit, Kriterien zu formulieren, verschiedene Konzepte zu entwickeln, zu erproben und zu evaluieren.

Schließlich möchte ich die Frage von E. G. de Langen, ob die Sprachtherapeuten die geeignete Berufsgruppe sind, aufgreifen und mit einem „Ja“ beantworten. Da es bei einer palliativen Sprachtherapie m. E. nicht einfach um Begleitung geht, sondern die Verbesserung kommunikativer Fähigkeiten

und die Verständigung im Vordergrund stehen, stellen Sprachtherapeuten sicher eine geeignete Berufsgruppe dar. Allerdings sind dahingehende Qualifizierungen notwendig. Hierbei ist es wichtig, dass Kenntnisse in den Bereichen Gerontologie und Geragogik einbezogen werden, weil die meisten demenzerkrankten Personen alte Menschen sind.

Ich möchte die in dieser Diskussion für mich zentralen Aspekte abschließend herausstellen: 1. sind die grundlegenden Ziele der Sprachtherapie mit Demenzerkrankten zu klären. 2. müssen Evaluationen sprachtherapeutischer Konzepte und Interventionen mit geeigneten Forschungsmethoden

vorangetrieben werden, wobei geeignete Forschungsmethoden zunächst zu entwickeln sind. 3. sind interdisziplinäre Netzwerke der an der Versorgung Demenzerkrankter beteiligten Berufsgruppen zu knüpfen bzw. zu forcieren.

Literatur

Bubolz-Lutz, E., Gösken, E. & Kricheldorf, C., Schramek, R. (2010): Geragogik. Bildung und Lernen im Prozess des Alterns. Das Lehrbuch. Stuttgart: Kohlhammer.

Bubolz-Lutz, E. (2006): Pflege in der Familie – Perspektiven. Freiburg, Lambertus-Verlag.

Korrespondenzadresse

Dr. Renate Schramek
Voßkuhlstr. 6a
44797 Bochum
E-Mail: Schramek@fogera.de

Dr. Renate Schramek, akademische Sprachtherapeutin, arbeitete mehrere Jahre in der Geriatrie in Dortmund, leitete eine Praxis für Sprachtherapie in Bonn, ist Gründungsmitglied des Arbeitskreises Geragogik. Sie ist heute stellvertretende Direktorin des Forschungsinstituts Geragogik in Witten sowie Lehrbeauftragte verschiedener Universitäten.

Sprachtherapie bei Demenzen: Neuroprotektion durch Pharmako- und Verhaltenstherapie auch im Alter – Sprachtherapie muss spezifisch sein

Ein Diskussionsbeitrag aus neurologischer Sicht

von Christoph J. G. Lang

Demenzen sind nach dem diagnostischen und statistischen Handbuch psychischer Störungen in der 4. Version (DSM-IV) definiert als amnestische Syndrome mit mindestens einem weiteren von vier Bestimmungsstücken, von denen eines kognitive Störungen umfasst, die auch eine Sprachstörung implizieren. Diese aber lässt sich in neurolinguistischen oder aphasiologischen Termini beschreiben. Sprachstörungen sind demnach ein häufiges Element dementieller Erkrankungen, zumal des höheren Lebensalters. Warum also sollten sie von einer Therapie ausgenommen bleiben?

Die S3-Leitlinien „Demenzen“ der DGPPN und DGN führen als Therapiekonzepte kognitive Verfahren (3.9.1) oder Ergotherapie (3.9.2) auf und erwähnen ausdrücklich auch die Rehabilitation bei Demenz (3.9.9). Wenngleich es hier heißt, es gebe Evidenz für geringe Effekte von kognitivem Training oder kognitiver Stimulation auf entsprechende Leistungen bei Patienten mit leichter bis moderater Demenz, so werden doch in Einzelfällen Effektstärken unter Berufung auf Metaanalysen genannt, die durchaus denjenigen medikamentöser Therapien nahekommen.

Es macht aber sicherlich einen erheblichen Unterschied, ob versucht wird, bei einer Alzheimer-Demenz eine kommunikative Verbesserung durch eher unspezifische Interventionen zu versuchen oder bei einem Patienten mit vaskulärer Demenz, der durch ein erneutes Ereignis eine zusätzliche Sprachstörung erlitten hat, eine gezielte syndromadäquate Sprachtherapie nach etablierten Kriterien zu initiieren. Auch eine primär progrediente Aphasie vom non-fluent-Typ oder eine semantische Störung bei einer frontotemporalen Demenz lassen sich spezifischer und konzeptuell besser angehen als wenn man versucht, Sprachstörungen „an sich“ im Rahmen einer Demenz zu behandeln.

Demenzen haben unterschiedliche Ursachen und zeigen unterschiedliche Verläufe. Will man also nicht der Versuchung erliegen, Demenzen als solche (auch das wurde schon gemacht) zu behandeln oder sprachliche Fähigkeiten neu zu lehren, so muss jedem Ansatz eine möglichst exakte Differentialdiagnose unter Ausschöpfung der gegenwärtigen Standards vorausgehen. Es ist eine therapeutische Binsenweisheit, dass Zuwendung und Aktivierung allein einen Effekt haben können; was wir aber an-

streben sollten, sind spezifische Verfahren bei definierten Krankheitsbildern zu entwickeln. Auf diesem Gebiet besteht jedoch noch viel Unsicherheit, Unwissen und Forschungsbedarf.

Es ist richtig, dass hierzulande Demenzen im Zunehmen begriffen sind, absolut wie relativ. Deshalb wird man nicht umhinkönnen, sich auch den unterschiedlichen Erscheinungsformen intensiv zu widmen. Dabei kann man sich bereits existierender Erkenntnisse und Forschungsergebnisse bedienen. Wenn beispielsweise gesichert ist, dass zentral wirksame Cholinesterasehemmer einen messbaren positiven Effekt auf Gedächtnis, Kognition und Verhalten ausüben, warum dann nicht in dieser Phase eine begleitende nichtmedikamentöse Therapie, wo doch etwa bei infarktbedingten Aphasien gezeigt werden konnte, dass eine pharmakologische Intervention besonders günstige Ausgangsbedingungen für eine Sprachtherapie schafft?

Natürlich wissen wir alle, dass der häufigste Demenztyp im Alter, die Alzheimer-Demenz, fortschreitet und irgendwann ein Stadium erreicht, in dem eine strukturierte Sprachtherapie nach linguistischem Konzept nicht mehr sinnvoll erscheint. Aber wir

wissen auch, dass Sprachstörungen bei der Alzheimer-Demenz häufig sind und einem weitgehend stadienspezifischen Muster folgen, für das die Sprachtherapie theoretisch und empirisch fundierte Konzepte bereithält. Was fehlt, sind umfassendere Studien, die deren Wirksamkeit bei dieser besonderen Klientel belegen. Die aber muss ein Fach, das sich als evidenzbasiert versteht und auf von der Allgemeinheit finanzierte Ressourcen zurückgreifen möchte, fordern.

Patienten gäbe es genug und wird es in Zukunft immer mehr geben. Die forschenden Pharmaunternehmen sind intensiv dabei, neue Medikamente zu entwickeln, um vor allem der Alzheimer-Demenz zu begegnen und ihren Verlauf zu mitigieren. Zu wenig ist darüber bekannt, ob verhaltensorientierte Verfahren hierzu einen wesentlichen Beitrag leisten können. Gibt es dazu die nötige Anzahl an Therapeuten? Gibt es ausreichend finanzielle Mittel, um entsprechende Forschung zu fördern und das zweifelhafte Desiderat einer zumindest adjuvanten, im weitesten Sinne psychosozialen, Intervention auf tragfähigere Füße zu stellen, als dies bisher der Fall war? Das sind Fragen von gesamtgesellschaftlicher Reichweite, die an Politiker, zumal Gesundheitspolitiker, gerichtet werden müssen.

Ansätze dazu gibt es. Henry, Beeson und Rapsack haben in den USA eine Be-

handlung für Wortfindungsstörungen bei semantischer Demenz untersucht, die einem Großteil der Demenzkranken zugute kommen könnte. Die Therapie funktioniert sogar angesichts der obligaten Gedächtnisstörungen und es gibt Hinweise darauf, dass sie verlaufsmodifizierend wirken könnte. Ähnliche Erfahrungen machten Jokel, Rochon und Leonard in Kanada, wenngleich nur an einem Einzelpatienten. Neuroprotektion durch Sprachtherapie! Wenn das nicht gut klingt. Utopisch jedenfalls scheint es nicht zu sein. Allerdings darf die Erkrankung nicht zu weit fortgeschritten sein. Das Konzept der kognitiven Reserve vertritt sogar die Position, dass eine vor Beginn einer dementiellen Erkrankung einsetzende Nutzung und Stimulation sonst brachliegender mentaler Fähigkeiten den Beginn eines kognitiven Abbaus hinauszögern und sein Fortschreiten verlangsamen kann, so gezeigt am Beispiel zweisprachiger Patienten, ebenfalls in Kanada [1].

Wenn es aber zutrifft, dass Sprache, Sprachtraining und Spracherwerb im Laufe eines Lebens protektive Wirkung im Alter entfalten, dann eröffnen sich ganz neue Perspektiven sowohl für den Sprachunter-

richt an Schulen als auch Sprachtherapie in der Praxis. Es liegt an uns, ob wir nun primär pharmako- oder im weitesten Sinn verhaltenstherapeutisch orientiert sind, die Entscheidungsträger, Geldgeber und Forschungseinrichtungen dahingehend zu beeinflussen, dass der zunehmenden Langlebigkeit unserer Gesellschaft und der damit einhergehenden wachsenden Morbidität ein Gegengewicht in Gestalt fundierter wissenschaftlicher Studien gegeben wird, das es ermöglicht, rational und empirisch begründete Strategien zu entwickeln, die geeignet sind, Wissen und Mittel zur Verfügung zu stellen, um der „language disorder of the demented“ soviel Kommunikationsfähigkeit wie möglich abzugewinnen – auch und nicht zuletzt im Interesse der Angehörigen.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Christoph Lang
Universitätsklinikum Erlangen
christoph.lang@uk-erlangen.de

Christoph Lang ist Oberarzt der neurologischen Klinik am Universitätsklinikum Erlangen. Seine Tätigkeitsschwerpunkte sind Neurologie und Neuropsychologie, speziell Aphasologie und Demenz.

Sprachtherapie bei Demenzen: Zwischen demenzassoziiierter Sprachstörung und Aphasie – das Problem der sicheren Diagnose und Therapieindikation

Ein Kommentar aus linguistischer Perspektive

von Carmen Koch

Der Artikel von Barbara Geist verdeutlicht sehr gut, dass annähernd alle Punkte, die für die Entscheidungsfindung bezüglich der Sprachtherapie bei Demenzerkrankungen zu berücksichtigen sind, bislang nicht eindeutig geklärt werden konnten. Da nicht zuletzt Daten aus Therapiestudien fehlen, sind insbesondere die Fragen nach der grundsätzlichen Therapieindikation und nach dem Inhalt einer geeigneten Therapie schwierig zu beantworten.

Ein grundlegendes Problem besteht allerdings bereits bei der **Diagnosestellung**.

Diese erfolgt oft sehr spät, weshalb alle therapeutischen Möglichkeiten per se limitiert sind. Ich erinnere mich an eine Patientin mit primär progredienter Aphasie, die einige Jahre erfolglos verschiedene Ärzte aufsuchte. Erst nach einem längeren Klinikaufenthalt konnte im interdisziplinären Team die Diagnose gestellt werden. Daher sollte die erste wichtige Aufgabe der Sprachtherapeuten darin bestehen – und in diesem Punkt stimme ich Barbara Geist uneingeschränkt zu – einen Beitrag zur Diagnosestellung zu leisten. Als grundlegendes Instrument sehe

ich hier die systematische Gesprächsanalyse, mit der alle linguistischen Ebenen beschrieben und bewertet werden können (vgl. z. B. Moriz 2001). Im Gespräch manifestieren sich selbst leichte Defizite, die durch andere Untersuchungsverfahren oftmals nicht objektivierbar sind. Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Anamnese des Patienten oder naher Bezugspersonen. Dieser kommt, insbesondere bei den sprachbezogenen Demenzen und bei der Alzheimerdemenz, eine entscheidende Rolle zu, da bei diesen Demenzformen Verwechslungsgefahr mit

Aphasien nach vaskulären Läsionen besteht. Bei der oben genannten Patientin lag die Lösung letztendlich in der Anamnese, die sie durchaus noch in der Lage war, selbst zu geben!

Auch wenn bislang keine standardisierten Diagnoseverfahren existieren, verfügen wir neben der Gesprächsanalyse über weitere Methoden, die z. B. bei dem Problem der Abgrenzung von Aphasien und demenzassoziierten Sprachstörungen nützlich sind. Da Alzheimerpatienten besonders mit Aufgaben, die einen hohen Anspruch an semantische Prozesse stellen, Schwierigkeiten haben, während die Semantik den Wortabruf der Aphasiker fördert, erzielen die beiden Patientengruppen z. B. im Wortflüssigkeitstest unterschiedliche Ergebnisse. Durch die Kenntnis der verschiedenen Störungsmechanismen sind wir in der Lage Anhaltspunkte, die entweder auf eine demenzassoziierte Sprachstörung oder auf eine Aphasie hinweisen, zu finden. Ich möchte in Frage stellen, ob es zukünftig tatsächlich gelingen wird, einen standardisierten Test zu generieren, der die Differenzialdiagnostik zwischen *allen* Formen demenzieller Sprachstörungen zuverlässig leisten kann, da die verschiedenen Patienten in einigen Untertests wahrscheinlich ähnliche Ergebnisse erzielen werden.

Die Indikation zur eigentlichen **Sprachtherapie** muss meiner Ansicht nach in Abhängigkeit vom Demenzschweregrad sorgfältig abgewogen werden. Haben wir das Glück und ein Patient kommt in einem sehr frühen Erkrankungsstadium zu uns, ist eine sprachtherapeutische Behandlung meist indiziert. Bei diesen Patienten sind oft der Leidensdruck und die Neigung zu Depressionen sehr hoch. Eine früh einsetzende Sprachtherapie kann helfen, eine längere

Teilhabe am sozialen Leben zu ermöglichen und dazu beitragen, die rasch einsetzende „Abwärtsspirale“ aufzuhalten. Nicht selten wird die Depression durch die Sprachstörung verstärkt, da sich die Patienten aufgrund ihrer eingeschränkten Kommunikationsfähigkeit zunehmend isolieren. Dieser soziale Rückzug führt wiederum dazu, dass sich die Sprachstörungen weiter verschlechtern. Denn auch für die Sprachfähigkeiten gilt sicherlich: *use it, or lose it*.

Ist der Sprachzerfall bereits weiter fortgeschritten und sind die kognitiven Ressourcen auch nicht mehr ausreichend, um Therapieinhalte umzusetzen, muss die Sinnhaftigkeit einer Therapie besonders kritisch diskutiert werden. Bei fortgeschrittenen Demenzen kommt eher der Angehörigenarbeit ein wichtiger Stellenwert zu, besonders dann, wenn die Demenz zu einer Dysphagie führt. Da Schluckstörungen (glücklicherweise) meist erst im fortgeschrittenen Demenzstadium auftreten, ist eine funktionelle Dysphagietherapie nicht durchführbar. Die Aufgabe der Sprachtherapeuten besteht dann eher in der Vermittlung von adaptiven Verfahren an die (pflegenden) Angehörigen.

Ist die Indikation für eine sprachtherapeutische Behandlung gegeben, stellt sich die Frage nach der Therapiefrequenz. Eine Intensivtherapie ist unter lernpsychologischen Gesichtspunkten eine gute Möglichkeit – das belegen zahlreiche Studien für Aphasiker. Fraglich ist, inwieweit diese Evidenzen auch auf Demenzpatienten anwendbar sind. Problematisch könnte zudem sein, dass besonders eine Intensivtherapie ungerechtfertigte Hoffnungen auf Genesung schüren kann. Um Demenzpatienten jedoch überhaupt eine Intensivtherapie zu ermöglichen, brauchen wir dringend Daten, die den

Nutzen einer solchen Behandlung bei demenzbedingten Sprachstörungen belegen. Andernfalls bleibt deren Genehmigung auch weiterhin eine Einzelfallentscheidung, die in den meisten Fällen (vielleicht zu Recht) abgelehnt werden wird.

Abschließend sei noch der ökonomische Aspekt erwähnt, da dieser bei allen Überlegungen ohne Zweifel Berücksichtigung finden muss. Da sowohl die personellen als auch die monetären Ressourcen begrenzt sind, muss die Indikation zu einer langfristig angelegten Therapie im Einzelfall sorgfältig abgewogen werden. Grundlegende Therapievoraussetzungen, wie Krankheitseinsicht, Leidensdruck oder Therapiemotivation müssen in jedem Fall gegeben sein.

Literatur

Moritz, M. (2001): Beschreiben und Bewerten von neurogenen Kommunikationsstörungen. Aphasie und verwandte Gebiete, 3, 39 – 52.

Korrespondenzadresse

Carmen Koch
Klinische Linguistin (BKL)
KLINIKUM BAD HERSFELD GmbH
Seilerweg 29
36251 Bad Hersfeld
Carmen.Koch@klinikum-hef.de

Nach mehrjähriger Tätigkeit in neurogeriatrischer Rehabilitation mit Alzheimertherapiezentrum arbeitet Carmen Koch seit 2007 auf der Akutneurologie/Stroke Unit im Klinikum Bad Hersfeld. Ihr Schwerpunkt in Forschung und Weiterbildung sind:

- Abgrenzung von Aphasien und demenzassoziierten Sprachstörungen
- Klinische und apparative Diagnostik von Dysphagien

Sprachtherapie bei (beginnender) Demenz: Wir sind gefragt und zuständig

Aus dem Blickwinkel von Sprachheilpädagogik und Sprachtherapie

von Jürgen Steiner

Der Titel von Barbara Geist „Demenz – ein Handlungsfeld der Sprachtherapie“ ist eine Aussage. Stimmt diese Aussage überhaupt? Von mir gibt es ein dreifaches „ja“:

- Das Thema ist *relevant*: Menschen, die von einer Demenz betroffen oder mitbetroffen sind, haben Sprach- und Kommunikati-

onsprobleme, die einen wesentlichen Teil der Symptomatik ausmachen und die Aktivität und Teilhabe, das Zusammenleben im Alltag, erschweren.

- Wir haben einen *Auftrag*: Sprachtherapie/Logopädie ist zuständig für die Aufrechterhaltung einer sprachlichen Aktivi-

tät (vor allem Lesen und Schreiben) und zur Gestaltung und Erprobung von Anpassungen / Strategien einer Kommunikation unter erschwerten Bedingungen.

- Konkrete Angebote sind gut vorbereitet: Wenn Primär- und/oder Sekundär Betroffene leiden und etwas ändern möchten,

machen wir ein *Behandlungs- und Beratungsangebot* im Fokus Sprachlichkeit, das sich auf Kognition und Orientiertheit auswirkt.

Das ist drei Mal „ja“. Allerdings gibt es auch ein „vorerst nein“ und zwar zur *Legitimierung*: Das Interventionsangebot muss eben nicht nur gewünscht und plausibel sein, sondern einer Analyse von Kosten – Nutzen – Alternativen standhalten. Im Sinne der Wirksamkeit ist Sprachtherapie also (noch) nicht legitimiert.

Um der Gliederung des Artikels von Barbara Geist zu folgen, nehme ich kurz Stellung zu Symptomatik, Diagnostik und Therapie. Als letzte Anmerkungen greife ich Gedanken von Ernst de Langen auf.

Erstens: Symptomatik. Eine Klassifikation ist grundsätzlich sinnvoll, wenn distinkte Klassen bildbar sind und diese zu unterschiedlichen Konsequenzen für die Behandlung führen. Dies ist keineswegs selbstverständlich. Kapitel 2 im Beitrag von Barbara Geist zeigt eindrücklich, dass es eine grosse individuelle Varianz gibt und dass der Gesamtkontext sehr komplex ist. Das Ergebnis kann aber doch nicht, wie hier im Beitrag vorgelegt, eine additive, kontextabhängige, *sprachstrukturell zentrierte Eventualliste* sprachlicher Erscheinungsformen sein. Diese hilft weder der Ärztin noch dem Therapeuten. Wenn es für die enge Fachlichkeit (Sprachtherapie) keine klaren Trennlinien gibt, sollte man eine künstlich konstruierte Trennung nicht weiter fortführen. Aus praktischer Sicht ist es wesentlich sinnvoller, die ärztliche Diagnose (als medizinische Trennlinie) zu übernehmen und die sprachlich-kommunikativen Defizite und Ressourcen unter den Aspekten von Struktur (Speicherung sprachlicher Einheiten und deren Verknüpfungen) und Pragmatik (Konventionen und *Spielräume in Gesprächen*) qualitativ zu beschreiben.

Zweitens: Diagnostik. Richtig ist, dass Diagnostik (und Therapie) bei Demenz in einem interprofessionellen Bezug zu planen ist. Grundsätzlich ist eine Diagnostik der Sprachlichkeit im Zuge von ICF und dem Konstrukt der *Salutogenese* nicht akzeptabel, wenn sie auf Wortfindung, Benennen und Sprachverständnis beschränkt bleibt. Alltag, Aktivität und Partnerdiade sind zwingende Targets des diagnostischen Prozesses. Bestehende Leitlinien sind daraufhin anzupassen und nicht als gesetzmässige Gegebenheit zu akzeptieren. Der Hinweis auf den AAT ist aus meiner Sicht als Rückschritt zu werten. Nach über 25 Jahren kann der AAT seinen Platz in der Aphasiediagnostik (auch durch das Bereitstellen von Supplementen)

behaupten; die Diagnostik der kognitiven Dysphasie ist hier weder intendiert noch ist der AAT hierfür verwendbar.

Drittens: Therapie. Jede Therapie setzt den *Wunsch nach Wandel* voraus und die erst einmal unterstellte *Motivierbarkeit* und *Orientierbarkeit*. Dies ist der Schlüssel zur Indikation. Der Schlüssel ist sicher nicht ein kognitiver Schwellenwert oder die Gesamtprognose einer bestimmten Demenzform. Zum kognitiven Schwellenwert wären eventuell einmal Sprachtherapeutinnen zu befragen, die mit Menschen / Familien arbeiten, bei der eine geistige Behinderung dauerhaft begleitet. Das *Auslesen* „prognostisch günstiger Fälle“ unter dem Druck der Kosten ist ethisch mindestens brisant. Wir teilen dann Demenz in zwei Klassen ein: Die „Abgeschriebenen“, die man maximal „beschäftigt“ – und die „Hoffnungsvollen“, die Sprachtherapie „verdienen“. Entsprechend könnte dann die Pflege beraten werden. Was eine Rolle spielt, ist das Demenzstadium. Unter Beachtung der im ersten Satz dieses Abschnitts genannten Prämissen liegen eine Reihe guter Vorschläge vor (Gruppentherapie, KODOP, Dialogcoaching, Angehörigenberatung). Diese warten auf *Implementierung, klinische Erprobung und Modifizierung*. Und zwar als konzertierte Aktion. Wichtig wird sein, wie „wirksam“ im Kontext einer chronisch-progredienten Erkrankung zu definieren ist. Wirksam im Kontext von übereinanderliegenden Netzwerken von Einflussgrössen heisst in einem heilpädagogischen Verständnis ökologisch wirksam – eine mögliche Methode ist der kumulierte Einzelfall. Die Merkmale palliativ und nebulös sind nicht zutreffend, wenn wir das System der Linearität verlassen.

Übrigens: Wir sind keine Herde von Gutmenschen; wir betreiben vielmehr eine Profession, die primär Lösungen für relevante Probleme generiert und sich sekundär vor Pekunia verbeugt. Im diesem Sinne sagt der Beitrag von Barbara Geist vor allem eines: Bitte weitermachen – aber dann eher ressourcen-, ICF- und kontextorientiert.

Und zum Schluss: „Die Sprachheilarbeit“ kann auch weiterhin ihren Namen beibehalten, denn „heil“ kommt von „Ganzheit“ – und eben darum geht es übergeordnet bei der Demenztherapie: Ganzheit trotz Einschränkungen, Ganzheit als Sicherung von Biografie und Kohärenz. Die Sprachtherapeutin / Logopädin ist Expertin für Ressourcen im Bereich der Sprachlichkeit und Expertin für gelingende Gespräche trotz Widrigkeiten – ihre Handlungen sind therapieren *und* beraten.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. habil. Jürgen Steiner
Leiter Studiengang Logopädie
Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik
Schaffhauserstr. 239
Postfach 5850
CH-8050 Zürich
juergen.steiner@hfh.ch

Seit 2005 leitet Jürgen Steiner den Studiengang Logopädie an der Interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik, HfH, in Zürich mit den Arbeitsschwerpunkten Prävention, Diagnostik, Aphasie, Sprachabbau bei beginnender Demenz. Supervisor in der Rehabilitations-Klinik Nordrach, Herausgeber von praktischen therapeutischen Materialien, Berater für Verlage. Ausbildung in Gesprächstherapie, EPL-Kommunikationstraining und Validation. Seit 2010 Mitglied der Projektgruppe Demenz und Logopädie des DBL.

Wuppertal Elberfeld

Repräsentative Praxisräume in absoluter Top-Lauflage der Innenstadt

Gepflegtes Arzt- und Geschäftshaus, 4. Obergeschoss mit Aufzug, Gesamtfläche ca. 150 m².

Beziehbar ab sofort.

Gerne geben wir Ihnen weitere Auskunft unter Tel. 0202 - 702959

Sprachtherapie bei Demenzen – Auf das „Ja“ zur Handlung muss mehr Forschung folgen

Abschlussstatement

von Ernst G. de Langen & Barbara Geist

Die Frage, ob die Demenzen ein Handlungsfeld der Sprachtherapie sind, wird in allen Diskussionsbeiträgen bejaht, aus unterschiedlichen Perspektiven und mit verschiedenen Argumenten. Beklagt wird in den meisten Stellungnahmen das erhebliche Forschungsdefizit in diesem Handlungsfeld, weshalb die therapeutische Wirksamkeit nicht gesichert zu sein scheint. Die Autorinnen und Autoren setzen in ihren Beiträgen verschiedene Schwerpunkte.

Aus der Sicht der Geragogik (Schramek) ist die Sprachtherapie bei Demenzerkrankten eine Selbstverständlichkeit, die sich aus ihrer ethisch-normativen Grundlegung ableitet. Gefordert wird allerdings eine entsprechende Qualifikation. Das ist plausibel, denn so wie von Sprachtherapeuten eine pädagogische Qualifikation gefordert wird, so erscheint eine geragogische Qualifikation im Handlungsfeld Demenz ebenso unabdingbar.

„Neuroprotektion durch Sprachtherapie“, so lautet die Forderung aus medizinischer Sicht (Lang). Das Konzept der kognitiven Reserve als präventive Maßnahme um den Beginn des kognitiven Abbaus hinauszuzögern impliziert allerdings auch, dass vor einer Sprachtherapie alte Menschen zunächst genügend Kommunikationspartner und -gelegenheiten brauchen, damit diese kognitive Reserve auf natürlicher Weise gestärkt wird.

Die Aussage „use it, or lose it“ (Koch) greift diesen Gedanken auf. Die gesellschaftliche Aufgabe ist es, alten Menschen ausreichend Kommunikation zu ermögli-

chen, denn erst dann greift die Sprachtherapie! Die lernpsychologisch begründete Forderung, dass eine Therapie auch intensiv sein soll, damit sie wirksam ist, scheint folgerichtig. Ob wir das leisten können, ist eine andere Frage. Hier braucht die Sprachtherapie möglicherweise den ‚verlängerten Arm‘, nämlich die von ihr trainierten Co-Therapeuten.

Der vollmundigen Bejahung des Auftrags (Steiner) für die Sprachtherapie folgt ein ‚aber‘, weil die Wirksamkeitsfrage noch ungeklärt ist. Im Titel ist die nächste Einschränkung enthalten: Therapieren wir nur die Menschen mit beginnender Demenz? Die Sinnhaftigkeit des frühen Beginns einer Therapie scheint unumstritten, ungelöst bleibt aber die Frage: Wann hört sie sinnvollerweise auf? Wechselt der Schwerpunkt irgendwann weg von der Therapie am Patienten hin zur Beratung der Angehörigen und Pflegenden?

Es bleiben noch viele Fragen offen, z. B. die Frage, ab wann bei Demenzerkrankten eine Indikation für Sprachtherapie gegeben ist. Reicht die (Fremd)Anamnese und ggf. eine sensitive Prüfung der semantischen Leistungsfähigkeit oder benötigen wir ein spezielles standardisiertes und normiertes Diagnostikverfahren? Sollte dieses Diagnostikverfahren sprachliche Leistungen isoliert und/oder ausschließlich sprachliche Fähigkeiten in der Kommunikation erfassen? Welche Methode/n eignet/n sich, um den Therapieerfolg einer sprachtherapeutischen Intervention bei einem Patienten mit einer progredienten Erkrankung (hier einer De-

menzform) zu beweisen? Bilden Angehörigenbefragungen die Veränderungen in der Alltagskommunikation sensitiv ab? Offen bleibt auch die Frage, mit welchem Netzwerk wir uns in dieses Handlungsfeld begeben. Vor allem wenn es darum geht zu prüfen, ob die lernpsychologischen Voraussetzungen für eine Sprachtherapie gegeben sind, sind wir auf die Unterstützung der Neuropsychologie angewiesen. Neben diesen Fragen zu den Voraussetzungen einer Therapie gilt es, sich einer Reihe von Fragen zur Therapie selbst zu stellen. Wann ist eine sprachstrukturelle, wann eine kommunikationsorientierte Therapie indiziert? Wann sollte mit dem Patienten selbst, wann vorrangig mit seinem Umfeld gearbeitet werden? Welche Unterschiede ergeben sich durch die von Lang angesprochene Kombination aus pharmakologischer und sprachtherapeutischer Therapie?

Die Aufgaben, die zu erledigen sind, damit die Sprachtherapie sich für dieses Handlungsfeld qualifiziert, sind umfassend. Zu bewältigen sind sie nicht durch spontane Einzelaktivitäten in bester föderalistischer Tradition, sondern nur durch eine konzentrierte Aktion, bei der vorhandene Ressourcen genutzt werden.

Bitte beachten Sie auch den Bericht zum 12. wissenschaftlichen Symposium des dbs in diesem Heft (S. 100)

Neu in der erfolgreichen Buchreihe „Praxis der Sprachtherapie und Sprachheilpädagogik“



Band 5: 2010. 164 S. 18 Abb. 17 Tab.
(978-3-497-02174-1)

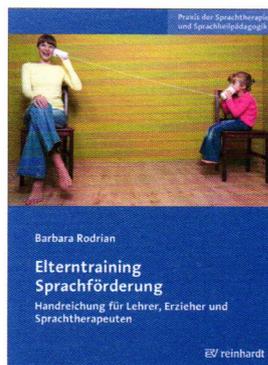


Band 6: 2011. 239 S. 37 Abb. 8 Tab.
(978-3-497-02204-5)

Die Reihe im Überblick:



Band 1:
2009. 125 S. 48 Abb. 6 Tab.
(978-3-497-02093-5)



Band 3:
2009. 147 S. 15 Abb. 24 Tab.
(978-3-497-02091-1)



Band 2:
2009. 212 S. 58 Abb. 32 Tab.
(978-3-497-02092-8)



Band 4:
2010. 151 S. 55 Abb. 11 Tab.
(978-3-497-02122-2)

Leseproben, Inhaltsverzeichnisse, Autoreninformationen,
Bestellmöglichkeiten u.v.m. finden Sie unter
www.reinhardt-verlag.de

reinhardt



Schulentscheidungsprozesse und Schulzufriedenheit in Familien mit einem sprachauffälligen Kind

Ein empirischer Beitrag zur Inklusionsdebatte am Beispiel von Förderschulen mit dem Förderschwerpunkt Sprache in NRW¹

School selection and school satisfaction with-in families with a language impaired child

An empirically based contribution to the inclusion debate exemplifying special need schools with the focus on language in North Rhine-Westphalia

Ute Ritterfeld, Technische Universität Dortmund

Timo Lüke, Technische Universität Dortmund

Anna-Lena Dürkoop, Technische Universität Dortmund

Katja Subellok, Technische Universität Dortmund

Zusammenfassung

Hintergrund

Die Einleitung des Verfahrens zur Feststellung eines sonderpädagogischen Förderbedarfs (AO-SF-Verfahren) forciert bei den betroffenen Eltern eine (erneute) intensive Auseinandersetzung mit der schulischen Zukunft ihres Kindes. Gleichzeitig wird auf politischer Ebene im Zuge der Diskussion um die bildungspolitische Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention zunehmend das Wahlrecht der Eltern thematisiert. Bislang fehlt in der Diskussion um die optimalen Bedingungen schulischer Förderung sprachauffälliger Kinder jedoch die wissenschaftliche Evidenz.

Ziele

Die Studie soll ein erster Schritt sein, diese Wissenslücke zu schließen. So wurden das AO-SF-Verfahren und die aktuelle Beschulungssituation Gegenstand einer Elternbefragung. Dabei wurde untersucht, wie zufrieden Eltern mit der Förderschule ihres Kindes sowie rückblickend mit dem AO-SF-Verfahren sind und welche wesentlichen Einflussfaktoren auf die Zufriedenheit identifiziert werden können. Weiterhin wurde erfasst, wie die Eltern die Zukunftschancen ihrer Kinder einschätzen und von welchen Faktoren diese Einschätzung beeinflusst wird.

Methode

Mit Hilfe eines ad hoc Fragebogens wurden der Entscheidungsfindungsprozess von Eltern sprachauffälliger Kinder sowie die Zufriedenheit mit der Förderschule erfasst. Insgesamt haben sich

Abstract

Background

Selecting the appropriate school for language impaired children (AO-SF policy) puts significant demands on parents. In theory, parents and schools are working together with the public education system (School Supervisory Board). The recent Convention on the Rights of Persons with Disabilities strengthens the role of parents in the decision making process. However, up to now scientific evidence to substantiate the selection of the best school is still missing.

Aims

The study is a first step to close the gap. A survey was conducted to investigate the AO-SF policy and the current school situation from the perspective of parents. Special emphasis is given to school satisfaction and its determinants. Moreover, parents are asked to predict their children's future and about possible factors of influence.

Methods

An ad hoc questionnaire was developed to collect data on the decision making process and school evaluation in parents with a language impaired child. 408 parents participated from 22 special elementary schools in North Rhine-Westphalia.

Results

Overall, the satisfaction by parents regarding the AO-SF policy as well as their children's school is very high. Most of them felt in-

¹ Diese vom Autorenteam initiierte und vollständig verantwortete Studie wurde mit finanzieller Unterstützung des dgs-Landesverbandes Westfalen-Lippe durchgeführt.

408 Eltern sprachauffälliger Kinder im Grundschulalter aus 22 Förderschulen mit dem Förderschwerpunkt Sprache in NRW an der Studie beteiligt.

Ergebnisse

Die Zufriedenheit der Eltern sowohl mit dem Verlauf des AO-SF-Verfahrens als auch mit der Schule ihres Kindes insgesamt ist sehr hoch. Die meisten Eltern fühlten sich maßgeblich an der Entscheidung über die Schulform beteiligt und sind dementsprechend mit der Entscheidung der Schulaufsichtsbehörde einverstanden. Eltern, die jedoch ihren eigenen Einfluss auf die Entscheidung eher gering einschätzen, sind mit dem Verlauf des AO-SF-Verfahrens sowie mit der Schule ihres Kindes deutlich unzufriedener. Darüber hinaus konnten relevante Faktoren identifiziert werden, anhand derer sich die Zufriedenheit der Eltern sowie ihre Prognosen für die Zukunft ihres Kindes vorhersagen lassen.

Schlussfolgerungen

Die hohe Zufriedenheit von Eltern mit den Förderschulen mit dem Förderschwerpunkt Sprache in NRW wirkt sich positiv auf das psycho-soziale Gesamtgefüge aus, in dem die Kinder gefördert werden. Gleichwohl ist weitere empirische Forschung dringend notwendig, um diejenigen Elemente der schulischen Förderung identifizieren zu können, die einen maßgeblichen sprachlichen Förderbeitrag leisten.

Schlüsselwörter

Eltern, Förderschule, Elternzufriedenheit, Elternbefragung, Sonderbeschulung, AO-SF, Sprachauffälligkeit, Sprachstörung

cluded in the decision making process and agree with the decision of the School Supervisory Board. However, parents who report low influence in the process are significantly less satisfied with the AO-SF policy and their children's school. Furthermore, analyses identify relevant factors that influence the parents' satisfaction and their prognosis of the child's future.

Conclusions

High satisfaction ratings in parents with language impaired elementary school children enrolled in special need education positively impacts the complex psycho-social interplay of aiding the children. However, additional research is urgently called for to identify the effective components of intervention within the educational system.

Keywords

Parents, Special educational needs, School satisfaction, Survey, AO-SF, Language impairment

Dieser Beitrag hat das peer-review-Verfahren durchlaufen.

1 Einführung

Mit Inkrafttreten der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung (Behindertenrechtskonvention, UN-BRK) und ihres Fakultativprotokolls im März 2009 hat sich Deutschland zur Verwirklichung des Leitbildes der Inklusion verpflichtet. Die Ratifizierung der UN-BRK erfordert einen Perspektivenwechsel, der Menschen mit Behinderungen eine Teilhabe an allen gesellschaftlichen sowie politischen Prozessen ermöglicht. Das Leben in einer inklusiven Gesellschaft umfasst die Chancengleichheit in der Gemeinschaft ohne Benachteiligung von Menschen mit Behinderungen.

Mit der Anerkennung der UN-BRK muss es konsequenterweise auch bildungspolitische Direktive sein, in Deutschland ein flächendeckend inklusives Schulsystem aufzubauen und zu gewährleisten. Ein inklusiver Anspruch verlangt die Strukturen des Schulsystems an das einzelne Kind anzupassen, statt das einzelne Kind an die jeweilige Schule anzupassen. Bildung (gemäß Artikel 24 Absatz 2a) involviert, dass „Menschen

mit Behinderungen nicht aufgrund von Behinderung vom allgemeinen Bildungssystem ausgeschlossen werden und dass Kinder mit Behinderungen nicht aufgrund von Behinderung vom unentgeltlichen und obligatorischen Grundschulunterricht (in der allgemeinen Schule) oder vom Besuch weiterführender Schulen ausgeschlossen werden“.

Ein Recht auf inklusive Bildung eröffnet allen Kindern einen Zugang zur allgemeinen Schule, wodurch gleiche Bildungschancen und -gerechtigkeit für alle ermöglicht werden sollen. Durch individuell angepasste Unterstützung innerhalb eines qualitativ hochwertigen Unterrichts kann der Bildungserfolg von Kindern mit und ohne Behinderung sichergestellt werden (Artikel 24 Absatz 2). Eine inklusive Schule respektiert die Heterogenität ihrer Schülerinnen und Schüler, indem die Individualität jedes einzelnen Kindes als Bereicherung und Vielfalt der Schulgemeinschaft gesehen wird.

Das derzeitige deutsche Bildungssystem ist zwar in seinen Grundzügen einheitlich aufgebaut, die Kulturhoheit der

Bundesländer führt aber zu teilweise großen Unterschieden in der Ausgestaltung der jeweiligen Schulsysteme. Das Schulsystem Nordrhein-Westfalens (NRW) weist im Ländervergleich eine relativ komplexe Struktur auf. Insbesondere im Bereich der sonderpädagogischen Förderung und Prävention gibt es neben den etablierten Förderschulen verschiedene Entwicklungen und Modellversuche in Richtung inklusiver Beschulung. Hierzu zählen beispielsweise die Förderung an allgemeinen Schulen im *Gemeinsamen Unterricht*, in *Integrativen Lerngruppen* oder neuerdings im Rahmen so genannter Kompetenzzentren. Diese Modelle sind zwar nicht als inklusiv im Sinne der UN-BRK zu bezeichnen, aber es sind Modelle schulischer Integration, die im Folgenden als Zwischenschritte auf dem Weg zu einem inklusiven Schulsystem verstanden werden.

Bei dieser Angebotsvielfalt bleibt die Frage offen, welche Bildungsmaßnahme für die betroffenen Kinder und ihre Familien tatsächlich die optimale ist. Zwar avanciert die UN-BRK mit der Zielperspektive eines in-

klusiven Schulsystems in Deutschland zum hochbrisanten bildungspolitischen Thema, doch fehlt es bislang an wissenschaftlicher Evidenz dafür, wie sich ein solches System sinnvoll gestalten lässt und unter welchen Bedingungen optimale Förderung möglich ist. Damit bleibt die Entscheidung über den angemessenen schulischen Förderort für jedes Kind auch zukünftig noch eine erhebliche bildungspolitische wie auch pädagogische Herausforderung für alle Beteiligten – nicht zuletzt für die Eltern selbst.

Eltern wird im Zuge dieser Entscheidungsprozesse in den letzten Jahren – zumindest formal – ein zunehmendes Mitspracherecht gewährt. Inwiefern die Eltern im Entscheidungsprozess tatsächlich partizipieren und welchen Stellenwert ihre Meinung hat, ist in erster Linie von der Einstellung der beteiligten Institutionen abhängig. Die Praxis der vergangenen Jahre legt den Verdacht nahe, dass viele Eltern Verunsicherung erleben, welche Schulform die beste für ihr Kind sei. Insbesondere sind diejenigen Eltern gefordert, die bereits zum Schuleintritt ihres Kindes vor diese Entscheidung gestellt werden. Hierzu zählen auch die ca. zehn Prozent von Eltern eines Jahrgangs, deren Kinder zum Zeitpunkt ihrer Einschulung einen spezifischen Sprachförderbedarf aufweisen. Es ist deshalb zu fragen, wie die elterliche Partizipation an Schulentscheidungsprozessen tatsächlich erfolgt und welcher Stellenwert der Elternmeinung im Bedingungsgefüge schulischer Förderung zukommt.

Mit der vorliegenden Studie „Schulentscheidungsprozesse und Schulzufriedenheit in Familien mit einem sprachauffälligem Kind“ (SEZ) wird ein Teilaspekt dieser komplexen Fragestellung empirisch beleuchtet. Zielsetzungen lagen darin, die derzeitige elterliche Zufriedenheit mit der gewählten Schulform und retrospektiv mit dem Begutachtungs- und Entscheidungsprozess hinsichtlich des Förderortes ihres Kindes zu ermitteln sowie zu erfassen, welche Faktoren ihre Zufriedenheit beeinflussen. Außerdem sollte untersucht werden, wie die Eltern die Zukunftschancen des Kindes einschätzen und welche Einflussfaktoren sich diesbezüglich identifizieren lassen.

In einem ersten Schritt der Studie wurden alle Förderschulen mit dem Förderschwerpunkt Sprache im Primarbereich in Nordrhein-Westfalen zur Teilnahme an einer Elternbefragung eingeladen. Adressaten des zweiten Schrittes waren die nordrhein-westfälischen Grundschulen, die im Schuljahr 2010/11 von mindestens einem Kind mit sprachlichem Förderbedarf im Gemeinsamen Unterricht besucht wurden. Gegen-

stand der folgenden Ausführungen ist der erste Teil von SEZ.

2 Aktuelle Rahmenbedingungen

In NRW existiert neben den allgemeinen Schulen ein System von Förderschulen, das sich maßgeblich auf den Primar- und Sekundarbereich I beschränkt. Im Schuljahr 2010/11 besuchen circa 108.000 Schülerinnen und Schüler diese Schulen (Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen 2010a).

Sobald ein sonderpädagogischer Förderbedarf festgestellt wird, muss über den vorwiegenden Förderschwerpunkt und den geeigneten Ort der Förderung entschieden werden. Die sonderpädagogische Förderung kann in der Förderschule oder in der allgemeinen Schule im Rahmen des Gemeinsamen Unterrichts (GU) erfolgen. In NRW gibt es im Schuljahr 2010/11 im Primarbereich 62 Förderschulen mit dem Förderschwerpunkt Sprache (9 Schulen in der Sekundarstufe I) bei insgesamt 727 Förderschulen (Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen 2010a). Insbesondere die Förderschulen mit dem Förderschwerpunkt Sprache werden als Übergangsschulen verstanden, wodurch sich ihre Überrepräsentation im Primarbereich erklärt. Das heißt, dass nach den Richtlinien der allgemeinen Grundschule unterrichtet wird und die Schüler schnellstmöglich (wieder) ins allgemeine Schulsystem überführt werden sollen. Mit einer zusätzlichen Eingangsklasse stehen fünf Schuljahre für die Bewältigung des Lernstoffs der allgemeinen Grundschule zur Verfügung. Das Lerntempo kann deshalb gedrosselt und Zeit in ergänzende Sprachförderung und -therapie zur Behebung der sprachlichen Probleme investiert werden. Obgleich die Wiedereingliederung in die allgemeine Schule angestrebt wird, ist nicht öffentlich bekannt, in welchem Ausmaß dieser Anspruch realisiert wird.

Die Entscheidung darüber, ob und welchen sonderpädagogischen Förderbedarf ein Kind hat und an welchem Förderort es beschult werden soll, wird durch das Verfahren nach der Ausbildungsordnung sonderpädagogische Förderung AO-SF (Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen 2010b) ermittelt. Laut AO-SF kann ein sonderpädagogischer Förderbedarf unter anderem durch das Vorliegen einer Lern- und Entwicklungsstörung begründet werden, zu denen auch Sprachbehinderungen gehören: Eine „Sprachbehinderung liegt vor, wenn der Gebrauch

der Sprache nachhaltig gestört und mit erheblichem subjektiven Störungsbewusstsein sowie Beeinträchtigungen in der Kommunikation verbunden ist, sodass sie durch schulbegleitende oder zeitlich begrenzte stationäre Maßnahmen nicht behebbar ist.“ (§ 5(2) AO-SF).

Das Verfahren zur Feststellung eines sonderpädagogischen Förderbedarfs kann von den Eltern oder der Allgemeinen Schule eingeleitet werden (§ 11(1) AO-SF). Die Verfahrenseinleitung durch die Schule muss den Eltern unter Angaben von Gründen schriftlich mitgeteilt werden. Das Einverständnis der Eltern zur Einleitung des Verfahrens ist nicht erforderlich, sodass die jeweilige Schulaufsichtsbehörde gegebenenfalls auch gegen den Willen der Eltern den Bericht der beantragenden Schule prüft. Nach Einleitung des Verfahrens beauftragt die Schulaufsichtsbehörde ein Gutachterteam, das aus jeweils einer Lehrkraft der Allgemeinen Schule und der Förderschule besteht. Im Rahmen einer kompetenzorientierten Untersuchung werden die Fähigkeiten und Fertigkeiten des Kindes diagnostiziert und ein pädagogisches Gutachten erstellt. Der Förderbedarf des Kindes wird dokumentiert und ein schulischer Förderort vorgeschlagen. Während des Verfahrens informiert das Gutachterteam die Eltern in einem gemeinsamen Gespräch über die Fähigkeiten und den Förderbedarf ihres Kindes. Dabei werden die elterliche Einsicht sowie ihre Zustimmung zur vorgeschlagenen kindlichen Förderung angestrebt. Wenn die Eltern nicht mit dem Förderbedarf und/oder Förderort einverstanden sind, wird dies im Gutachten erwähnt. Darüber hinaus wird gegebenenfalls ein Antrag der Eltern auf Teilnahme des Kindes am GU in das Gutachten aufgenommen.

Auf der Grundlage des erstellten Gutachtens sowie unter Einbezug der schulärztlichen Untersuchungsergebnisse und gegebenenfalls Befunden weiterer Fachkräfte entscheidet schließlich die Schulaufsichtsbehörde über den Förderbedarf und -ort des Kindes. Diese Entscheidung wird den Eltern schriftlich mitgeteilt. Es findet ein Gespräch zwischen der Schulaufsichtsbehörde und den Eltern zur Erläuterung der pädagogischen Entscheidungsfindung statt. An dieser Schnittstelle des Verfahrens wird den Eltern erneut die Möglichkeit geboten, einen Antrag auf Beschulung im Gemeinsamen Unterricht zu stellen. Der Antrag muss vom jeweiligen Schulträger bewilligt werden. Dabei ist die Entscheidung unter anderem von den finanziellen Ressourcen des jeweiligen Schulträgers abhängig. Nach-

dem möglichst mit Einverständnis der Eltern die zukünftige Förderung ihres Kindes bestimmt wurde, teilt die Schulaufsichtsbehörde dieses der aufnehmenden Schule mit. Neben der endgültigen Entscheidung über den sonderpädagogischen Förderbedarf und den schulischen Förderort besteht die Möglichkeit, dass die Schulaufsichtsbehörde eine probeweise sonderpädagogische Förderung beschließt, die über einen Zeitraum von bis zu sechs Monaten stattfinden kann. Sind die Eltern mit dem entschiedenen Förderschwerpunkt und/oder -ort nicht einverstanden, haben sie das Klagerecht.

Um ein erfolgreiches Lernen bei Kindern mit sonderpädagogischem Förderbedarf zu ermöglichen, sollte die Entscheidung über den Förderschwerpunkt und -ort sowohl die Fähigkeiten des Kindes als auch seine Umfeldbedingungen berücksichtigen. Dabei wird jedes Jahr erneut der Förderbedarf des Kindes überprüft, sodass der Wechsel des Förderortes sowie des Förderschwerpunktes ermöglicht werden. Auch über einen Wechsel entscheidet die Schulaufsichtsbehörde.

Anliegen dieser Studie ist es, dieses komplexe Entscheidungsverfahren für die Förderschule Sprache aus Sicht der Eltern rückblickend zu beleuchten und den Zusammenhang zwischen dem Verlauf des Verfahrens und der Schulzufriedenheit zu untersuchen. Gleichzeitig soll die Untersuchung genutzt werden, um den Einfluss der Schulzufriedenheit auf die Zukunftsprognosen der Eltern zu identifizieren. Die gewonnenen Ergebnisse können damit empirische Evidenz in die Debatte über das Schulsystem und die Rolle der betroffenen Eltern bringen.

3 Methode

Es wurde ein Ad-hoc-Fragebogen für Eltern entwickelt, mit dem Informationen über das jeweilige AO-SF-Verfahren, ihre Schulzufriedenheit und subjektiven Prognosen zur Zukunft ihres Kindes erhoben wurden. Gleichzeitig wurden der familiäre und soziale Hintergrund kontrolliert.

3.1 Instrument

Fragebogen

Folgende sozio-demographische Rahmenbedingungen wurden erhoben:

- Geschlecht, Alter und höchster Bildungsabschluss des befragten Elternteils
- Haushaltseinkommen, Haushaltsgröße und Zahl der im Haushalt lebenden Kinder, Schüler und Förderschüler, Geschlecht und Alter des Kindes

Multiple-Choice-Fragen erfassten eine grobe sprachliche Diagnose des Kindes in einer den Eltern geläufigen Sprachform:

„Mein Kind ...“

- stottert
- spricht kaum oder gar nicht (Mutismus)
- macht viele Fehler beim Sprechen (Sprachentwicklungsverzögerung, Sprachentwicklungsstörung)
- weiß ich nicht“

sowie die Familiensprachen:

- „Welche Sprachen werden mit Ihrem Kind in Ihrem Haushalt gesprochen?“

Außerdem wurde die Schule (einschließlich Ort) des Kindes im Schuljahr 2010/11 erfragt.

Die Informationen über das AO-SF-Verfahren und die bisherige Schulkarriere des Kindes beinhalteten Angaben

- über den größten Einfluss auf die Entscheidung über die Schulform
„Wer hatte den größten Einfluss auf die Entscheidung über die Schulform? – Eltern – Lehrer/innen – Schulaufsichtsbehörde“;
- zu möglichen Schulwechseln
„War Ihr Kind früher auf einer anderen Schule? – Ja – Nein“;
- zur vorherigen Schule
„Auf welcher Schule war Ihr Kind früher? – Allgemeine Grundschule – Allgemeine Grundschule im Gemeinsamen Unterricht – Förderschule mit dem Förderschwerpunkt Lernen – Förderschule mit dem Förderschwerpunkt Sprache – Förderschule mit dem Förderschwerpunkt Geistige Entwicklung – Förderschule mit dem Förderschwerpunkt emotionale und soziale Entwicklung – Andere: ...“
- zur vorschulischen Sprachförderung
„Hat Ihr Kind vor der Einschulung bereits Sprachförderung erhalten? – keine – Sprachtherapie/Logopädie – spezielle Kindergärten / Kindertagesstätten – andere: ...“ (Mehrfachnennungen möglich).

Die Eltern gaben an,

- von wem
„Wer hat den Antrag auf Eröffnung des Verfahrens zur Feststellung des sonderpädagogischen Förderbedarfs (AO-SF) gestellt?“ und
- wann das AO-SF-Verfahren eröffnet wurde
„In welchem Jahr fand das Verfahren statt? – 2005 – 2006 – 2007 – 2008 – 2009 – 2010 – weiß ich nicht“ und
- von wem sie in dessen Verlauf beraten wurden
„Mit wem fanden während des Verfahrens Beratungsgespräche statt? – Allgemeine

Schule – Förderschule – Schulumt – mit niemandem“ (Mehrfachnennungen möglich).

- ob sie mit der Entscheidung über den schulischen Förderort einverstanden waren
„Waren Sie mit der Entscheidung über die Schulform einverstanden? – Ja – Nein“
- was gegebenenfalls die eigene Präferenz gewesen wäre
„Welche Schulform hätten Sie gewählt? – Allgemeine Grundschule – Allgemeine Grundschule im Gemeinsamen Unterricht – Förderschule mit dem Förderschwerpunkt Lernen – Förderschule mit dem Förderschwerpunkt Sprache – Förderschule mit dem Förderschwerpunkt Geistige Entwicklung – Förderschule mit dem Förderschwerpunkt emotionale und soziale Entwicklung – Andere: ...“.

Mit einer Reihe von Einstellungsskalen sollte das AO-SF-Verfahren bewertet werden. Hierzu zählen

- die wahrgenommene eigene Informiertheit über das Verfahren und die Entscheidung,
- das Misstrauen gegenüber den Fachleuten während des Verfahrens,
- der wahrgenommene eigene Einfluss auf das Verfahren und die Entscheidung und
- die affektive Reaktion während des Verfahrens.

Hierbei wurden die Eltern aufgefordert, sich rückblickend an die Zeit zu erinnern, in der das Verfahren stattfand. Danach bewerteten die Eltern die aktuelle Schulsituation:

- aktuell wahrgenommene Stigmatisierung der Familie
- aktuell wahrgenommene Stigmatisierung des Kindes
- aktuelle Zweifel an der schulischen Förderung
- aktuelle Prognose der Bildungschancen des Kindes
- aktuelle Prognose bezüglich der sprachlichen Probleme des Kindes
- aktuelle Sorge um die Zukunft des Kindes insgesamt
- aktuelle Zuversicht bezüglich der Zukunft des Kindes insgesamt

Abschließend wurden die Eltern, deren Kinder im vergangenen Schuljahr bereits eingeschult waren, zur Zufriedenheit mit der Schule Ihres Kindes befragt:

- Schulzufriedenheit der Eltern
- Einschätzung der Schulzufriedenheit des Kindes
- Weiterempfehlung der Schule

Skala	Items	Cronbachs α	M	SD
Wahrgenommene eigene Informiertheit über das Verfahren und die Entscheidung	<ul style="list-style-type: none"> – Ich fühlte mich über die Gründe für die Entscheidung über die Schulform gut informiert. – Ich fühlte mich über den Ablauf des Verfahrens gut informiert. – Ich wurde in dem Verfahren nicht gut informiert. (negativ) 	.748	3.93	0.96
Misstrauen gegenüber den Fachleuten während des Verfahrens	<ul style="list-style-type: none"> – Ich hatte kein Vertrauen in die Fachleute. – Ich hatte volles Vertrauen, in die Fachleute. (negativ) – Ich war misstrauisch. 	.723	2.15	0.95
Wahrgenommener eigener Einfluss auf das Verfahren und die Entscheidung	<ul style="list-style-type: none"> – Ich hatte keinen Einfluss auf die Entscheidung. (negativ) – Ich konnte die Entscheidung wesentlich beeinflussen. – Ich fühlte mich mit meiner Meinung ernst genommen. 	.677	3.71	0.97
Affektive Reaktion während des Verfahrens	<ul style="list-style-type: none"> – Ich fühlte mich überfordert. (negativ) – Ich war besorgt. (negativ) – Ich war gestresst. (negativ) – Ich war zuversichtlich. (negativ) – Ich fühlte mich unsicher. (negativ) 	.717	3.42	0.95

Tabelle 1: Items, interne Konsistenzen, Mittelwerte und Standardabweichungen der Skalen zum AO-SF-Verfahren im Rückblick

Skala	Items	Cronbachs α	M	SD
Aktuell wahrgenommene Stigmatisierung der Familie	<ul style="list-style-type: none"> – Andere Leute sehen auf mich herab, weil mein Kind eine spezielle Fördermaßnahme braucht. – Ich schäme mich dafür, dass mein Kind eine spezielle Fördermaßnahme braucht. – Ich kann gut verstehen, dass Eltern nicht darüber sprechen möchten, dass ihr Kind eine spezielle Fördermaßnahme braucht. 	.566	1.74	0.78
Aktuell wahrgenommene Stigmatisierung des Kindes	<ul style="list-style-type: none"> – Mein Kind hat wenige Freunde, weil es eine spezielle Fördermaßnahme braucht. – Mein Kind wird wegen der speziellen Fördermaßnahme gehänselt. – Mein Kind wird von anderen Kindern gemieden, weil es eine spezielle Fördermaßnahme in Anspruch nimmt. 	.757	1.91	0.93
Aktuelle Zweifel an der schulischen Förderung	<ul style="list-style-type: none"> – Ich befürchte, dass mein Kind an der Schule nicht genug lernt. – Ich habe Angst, dass mein Kind in der Schule überfordert wird. – Ich bin unsicher, ob mein Kind ausreichend gefördert wird. 	.699	1.84	0.94
Aktuelle Prognose der Bildungschancen des Kindes	<ul style="list-style-type: none"> – Ich bin zuversichtlich, dass mein Kind in absehbarer Zeit eine allgemeine Schule besuchen wird. – Ich glaube, dass mein Kind einen guten Schulabschluss machen wird. – Ich befürchte, dass mein Kind Nachteile im Beruf haben wird, weil es auf einer Förderschule war. (negativ) 	.567	3.71	0.86
Aktuelle Prognose bezüglich der sprachlichen Probleme des Kindes	<ul style="list-style-type: none"> – Ich bin zuversichtlich, dass mein Kind bald keine Probleme mit der Sprache mehr haben wird. – Ich bin überzeugt, dass mein Kind seine Sprachprobleme in den Griff bekommen wird. – Ich vermute, dass mein Kind immer Probleme mit der Sprache haben wird. (negativ) 	.680	3.83	0.86
Aktuelle Sorge um die Zukunft des Kindes insgesamt	<ul style="list-style-type: none"> – Ich sorge mich sehr um die Zukunft meines Kindes 		3.22	1.45
Aktuelle Zuversicht bezüglich der Zukunft des Kindes insgesamt	<ul style="list-style-type: none"> – Mein Kind wird schon seinen Weg machen. – Ich bin zuversichtlich, dass mein Kind sein Leben meistern wird. 	.787	4.19	0.86

Tabelle 2: Items, interne Konsistenzen, Mittelwerte und Standardabweichungen der Skalen zur gegenwärtigen Situation

Skala	zugeordnete Items	Cronbachs α	M	SD
Schulzufriedenheit der Eltern	- Die Schule setzt sich sehr für uns ein. - Ich bin mit der Schule sehr zufrieden. - Die Schule tut meinem Kind richtig gut.	.887	4.36	0.85
Einschätzung der Schulzufriedenheit des Kindes	- Mein Kind geht gerne zur Schule. - Mein Kind fühlt sich in der Schule sehr wohl. - Meinem Kind macht Schule Spaß.	.887	4.35	0.80
Weiterempfehlung der Schule	- Wenn ich die Entscheidung noch einmal treffen müsste, würde ich wieder diese Schule wählen. - Ich kann die Schule gut weiterempfehlen. - Ich würde mich wieder für diese Schule entscheiden.	.936	4.48	0.90

Tabelle 3: Items, interne Konsistenzen, Mittelwerte und Standardabweichungen der Zufriedenheitsskalen

Die Tabellen 1–3 geben einen Überblick über die erfassten Einstellungsdimensionen mit den dazugehörigen Items, die internen Konsistenzen (Cronbachs Alpha) sowie deren statistische Kennwerte.

Die Aussagen wurden jeweils anhand einer fünfstufigen Ratingskala bewertet: „trifft überhaupt nicht zu – trifft eher nicht zu – trifft teils/teils zu – trifft eher zu – trifft genau zu“. Die meisten Skalen weisen befriedigende (.680) bis sehr gute (.936) Reliabilitäten auf. Geringere Reliabilitäten finden sich bei der wahrgenommenen Stigmatisierung der Familie (.566) sowie der Bildungsprognose (.567) bei jeweils drei Items pro Skala.

Am Ende des Fragebogens wurde den Eltern die Möglichkeit gegeben, weitere Anmerkungen zu notieren.

Sozialfaktor

Mit vorliegender Studie sollte ein möglichst repräsentativer Querschnitt des ausgewählten Bundeslandes erhoben werden. Da alle Förderschulen mit dem Förderschwerpunkt Sprache in NRW um Mitarbeit gebeten wurden, sollte eine mögliche Verzerrung der Stichprobe durch Selbstselektion anhand des Sozialraumes eingeschätzt werden. Diese Daten sollten gleichzeitig ermöglichen, den Einfluss des Sozialraumes zu kontrollieren.

Für die Rekonstruktion des Sozialraumes wurden zunächst aus dem Regionalatlas der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (Statistisches Bundesamt 2010) für jede Region (Kreis oder kreisfreie Stadt) NRWs die aktuellsten statistischen Daten erfasst: Bevölkerungsdichte, Bevölkerungsveränderung, Schulabgänger mit Hochschulreife, Schulabgänger ohne Hauptschulabschluss, Beschäftigtenquote, Arbeitslosenquote, Langzeitarbeitslosenquote, verfügbares Einkommen je Einwohner, Gesamtbetrag der Einkünfte je Steuerpflichti-

gem, Wahlbeteiligung bei der letzten Bundestagswahl. Mittels einer Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation und 66,7% Varianzaufklärung bei 3 Faktoren, KMO > .6, Bartlett <.001) wurden die am stärksten auf den ersten Faktor (Eigenwert: 3.51) ladenden Dimensionen identifiziert und in einem gewichteten und z-standardisierten (M = 0, SD = 1) Faktorwert zusammengefasst, der im Folgenden als Sozialfaktor bezeichnet wird. In den Sozialfaktor fließen die Bevölkerungsdichte in Einwohner/km² (Daten von 2008), die Schulabgänger ohne Hauptschulabschluss in Prozent der Schulabgänger (Daten von 2008) und die Arbeitslosenquote in Prozent der Erwerbspersonen (Daten von 2009) ein.

Ein Sozialfaktor von 0 entspricht folglich dem NRW-Durchschnitt, ein Wert von +/-1 indiziert eine Standardabweichung über bzw. unter dem NRW-Durchschnitt. Um die Daten übersichtlicher zu gestalten und eine farbliche Darstellung zu ermöglichen, wurde der Sozialfaktor stufenweise kategorisiert (hier als Sozialcluster bezeichnet). Diese Umkodierung erfolgte ausgehend vom NRW-Mittelwert in Schritten von je einer halben Standardabweichung. In Abbildung 1 sind die einzelnen Bezirke des Bundeslandes NRW farblich gekennzeichnet, wobei die Farbe Blau ein überdurchschnittliches und Rot ein unterdurchschnittliches Sozialcluster markiert.

Cluster	5	-4	-3	-2	-1	1	2	3	4	5
Sozialfaktor	< -2	-2 bis -1,5	-1,5 bis -1	-1 bis -0,5	-0,5 bis 0	0 bis 0,5	0,5 bis 1	1 bis 1,5	1,5 bis 2	> 2
Farbe	Rot	Rot	Rosa	Rosa	Blau	Blau	Blau	Blau	Blau	Blau

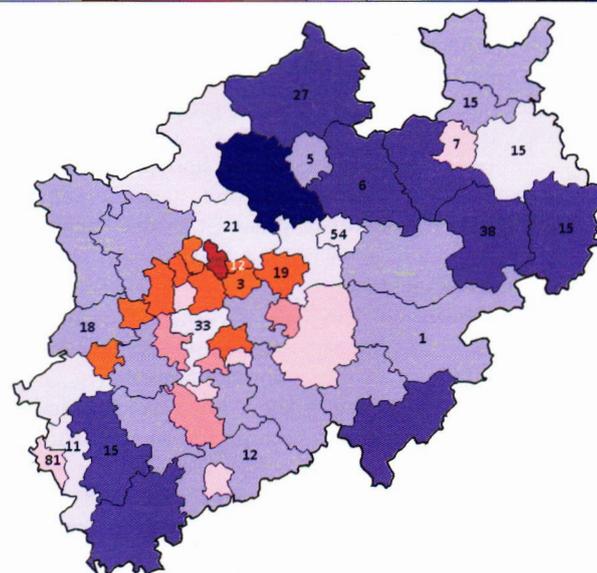


Abbildung 1: Sozialcluster und Fragebogenrücklauf der jeweiligen Landkreise

3.2 Datenerhebung

Laut Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen (2010a) gibt es in NRW knapp 12.000 Schülerinnen und Schüler in 71 Förderschulen mit dem Förderschwerpunkt Sprache. 62 dieser Schulen fördern ausschließlich Schülerinnen und Schüler im Primarbereich bis Klasse 4. In einem ersten Schritt wurden alle diese Schulen angeschrieben und um Mitarbeit gebeten. 19 Schulen hatten bis zum Beginn der Datenerhebung ihre Teilnahme zugesagt, vier weitere Schulen kamen im Laufe der Zeit hinzu. Der Beginn der Datenerhebung wurde so gelegt, dass die Eltern der Schulanfänger bereits über den Ausgang des AO-SF-Verfahrens informiert waren. Die teilnehmenden Schulen erhielten eine Kopiervorlage des Elternbriefes, in dem die Eltern über die Befragung informiert und um Teilnahme gebeten wurden. Der Fragebogen lag dem Anschreiben ebenfalls als Kopiervorlage bei, er konnte den Eltern aber auch als online-Fragebogen zur Verfügung gestellt werden. Die weitere Abwicklung der Datenerhebung erfolgte über die Schulen. Auch die Wahl des Fragebogenformats (Papier- oder online-Version) wurde den Schulen mit der Bitte überlassen, möglichst allen Eltern die Teilnahme zu ermöglichen.

3.3 Stichprobe

Von den rücklaufenden 466 ausgefüllten Fragebögen wurden zunächst diejenigen Datensätze von der Analyse ausgeschlossen, die sich auf einen anderen Förderschwerpunkt bezogen, bei denen die Eingabe abgebrochen wurde oder zu viele oder relevante Angaben (Alter, Geschlecht des Kindes, Diagnose, Schulform) fehlten oder mehr als eine Person an der Beantwortung des Fragebogens mitgewirkt hatte. Der verbleibende Datensatz von $N = 408$ entspricht ca. 3,4 % der Schülerschaft der Förderschulen mit dem Förderschwerpunkt Sprache in NRW. Die Stichprobe setzt sich aus Eltern von Kindern an 22 verschiedenen Schulen in NRW zusammen. Es sind damit Daten von knapp einem Drittel aller Förderschulen mit dem Förderschwerpunkt Sprache in NRW berücksichtigt worden. In Abbildung 1 ist die Komposition der Stichprobe in Abhängigkeit von den Landesbezirken zu erkennen. Hier wird deutlich, dass Daten aus 20 Landkreisen und kreisfreien Städten erhoben wurden, wobei die Städte Aachen (19,9 %) und Hamm (13,2 %) überrepräsentiert sind.

An dieser Stelle soll noch erwähnt werden, dass einige wenige Schulen sich nicht

an der Studie beteiligen wollten, weil die Schulleitung eine Überforderung der Eltern durch den Fragebogen befürchtete. Eine weitere Schule hatte die Mitarbeit explizit mit dem Argument abgelehnt, dass den Eltern durch den Fragebogen suggeriert würde, sie hätten Einfluss auf den Entscheidungsprozess, obgleich dieses Mitspracherecht nicht gegeben sei.

50,5 % der Befragten nutzten den Online-Fragebogen und 49,5 % die Papier-Version. In 82 % der Fälle wurde der Fragebogen durch eine weibliche Bezugsperson (Mutter, Stiefmutter, Pflegemutter) beantwortet, in 18 % von einer männlichen Bezugsperson. Das Alter der Eltern² beträgt durchschnittlich knapp 38 Jahre ($SD = 6.63$). In Tabelle 4 werden die Bildungsabschlüsse der Stichprobe den Referenzdaten für NRW gegenübergestellt. Der Anteil der Eltern mit Abitur beträgt 24,3 % und liegt somit deutlich unter dem Landesdurchschnitt (34,2 %). 37 % der Eltern haben einen Realschulabschluss (NRW: 40,7 %) und 5,4 % keinen Schulabschluss (NRW: 6,1 %). Ein Drittel (33,3 %) der befragten Personen haben den Hauptschulabschluss, womit dieser Anteil deutlich über dem Landesdurchschnitt von 19 % liegt. Die durchschnittliche Haushaltsgröße in der Stichprobe beträgt 4,3 Personen. Die durchschnittliche Kinderzahl pro Familie beträgt 2,51 (keine Vergleichsdaten verfügbar). Der Anteil der Alleinerziehenden in der Stichprobe beträgt 15,5 % im Vergleich zu 20,7 % im nordrhein-westfälischen Durchschnitt (eigene Berechnung auf der Grundlage von Angaben des Landesbetriebs Information und Technik Nordrhein-Westfalen 2010b). Laut Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen (2007) beläuft sich das durchschnittliche Haushaltsnettoeinkommen in NRW auf 2.825 € / Monat. Das Haushaltsnettoeinkommen wurde im Fragebogen in Intervallen („bis 1.000 €“, „1.000 € – 2.000 €“ usw.) erfasst. Der Median der Stichprobe liegt bei 2.500 €, der Interquartilsabstand beträgt 1.000 €. Der Jungenanteil in der Stichprobe beträgt 69,4 % (30,6 % Mädchen). Im Schuljahr 2009/10 betrug der Jungenanteil an nordrhein-westfälischen Sprachförderschulen 71,2 % (Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen 2010a). Die durch die Studie erfassten Kinder sind im Durchschnitt knapp acht Jahre alt ($M = 7.94$, $SD = 1.7$). Das Alter der Kinder ist annähernd normal verteilt. 85,8 % der Kinder erhielten die Diagnose Sprachentwicklungsstörung,

² als Oberbegriff für die Bezugsperson, die den Fragebogen ausfüllte

Schulabschluss	NRW in %	Stichprobe in %
Ohne	6,1	5,4
Hauptschule	19,0	33,3
Realschule	40,7	37,0
Abitur	34,2	24,3

Tabelle 4: Schulabschlüsse der Stichprobe im Vergleich zum NRW-Durchschnitt (Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen 2010c)

4,9 % Stottern und 4,7 % Mutismus, wobei Mehrfachantworten erlaubt waren (5,6 %). 10,3 % der Eltern kreuzten hier „weiß nicht“ an. 88,2 % der Eltern gaben an, dass ihr Kind vor der Einschulung bereits in Sprachtherapie war. 26,7 % der Kinder besuchten eine/n spezielle/n Kindergarten/-tageseinrichtung. Lediglich 4,2 % der Eltern antworteten, dass ihr Kind vor der Einschulung keine besondere Sprachförderung bekommen habe.

Mit 78,9 % der erfassten Kinder wird zuhause ausschließlich Deutsch, mit 21,1 % der Kinder mindestens eine weitere Sprache gesprochen. Am häufigsten genannt wurden hier: Türkisch (5,1 %), Arabisch und Russisch (je 2,5 %).

4 Ergebnisse

Da nicht alle Skalenergebnisse ausführlicher dargestellt werden können, sind die Mittelwerte aller Skalen im Vergleich in Abbildung 2 dargestellt. Wie im Methodenteil näher erläutert ist, wurden anhand einer fünfstufigen Ratingskala mehrere Aussagen pro Skala bewertet und in einen Skalenmittelwert überführt.

Im Folgenden sind dann die zentralen Ergebnisse ausführlicher dargestellt.

4.1 Sind sozio-demographische Einflüsse auf das Antwortverhalten festzustellen?

Ein Vergleich der online bzw. offline (Papier-Version) erhobenen Daten offenbart keine systematischen Unterschiede mit Ausnahme des Bildungsabschlusses der Eltern ($X^2(.05;4;N = 408) = 13.36$): Der Online-Fragebogen wurde im Vergleich zur Papier-Version relativ seltener von Eltern mit keinem oder Hauptschulabschluss, jedoch relativ häufiger von Eltern mit Abitur ausgefüllt.

Auf die Frage, welche Symptome ihr Kind zeige, hatten ca. zehn Prozent der El-

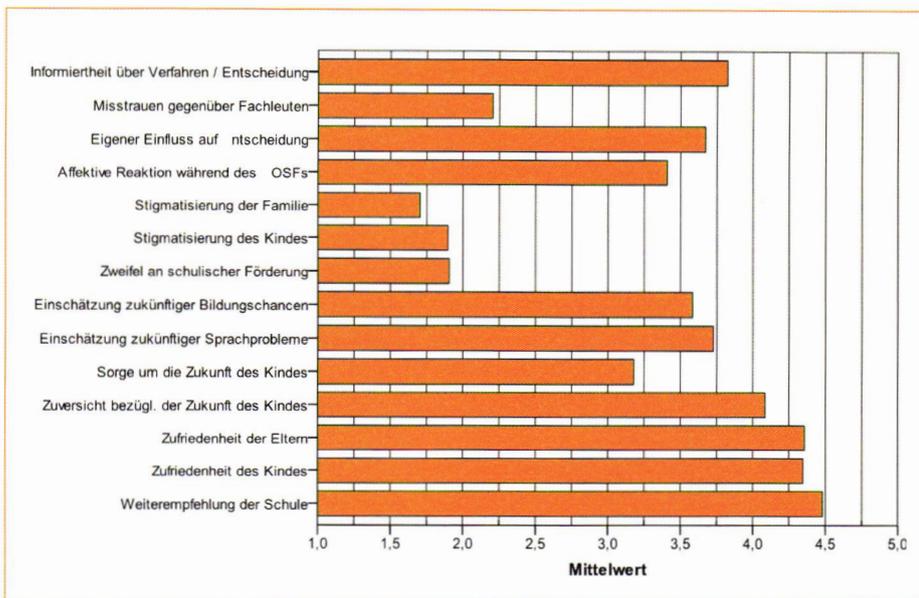


Abbildung 2: Mittelwerte der Bewertungsdimensionen

tern trotz der oben beschriebenen Antwortalternativen mit „weiß nicht“ geantwortet. Diese Eltern zeichnen sich durch niedrigere Bildungsabschlüsse ($X^2(.001;4,N = 408) = 16.64$) aus und ihre Kinder hatten häufiger keine vorschulische Sprachförderung erfahren ($X^2(.001;1,N = 408) = 12.01$).

4.2 Wie zufrieden sind die Eltern mit dem Verlauf des AO-SF-Verfahrens?

62,7% der befragten Eltern gaben an, dass die Eröffnung des AO-SF-Verfahrens von ihnen selbst beantragt wurde, bei 37,3% leitete es die allgemeine Grundschule ein. Auf die Frage, wer ihrer eigenen Einschätzung nach den größten Einfluss auf die Entscheidung über den schulischen Förderort hatte, antworteten 68,6% der Eltern, dass sie selbst den größten Einfluss gehabt hätten; bei 15,2% seien es die Lehrer/innen und bei 16,2% die Schulaufsichtsbehörde gewesen. 12,5% der Befragten antworteten, dass sie im Rahmen des AO-SFs von niemandem beraten wurden. In insgesamt 25,7% der Fälle fand ein Gespräch mit dem Schultamt statt. 63,5% der Eltern gaben an, dass sie von der Förderschule beraten wurden (48% allgemeine Grundschule). Insgesamt 40,3% der Eltern wurden von mehr als einer der genannten Institutionen beraten. 91,9% der befragten Personen waren mit der Entscheidung über den schulischen Förderort einverstanden, als sie über die Entscheidung benachrichtigt wurden (8,1% nicht).

4.3 Wie zufrieden sind Eltern mit der Schule ihres Kindes?

Die Zufriedenheit mit der Schule wurde von all denjenigen Eltern beantwortet, deren Kind zum Zeitpunkt der Datenerhebung bereits im vergangenen Schuljahr eingeschult war ($n = 278$). Insgesamt sind die Eltern mit den Förderschulen ihrer Kinder sehr zufrieden: Der Mittelwert liegt bei $M = 4.36$ ($SD = 0.85$) bei einem maximalen Skalenwert von

5. Diesen Maximalwert vergeben 45,7% der Eltern. Allein 5,7% der Befragten bewerten die Schule schlechter als den Skalenmittelwert (< 3) und drücken damit Unzufriedenheit aus. Die durchschnittlich attribuierte Schulzufriedenheit der Kinder liegt bei $M = 4.35$ ($SD = 0.80$). Nur 3,3% der Eltern vergeben hier einen Wert < 3 . 84,9% der Eltern würden sich wieder für dieselbe Schule entscheiden bzw. anderen Eltern die Schule weiterempfehlen (Wert ≥ 4). Der Mittelwert liegt hier bei 4.48 ($SD = 0.90$). Dementsprechend sind die Zweifel der Eltern an der schulischen Förderung ihrer Kinder mit durchschnittlich 1.84 ($SD = 0.94$) sehr gering. 81,6% der Eltern erreichen hier auf der fünfstufigen Ratingskala einen Wert < 3 . Korrelationsstatistische Analysen machen deutlich, dass die Schulzufriedenheit der Eltern mit der Einschätzung der Schulzufriedenheit des Kindes ($r = .63^{**}$) zusammenhängt (Abb. 3). Gleichzeitig hängt die Weiterempfehlung der Schule eher mit dem Elternurteil ($r = .88^{**}$) als mit dem vermuteten Kindsurteil ($r = .52^{**}$) zusammen.

4.4 Welche Faktoren beeinflussen die Schulzufriedenheit?

Um zu untersuchen, welche Faktoren die Elternzufriedenheit mit der Schule determinieren, wurden multiple Regressionen gerechnet, die sich zum einen auf den Einfluss des AO-SF-Verfahrens (Abb. 4) und zum anderen auf empfundene Stigmatisierung und Zweifel an der schulischen Förderung

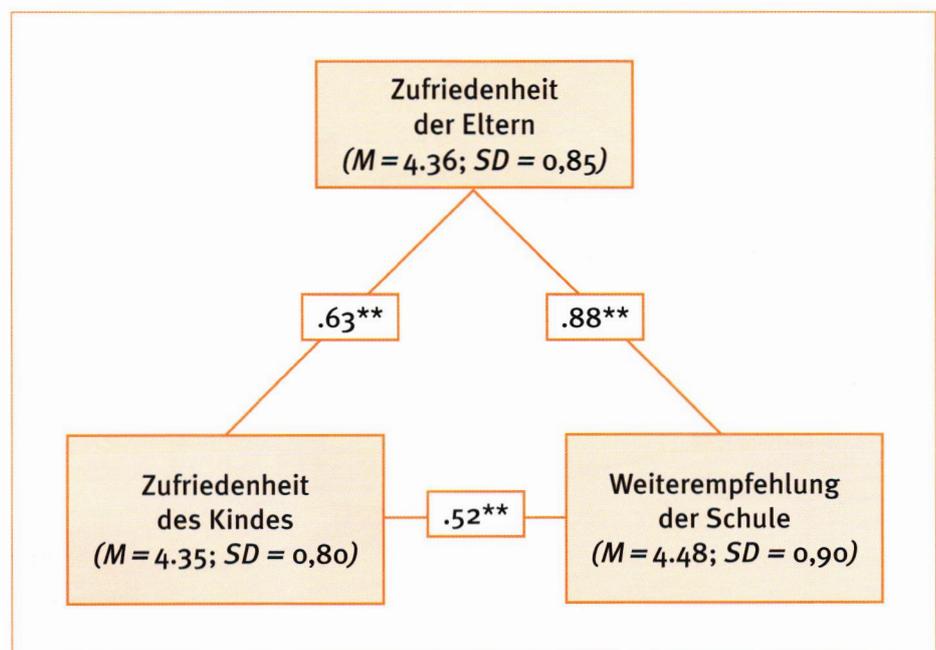


Abbildung 3: Zusammenhang von Zufriedenheit der Eltern, Zufriedenheit des Kindes und Weiterempfehlung der Schule

(Abb. 5) beziehen. Die implizierte kausale Richtung der Regressionsmodelle begründet sich durch die theoretische Abfolge der Variablen im Zeitverlauf, ist aber durch das Modell nicht abschließend prüfbar.

Mit Abbildung 4 wird verdeutlicht, dass die wahrgenommene eigene Informiertheit, das Misstrauen gegenüber den Fachleuten, der wahrgenommene eigene Einfluss und die affektive Reaktion während des Verfahrens mit einer Gesamtaufklärung von 24% die spätere Zufriedenheit der Eltern mit der Schule voraussagen können. Die Informiertheit der Eltern fällt dabei mit $b = .30^{***}$ am stärksten ins Gewicht, das Misstrauen gegenüber den Fachleuten mit $b = -.17^*$ und der wahrgenommene eigene Einfluss mit $b = .15^*$, während die affektive Reaktion der Eltern während des Verfahrens mit $b = -.11$ keinen signifikanten Beitrag im Gesamtmodell leistet. Zwischen den Eltern, bei denen das AO-SF-Verfahren erst vor kurzer Zeit stattfand und denjenigen Eltern, bei denen das AO-SF-Verfahren bereits mehrere Jahre zurückliegt, ließen sich keine signifikanten Unterschiede feststellen.

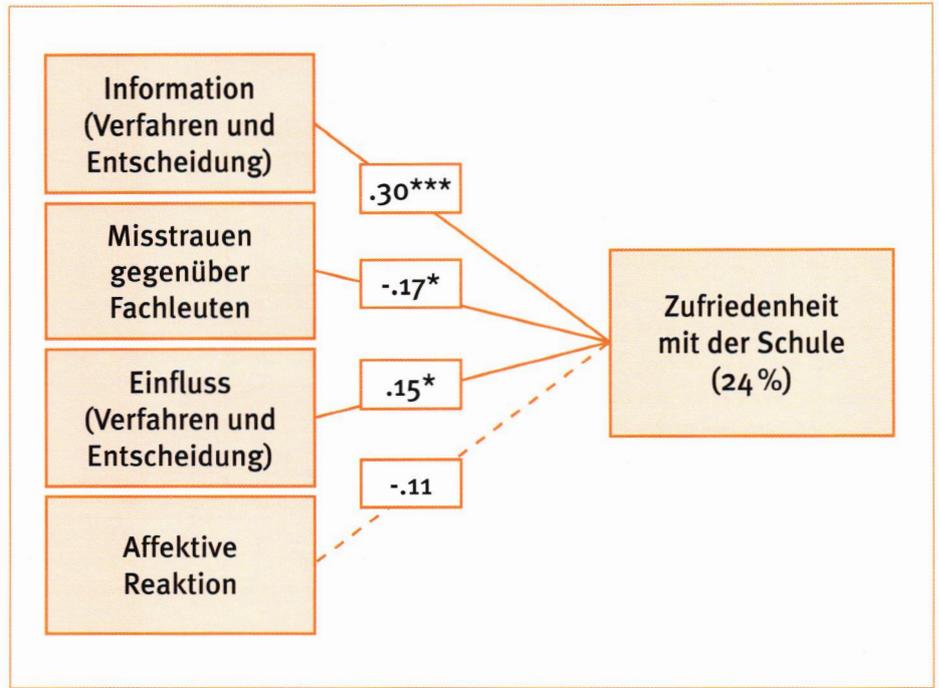


Abbildung 4: Einfluss des AO-SF-Verfahrens auf die Elternzufriedenheit (* $p < .05$, *** $p < .001$; Gesamtvarianzaufklärung in Klammern)

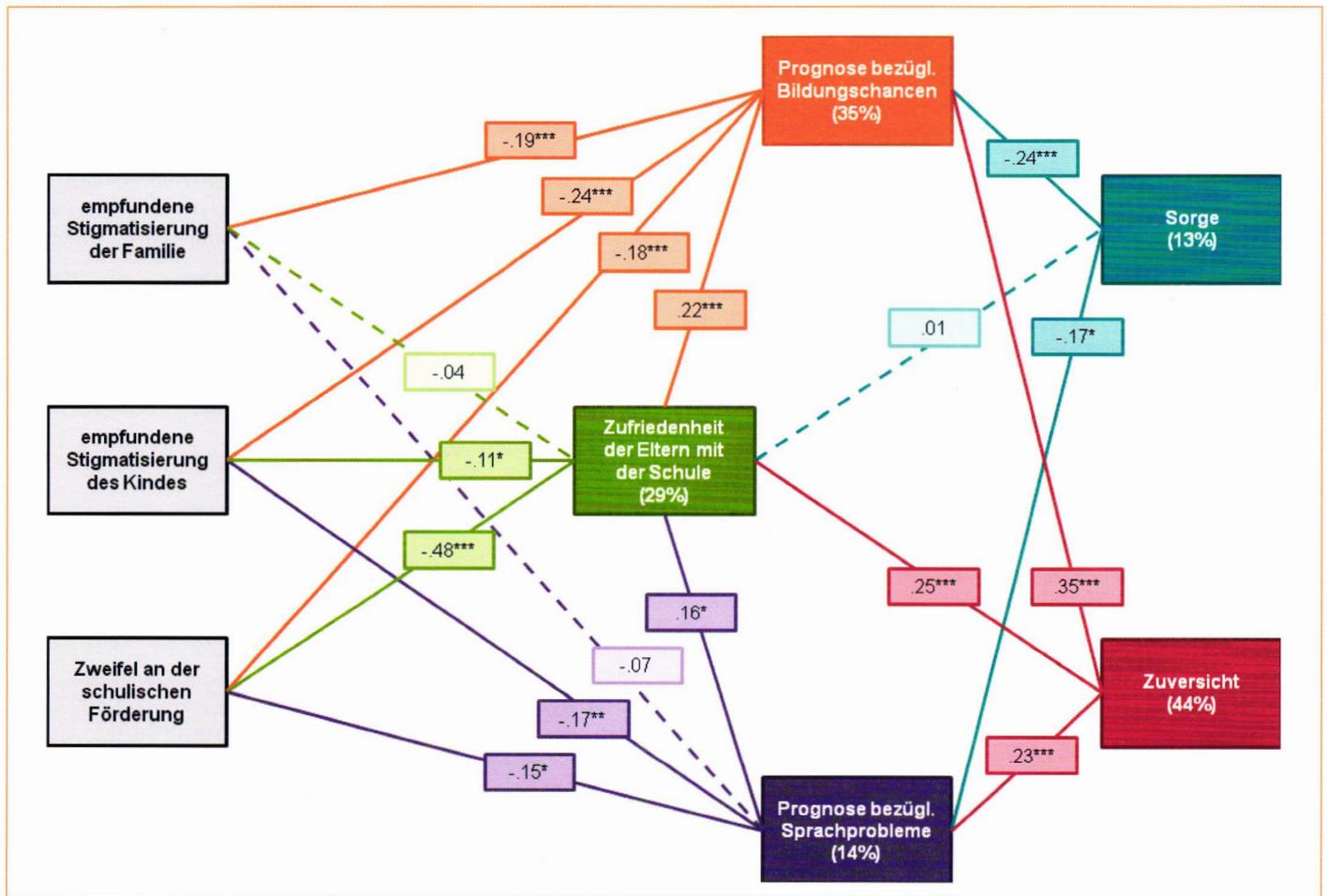


Abbildung 5: Multiple Regressionen zur Vorhersage von Elternzufriedenheit, Zukunftsperspektiven, elterlicher Sorge und Zuversicht (* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$; Gesamtvarianzaufklärung in Klammern)

In der Aktualgenese wird die Schulzufriedenheit mit einer Gesamtvarianzaufklärung von 29% vor allem durch bestehende Zweifel an der schulischen Förderung ($b = -.48^{***}$) vorhergesagt. Darüber hinaus spielt die Stigmatisierung des Kindes mit $b = -.11^*$ noch eine Rolle, wohingegen die empfundene Stigmatisierung der Familie keine Relevanz mehr hat.

4.5 Welche Faktoren determinieren die elterliche Einschätzung der Bildungschancen und die vermutete Überwindung der Sprachprobleme?

Im nächsten Schritt wurde ein Regressionsmodell gerechnet, mit dem die spezifischen elterlichen Prognosen für die künftige Entwicklung des Kindes (Bildungschancen, Überwindung der Sprachprobleme) vorhergesagt wurden (Abb. 5). Die Prognose der kindlichen Bildungschancen können bei einer Gesamtaufklärung von 35% durch den direkten Einfluss erlebter Stigmatisierung der Familie ($b = -.19^{***}$), des Kindes ($b = -.24^{***}$), Zweifeln an der schulischen Förderung ($b = -.18^{***}$) und der Schulzufriedenheit ($b = .22^{***}$) vorausgesagt werden. Alle Variablen hängen negativ mit dem Kriterium zusammen. Die erwartete Überwindung der Sprachprobleme hingegen erklärt sich nur zu 14% durch das postulierte Modell. Die Stigmatisierung der Familie fällt hier nicht signifikant ins Gewicht, während die Stigmatisierung des Kindes ($b = -.17^{**}$), die Zweifel an der schulischen Förderung ($b = -.15^*$) und die Zufriedenheit der Eltern ($b = .16^*$) vergleichbaren Einfluss haben.

4.6 Welche Faktoren beeinflussen die elterliche Sorge und Zuversicht bezüglich der Zukunft des Kindes?

Abschließend wurde das Regressionsmodell zur Vorhersage der generellen Zuversicht bzw. Sorge der Eltern in Bezug auf die Zukunft ihres Kindes erweitert (Abb. 5). Hier zeigt sich, dass die Sorge der Eltern durch die erhobenen Faktoren nur mit einer Gesamtaufklärung von 13% vorausgesagt wird. Am stärksten hängt die Sorge von den erwarteten Bildungschancen ($b = -.24^{***}$) ab. Die antizipierte Persistenz der Sprachprobleme fällt mit $b = .17^*$ weniger ins Gewicht. Die Schulzufriedenheit der Eltern hat hier keinen signifikanten Einfluss mehr.

Ein anderes Bild ergibt sich bei der Vorhersage der elterlichen Zuversicht: Hier können 44% der Gesamtvarianz durch die Prognose der Bildungschancen ($b = .35^{***}$), der Schulzufriedenheit ($b = .25^{***}$) sowie der antizipierten Sprachproblempersistenz ($b = .23^{***}$) aufgeklärt werden.

4.7 Worin unterscheiden sich zufriedene von weniger zufriedenen Eltern?

Anhand eines Mediansplits wurde die Stichprobe in sehr bzw. weniger schulzufriedene Eltern geteilt ($Md = 4.67$). Die beiden Gruppen unterscheiden sich nicht hinsichtlich des soziodemographischen Hintergrunds der Eltern sowie des Sozialraums des Schulortes. Gleichwohl ergibt eine multivariate Varianzanalyse hochsignifikante Unterschiede auf allen Einstellungsdimensionen bei einer beachtlichen Effektstärke, $F(15,262) = 26.03$, $p < .001$, $\eta^2 = .598$. Die sehr zufriedenen Eltern zeichnen sich durch deutlich geringere Zweifel an der schulischen Förderung und optimistischere Prognosen bezüglich der Bildungschancen, der Sprachprobleme und der Zukunft des Kindes insgesamt aus. Weiterhin schätzen sie ihren eigenen Einfluss auf die Entscheidung deutlich größer ein und fühlen sich besser über das AO-SF-Verfahren informiert. Sie sehen ihre Familie und ihr Kind weniger stigmatisiert und sind weniger misstrauisch gegenüber den Fachleuten.

4.8 Macht der Sozialraum einen Unterschied?

Um zu untersuchen, ob der Ort der Beschulung einen Einfluss hat, wurde die Stichprobe wiederum mittels Mediansplit anhand der Variable Sozialfaktor ($Md = 0.16$) geteilt. Die Analyse ergibt hier drei bedeutsame Unterschiede: (1) Kinder aus Schulorten mit hohem Sozialfaktor haben vor ihrer Einschulung häufiger Sprachtherapie bekommen ($X^2(.005;1, N = 408) = 9.08$) als die Kinder aus Orten mit niedrigerem Sozialfaktor. (2) Ihre Eltern sind im Durchschnitt zuversichtlicher ($M = 3.83$, $SD = 0.80$) in Bezug auf die Bildungschancen ihrer Kinder als die anderen Eltern ($M = 3.56$, $SD = 0.90$, $t(406) = 3.15$, $p < .005$). (3) Eltern aus Schulorten mit höherem Sozialfaktor schätzen die Chancen, dass ihr Kind die Sprachprobleme überwinden wird, höher ein ($M = 3.94$, $SD = 0.83$) als die anderen Eltern ($M = 3.70$, $SD = 0.89$, $t(406) = 2.75$, $p < .05$).

4.9 Welche Auswirkungen hat die Ablehnung eines Antrags auf Gemeinsamen Unterricht?

14,2% der befragten Eltern, deren Kinder die Förderschule mit dem Förderschwerpunkt Sprache besuchen, hatten im AO-SF Gemeinsamen Unterricht an einer Allgemeinen Grundschule für ihr Kind beantragt. Von einigen Eltern wurde im Fragebogen angemerkt, dass sie während des Verfahrens nicht über die Möglichkeit der Beschulung im GU informiert wurden und erst davon erfuhren, als das Verfahren schon zu weit fortgeschritten war. Die Eltern, deren Antrag auf gemeinsame Unterrichtung ihres Kindes abgelehnt wurde, unterscheiden sich in drei der erhobenen Skalen von den anderen Eltern: Sie fühlten sich weniger gut informiert über das Verfahren und die Entscheidung ($M = 3.58$, $SD = 1.13$ gegenüber $M = 3.98$, $SD = 0.92$, $t(70.03) = -2.58$, $p < .05$ (2-seitig)); ihre Zufriedenheit mit der Schule ist insgesamt geringer ($M = 3.91$, $SD = 1.22$ gegenüber $M = 4.42$, $SD = .76$, $t(39.09) = -2.47$, $p < .05$ (2-seitig)); sie würden die Schule des Kindes weniger weiterempfehlen ($M = 3.82$, $SD = 1.32$ gegenüber $M = 4.58$, $SD = .78$, $t(38.69) = -3.39$, $p < .005$). Bei allen anderen Skalen unterscheidet sich diese Subgruppe nicht vom Rest der Stichprobe.

4.10 Welche Auswirkungen hat eine vorschulische Sprachtherapie?

Diejenigen Eltern, deren Kinder vorschulisch in sprachtherapeutischer Behandlung waren (88,2%), unterscheiden sich in ihrem Antwortverhalten lediglich auf einer der erhobenen Skalen von den Eltern, deren Kinder vor ihrer Einschulung nicht sprachtherapeutisch behandelt wurden: Sie sind zuversichtlicher in Bezug auf die Zukunft ihres Kindes. Eltern, deren Kinder Sprachtherapie bekamen, erreichen hier einen Mittelwert von $M = 4.24$ ($SD = 0.78$) auf der fünfstufigen Skala, während die Eltern, deren Kinder nicht in sprachtherapeutischer Betreuung waren, durchschnittlich nur 3,85 Punkte erreichen ($SD = 1.07$, $t(406) = 2.93$, $p < .005$).

5 Diskussion und Ausblick

Mit der berichteten Studie wurde die elterliche Perspektive von Grundschulkindern im Förderschulsystem Sprache untersucht. Im Vordergrund standen dabei die Rückmeldung zum erfolgten AO-SF-Verfahren sowie die aktuelle Zufriedenheit mit der schulischen Situation und die Einschätzung der

kindlichen Zukunftsperspektiven. Die Daten wurden anhand einer anfallenden Stichprobe generiert, die sich in wesentlichen Dimensionen nicht von der Grundgesamtheit unterscheidet. In Bezug auf den Bildungshintergrund sowie die ökonomischen Voraussetzungen finden sich die für die Gruppe der betroffenen Familien mit sprachauffälligen Kindern typischen Merkmale mit einer Überrepräsentation bildungsferner und geringverdienender Familien. Systematische Einflüsse der sozio-demographischen Variablen lassen sich nicht aufzeigen. Eltern mit höherem Einkommen oder Bildungsabschluss unterscheiden sich weder bezüglich ihrer Zufriedenheit noch in den anderen erhobenen Dimensionen von Eltern mit niedrigerem Einkommen oder Bildungsabschluss. In Schulorten mit hohem Sozialfaktor im Vergleich zu Orten mit geringem Sozialfaktor allerdings sind die Eltern zuversichtlicher im Hinblick auf die Bildungschancen ihrer Kinder, schätzen Eltern die Chancen zur Überwindung der Sprachprobleme ihrer Kinder höher ein und sind die Kinder häufiger bereits vor Schuleintritt sprachtherapeutisch behandelt worden. Insgesamt bekamen fast 90 % der Kinder unserer Stichprobe vor der Einschulung Sprachtherapie. Dieser Prozentsatz ist damit mehr als doppelt so hoch wie der, den Sallat und Spreer (2010) kürzlich identifiziert hatten. Die Kollegen hatten 92 ehemalige Sprachheilschüler und -schülerinnen aus den Bundesländern Sachsen und Nordrhein-Westfalen befragt, von denen nur 43,7 % angaben, bereits vor ihrer Einschulung sprachtherapeutisch behandelt worden zu sein. Es ist nicht auszuschließen, dass die Diskrepanz zwischen diesen beiden Studien ein Resultat der Stichprobenziehung ist oder dass sich die Betroffenen (bei Sallat und Spreer) weniger gut an ihre Vorschulzeit erinnern können. Es ist aber auch denkbar, dass sich hier eine wünschenswerte Veränderung dergestalt bemerkbar macht, dass die sprachtherapeutische Versorgung in den letzten Jahren deutlich zugenommen hat.

Markante Ergebnisse der Studie sind die hohe Zufriedenheit der Eltern mit dem retrospektiv bewerteten Entscheidungsverfahren sowie der derzeit besuchten Förderschule. Dabei scheint die elterliche Zufriedenheit maßgeblich positiv davon beeinflusst worden zu sein, in welchem Maße sie sich während des AO-SF-Verfahrens informiert fühlten, den beteiligten Fachpersonen vertrauten, das Gefühl hatten, Einfluss auf die Entscheidung nehmen zu können und aktuell frei von Zweifeln an der schulischen Förderung ihres Kindes sind. Dies könnte aufgrund des temporalen Zusammenhangs kausal inter-

pretiert werden und ist in jedem Fall nicht trivial, da die aktuelle Schulzufriedenheit von dem Monate oder sogar Jahre zuvor abgelaufenen Entscheidungsprozess über die Schulform abhängt. Die überwiegende Mehrheit der befragten Eltern war dabei mit der Entscheidung der Schulaufsichtsbehörde zur Förderung ihres Kindes an einer Förderschule mit dem Förderschwerpunkt Sprache einverstanden und würde sich heute wieder für die gleiche Schule entscheiden. Diejenigen Eltern, die ihre Einflussnahme auf den Entscheidungsprozess eher gering einschätzten und sich weniger gut informiert fühlten, sind hingegen sowohl rückblickend mit dem AO-SF-Verfahren als auch aktuell mit der Schule ihres Kindes unzufriedener. Konsequenterweise empfehlen diese Eltern die Schule auch seltener weiter. Es handelt sich hierbei unter anderem um Eltern, deren Antrag, ihr Kind im Gemeinsamen Unterricht zu beschulen, von der Schulaufsichtsbehörde nicht bewilligt wurde.

Interessanterweise sind die elterlichen Prognosen über die weitere Entwicklung ihres Grundschulkindes insgesamt eher positiv. Die Eltern, die in den Förderschulen unterrichteten sprachauffälligen Kinder, sind durchaus zuversichtlich im Hinblick auf die generelle Zukunft ihres Kindes und dabei speziell in Bezug auf seine Bildungschancen und die Überwindung seiner Sprachprobleme. In Übereinstimmung mit diesen Einschätzungen zeigen sich die Eltern im Durchschnitt auch nicht besonders besorgt. Diese insgesamt positive Grundeinstellung speist sich vermutlich aus den offensichtlich sehr positiven Erfahrungen mit der Schule und dem Vertrauen in die schulische Förderung. Zum anderen scheinen auch die Barrieren im Alltag nicht als gravierend erlebt zu werden. So berichten die Eltern von vergleichsweise geringen Stigmatisierungserfahrungen der Kinder und der gesamten Familie. Die allermeisten Kinder dieser Stichprobe wurden bereits vor Schulbeginn sprachtherapeutisch behandelt. Dieser Umstand hat nicht, wie man auch hätte befürchten können, zu einer Stigmatisierung beigetragen. Im Gegenteil, die elterliche Zuversicht, dass ihr Kind es im Leben schon schaffen werde, scheint dadurch sogar gestärkt zu werden.

Betrachtet man das Zusammenspiel der einzelnen aktualgenetischen Faktoren, so zeigt sich, dass die Zufriedenheit der Eltern mit der Schule vor allem davon abhängt, ob sie Zweifel an der schulischen Förderung erheben. Weiterhin ist der Zusammenhang von Schulzufriedenheit mit den elterlichen Prognosen der kindlichen Zukunft gut be-

legt. Die Kausalrichtung bleibt allerdings Gegenstand von Interpretation. Die empirischen Zusammenhänge sprechen eher von einer wechselseitigen Einflussnahme, da kein Mediationsmodell eindeutig bestätigt werden kann. Interessant sind allerdings die Unterschiede in der Vorhersagbarkeit von elterlicher Sorge und Zuversicht. Diese beiden Aspekte elterlicher Fürsorge repräsentieren ganz offensichtlich nicht eine einzelne Dimension, sondern zwei unterschiedliche Qualitäten. Mit den erhobenen Daten kann die Sorge weniger gut durch die Prognosen der Eltern über die Zukunft ihres Kindes erklärt werden als die Zuversicht. Wenn Eltern also zufrieden mit der Schule sind und ein gutes Gefühl für die Zukunft ihres Kindes haben, trägt dies maßgeblich zu einer zuversichtlichen Haltung bei. Die elterliche Sorge um ihr Kind hingegen ist davon weniger stark beeinflusst. Vor allem spielt die Schulzufriedenheit hier keine Rolle.

Im Kontext der derzeitigen Bildungsdiskussionen stellt sich nun die Frage, wie die eindeutig positiven Bewertungen der Förderschulen mit dem Förderschwerpunkt Sprache in die aktuelle bildungspolitische Diskussion einzuordnen sind. Um die Aussagekraft der Ergebnisse adäquat einordnen zu können, muss zunächst die selbst-selektiv zustande gekommene Stichprobe bedacht werden: Von insgesamt 62 Förderschulen (Primarbereich) mit dem Förderschwerpunkt Sprache in NRW haben sich 22 Schulen an der Studie beteiligt. Außerdem kann eine Einflussnahme der Schulen auf die Beantwortung der Fragebögen vor allem bei der Papier-Version nicht ausgeschlossen werden: In manchen Fällen wurden diese gebündelt von den jeweiligen Schulleitungen an uns zurückgesandt. Dieses Vorgehen hatte freilich den Vorteil eines höheren Rücklaufs. Für die bildungspolitische Nutzung der Ergebnisse muss jedoch vor allem bedacht werden, dass die außerordentlich hohe Zufriedenheit der Eltern mit der Förderschule weder Rückschlüsse auf die Qualität der einzelnen Schule noch auf die der Förderschule als Schulform erlaubt. Hierzu müssten die Bedingungen, unter denen die Förderung des Kindes stattfindet, und der Schulerfolg im Vergleich zu anderen Schulen und Schulformen verglichen werden. Gleichwohl kommt der elterlichen Zufriedenheit im komplexen Zusammenspiel psychosozialer Unterstützungsfaktoren eine bedeutsame Rolle zu, wie die Befunde deutlich machen. Das heißt, die Zufriedenheit der Eltern ist außerordentlich wichtig und die Förderschulen tragen hierzu bei.

Entgegen mancher Erwartung zeigt die

Studie, dass der sozio-ökonomische Hintergrund der Familien keinen Einfluss auf die Zufriedenheit der Eltern hat. Wenn in Schulorten mit höherem im Vergleich zu Schulorten mit geringerem Sozialfaktor häufiger vorschulische Sprachtherapie in Anspruch genommen wird und Eltern zuversichtlicher im Hinblick auf die Überwindung der Sprachprobleme und die Bildungschancen ihrer Kinder sind, können diesbezüglich nur hypothetische Erklärungen geliefert werden: Eltern aus bildungsnahen Kontexten könnten der Sprachlichkeit ihrer Kinder eine größere Bedeutung beimessen als Eltern aus bildungsfernen Kontexten. Deshalb sind sie im Fall sprachlicher Entwicklungsabweichungen schneller und konsequenter um professionelle Unterstützung für ihr Kind bemüht und ebenso bereit wie in der Lage, das Angebot sprachtherapeutischer Leistungen durchzusetzen und zu organisieren. Diese Eltern haben höhere Erwartungen an die Bildungsbiographie ihres Kindes und sind sich vermutlich der Bedeutung einer elaborierten Sprachverwendung in höherem Maße bewusst. Die Aktivität der Eltern und ihre erlebte Selbstwirksamkeit in der Unterstützung ihres Kindes könnten sie gleichzeitig auch zuversichtlicher im Hinblick auf die zukünftige kindliche Entwicklung (Bildungschancen und Überwindung der Sprachprobleme) machen.

Abschließend möchten wir noch Erfahrungen mit den an dieser Untersuchung teilnehmenden bzw. nicht teilnehmenden Schulen aufgreifen, die deutlich machen, dass innerhalb eines Bundeslandes höchst divergierende Interpretationen in Bezug auf die Rolle des Elternwillens im Rahmen des AO-SF-Verfahrens vorgenommen werden: An manchen Schulen wird dem Elternwillen ein sehr hoher Stellenwert eingeräumt, während ihn andere Schulen offenbar gar nicht berücksichtigen. Unsere Befunde unterstützen jedoch die politischen Bestrebungen in NRW, den Elternwillen zu stärken: Eine Beteiligung der Eltern an den Entscheidungsprozessen hängt mit deren Unterstützung der schulischen Förderung zusammen.

Mit der dargestellten Studie wurde ein erster empirischer Beitrag zur Inklusionsdebatte am Beispiel der Förderschulen mit dem Förderschwerpunkt Sprache geliefert. Dies ist der Beginn einer Untersuchungsreihe, mit der unterschiedliche Modelle in der Praxis evaluiert und verglichen werden. Die Datenerhebung für den nächsten Baustein ist soeben abgeschlossen worden. Hierbei handelt es sich um eine analoge Erhebung zu der berichteten Untersuchung, bei der jedoch Familien mit sprachauffälligen Kin-

dern im Gemeinsamen Unterricht (GU) zu Wort kamen. Der Vergleich dieser beiden Schulsysteme soll Auskunft über Unterschiede in der elterlichen Zufriedenheit geben. Gleichzeitig werden derzeit Daten mit den betroffenen Lehrkräften und Schulleitungen erhoben. Diese Befragung kann einen ersten Schritt leisten, um die Voraussetzungen für eine optimale Förderung zu erforschen. Denn die Zufriedenheit mit einem Schulsystem könnte in einem hohen Maße von den spezifischen infrastrukturellen Bedingungen (z. B. kleine Klassen, mehr Lernzeit) abhängen. Es ist eine dringende Aufgabe künftiger Forschung, spezifische Qualitätsmerkmale von schulischer Förderung und die Rahmenbedingungen für deren optimale Entfaltung zu identifizieren, um den betroffenen Kindern und ihren Familien gerecht zu werden. Bislang ist die Befundlage noch zu dünn, um eine evidenzbasierte Bildungspolitik im Bereich der Sprachförderung begründen zu können.

Literatur

- Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen (2007): Einnahmen und Ausgaben privater Haushalte in Nordrhein-Westfalen. Ergebnisse der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2003. URL: <http://www.evs.nrw.de/ergebnisse/ergebnis3.html>, 16.12.2010.
- Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen (2010a): Förderschulen in NRW. URL: <http://www.it.nrw.de/statistik/d/daten/eckdaten/r313schul8.html>, 16.12.2010.
- Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen (2010b): Familien mit ledigen Kindern in NRW. URL: <http://www.it.nrw.de/statistik/a/daten/eckdaten/r314familie.html>, 16.12.2010.
- Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen (2010c): Allgemeinbildende Schulen. Schulabsolventen/-abgänger nach Nationalität, Geschlecht und Abschlussart am Ende des Schuljahres. URL: <https://www.landesdatenbank.nrw.de/ldb NRW/online/logon> (Suche: 21112-14ir), 17.12.2010.
- Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen (2010a): Das Schulwesen in Nordrhein-Westfalen aus quantitativer Sicht 2009/10 (2010). Unter Mitarbeit von Thomas Frein, Jürgen Bode & Bernd Haberkost. URL: http://www.schulministerium.nrw.de/BP/Schulsystem/Statistik/2009_10/StatUebers.pdf, 16.12.2010.
- Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen (2010b): Verordnung über die sonderpädagogische Förderung, den Hausunterricht und die Schule für Kranke (Ausbildungsordnung gemäß § 52 SchulG – AO-

SF). AO-SF. Stand: 1.7.2010. URL: http://www.schulministerium.nrw.de/BP/Schulrecht/APOen/AO_SF.pdf, 19.12.2010.

Sallat, S. & Spreer, M. (2010). Exklusive Förderung ermöglicht Teilhabe. Bildungs- und Berufsbiographien ehemaliger Schüler der Sprachheilschulen. (in diesem Heft).

Statistisches Bundesamt (2010): Regionalatlas der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder. URL: <http://ims.destatis.de/indikatoren/Default.aspx>, 12.09.2010.

United Nations & Bundesministerium für Arbeit und Soziales (25.11.2009): Übereinkommen über die Rechte behinderter Menschen. Zwischen Deutschland, Liechtenstein, Österreich und der Schweiz abgestimmte Übersetzung. UN-BRK. URL: http://www.bmas.de/portal/2888/property=pdf/uebereinkommen_ueber_die_rechte_behinderter_menschen.pdf, 23.12.2010

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Ute Ritterfeld
TU Dortmund
Abteilung Sprache und Kommunikation
www.sk.tu-dortmund.de

ute.ritterfeld@tu-dortmund.de
timo.lueke@tu-dortmund.de
anna-lena.duerkoop@tu-dortmund.de
katja.subellok@tu-dortmund.de

Prof. Dr. Ute Ritterfeld, Logopädin und Diplom-Psychologin, leitet seit April 2010 die Abteilung „Sprache und Kommunikation“ an der Technischen Universität Dortmund. Zuvor war sie acht Jahre lang als Professorin in den USA und in den Niederlanden tätig. Ritterfeld lehrt und forscht im Schnittbereich von Bildung, Gesundheit und Technologie.

Timo Lüke studiert Sonderpädagogik mit den Förderschwerpunkten Geistige Entwicklung, Sprache und Lernen sowie den Unterrichtsfächern Sozialwissenschaften und Germanistik an der Technischen Universität Dortmund. Er arbeitet als studentische Hilfskraft in den Abteilungen „Sprache und Kommunikation“ und „Rehabilitationspsychologie“.

Anna-Lena Dürkoop studiert Sonderpädagogik mit den Förderschwerpunkten Sprache und Lernen an der TU Dortmund. Sie arbeitet als studentische Hilfskraft in der Abteilung „Sprache und Kommunikation“ und als Förderlehrerin innerhalb des Projektes „Sprachliche Kompetenz für Kinder mit Migrationshintergrund“.

PD Dr. Katja Subellok ist wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung „Sprache und Kommunikation“ der Fakultät Rehabilitationswissenschaften an der TU Dortmund. Sie leitet das dortige Sprachtherapeutische Ambulatorium. Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Selektiver Mutismus, Stottern, Beratungs- und Angehörigenarbeit, Therapedidaktik.



Exklusive Förderung ermöglicht Teilhabe

Bildungs- und Berufsbiographien ehemaliger Schüler der Sprachheilschulen

Exclusive support facilitate participation

The educational and vocational history of former pupils of special schools for children with speech and language disorders.



Stephan Sallat, Leipzig
Markus Spreer, Leipzig

Zusammenfassung

Hintergrund

Schüler mit Förderbedarf im Bereich Sprache sollen durch ein optimiertes sprachheilpädagogisches Lernumfeld auf ein selbstbestimmtes Leben und damit auf die gesellschaftliche / berufliche Teilhabe vorbereitet werden. Aus diesem Grund sollten die Bildungs- und Berufsbiographien ehemaliger Schüler der Sprachheilschulen in den Fokus sprachheilpädagogischer Forschung genommen werden.

Fragestellung/Ziele

Welche Bildungs- und Berufsabschlüsse erreichten ehemalige Schüler von Sprachheilschulen? In welchen Berufsfeldern sind sie gegenwärtig tätig? Welche Rolle spielten sprachliche Anforderungen bei der Berufswahl? Wie schätzen sie ihre aktuellen schriftsprachlichen und kommunikativen Fähigkeiten ein? Wie reflektieren sie retrospektiv den Förderort Sprachheilschule?

Methode:

Mittels schriftlicher Befragung an elf Sprachheilschulen in Nordrhein-Westfalen und in Sachsen wurden knapp 1300 ehemalige Schüler der Einschulungsjahrgänge 1990–1993 angeschrieben. Insgesamt konnten 705 Briefe zugestellt und 92 Rückmeldungen ausgewertet werden.

Ergebnisse:

Der Besuch der Sprachheilschule wurde von den ehemaligen Schülern als notwendige Förderung erlebt, welche die anschließende Teilhabe am Schul- und Berufsleben ermöglichte. Die ehemaligen Schüler erreichten alle möglichen Bildungsabschlüsse und die sprachlichen Anforderungen in den gewählten Berufen spielten nur eine untergeordnete Rolle.

Schlussfolgerungen/Diskussion

Im Gesamtbild zeigt sich, dass Fachkompetenz, individuelle För-

Abstract

Background

Pupils with special needs in their speech and language development should be enabled to lead independent lives as equal members of society and participate in education and vocational training by supporting learning conditions which include individual speech and language therapies. It is necessary to bring the educational and vocational history of former pupils of special schools for children with speech and language disorders into the focus.

Aims

What are the final qualifications from school and vocational/professional training completed by former pupils of special schools for children with speech and language disorders? What are they now doing for a living? Did linguistic demands influence their choice of occupation? How do they appraise their actual abilities in written and verbal/oral communication? How do they retrospectively reflect on the learning conditions at special schools?

Methods

A Questionnaire was sent to 1300 former pupils of 11 special schools for children with speech and language disorders in North Rhine-Westphalia and Saxony who started school in the years 1990–1993. Finally 705 letters arrived and 92 could be evaluated.

Results

Pupils with a history of speech and language disorders reflect their time at special school as necessary support, which enabled them for educational and vocational participation. These pupils got all possible school certifications and their linguistic abilities didn't have an important influence on occupational choice.

Conclusions

Professional competence, individual support, understanding of the impairments and special needs of pupils and small classes were re-

derung, Verständnis für die Störungsspezifika der Schüler sowie kleine Klassen die Sprachheilschule prägen. Der Förderort Sprachheilschule wurde von den ehemaligen Schülern als notwendiger und hilfreicher Abschnitt in ihren Bildungs- und Berufsbiographien erlebt und positiv reflektiert.

Schlüsselwörter

Sprachheilschule, Teilhabe, Förderung, Ausbildung, Beruf, Werdegang, Biographie, Sprachbehinderung

lected as important for special education in speech and language disorders.

Former pupils of special schools for speech and language disorders reflected them necessary, helpfully and positively part in their educational and vocational history.

Keywords

Special school, speech and language disorders, participation, education, support, occupation, career

Dieser Beitrag hat das peer-review-Verfahren durchlaufen.

1 Einleitung

Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf im Bereich Sprache benötigen eine spezifische Therapie / Förderung sowie eine individuelle Anpassung der Lernbedingungen. Dies wird durch den Besuch einer Sprachheilschule (SHS) oder im Rahmen einer integrativen / inklusiven Beschulung ermöglicht. Auswirkungen von Störungen der Sprache auf schulische und berufliche Erfolge sind seit vielen Jahren bekannt und selbst bei Kindern und Jugendlichen mit überwundenem Förderbedarf im Bereich Sprache sind weitere Auffälligkeiten im Lernen und im Kommunikationsverhalten zu beobachten (vgl. u.a. Jedik 2004; Schlamp-Diekmann 2007). Durch ein optimiertes sprachheilpädagogisches Lernumfeld (u.a. Unterrichtssprache, Methodik) sollen sie auf ein selbstbestimmtes Leben und damit auf die gesellschaftliche / berufliche Teilhabe vorbereitet werden. Demzufolge ist die Frage nach den beruflichen Perspektiven und dem Werdegang dieser Schüler grundlegend für das professionelle Handeln von Sprachheilpädagoginnen und Sprachheilpädagogen.

Die Sprachheilpädagogik muss den berufsbildenden und beruflichen Weg ihrer Schüler stärker in den Blick nehmen, da sich aus diesem Blickwinkel heraus möglicherweise notwendige Schlussfolgerungen für das professionelle Handeln von Sprachheilpädagogen im Schulalltag ergeben (vgl. Sallat & Spreer 2010). Dies betrifft Überlegungen zu notwendigen Umstellungen in Curricula (vgl. Bachmann et al. 2001) ebenso wie eine stärkere Berücksichtigung von Berufsberatungen und Berufspraktika etc.

Neben der Frage nach der Professionalisierung der Fachdisziplin Sprachheilpädagogik stellt die Betrachtung des beruflichen Werdeganges von ehemaligen Schülern einen interessanten Beitrag für die aktuellen Diskussionen zum optimalen Förderort und

die Erfüllung der UN-Menschenrechtskonvention dar (vgl. Glück 2010).

Schulische Förderorte

„Grundsätzlich ist derjenige Förderort zu wählen, der auf bestmögliche Weise dem Förderbedarf dieser Kinder und Jugendlichen [mit SFB im Bereich Sprache], ihrer Selbstfindung und Persönlichkeitsentwicklung gerecht wird und die schulische und gesellschaftliche Eingliederung sowie die Vorbereitung auf Beruf und Leben leisten kann.“ (Drave, Rumpler & Wachtel 2000, 230). Vor dem Hintergrund dieser zurzeit gültigen KMK-Empfehlungen zum Förderschwerpunkt Sprache und den Forderungen der UN-Menschenrechtskonvention zur Ermöglichung von Teilhabe wird unter anderem über den bestmöglichen Förderort diskutiert. Diese Diskussion wird bezogen auf die Förderschwerpunkte unterschiedlich geführt und die Umsetzungen in die Bildungssysteme der Bundesländer erfolgen uneinheitlich (vgl. z. B. Hinz 2009; Heimlich 2011). Bezogen auf den Bereich Sprache führt dies zu einem Spannungsfeld zwischen Beibehaltung des Förderortes Sprachheilschule bzw. Förderzentrum Sprache (exklusive Förderung) bis hin zur Unterrichtung von Schülern mit Förderbedarf im Bereich Sprache in einem inklusiven Bildungssystem (Homburg & Lütke 2004; Baumgartner et al. 2008; Dannenbauer 2009; Glück 2010).

In den Diskussionsbeiträgen zur Inklusion innerhalb der Fachdisziplin Sprachheilpädagogik wird deutlich, dass die Vereinbarkeit von Unterricht, Förderung und Sprachtherapie unter der Berücksichtigung des individuellen sprachlich-kommunikativen Lern- und Entwicklungskontextes des Kindes unabhängig vom Förderort im Vordergrund stehen muss. Das professionelle Konzept der Sprachheilpädagogik ist auf dem Wissen der Bezugsdisziplinen Medizin, Linguistik und Psychologie begründet

und leitet daraus die Handlungsformen der sprachheilpädagogischen Arbeit wie Beratung, Förderung, Unterricht und Therapie ab. Dieses vorrangig an exklusiven Förderorten entwickelte Konzept muss nun in neuen inklusiven Bildungssystemen verankert werden. Dies führt zu einer Spannungslage zwischen der Sorge um professionelle Umsetzung bis hin zur Neuausrichtung der Fachdisziplin zu einer inklusiven Sprachheilpädagogik (Motsch 2008; Glück & Mußmann 2009; Glück 2010; Homburg & Lütke 2004; Baumgartner et al. 2008). In diesem Zusammenhang wird ebenso die Frage diskutiert, inwiefern auch die vorübergehende Förderung an einem spezialisierten exklusiven Förderort die Forderungen der UN-Menschenrechtskonvention erfüllt, da sie die anschließende volle Teilhabe an der Gesellschaft (schulisch, beruflich, sozial) als Ziel verfolgt. Die hier vorgestellte Studie versteht sich als Beitrag zu dieser Diskussion.

2 Aufbau der Studie

2.1 Fragestellung / Zielsetzung

Die Betrachtung der Bildungsbiographien ehemaliger Schüler der Sprachheilschulen ist ein in der sprachheilpädagogischen Forschung vernachlässigter Bereich. So sind Beiträge zu diesem Thema älteren Datums (vgl. u.a. Schneider-Haber 1980; Wulff 1969). Zudem erheben die Kultus- und Bildungsministerien sowie die Bundesagentur für Arbeit keine statistischen Informationen in diesem Bereich.

Um diese Lücke zu schließen wurde durch den Fachbereich Sprachbehindertenpädagogik der Universität Leipzig eine Befragung der Einschulungsjahrgänge 1990-1993 an Sprachheilschulen im Rheinland und in Sachsen durchgeführt. Neben der Frage nach langfristigen Auswirkungen eines vorübergehenden oder noch bestehenden son-

derpädagogischen Förderbedarfs im Bereich Sprache auf die berufliche Perspektive der betreffenden Schüler interessierte zusätzlich die rückblickende Beurteilung des Förderortes Sprachheilschule, der in der aktuellen bildungspolitischen Diskussion steht.

Konkret standen folgende Fragestellungen im Fokus:

- Welche Bildungs- und Berufsabschlüsse erreichten ehemalige Schüler von Sprachheilschulen?
- In welchen Berufsfeldern sind sie gegenwärtig tätig?
- Welche Rolle spielten sprachliche Anforderungen bei der Berufswahl?
- Wie schätzen sie ihre aktuellen schriftsprachlichen und kommunikativen Fähigkeiten ein?
- Wie reflektieren sie retrospektiv den Förderort Sprachheilschule?

2.2 Methoden

Für diese Studie wurde die Methode der Fragebogenerhebung gewählt. Die Briefe mit den Fragebögen wurden von den Schulen adressiert und versandt. Die Rückantworten wurden über das beiliegende Antwortkuvert anonym direkt an die Universität Leipzig gesendet. Nur so konnte die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen und eine entsprechend große Anzahl potentieller Teilnehmer gewährleistet werden. Durch den überschaubaren Umfang, die verwendete einfache Sprache, das portofreie Rücksenden und die optionale Online-Version des Fragebogens wurde versucht, eine potentielle Teilnahme niedrigschwellig zu gestalten.

Die Autoren sind sich bewusst, dass durch die Methode der schriftlichen Befragung (freiwillige Untersuchungsteilnahme) nur ein ausgewähltes Klientel erreicht wird und dies zu Verzerrungen führen kann (vgl. Bortz & Döring 2005, 75f.; Sedlmeyer & Renkewitz 2008, 84ff.). Trotzdem können die oben genannten Fragestellungen nur über eine solche Methode beantwortet werden. Sie ist ein gängiges Mittel in der Sozialforschung und findet in anderen Studien der sprachheilpädagogischen Forschung Verwendung (z. B. Dürner & Schöler 2000; Grohnfeldt 2003).

2.3 Stichprobe

Im Zeitraum März bis November 2010 wurde eine Befragung der Einschulungsjahrgänge 1990-1993 von elf Sprachheilschu-

len im Rheinland (7) und in Sachsen (4) durchgeführt. Die geringere Zahl in Sachsen resultiert aus der Tatsache, dass die Schülerdaten der angefragten Jahrgänge an einigen Schulen nicht mehr vorlagen.

Die Stichprobengenerierung erfolgte in der Abwägung folgender Aspekte:

Durch die Festlegung auf Einschulungsjahrgänge wurde dem Status der Sprachheilschule als Durchgangsschule Rechnung getragen (vgl. Drave, Rumpler & Wachtel 2000), da der Großteil der Schüler spätestens nach der 4. Klasse die Sprachheilschulen in Richtung Regelschulen verlässt. Auf diese Weise erfasst man einen repräsentativen Querschnitt der Schülerschaft mit unterschiedlichen Störungsspezifika. Eine explizite Befragung von Abgängern der Sprachheilschulen, bei denen der Förderbedarf zumeist auch weiterhin besteht, würde allenfalls eine kleine Untergruppe mit anhaltenden Störungen repräsentieren. Diese ist in der Gruppe der Einschulungsjahrgänge mit enthalten.

Die Bundesländer Sachsen und Nordrhein-Westfalen wurden gewählt, um eine für Deutschland repräsentative Stichprobe zu generieren. Die Festlegung auf die Einschulungsjahrgänge 1990-1993 erfolgte, um die Einflüsse der politischen Wende auszuschließen. Aufgrund der gesellschaftlichen Veränderungen ab dem Jahr 1989 (z. B. im bildungspolitischen und beruflichen Bereich) würde eine Befragung noch früherer Jahrgänge zu einer Verzerrung der Daten führen. Zusätzlich war zu erwarten, dass die Rücklaufquote aufgrund von Umzug etc. schlechter sein würde. Eine Befragung späterer Jahrgänge würde im Gegensatz dazu führen, dass sich die befragten Personen aktuell noch in der Berufsausbildung befinden.

Insgesamt wurden 1285 Briefe über die teilnehmenden Schulen an ihre ehemaligen Schüler versendet. Diese Briefe enthielten neben dem Fragebogen einen frankierten Rückumschlag. Ebenso wurde den Teilnehmern die Möglichkeit der Beantwortung über ein Onlineformular gegeben. Wie aufgrund des Rückgriffs auf 20 Jahre alte Adressen zu erwarten war, konnte ca. die Hälfte von diesen Briefen nicht zugestellt werden. Bis Dezember 2010 wurden 92 Fragebögen zurückgesandt. Dadurch ergibt sich eine Rücklaufquote der 705 zustellbaren Briefe von ca. 13,0%.

2.4 Fragebogeninhalte

Bei der Zusammenstellung der Fragen wurde darauf geachtet, dass der Umfang des Frage-

bogens die angeschriebenen Personen nicht abschreckt, was ggf. zu einer schlechteren Rücklaufquote geführt hätte. Demzufolge umfasste der Fragebogen eine zweiseitig bedruckte DIN A4-Seite mit den Schwerpunkten • *Allgemeine Angaben* • *Schulbildung / Berufsausbildung* • *aktueller Beruf* • *Selbsteinschätzung der aktuellen sprachlichen / kommunikativen Fähigkeiten* sowie • *die Reflektion zum Förderort Sprachheilschule*.

Entsprechend dieser Schwerpunkte wurden Fragen und Aussagen zusammengestellt und möglichst eindeutig formuliert. Zur besseren Vergleichbarkeit wurden vorwiegend geschlossene Antwortmöglichkeiten vorgegeben und an einigen Stellen zusätzliche Begründungen zu den getroffenen Aussagen erbeten.

Neben **allgemeinen Angaben zur Person** (Geburtsdatum, Geschlecht) wurden der Einschulungszeitpunkt, die Verweildauer an der Sprachheilschule, die Entfernung der Sprachheilschule vom Wohnort und die Gründe der Beschulung an der Sprachheilschule erfragt. Hierzu war eine entsprechende Auswahl vorgegeben: • *verspätete Sprachentwicklung* • *Aussprachestörung* • *Stottern* • *Lese-Rechtschreib-Schwäche (LRS)* • *Sonstige*. Mehrfachnennungen waren möglich. Weiterhin wurde erfasst, ob zusätzlich eine außerschulische *logopädische oder sprachtherapeutische Behandlung* stattfand und wenn ja, ob dies *vor, während und/oder nach dem Besuch der Sprachheilschule* der Fall war.

Im Bereich der **Schulbildung** wurden die Schulabschlüsse • *Hauptschulabschluss* • *qualifizierter Hauptschulabschluss* • *Realschulabschluss* • *Abitur* bzw. • *ohne Abschluss* als Auswahl angeboten. Auch hier war die Möglichkeit der Mehrfachnennung gegeben.

Im Rahmen der Angaben zur **Berufsausbildung** wurden folgende Antwortmöglichkeiten vorgegeben: • *Besuch eines Berufsbildungswerkes, BvB (Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme)*, *BVJ (Berufsvorbereitendes Jahr)* • *Ausbildung/Lehre* • *Fachschule/Meisterschule* • *Studium* und • *ohne Berufsausbildung*. Ebenfalls sollten der Ausbildungsberuf bzw. die Ausbildungsberufe benannt werden und als • *abgeschlossen: ja* • *abgeschlossen: nein* bzw. • *bin noch in Ausbildung* zu kennzeichnen. Zusätzlich wurde der *aktuelle Beruf* erfragt. Ergänzt wurden diese Angaben durch folgende Fragen zum Einfluss sprachlicher Anforderungen auf die Berufswahl: • *Wie viel muss man in dem Beruf sprechen?* • *Hat man in dem Beruf häufig direkt mit Menschen zu tun* • *Muss man in dem Beruf viel Lesen?* • *Muss man in dem Beruf viel Schreiben?*

Wie schätzen Sie aktuell Ihre sprachlichen Fähigkeiten in folgenden Bereichen ein? Kreuzen Sie bitte an.	nie	selten	manchmal	oft
Ich habe Probleme beim Lesen von Zeitungen und Zeitschriften.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Probleme beim Lesen von Büchern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Probleme beim Formulieren von Briefen und E-Mails.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Probleme bei Gesprächen mit Freunden und Familie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Probleme bei Gesprächen mit Fremden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Probleme bei Gesprächen im Beruf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir ist es unangenehm, wenn jemand meine Sprachprobleme bemerkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich vermeide Situationen, in denen ich viel sprechen muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abbildung 1: Fragebogenausschnitt zur Erfassung der aktuellen sprachlichen Fähigkeiten

Unter „Sonstiges“ wurde weiterhin erfasst, ob *Zivildienst/Bundeswehr* absolviert oder/und ein Freiwilligendienst (FSJ, FÖJ, FKJ) angetreten wurde.

Die retrospektive **Einschätzung des Förderortes Sprachheilschule** wurde mit den folgenden Fragestellungen erfragt (Antwortmöglichkeiten: *ja*, *nein* und *kann ich nicht einschätzen*): • *Wird an der Sprachheilschule anders unterrichtet?* • *Haben Sie von der Sprachförderung an der Sprachheilschule profitiert?* • *Haben Sie vom Lernen in kleinen Klassen profitiert?* Bei den Fragen • *Haben Sie die Sprachheilschule gern besucht?* bzw. • *Würden Sie heute Eltern bei Sprachproblemen ihrer Kinder den Besuch einer Sprachheilschule empfehlen?* wurde neben der Antwortoptionen *ja* und *nein* eine Begründung für die Antwort erbeten.

Die **Einschätzung der aktuellen schriftsprachlichen und kommunikativen Fähigkeiten** wurden mit einer vierstufigen Skalierung (nie – selten – manchmal – oft) erfasst. Wie in der Abbildung 1 ersichtlich ist, betreffen die Items sowohl den privaten und damit geschützten Bereich (z. B. Gespräche mit Freunden) als auch Bereiche mit gehobenen sprachlichen Anforderungen (Gespräche mit Fremden, berufliche Gespräche, Formulieren von Briefen und Emails).

3. Ergebnisse

3.1 Allgemeine Angaben

Wie bereits oben beschrieben gingen 92 Bögen in die Auswertung ein. Die Teilnehmer waren zu 67,0% männlich und besuchten die Sprachheilschule durchschnittlich 2,75 Jahre (Wertebereich 1-6 Jahre). Das Verhält-

nis von 2/3 männlich und 1/3 weiblich entspricht damit der typischen Geschlechterzusammensetzung an Sprachheilschulen (vgl. Fromm, Schöler & Scherer 1998; Dürner & Schöler 2000). Die befragten Personen wurden zwischen 1990 und 1993 in der Sprachheilschule eingeschult und sind gegenwärtig zwischen 24 und 28 Jahren alt (Geburtsjahr 1983-1987). Das durchschnittliche Alter zum Zeitpunkt der Einschulung betrug 6;9 Jahre (Wertebereich 5;9 – 8;3 Jahre). Die Entfernung zur Sprachheilschule betrug im Mittelwert aller Teilnehmer 14,3 km (Wertebereich 0,5 – 50 km).

Bei den Angaben zum Grund für den Besuch der Sprachheilschule (Störungsproblematik) waren Mehrfachnennungen möglich. So gaben 46,7% der befragten Personen an, aufgrund einer verspäteten Sprachentwicklung die SHS besucht zu haben, 56,5% aufgrund von phonetisch-phonologischen Problemen (Aussprache) und 18,5% aufgrund einer Stottersymptomatik. Ebenfalls 18,5% gaben eine Lese-Rechtschreibstörung als Grund für den SHS-Besuch an. Aufgrund der Häufigkeit der Nennungen unter *Sonstiges* werden die Hörstörungen hier separat ausgewiesen (6,5%). Die anderen 10,9% der Teilnehmer, die im Bereich *Sonstige* Angaben machten, nannten folgende Gründe: Wahrnehmungsstörung (1,1%); Hyperaktivität, Frühgeburt (je 1,1%); Integrationsstörung, psychosomatischer Entwicklungsrückstand (je 1,1%); feinmotorische Probleme (1,1%); allgemeine Entwicklungsstörung / Entwicklungsverzögerung (2,2%); visuelle Wahrnehmungsstörung (1,1%); leichte geistige Behinderung (1,1%); leichtes, zaghaftes Sprechen (1,1%). Eine Person gab an, keine sprachliche Störung gehabt zu haben.

Die Häufigkeiten der Nennungen der Diagnosen phonetisch-phonologische Störung Sprachentwicklungsverzögerung und Stottern entspricht den Angaben der Verteilung in anderen Studien (vgl. z. B. Dürner & Schöler 2000).

Von den befragten Personen berichteten 43,7%, dass sie vor dem Besuch der SHS eine logopädische Behandlung erhielten. Während des Besuchs der SHS war dies bei 25,3% und nach dem Verlassen dieser Schule noch bei 17,2% der Befragten der Fall. Hierbei waren natürlich Mehrfachnennungen möglich. So gaben 10,3% aller Befragten an, dass sie vor und während des Besuchs der Sprachheilschule eine logopädische Behandlung erhielten. Vor, während und nach dem Besuch dieser Bildungseinrichtung erhielten 5,7% der ehemaligen Schüler (n=5) zusätzliche Sprachtherapie. Dies waren ausnahmslos Personen, die als Zuweisungsgrund „verspätete Sprachentwicklung“ angegeben hatten. 37,9% aller ehemaligen Schüler konstatieren, zu keinem Zeitpunkt eine zusätzliche logopädische Förderung erhalten zu haben.

3.2 Schulbildung / Berufsausbildung

Für den Bereich Bildungsabschluss waren unterschiedliche Antwortmöglichkeiten vorgegeben. Einen *Hauptschulabschluss* erreichten 28,3% und einen *qualifizierten Hauptschulabschluss* 8,7% der Befragten. Den *Realschulabschluss* erhielten 37,0% der ehemaligen Sprachheilschüler und 17,4% schlossen die Schule mit dem *Abitur* ab. Lediglich 5,4% gaben an *keinen Abschluss* zu haben, ohne dies noch näher zu bestimmen.

Unter *Sonstige* (3,3 %) fallen zwei Personen, die einen Abschluss der Schule zur Lernförderung bzw. „Förderschulabschluss“ angaben und eine Person, die keine Angaben in diesem Bereich machte (vgl. Abb. 2).

Die Berufsausbildung absolvierte der größte Teil der Befragten (79,3 %) im Rahmen einer Lehre, 6,5 % besuchten eine Fachschule und 10,9 % der Befragten studierten. Lediglich 3,3 % gaben an, keine Berufsausbildung zu haben. Des Weiteren wurden die ehemaligen Schüler befragt, ob Sie die Ausbildung an einem Berufsbildungswerk absolvierten. Dies bejahten 10,9 % der Teilnehmer. Weiterhin gaben 10,9 % an, vor ihrer Berufsausbildung eine Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme (BvB) besucht zu haben. 12,0 % der Teilnehmer durchliefen ein Berufsvorbereitendes Jahr (BvJ) (vgl. Abb. 3).

Den Angaben zum Ausbildungsberuf wurden Berufs-Kategorien zugeordnet (vgl. Bundesagentur für Arbeit 2010). Die größten Gruppen bildeten dabei Berufe aus dem Bereich Rohstoffgewinnung, Produktion und Fertigung mit 23,9 % sowie Berufe des Bereiches Gesundheit, Soziales, Lehre und Erziehung mit 18,5 % (vgl. Tab. 1).

3.3 Aktueller Beruf

Neben dem Ausbildungsberuf wurden die Teilnehmer der Fragebogenstudie nach ihrem aktuellen Beruf befragt. Hierzu machten 22,8 % der Befragten keine Angabe. 50,0 % sind weiterhin in ihrem Ausbildungsberuf tätig bzw. befinden sich noch in der entsprechenden Ausbildung. 10,9 % sind inzwischen in einem anderen Arbeitsfeld tätig. 5,4 % aller Teilnehmer haben nach einer abgeschlossenen Berufsausbildung ein Studium aufgenommen, 1,1 % absolvieren aktuell ein Freiwilliges Soziales Jahr. Von den beteiligten Personen geben 8,7 % an, gegenwärtig arbeitsunfähig zu sein. 1,1 % der Teilnehmer sind arbeitsunfähig.

3.4 Berufswahl

Neben den Angaben zum aktuellen und erlernten Beruf interessierten vor allem Fragen bezüglich der Berufswahl. Inwiefern ist diese bei Erwachsenen mit Sprachauffälligkeiten in der Kindheit von Überlegungen zu sprachlichen Anforderungen in den gewählten Berufsfeldern beeinflusst? Für diesen Bereich gaben 75,0 % der Befragten an, dass der Anteil an Sprache im gewählten Berufsfeld (*Wie viel muss man in dem Beruf sprechen?*) keinen Einfluss auf die Entscheidung hatte. Nur für 16,3 % der Befragten spielten

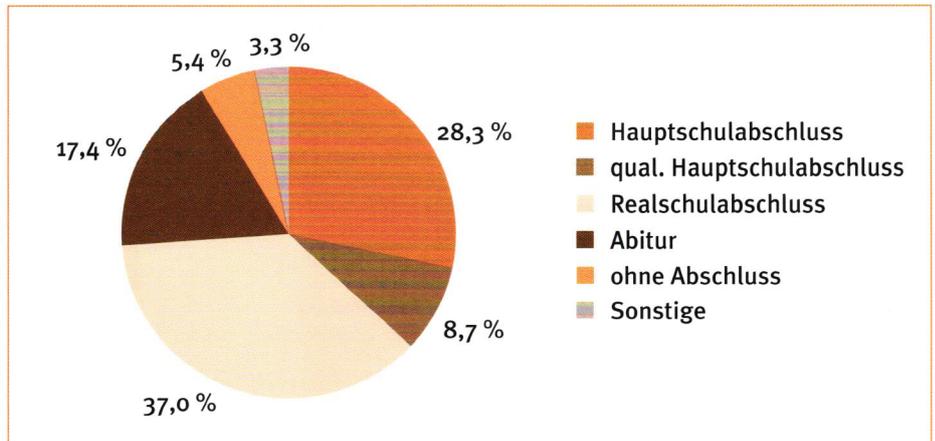


Abbildung 2: Erworbene Schulabschlüsse

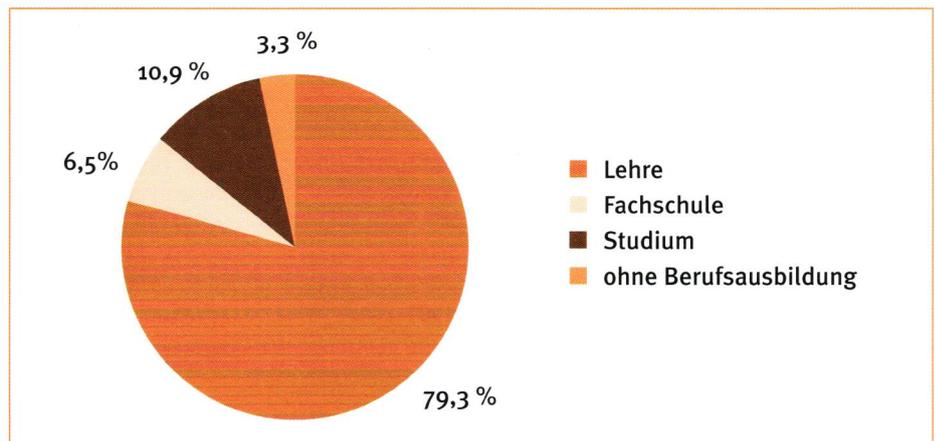


Abbildung 3: Art der Berufsausbildung

Berufsklassifizierung	n	Prozent
Land-, Forst- & Tierwirtschaft & Gartenbau	7	7,6 %
Rohstoffgewinnung, Produktion & Fertigung	22	23,9 %
Bau, Architektur, Vermessung & Gebäudetechnik	8	8,7 %
Naturwissenschaft, Geografie & Informatik	2	2,2 %
Verkehr, Logistik, Schutz & Sicherheit	7	7,6 %
Kaufmännische Dienstleistungen, Warenhandel, Vertrieb, Hotel & Tourismus	9	9,8 %
Unternehmensorganisation, Buchhaltung, Recht & Verwaltung	12	13,0 %
Gesundheit, Soziales, Lehre & Erziehung	17	18,5 %
Sprach-, Literatur-, Geistes-, Gesellschafts- & Wirtschaftswissenschaften, Medien, Kunst, Kultur & Gestaltung	0	0,0 %
Militär	0	0,0 %
keine Angabe; nicht klassifizierbar	8	8,7 %
Gesamt	92	100,0 %

Tabelle 1: Klassifizierung der angegebenen Berufe nach Bundesagentur für Arbeit (2010)

die sprachlichen Anforderungen eine Rolle, 8,7% machten keine Angaben in diesem Bereich.

Die nachfolgenden Fragen in diesem Bereich versuchten die sprachlichen Anforderungen im Berufsumfeld noch näher zu bestimmen und den Einfluss auf die Berufswahlentscheidung zu erfassen. Der Frage nach dem Kontakt mit Menschen (*Hat man in dem Beruf häufig direkt mit Menschen zu tun?*) haben 47,8% der Befragten in der Berufswahlentscheidung bedacht (nein: 44,6%, ohne Angabe: 7,6%). Nur für 29,3% war die Frage *Muss man in dem Beruf viel Lesen?* von Bedeutung. 63,0% gaben an, dass die Leseanforderungen keinen Einfluss auf ihre Berufswahl hatten (ohne Angabe: 7,6%). Für die Frage nach dem Einfluss der schriftlichen Anforderungen (*Muss man in*

dem Beruf viel Schreiben?) waren die Antworten in etwa gleich verteilt: ja: 31,5%; nein: 60,9%; ohne Angabe: 7,6%.

3.5 Selbsteinschätzung der sprachlichen / kommunikativen Fähigkeiten

Die Einschätzung der aktuellen schriftsprachlichen und kommunikativen Fähigkeiten wurden mit einer vierstufigen Skalierung (1-nie; 2-selten; 3-manchmal; 4-oft) erfasst (vgl. Abb. 1). Die Mittelwerte der Antworten liegen dabei fast ausschließlich im Bereich zwischen nie und selten (vgl. Abb. 4). Die Einschätzung von Problemen beim Formulieren von Briefen und E-Mails zeigt einen größeren Wert. Allerdings ent-

spricht auch dieser Wert (2,2) der Kategorie *selten*.

3.6 Reflektion zum Förderort Sprachheilschule

Die Angaben zum Förderort Sprachheilschule wurden zum einen durch vorgegebene Kategorien erfragt und zum anderen durch freie Antwortmöglichkeiten ergänzt. Der Wortlaut auf dem Fragebogen lautete: *Sie haben einige Jahre an der Sprachheilschule gelernt. Da aktuell über die Zukunft von Sprachheilschulen diskutiert wird, bitten wir Sie als ehemalige Schüler um folgende Einschätzungen.*

Die Befragten gaben zu 65,2% an, dass an der Sprachheilschule ihrer Meinung nach

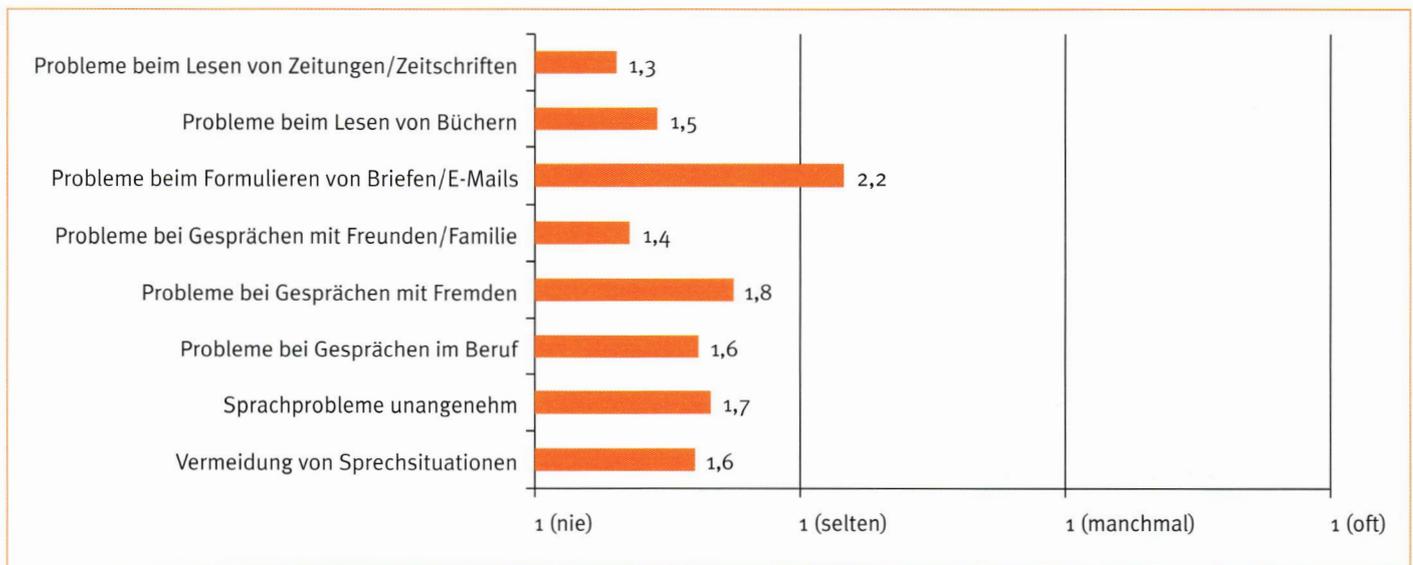


Abbildung 4: Mittelwerte der Selbsteinschätzung zu den aktuellen sprachlichen/kommunikativen Fähigkeiten

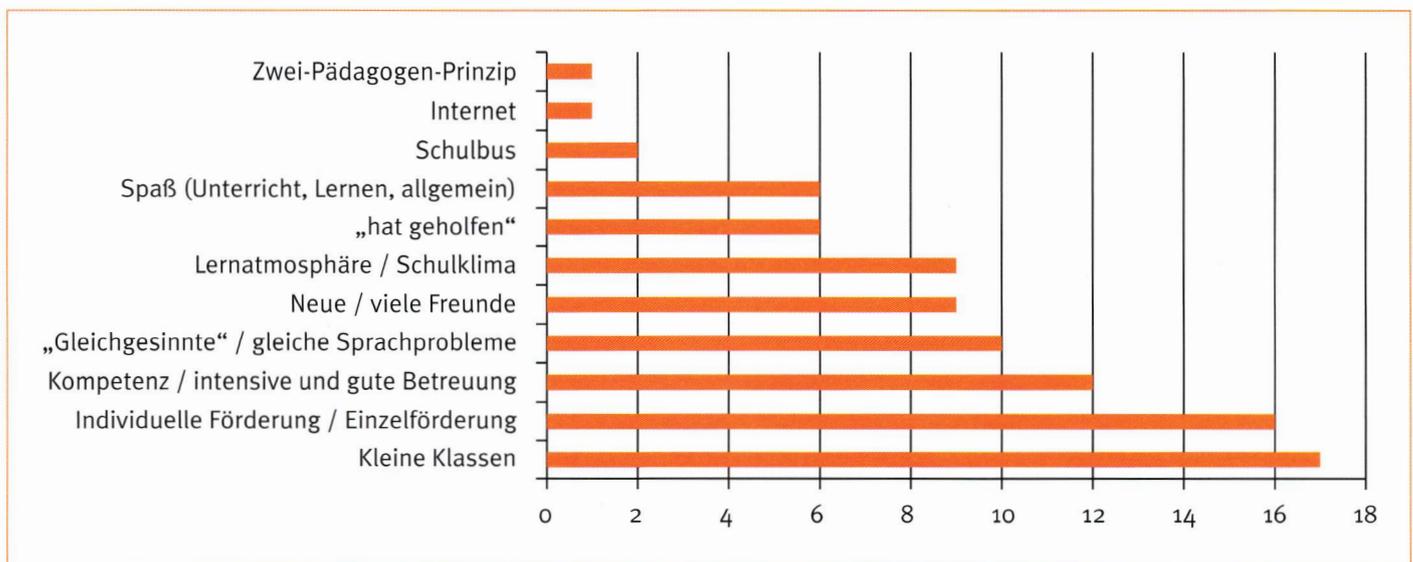


Abbildung 5: Nennungen zur Frage: Warum haben sie die Sprachheilschule gern besucht?

anders unterrichtet wird, für 6,5% unterscheidet sich der Unterricht nicht von anderen Schulen und 21,7% können diese Frage nicht einschätzen.

Auf die Frage, ob sie die Sprachheilschule gern besucht hätten, antworteten 88,0% mit ja, 7,6% mit nein und 4,3% machten keine Angaben in diesem Bereich. Die 7,6% der Teilnehmer, welche die Sprachheilschule nicht gern besuchten, gaben unterschiedliche Gründe für ihre negative Bewertung an (wegen Unterbringung im Internat; zu langweilig; keine Zeit für Freunde; wäre gern in Regelschule gegangen; Schule=Pflicht; hatte als Kind Heimweh – befürwortete aber rückblickend die Entscheidung der Eltern). Die mittlere Entfernung zur Sprachheilschule betrug bei diesen Teilnehmern 25,7 km (Wertebereich 15-40km) und war damit fast doppelt so hoch wie die Entfernung der Gesamtgruppe (14,3 km). Die Begründungen für die Antwort zur Frage, warum die Sprachheilschule gern besucht wurde, sind in Abbildung 5 dargestellt.

Die nächsten beiden Fragen betrafen zwei grundlegende Elemente der Sprachheilpädagogik. Zum Einen sollten die Befragten einschätzen, ob Sie von der Sprachförderung an der Sprachheilschule profitiert haben. Diese Frage beantworteten 80,4% der Befragten mit ja, 2,2% mit nein und 16,3% gaben an, diese Frage nicht beantworten zu können. Die zweite Fragestellung betraf die Klassengröße. Von kleinen Klassen haben 83,7% der Befragten profitiert, 10,9% können dies nicht einschätzen und 2,2% gaben an, von kleinen Klassen nicht profitiert zu haben. 3,3% enthielten sich einer entsprechenden Bewertung.

Ein weiterer Aspekt zum Förderort Sprachheilschule beinhaltete die Frage, ob die ehemaligen Schüler Eltern von Kindern mit Sprachproblemen den Besuch einer Sprachheilschule aus ihrer heutigen Sicht empfehlen würden. Diese Empfehlung würden 97,8% geben (vgl. Tabelle 2).

Als Begründung für die aktuelle Empfehlung der Sprachheilschule für Kinder mit Sprachproblemen wurden von den Befrag-

Grund der Empfehlung	Nennungen
Eingehen auf Kinder/ individuelle, intensive Förderung	17
Kleine Klassen	15
Förderung hat geholfen	12
Angezeigt bei deutlicher Indikation	5
Klima	4
Optimale Unterstützung; würden auf Regelschule untergehen/ Regelschulen sind noch nicht soweit, inklusiven Gedanken durchzuführen; mehr Selbstbewusstsein, Hoffnung und Selbstwertgefühl/Sicherheit, gut für Persönlichkeitsentwicklung; eigene positive Erfahrung	jeweils 3
Geschultes Personal	2
Das Lästern entfällt; gut für die Konzentrationsfähigkeit; geduldige Lehrer; Schulbus; weniger Druck; besserer Lernort für das Kind; konnte mit Besuch SHS Regelschule besuchen	jeweils 1

Tabelle 3: Begründung für die aktuelle Empfehlung der Sprachheilschule

ten am Häufigsten die schon oben genannten Aspekte *individuelle Förderung*, *kleine Klassen* und *Förderung hat geholfen* benannt.

Die weiteren Nennungen sind in Tabelle 3 dargestellt. Neben weiteren positiven Aspekten gab es auch Anmerkungen, die trotz der Empfehlung des Förderortes eine kritische Position zum Förderort Sprachheilschule einnehmen. *Nachteil: Vorbereitung auf das „wirkliche Leben? Probleme nach Umschulung auf Regelschule (Ellenbogengesellschaft); Eine eindeutige Indikation sollte vorliegen, nur nach guter Überlegung, wenn wirklich Fehler /Störung vorliegt, bei starker Sprachbehinderung.*

4 Schlussfolgerungen und Diskussion

Die vorliegende Fragebogenstudie untersuchte die Auswirkungen eines vorübergehenden oder noch bestehenden sonderpädagogischen Förderbedarfs im Bereich Sprache auf die Berufs- und Bildungsbi-

ographien der betreffenden Schüler, die retrospektive Beurteilung des Förderortes Sprachheilschule sowie die Einschätzung der aktuellen schriftsprachlichen und kommunikativen Fähigkeiten. Wie bereits unter Punkt 2.2 und 2.3 ausgeführt, wurden dafür Personen in den Bundesländern Sachsen und Nordrhein-Westfalen befragt, die in den Jahren 1990-1993 an einer Sprachheilschule eingeschult wurden. Insgesamt konnten 92 Fragebögen ausgewertet werden.

Die Verteilung der Diagnosekategorien (Gründe für den Besuch der Sprachheilschule) entspricht denen anderer Studien und damit der Zusammensetzung der Schülerschaft der Sprachheilschule (Grohnfeldt 2003; Schneider 2004; Dürner & Schöler 2000). Einzig die Gruppe der Stotterer scheint in dieser Stichprobe mit 18,5% etwas überrepräsentiert. Einen Sonderstatus nimmt die Diagnose LRS ein, da sie nicht der Grund für die Einschulung an der Sprachheilschule sein kann, sondern erst im Laufe des Schriftspracherwerbs zu diagnostizieren ist. Sie wurde von den Befragten zusätzlich zu einem anderen Einschulungsgrund (Sprachentwicklungsverzögerung und/oder Aussprachestörungen) benannt.

Den Autoren ist bewusst, dass eine störungsspezifische Diskussion interessant wäre, allerdings ist dies mit der vorliegenden Datenlage nur schwer möglich. Die Bildungsbiographie ist natürlich vom Störungsgrad und vor allem der Komplexität der Störung abhängig. Da in dieser Studie jedoch keine Experten, sondern die Betroffenen selbst zu ihrem sprachlichen Förderbedarf befragt

	ja	nein	weiß nicht	keine Angabe
Wird an der SHS anders unterrichtet?	65,2 %	6,5 %	21,7 %	5,4 %
Von Sprachförderung profitiert?	80,4 %	2,2 %	16,3 %	1,1 %
Von kleinen Klassen profitiert?	83,7 %	2,2 %	10,9 %	3,3 %
Heutige Empfehlung?	97,8 %	0,0 %	0,0 %	2,2 %

Tabelle 2: Angaben zum Förderort Sprachheilschule

wurden, konnten nur wenige und allgemein verständliche Diagnosekategorien vorgegeben werden. Diese Kategorien sind mit einer für eine solche Diskussion notwendigen Differentialdiagnose nicht vergleichbar (siehe auch Dürner & Schöler 2000). Zudem standen nicht die Zukunftsperspektive bei bestimmten Sprachstörungen im Fokus, sondern Bildungsbiographien ehemaliger Sprachheilschüler und eine Evaluation des Förderortes Sprachheilschule, was eine Vielzahl an Störungsbildern subsummiert. Als Illustration sei hier jedoch angemerkt, dass sich in der Gruppe der Abiturienten alle oben genannten Diagnosekategorien mindestens einmal wiederfinden.

Berufs- und Bildungsbiographien

Der Förderort Sprachheilschule (SHS) ist als Durchgangsschule konzipiert (vgl. Drave, Rumpler & Wachtel 2000) und wurde von den Befragten auch als solche erlebt. Keiner der teilnehmenden ehemaligen Schüler der SHS hat seinen Schulabschluss an diesem Förderort erhalten. Die Schüler besuchten die SHS für durchschnittlich 2,75 Jahre und setzten ihren Bildungsweg im Anschluss an anderen Schulen fort.

Wie bereits oben ausgeführt sind sprachliche Fähigkeiten grundlegend für den Schulerfolg. Selbst bei Kindern und Jugendlichen mit überwundenem Förderbedarf im Bereich Sprache sind weitere Auffälligkeiten im Lernen und im Kommunikationsverhalten zu beobachten (vgl. u.a. Jedik 2004; Schlamp-Diekmann 2007). In der hier vorliegenden Befragung konnten in den Bildungsbiographien dieser ehemaligen Sprachheilschüler trotzdem alle Schulabschlüsse aufgezeigt werden. Da der Zeitpunkt des Bildungsabschlusses der befragten Personen zwischen 2000 und 2005 lag, muss der Vergleich zur Statistik des Jahres 2002/2003 erfolgen (vgl. Bundesagentur für Arbeit 2006) und ist in Tabelle 4 dargestellt. Die gefundenen Unterschiede in den Prozentwerten für die Bildungsabschlüsse im Vergleich Bundesdurchschnitt vs. Stichprobe sind dabei geringer als von den Autoren erwartet.

Die vorliegenden Daten zeigen, dass am exklusiven Förderort Sprachheilschule die Grundlage für ein erfolgreiches Lernen gelegt werden konnte. So erreichten die befragten Personen trotz eines sprachlichen Förderbedarfes zu Beginn der Schullaufbahn einen ihren Fähigkeiten entsprechenden Schulabschluss. Dies unterstreicht ebenfalls die Zahl von 17,4% der Befragten, welche im Rahmen der Berufsausbildung ein Studium aufnahmen oder an einer Fachschule lernten.

Auch die Betrachtung der erlernten und aktuell ausgeübten Berufe ehemaliger Schüler der Sprachheilschulen zeigt das gesamte Berufsspektrum auf. Nach Angaben der befragten Personen spielten Überlegungen zu den eigenen sprachlichen Fähigkeiten und den Sprachanforderungen in den gewählten Berufen nur eine untergeordnete Rolle bei der Berufswahl (Sprachanforderungen allgemein: 16,3%; viel Lesen: 29,3%; viel Schreiben: 31,5%). Am meisten bedachten die ehemaligen Sprachheilschüler die Frage nach der Häufigkeit des Kontaktes mit Menschen (47,8%). Wichtiger ist jedoch die Tatsache, dass zwischen 50% und 75% der Befragten ihre Berufswahlentscheidungen nicht von den sprachlichen Anforderungen abhängig machten. Dies spricht für das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und einen überwundenen Förderbedarf.

Beurteilung des Förderortes Sprachheilschule

Der Förderort Sprachheilschule steht in der aktuellen bildungspolitischen Diskussion. Vorbehalte gegenüber diesem exklusiven Förderort werden durch die Rückmeldungen der ehemaligen Schüler von Sprachheilschulen teilweise entkräftet:

So zeigte sich die Sprachheilschule mit einer durchschnittlichen Besuchszeit von 2,75 Jahren als Durchgangsschule, die im Rückblick als positive und notwendige Hilfe angesehen wird. Hier sprechen die Rückmeldungen für sich: Über 80% der für diese Studie befragten ehemaligen Schüler der SHS haben, so ihre eigene Einschätzung, von der Sprachförderung an der Sprachheil-

schule profitiert. 98% von ihnen würden Eltern, die heute vor der Entscheidung stehen ihr Kind am Förderort Sprachheilschule einzuschulen, dazu raten. Sie können diese Entscheidung vor dem Hintergrund ihrer eigenen Biographie empfehlen. So profitierten sie von ausgebildetem kompetentem Fachpersonal, intensiver und individueller Betreuung, Anerkennung der Sprachprobleme und geringerem Leistungsdruck sowie von kleinen Klassen. Damit wurden grundlegende Aspekte der sprachheilpädagogischen Arbeit als Begründung angeführt.

Als wichtiges Ergebnis der Studie steht des Weiteren der Befund, dass die SHS retrospektiv positiv wahrgenommen wird. So scheinen vor dem Hintergrund der aktuellen Ergebnisse Ängste, die Schüler von Sprachheilschulen vor dem Übertritt an weiterführende Schulen im Regelbereich haben (vgl. Gieske & von Ophuysen 2008), unbegründet, zumal auch Eltern von Schülern mit dem Förderschwerpunkt Sprache den Förderort Sprachheilschule positiv reflektieren (vgl. Grohnfeldt 2003; Ritterfeld 2010; Ritterfeld et al. in diesem Heft).

Einschätzung der aktuellen schriftsprachlichen und kommunikativen Fähigkeiten

Die Einschätzung der aktuellen sprachlichen und kommunikativen Fähigkeiten deutet auf überwundene Sprachproblematiken hin. Weder in den Einschätzungen zu sprachlichen Kompetenzen im privaten und damit geschützten Bereich (z.B. Gespräche mit Freunden) noch in Bereichen mit gehobenen sprachlichen Anforderungen (Gespräche mit Fremden, berufliche Gespräche, Formulieren von Briefen und Emails) wurden von den befragten Personen Probleme berichtet. Dieser Befund muss insofern eingeschränkt werden, als dass er die subjektive Einschätzung der Befragten widerspiegelt.

Ausblick / Schlussfolgerungen für die Sprachheilpädagogik

Der (exklusive) Förderort Sprachheilschule wurde von den befragten ehemaligen Schülern als notwendiger und hilfreicher Abschnitt in ihren Bildungs- und Berufsbiographien erlebt und positiv reflektiert. Durch die vorübergehende Förderung an der Sprachheilschule wurde für diese Personen damit Teilhabe ermöglicht.

In der retrospektiven Beurteilung der Befragten prägten den Förderort Sprachheilschule Fachkompetenz, individuelle Förderung, Verständnis für die Störungsspezifika der Schüler sowie kleine Klassen. Dies spiegelt die geforderte Vereinbarkeit

Bildungsabschluss	Schulabschlüsse 2002/2003	aktuelle Studie
ohne Hauptschulabschluss	8,9 %	8,7 %
Hauptschulabschluss	26,0 %	37,0 %
mit Realschulabschluss	40,5 %	37,0 %
Hochschulreife	24,7 %	17,4 %

Tabelle 4: Bildungsabschlüsse im Vergleich (vgl. Bundesagentur für Arbeit 2006)

von Unterricht, Förderung und Sprachtherapie unter der Berücksichtigung des individuellen sprachlich-kommunikativen Lern- und Entwicklungskontextes wieder. Der professionelle Anspruch der Sprachheilpädagogik muss es sein, eine solche Förderung unabhängig vom Förderort auch weiterhin zu gewährleisten (vgl. Homburg & Lüdtke 2004; Glück & Mußmann 2009; Glück 2009; Motsch 2009).

Dank

Das Projekt wurde gefördert durch die Rheinische Stiftung für Bildung, Wissenschaft und berufliche Integration.

Für die Unterstützung danken wir den dgs-Landesgruppen sowie den beteiligten Sprachheilschulen im Rheinland und in Sachsen. Für Hilfen bei der Erstellung des Online-Formulars danken wir Michael Evers. Weitere Informationen zum Projekt „Schule – und dann? Berufliche Perspektiven von Schülern mit sonderpädagogischem Förderbedarf im Bereich Sprache“ finden Sie auch im Internet unter: <http://www.sprache-beruf.de>.

Literatur

- Bachmann, J., Königstein, B., Jäger, B. & Mosler, J. (2001): Modell zur Verbesserung der Berufsreife von Schülerinnen und Schülern der Hauptstufe. Die Sprachheilarbeit 46, 5, 224-232.
- Baumgartner, S., Glück, C. W., Reber, K. & Schönauer-Schneider, W. (2008): Memorandum zur disziplinären Entwicklung der Sprachheilpädagogik. URL: <http://www.dgs-ev.de/fileadmin/bilder/dgs/pdf-dateien/Memorandum2008.pdf> (Aufruf am 08.02.2011).
- Bortz, J. & Döring, N. (2005): Forschungsmethoden und Evaluation. Berlin: Springer.
- Bundesagentur für Arbeit (2006): Schulabgänger 2003/2004. URL: <http://statistik.arbeitsagentur.de/cae/servlet/contentblob/11354/publicationFile/599/schulabgaenger-2003-2004.pdf> (Aufruf am 19.12.2010).
- Bundesagentur für Arbeit (2010): Klassifikation der Berufe. Stand 24.09.2010. URL: <http://statistik.arbeitsagentur.de/cae/servlet/contentblob/10446/publicationFile/4630/KldB2010-Berufsliste.pdf> (Aufruf am 19.12.2010).
- Dannenbauer, F.M. (2009): Totgesagte leben länger – ein Intermezzo. In: Schönauer-Schneider, W. & Baumgartner S. (Hrsg.): Sprachheilpädagogik im Wandel. Wenn Forschung Praxis verändert. Festschrift zum 60. Geburtstag von Prof. Dr. Manfred Grohnfeldt. Rimpar: edition freisleben.
- Drave, W., Rimpler, F. & Wachtel, P. (2000): Empfehlungen zur sonderpädagogischen Förderung. Allgemeine Grundlagen und Förderschwerpunkte (KMK). Würzburg: edition bentheim.
- Dürner, J. & Schöler, H. (2000): Die Schülerschaft der Schulen für Sprachbehinderte in Baden-Württemberg. Ergebnisse einer Elternbefragung. Die Sprachheilarbeit 45, 5, 200-208.
- Fromm, W., Schöler, H. & Scherer, C. (1998): Jedes vierte Kind sprachgestört? Definition, Verbreitung, Erscheinungsbild, Entwicklungsbedingungen und -voraussetzungen der Spezifischen Sprachentwicklungsstörung. In: Schöler, H., Fromm, W. & Kany, W. (Hrsg.): Spezifische Sprachentwicklungsstörung und Sprachlernen (21-64). Heidelberg: Winter.
- Gieske, M. & von Ophuysen, S. (2008): Erwartungen an den Übergang: Wie Schüler der Förderschule mit dem Förderschwerpunkt Sprache den Wechsel zur weiterführenden Schule einschätzen. Heilpädagogische Forschung 34, 2, 80-90.
- Glück, C.W. (2009): Auf ein Wort: Drei aus Theorie und Praxis gewonnene Ideen, wie man die ethische Zielvorstellung einer inklusiven „Schule für Alle“ desavouieren kann. Die Sprachheilarbeit 54, 5, 188-189.
- Glück, C. W. (2010): Mit Sprache teilhaben. Positionspapier dgs-ev. online im Internet: URL: http://www.dgs-ev.de/fileadmin/bilder/dgs/pdf-dateien/Positionspapier_MitSprache_Inklusion.pdf (Aufruf am 19.12.2010).
- Glück, C. W. & Mußmann, J. (2009): Inklusive Bildung braucht exklusive Professionalität – Entwurf für eine 'Inklusive Sprachheilpädagogik'. Die Sprachheilarbeit 54, 5, 212-219.
- Grohnfeldt, M. (2003): Die Sprachheilschule vor neuen Herausforderungen. Zum 50-jährigen Bestehen der Sprachheilschule in Dresden. Die Sprachheilarbeit 48, 3, 105-113.
- Heimlich, U. (2011): Inklusion und Sonderpädagogik. Die Bedeutung der Behindertenrechtskonvention (BRK) für die Modernisierung sonderpädagogischer Förderung. Zeitschrift für Heilpädagogik 62, 2, 44-54.
- Hinz, A. (2009): Inklusive Pädagogik in der Schule – veränderter Orientierungsrahmen für die schulische Sonderpädagogik!? Oder doch deren Ende?? Zeitschrift für Heilpädagogik 60, 5, 171-179.
- Homburg, G. & Lüdtke, U. (2004): Einblicke und Ausblicke – Ein Interview zu aktuellen Herausforderungen der Sprachheilpädagogik. In: Lüdtke, U. (Hrsg.): Fokus: MENSCH. Subjektzentrierte Unterrichts- und Therapiemodelle in der Sprachbehindertenpädagogik. Rimpar: edition von freisleben.
- Jedik, L. (2004): Fragen der Diagnostik und spezifischen Förderung bei der Berufsbildung sprachgestörter Jugendlicher. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Band 5: Bildung, Erziehung und Unterricht (366-374). Stuttgart: Kohlhammer.
- Motsch, H.-J. (2008): Deprofessionalisierung der (Sprach-)Heilpädagogik – internationalisiert, inkompetent, wegrationalisiert. Vierteljahrszeitschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete (VHN) 77, 1, 4-10.
- Motsch, H.-J. (2009): Förderschwerpunkt Sprache: Stillstand oder zukunftstaugliche Innovation? (233-245) In: Wember, F.B. & Prändl, S. (Hrsg.): Standards der sonderpädagogischen Förderung. München: Ernst Reinhardt.
- Ritterfeld, U. (2010): „Zur Sprache bringen – Disziplinen im Dialog“; Projekt „Sprache 2010“. Dortmund: Impulsreferat zur Eröffnung des dgs-Kongresses 2010.
- Ritterfeld, U., Lüke, C., Dürkoop, A.-L. & Subellok, K. (2011): Schulfriedenheit und Entscheidungsprozesse in Familien mit sprachauffälligem Kind. Die Sprachheilarbeit, 56, 2, 66-77.
- Sallat, S. & Spreer, M. (2010): Schule – und dann? – Der Übergang in die Berufsausbildung im Fokus der Sprachheilpädagogik. Die Sprachheilarbeit 55, 4, 190-193.
- Schlamp-Diekmann, F. (2007): Spezifische Sprachentwicklungsstörungen im Jugendalter. Berlin: Spiess.
- Schneider, W. (2004): Sprachheilschulen, Förderzentren und integrative Schulformen. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Band 5. Bildung, Erziehung und Unterricht (331-345). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schneider-Haber, H. (1980): Die Überleitung Sprachbehinderter in den Beruf. In: Knura, G. & Neumann, B. (1980): Handbuch der Sonderpädagogik. Band 7. Pädagogik der Sprachbehinderten. (464-483). Berlin: Marhold.
- Sedlmeyer, P. & Renkewitz, F. (2008): Forschungsmethoden und Statistik in der Psychologie. München: Pearson.
- Wulff, J. (1969): Berufsberatung bei Sprachgestörten. In: Hesse, G. & Wegener, H. (Hrsg.): Enzyklopädisches Handbuch der Sonderpädagogik. Berlin: Marhold.

Korrespondenzadresse

Dr. phil. Stephan Sallat
August-Bebel-Straße 59
04275 Leipzig
info@stephan-sallat.de
www.stephan-sallat.de

Dr. phil. Stephan Sallat ist Sprachheilpädagoge und promovierte 2007 in Gießen. Zurzeit arbeitet er als Lehrer an der Sächsischen Landesschule für Hörgeschädigte, Förderzentrum Samuel Heinicke in Leipzig. Seine gegenwärtigen Forschungsschwerpunkte neben dem hier vorgestellten Projekt sind: Spezifische Sprachentwicklungsstörungen; Prosodieverarbeitung; Zusammenhänge zwischen Musik und Sprache; Musikverarbeitung und Musiktherapie bei Kindern mit Sprach- und Kommunikationsstörungen.

Markus Spreer
Universität Leipzig
Erziehungswissenschaftliche Fakultät
Institut für Förderpädagogik
Sprachbehindertenpädagogik
Marschnerstr. 29-31
04109 Leipzig
m.spreer@rz.uni-leipzig.de

Markus Spreer ist Sprachheilpädagoge und seit 2007 als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Fachbereich Sprachbehindertenpädagogik der Universität Leipzig tätig. Seine gegenwärtigen Forschungsprojekte neben dem hier vorgestellten Projekt sind: Prosodische Fähigkeiten Spezifisch sprachentwicklungsgestörter Kinder; Wortschatz- und Sprachverständnisleistungen von Schülern im Förderschwerpunkt „Motorische Entwicklung“.

Therapieraum / Klassenzimmer

„Was ich alles kann“: Theaterprojekt zur Kulturellen Bildung an einer Förderschule mit dem Schwerpunkt Geistige Entwicklung

Malah Helman, Berlin

Zusammenfassung

In dem Projekt „Was ich alles kann“ wurde mit Schülerinnen der Grundstufe einer Förderschule mit dem sonderpädagogischen Förderschwerpunkt „Geistige Entwicklung“ ein eigenes Theaterstück zum Thema erarbeitet. Nicht Defizite, sondern individuelle Fähigkeiten sind wichtig. Stück und Figuren wurden aus Ideen der Schülerinnen entwickelt, Kostüme und Plakat von ihnen selbst gestaltet. Dies beruht auf der Idee, dass es das Selbstermächtigen ist, das wesentlichen Anteil am menschlichen Erkenntnisprozess hat. Die künstlerische Arbeit ist vernetzt und ganzheitlich, bildnerische Gestaltung, körperliche Aktion, sprachliche und musikalische Elemente ergänzen einander. Für Kinder und insbesondere Kinder mit Behinderungen werden die Vorgänge auf verschiedenen Ebenen erlebbar.

Projektidee

Mein Projekt steht unter dem Motto „Ungewöhnlich(es) Lernen“. Es soll die individuelle Bewusstseinsbildung durch kreative und körperliche Prozesse im Kontext von Behinderung und gesellschaftlicher Problematik fördern. Meine Projekte in der Kulturellen Bildung entstehen aus den Schülerinnen, als Künstlerin sind für mich gesellschaftliche Themen wesentlich. Die Idee entstand 2009 während meiner ersten Arbeit an einer Förderschule. Hier habe ich festgestellt, dass jedes Kind individuelle Fähigkeiten hat, aber unser gesellschaftliches Wertesystem aus dieser Vielfalt nur wenige anerkennt. So verfügen viele Kinder mit Behinderungen über Qualitäten in der bildnerischen Gestaltung und sozialen Kommunikation. Kinder mit Down-Syndrom können durch Ermutigung zu Gebärdensprache und Pantomime eine hohe körperliche Ausdrucksfähigkeit errei-

chen. In Förderschulen finden sich zu großen Anteilen sozial benachteiligte Kinder, deren Umfeld eine Entfaltung erschwert. Hier ist es wichtig, Möglichkeiten zu finden, die dem Kind helfen, die erfahrenen Defizite zu kompensieren.

Im Sinne der Behindertenkonvention und des „sozialen Modells“, das Behinderung in erster Linie unter dem Gesichtspunkt unzulänglicher gesellschaftlicher Bedingungen betrachtet, wird die Emanzipation der Kinder selbst zum Thema gemacht. Sie werden in ihrem Selbstbewusstsein bestärkt und ermutigt, ihre individuellen Fähigkeiten zu entdecken und zu erproben. Ich betrachte die Kinder in meinen Projekten als eigenständige Wesen, die wie wir alle verschiedene Schwächen haben, für die eine Brücke gebaut werden kann.

Teilnehmer

Das Theaterprojekt fand in drei Klassen mit 22 Schülerinnen zwischen acht und zehn Jahren statt. Die Kinder zeigten:

- Kognitive Schwächen
- Konzentrationsschwächen
- LRS
- Autismus
- Down-Syndrom
- Verschiedene Sprach- und Sprechstörungen (Lispeln, Schwierigkeiten im Satzbau)
- Soziale Benachteiligung.

Zeitliche Struktur

„Was ich alles kann“ bestand aus vier Arbeitsschritten, die pro Klasse an zwei Tagen pro Woche mit einer Gesamtdauer von 9 Wochen durchgeführt wurden (Tab. 1).

1. und 2. Woche	3. und 4. Woche	5. und 6. Woche	7. bis 9. Woche
Einführung Teil 1: Ich ...	Teil 2: Ich kann ...	Teil 3: Ich will werden ...	Teil 4: Unser eigenes Theaterstück entsteht ...

Tab. 1: Zeitlicher Ablauf des Theaterprojektes

Die Arbeitsschritte

Zu Beginn des Projekts stelle ich eine Materialsammlung zur Verfügung. Einige Fragestellungen werden beispielhaft mit Bilderbüchern besprochen und mit einem Spiel eingeführt. Auch sollen die kulturelle Bildung und die Möglichkeiten künstlerischen Schaffens durch das Vorstellen und Vorlesen von Büchern erweitert und stimuliert werden. Das Spiel ermöglicht eine praktische Annäherung an das Thema.



Abbildung 1: Geschichten, die die Welt und ein Thema illustrieren, sind wichtig für die kindliche Entwicklung. (Foto: Medina Lang)

Teil 1: Ich – Anlegen und Vertiefen des Themas (Aussehen; Gefühle: was mag ich/nicht; Wünsche und Träume)

Das Thema „Ich, Aussehen, Wünsche und Träume“ wurde mit verschiedenen Geschichten interaktiv erzählt. Das Kinderspiel „Ich bin in den Brunnen gefallen. Wer soll dich da rausholen? Der, der am besten... kann.“ wurde verwendet, um das Thema „Können“ spielerisch einzuführen. Die daran anschließende bildnerische Gestaltung, z. B. Zeichnen, Malen und Collage, ist ein wesentlicher Teil des Arbeitsprozesses, der vor der Arbeit

mit dem Körper, dem Raum, der Bewegung parallel zu der Projekteinführung beginnt. Nach der bildnerischen Einheit in einer festen Aufgabenstellung schließt sich in einer kleineren Zeiteinheit das freie Gestalten an. Der visuelle Arbeitsprozess, die aktive, intensive und individuelle Beschäftigung mit einem Gegenstand oder Thema regt die Konzentrationsfähigkeit an, schult die selektive Aufmerksamkeit und unterstützt die kognitiven und kreativen Fähigkeiten.



Abbildung 2: In „Was ich alles kann“ war die Umrisszeichnung der erste Arbeitsschritt. Im Verlauf der Themeneinheit entstand ein lebensgroßes Selbstporträt, das um weitere Aspekte des Selbst bereichert wurde: Lieblingskleidung entwerfen, etwas, was ich mag, auf das Bild bringen, was ich gerne esse oder nicht gerne esse, meine Wünsche und Träume. (Foto: Medina Lang)

Dabei sind ein vernetzter Ansatz und interessante Umsetzung wichtig. Beispielsweise wurde in der Klasse, in der schon Worte geschrieben wurden, das Lieblingswort erfragt, auf dem Porträt angebracht und auf Tonband aufgenommen (am Ende des Projekts entstand aus allen Aufnahmen parallel zum Stück noch ein Hörspiel). Das Wort wurde also nicht nur geschrieben (visuell), sondern auch aufgezeichnet (auditiv). Nachdem wir verschiedene Traumbilder erarbeitet hatten, haben die Kinder für jedes Kind die Elemente seines Traums (Wildnis, Schiff, Kerzen, Autos, Sportschuhe, usw.) aus Zeitschriften ausgeschnitten, die dann von dem Träumer auf sein Porträt geklebt worden sind. Hier war die gemeinschaftliche Umsetzung wichtig: Ich helfe jemandem, seinen Traum darzustellen. Später wurden die Träume noch einmal gemalt. Das Spiel „Ich sehe was, was du nicht siehst“ wurde zu „Ich sehe jemanden, der hat an, sein Lieblingswort ist, er träumt von, etc.“ modifiziert und regelmäßig eingesetzt, um den Erkenntnisprozess über sich und andere zu unterstützen. Bei Kindern mit kognitiven Schwächen fungiert die visuelle und vernetzte Umsetzung wie eine Brücke; Umrisse anlegen, etwas aus-

schneiden, dann abmalen, sich etwas überlegen und ansehen, das Angesehene und Entwickelte mit einem Spiel besprechen. Zudem kommt dem visuellen Sinn neben den anderen zwei „Haupt“Sinnen eine zentrale Bedeutung zu („sich ein Bild machen“).

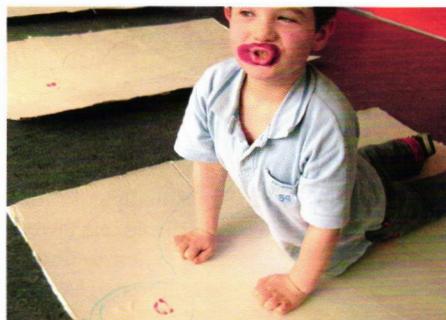


Abbildung 3: Mit den jüngeren Schülerinnen wurden einige Körperteile (Mund, Hände, Füße) auf den Porträts mit Abdrücken angebracht. Zu diesen wird im zweiten Teil eine Pantomime erfunden, die mit einem Bewegungslied in das Stück eingeht. (Foto: Malah Helman)



Abbildung 4: Das Bewegungslied im Theaterstück. (Foto: Eva Heldmann)

Die Schülerinnen haben intensiv an ihren Porträts gearbeitet und sich genau überlegt, welche Farben sie einsetzen, wie ihre Kleidung aussieht, was sie sich wünschen. Sehr spannend war die gemeinschaftliche Umsetzung der Träume und die Beschreibung der Mitschüler in dem Spiel „Ich sehe jemanden, der ...“. Zum Schluss ist es allen gelungen, jemanden zu beschreiben und zuzuordnen. Aus einigen Porträts ergab sich eine Kontinuität und Weiterentwicklung zu Figuren des späteren Stücks: der Junge, der sich Turnschuhe und einen Fußball wünschte, wurde der Junge, der gut Fußball spielen kann; der Junge, der von der Wildnis träumte, wurde ein Forscher, das Mädchen mit dem schwarzen Kleid legte auch ihr Kostüm so an.

Zu Beginn des Unterrichts wurden aufgrund des Bedarfs (Konzentrationschwä-

che, Hyperaktivität) am Morgen die Progressive Muskelentspannung nach Jacobsen (von den Kindern als „Gymnastik“ bezeichnet) eingesetzt. Die Schülerinnen haben die Form sehr schnell begriffen, so dass jeden Morgen ein anderer Schüler die „Gymnastik“ angeleitet und vorgemacht hat. Der Projekttag schloss mit einer Entspannung mit (Ambient-)Musik, dies war speziell für die Jüngeren schwierig, jedoch half anfangs ein Kuscheltier, die Entspannung zu unterstützen. Auch die Entspannung, für die am Schluss eine eigene Musik komponiert wurde, integrierte sich als gemeinsame Traumphase mit dem Publikum in das Stück.



Abbildung 5: Umsetzung der Entspannungsarbeit im Stück. Die Darsteller fordern das Publikum auf, sich hinzulegen und mit ihnen zu träumen. (Foto: Eva Heldmann)

Teil 2: „Ich kann“ – Erfahren und Erfassen der eigenen Fähigkeiten und pantomimische Umsetzung

Zu diesem Komplex gab es zwei Geschichten: Erzählt wurden das Märchen von den Bremer Stadtmusikanten (jedes Tier kann etwas, am Ende bekommen die Tiere ein Haus) und die Geschichte vom Pinguin, der gerne fliegen wollte und herausfindet, dass er zwar nicht fliegen, aber sehr gut schwimmen kann. Zum Thema „Ich kann“ wurde ein „Parcours der Fähigkeiten“ aufgebaut, an



Abbildungen 6: „Parcours der Fähigkeiten“, Jonglieren. Alle Fähigkeiten fließen später in die Figurengestaltung ein. (Foto: Malah Helman)

Spielstationen konnten Fähigkeiten spielerisch ausprobiert werden: balancieren, rennen, hören, Fußball spielen, Haus bauen, Gegenstände merken, Wattelauf, fotografieren, Schleife binden. Der „Parcours“ ist durch die Beobachtung der Kinder entwickelt worden und deckte ein möglichst breites Spektrum an Entfaltungsmöglichkeiten ab, das auch die im Unterricht bereits erworbenen (besonderen) Kenntnisse integrierte.



Abbildungen 7: In dem Theaterstück können die Zauberer gut jonglieren. Projektentwicklung und Entwicklung des Stücks verschränken sich, eine Verfahrensweise, die Kinder mit kognitiven Schwächen im Lernprozess unterstützt. (Foto: Eva Heldmann)

Anschließend wurden einige dieser Fähigkeiten in Pantomime umgesetzt und geübt. Etwas manuell (Teil 1) oder körperlich (Teil 2) zu erfahren und zu entwickeln fördert den Erkenntnisprozess. Die pantomimische Umsetzung fördert die Beobachtungsgabe, den körperlichen Ausdruck, die sprachliche und motorische Entwicklung und das Koordinationsvermögen. Die Kombination von Bild, Text, Musik, und Bewegung als Sinneinheit vernetzt die verschiedenen Vorgänge und macht sie „plastisch“.

Die Bewegungspantomimen wurden mit den Schülerinnen intensiv geübt, z. B. barfuß, die entsprechende Körperenergie, Impuls, Bewegungsablauf und Koordination wurden neben Vormachen in verschiedenen Varianten und Stadien dadurch vermittelt, dass ich sie bei der Bewegungsausführung unterstützte, in dem ich hinter ihnen stand und die Bewegungsimpulse anregte und simulierte. Das Kinderspiel „Ich bin in den Brunnen gefallen. Wer soll Dich da raus holen? Der, der am besten... kann.“ wurde weiterhin verwendet um die entwickelten Bewegungspantomimen spielerisch zu üben.

Die pantomimische Umsetzung hat den Schülerinnen viel Spaß bereitet und sie waren auch hier außerordentlich kreativ. So hat eine Schülerin für die Pantomime „Schwim-

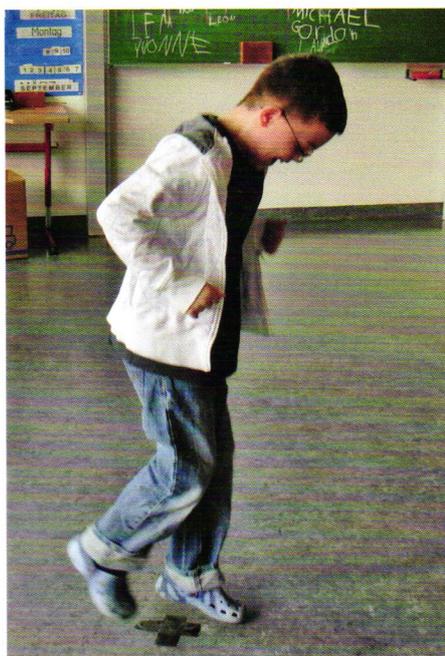


Abbildung 8: Pantomime „Laufen“ (Foto: Malah Helman)

men“ eine schwierige Variante eingebracht. Im Verlauf der Arbeit verbesserten sich bei allen die Koordination und ein Junge, der anfangs sehr große Probleme mit der Koordination hatte, führte im Stück mühelos die schwerere Variante aus. Das Fußballspielen wurde zusätzlich noch auf dem Hof geübt und das Laufen auf einem Laufband trainiert. Die Bewegungspantomimen, die die Bewegung in ihrer Essenz enthalten, wurden durch die Einbindung ihrer natürlichen Bewegungsabläufe verdichtet und die Kinder zur Bewegung motiviert.

Die Schülerinnen haben sich nach jeder Übungseinheit selbst zugeordnet („Was hat mir heute Spaß gemacht?“, „Was konnte ich heute gut?“), da es nicht darum ging, die Kinder zu bewerten, sondern dass sie selbst etwas herausfinden. Um in diesem Teil auch ein bildnerisches Element zu haben, wurde mittels Schatzsuche die Schatzkiste eingeführt: Jeder bekam ein Kästchen, das er bemalte und dafür eine Zeichnung anfertigte, die ihn bei einer Fähigkeit zeigt, die er gut kann. Die Schatzkiste symbolisiert uns mit unseren Fähigkeiten. Einige Kinder legten auch noch gefundenes, z. B. Steine hinein. Auch im Stück kam später eine Schatzkiste vor.

Teil 3: „Ich will werden“ – wie möchte ich aussehen, was will ich sein/werden? Entwerfen und Basteln der Kostüme, Figurenarbeit

Für jede Fähigkeit wurde eine Figur gefunden. Diese wiederum schöpfte sich aus

den Anregungen der Kinder während der gemeinsamen Arbeit. Die „Geschichte vom Jungen, der gut Fußball spielen konnte, seinen Ball verlor und dafür eine Schatzkiste fand“ bestand aus den bisher erarbeiteten Elementen und Übungen (Fähigkeiten aus dem Parcours und die daraus entwickelten Bewegungspantomimen; Geräusche aus der Hörstation; Entspannungsübung; Schatzkiste; etc.). Das Motiv des Ballspielens war hier ein Element, das von mehreren Kindern eingebracht wurde. Der Psychoanalytiker Jung beschreibt die kindliche Affinität zum Ballspiel. Für ihn symbolisiert der Ball das innere Selbst, das immer wieder gefunden werden muss. Ein Junge wollte immer meine Fotokamera haben, so ergab sich in Teil 2 die Fähigkeit „Fotografieren“. Ich brachte eine alte Kamera in das Projekt ein und jedes Kind sollte als Hausaufgabe einige Fotos machen. Hier sind insgesamt sehr schöne Fotos entstanden, auch bei Kindern, die in der bildnerischen Gestaltung langsamer sind. Ein Junge, dem es phasenweise Schwierigkeiten bereitete, zusammenhängende Sätze zu bilden und der neben Konzentrationsschwächen auch in der bildnerischen Gestaltung Schwierigkeiten mit Erkennen und Umsetzen hatte, hat außergewöhnliche Fotos gemacht und wurde im Theaterstück zum „Jungen, der gute Fotos machen kann“. Er bekam die Kamera mit verschiedenen Aufgaben. Diese wurden dann mit ihm zusammen ausgewertet. Ich hoffte, dass das Fotografieren ihn im Erfassen der Umwelt unterstützen konnte. Im Stück waren seine Einsätze sehr präzise (er nahm seine farblich markierten Positionen wahr) und er war durchgehend „bei der Sache“. Sprachlich gab es kleine Erfolge, so das Verstehen von Singular und Plural anhand seines Textes. Für die Kinder, die gut Schleifen binden konnten, wurde das Paar der Schleifenbinder erfunden. Und natürlich wollten vier Mädchen eine Prinzessin sein, dieser wurde die Fähigkeit des Balancierens zugeordnet. Im Stück gibt es eine Kindergruppe, die sich mit verschiedenen Fähigkeiten versieht, auf die Suche nach dem Ball macht (vergleichbar der Struktur des erzählten Märchens von den Bremer Stadtmusikanten in Teil 2) und auf verschiedene, teilweise märchenhafte Figurengruppen trifft. Jede Figur hat in ihrem Auftritt einen kleinen Text und die Bewegungspantomime, einige Figurengruppen sprechen chorisch oder wechselten sich ab. Wichtig war auch hier, dass Text und Aktion sich ergänzten. Den Schülerinnen wurde die Möglichkeit gegeben, die Texte ihren persönlichen Bedürfnissen anzupassen, so wurde z. B. aus „Wir bauen die Schönsten



Abbildung 9: Eine Schülerin entwirft ihr Kostüm für das Mädchen, das gut schwimmen kann.

(Foto: Malah Helman)



Abbildung 10: Die Schleifenbinderin im Kostüm vor ihrem Entwurf.

(Foto: Malah Helman)



Abbildung 11: Immer wieder wurde bildnerisch gearbeitet und so malte jeder noch seine Figur in kleinem Format für das Plakat. In der Wiederholung und Verkleinerung wurden sich die Schülerinnen der visuellen Elemente ihrer Figur erneut bewusst und konnten diese übertragen.

(Scan: Malah Helman)

Häuser mit Türen, Fenstern, Zimmern.“ „Wir bauen die schönsten Häuser mit Türen, Fenstern und vielen Kinderzimmern.“

Die Kostüme wurden von Schülerinnen mit unserer Hilfe zunächst auf der Rückseite des Porträts entworfen und dann gebastelt. Schon auf den Porträts haben wir die Materialien verwendet, die dann auch das Kostüm stellten. Metallicfolie, Krepppapier, farbige Müllbeutel, Klebeband und Glitzer ließen das Porträt schon ins Dreidimensionale gehen. Die Schülerinnen haben ihre Figur und das Kostüm mit viel Kreativität und Engagement erstellt.

Teil 4: Unser eigenes Theaterstück entsteht – Entwicklung einer Geschichte aus der in den vorigen Teilen entstandenen Ideen, Proben und Präsentation.

Die Turnhalle bildete die gesamte Spielfläche und die Zuschauer waren dazwischen platziert. Das Stück hatte eine Spielleitung und bezog die Zuschauer teilweise mit ein. Auch die schwer behinderten Schüler erhielten eine Aufgabe, die mit ihnen entstanden ist. Der Junge, der seine Umwelt eifrig entdeckt (und so zu der Figurengruppe der Forscher gehörte), aber Erkenntnis und konkrete Sprache nur selten zusammenbringt, erkannte, dass sein Kostüm aus einer Jacke und einer Hose besteht. Während der drei Aufführungen gelang es ihm, auf die Frage: „Was haben Forscher an?“ mit Hilfe seines Kostüms zu antworten. Die Gedächtnisleistung der Schülerinnen wurde trainiert. Die Schülerinnen traten selbstständig auf und fanden ihre Position, einige Schülerinnen waren schon vor Stückbeginn auf ihre Plätze und haben es geschafft, sich bis zu ihren Einsatz ruhig zu verhalten. Bei einigen hat sich das Verhalten in der Gruppe zumindest phasenweise verbessert, sie waren fähig, sich in der Gruppe einzuordnen und ihre Ängste und Aggressionen zu vergessen. Kinder, die eher kontaktarm sind, haben einige Freund-



Abbildung 12: Probenarbeit zum Stück, die Prinzessinnen können gut unglaublich gut balancieren.

(Foto: Malah Helman)

schaften schließen können. Die Kinder waren lebendig und aufmerksam und mit viel Freude und stolz dabei. Dies war eine beachtliche Leistung, da einige Kinder Konzentrationsschwierigkeiten hatten. Auch die Figuren wurden von ihnen fantasievoll ausgebaut, eine Prinzessin ging auf den Zehenspitzen, eine andere rückwärts.



Abbildung 13: Hier die Situation bei der Aufführung, im Hintergrund die Figurenentwürfe.

(Foto: Eva Heldmann)



Abbildung 14: Die Geschichte wird mit einem Modell visualisiert. Zudem sprach jeder Schüler seinen Text auf Band, so dass eine Hör-CD zu dem Stück entstand. Auch diese wurde den Schülerinnen als Material für die Beschäftigung zuhause mitgegeben.

(Foto: Eva Heldmann)



Abbildung 15: Markierungen unterstützen die Orientierung im Raum. Hier während der Aufführung „Der Junge, der gut Fußball spielen kann, der Junge, der gute Fotos machen kann und das Mädchen, das schnell rennen kann“ in ihrer Bewegungspantomime.

(Foto: Eva Heldmann)



Abbildung 16: Aufführung, ein Junge zeigt in einer Szene, was man trotz Behinderung mit Bällen alles machen kann.

(Foto: Eva Heldmann)



Abbildung 17: Auch das Publikum wird beteiligt: Wer noch schnell rennen kann, bekommt eine Schleife.

(Foto: Eva Heldmann)

Die individuellen Beiträge förderten das Selbstbewusstsein, die gemeinsame Arbeit und die Auftritte den Austausch und die soziale Kommunikation. Es ist immer wieder spannend zu sehen, wie Kinder ihre Produkte untereinander begutachten und nicht nur sehr gerne vorführen, sondern auch gerne zusehen. Jeder Schüler erhielt eine Mappe mit einer Foto- und Video-DVD, der Hör-CD, einigen Fotos und seiner Modellfigur. Mit den Porträts, Kostümen und Schatzkisten wurde in der Schule eine Ausstellung gemacht.

Ergebnis: Selbstbewegung ist der Grundcharakter des Lebendigen (Aristoteles)

Das große Ziel, den Schülerinnen bei der Entfaltung ihrer Fähigkeiten und in ihrem Selbstbewusstsein zu unterstützen, wurde erreicht. Die Kinder waren sehr kreativ, lebendig und sehr motiviert. Sie konnten ihre Fähigkeiten (z. B. in kognitiver und motorischer Hinsicht) entwickeln. In dem Projekt konnte das im Unterricht oder Therapie Gelernte praktisch angewendet und ausgebaut werden, wie zum Beispiel das Zählen oder Schleifenbinden, und etwas Eigenes kreiert werden. Für Kinder und insbeson-

dere für Kinder mit Förderbedarf in der geistigen Entwicklung macht es ein solches Projekt möglich, Formen und Elemente zu finden und kontinuierlich aufzubauen, so dass die Umsetzung im Stück dann nicht mehr schwer fällt, und die in ihrem Wesen das (Selbst-)Bewusstsein unterstützen. Die Entwicklung von etwas Eigenem und das „Selbermachen“ haben eine große Kraft. Erkennen, Erfahrung sammeln und Experimentieren sind wesentliche Elemente der menschlichen Entwicklung auf dem Weg zum (Selbst-)Bewusstsein und zur Autonomie. Im Kontext der Theaterarbeit besteht die Möglichkeit, dies spielerisch umzusetzen, Bilder, Figuren und Geschichten zu (er)finden, die die eigene, innere Welt zum Ausdruck bringen und das eigene Selbstverständnis, das „Begreifen“ der Welt sowie das Bewegungsspektrum und den Handlungsradius erweitern und die kreativen, körperlichen und geistigen Fähigkeiten ausbauen. Der Spielraum eröffnet Handlungsmöglichkeiten, Wünsche können verwirklicht werden. In der theatralen Handlung und der Pantomime wird die Essenz des Themas körperlich. Auch die Neurologie unterstreicht die Bedeutung des Spiels. Spielen fördert die Sprach- und Ausdrucksfähigkeit und die motorische Entwicklung. Darüber hinaus schult das Spielen die Kreativität und die Reflexions- und Assoziationsfähigkeit. Die künstlerischen Ausdrucksformen erzeugen und erinnern Gefühle, damit haben sie einen wichtigen Anteil am Lernprozess und eine soziale Komponente.

Bereits in dem ersten Projekt (Entwicklung eines eigenen Märchens) habe ich die Methode des vernetzten Arbeitens entwickelt und diese in den anschließenden Projekten ausgebaut. Dieser liegt ein ganzheitlicher künstlerischer Ansatz zugrunde. In der Kombination werden Körper und Geist angesprochen und verschiedene Sinne und die ihnen zugeordneten Bereiche im Gehirn stimuliert. Bildnerische Gestaltung, Körperarbeit, Sprache und musikalische Prozesse verschränken sich und machen die Vorgänge auf verschiedenen Ebenen erlebbar.

Für mich ist es spannend zu sehen, was mit kreativer und körperlicher Energie in der Arbeit mit (behinderten) Kindern erreicht werden kann. Diese Arbeit ist sinnlich und konkret. Es gibt ein Ziel, an dem intensiv gearbeitet wird. In den verschiedenen Methoden der Körper und Figurenarbeit im Theater ist der Impuls, der die Aktion auslöst und führt, zentral. Dies kann als Basis gesehen werden, die jeder Aktion und auch Kreation zugrunde liegt. Mein spezifischer Beitrag als Künstlerin ist es, den Schülerin-

nen diese Energie zu vermitteln und in ihre Lebendigkeit (Aktivität) und Selbstbewegung zu führen. In der Arbeit mit Kindern gewinnt der künstlerische Schaffensprozess eine wichtige Funktion im Alltag.

Das Projekt wurde 2010 in der Grundstufe der Schule am Mummelsoll in Berlin durchgeführt. Es wurde mit Mitteln des Senats für Bildung Wissenschaft und Forschung, des Berliner Projektfonds kulturelle Bildung, der Franz-Neumann-Stiftung und der Theresia-Zander-Stiftung realisiert.

Weitere Materialien:

„Was ich alles kann“, Dokumentation, Foto- u. Video-CD, Hör-CD mit Stück, Interaktive Übungs-CD mit Übungen aus dem Projekt von den Schülerinnen vorgestellt.

Korrespondenzadresse

Malah Helman
Schliemannstr. 31
10437 Berlin
www.malah-helman.de

Malah Helman ist freie Theaterschaffende mit eigenen Produktionen. Sie lebt in Berlin und arbeitet seit zwei Jahren in der Kulturellen Bildung.

Nicht Normal – Difference on Display

(UM) Die Veranstalter Hubert Hüppe, Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen, und Martin Georgi, Vorstand der Aktion Mensch, beschreiben eine außergewöhnliche internationale Ausstellung im Kleisthaus in Berlin (bis 26. Mai 2011):

Nicht Normal* Difference on Display fragt: Was ist normal? Welche Bilder haben wir dazu im Kopf? Sie zeigt, dass jeder Mensch anders ist, und will, dass wir darüber nachdenken. 20 Künstler/innen aus verschiedenen Ländern wurden eingeladen, sich mit diesen Fragen zu beschäftigen und zeigen gemalte Bilder, Fotos, Videos und Gegenstände.

Der provokante Titel spielt wie die Ausstellung selbst mit eingeübten Wahrnehmungsklischees und Bildern. „Nicht Normal verstört. Ist unbequem. Legt sich quer und ist ein Angriff auf unsere Wahrnehmungs-Stereotypen. Das ist gewollt und fasziniert, weil es die Unterschiede deutlich macht“ (M. Gerogi).

Kultur im Kleisthaus, Mauerstr. 53, 10117 Berlin, www.kleisthaus.de

Daten und Zitate aus Fach- und Tagespresse

Sprachscreenings für die U7/U7A

(CI) In der Online-Zeitschrift „Gesundheitswesen“ ist in der Ausgabe vom 11.11.2010 ein Beitrag erschienen, der einen kriteriengeleiteten Überblick über aktuelle standardisierte Verfahren zur Früherkennung von SES gibt, die in der U7 (21.-24. Lebensmonat) oder U7A (34.-36. Lebensmonat) verwendet werden können. Ziel der Analyse ist es, die vorhandenen Instrumente hinsichtlich der psychometrischen Gütekriterien zu vergleichen und eine Empfehlung anzugeben, wie sicher sie zwischen sprachunauffälligen und sprachauffälligen Kindern unterscheiden können. Eingeschlossen wurden sieben Elternfragebögen (ELAN, ELFRA-2 und Kurzversion ELFRA-2, FRAKIS und Kurzversion FRAKIS-K, SBE-2, SBE-3) sowie der Test SETK-2. In ihrer sehr ausführlichen Analyse stellen die Verfasser fest, dass alle untersuchten Verfahren die grundlegenden Testgüte-Anforderungen erfüllen und mindestens neun der 13 untersuchten psychometrischen Kriterien abdecken. Der Fragebogen ELAN erfüllt 12 der untersuchten 13 Kriterien und ist auch wegen seiner Benutzerfreundlichkeit zu empfehlen. SBE-2-KT und SBE-3-KT weisen die größte Sensitivität zur Unterscheidung von auffälligen vs. unauffälligen Sprachentwicklungsverläufen auf, sind kostenlos im Internet erhältlich und schnell durchzuführen, daher ebenfalls empfehlenswert. Die anderen Fragebögen und der Test SETK weisen ebenfalls zufriedenstellende Gütekriterien auf und können in der U7/U7A bzw. in der entsprechenden Altersgruppe sinnvoll eingesetzt werden. Nachlesen lässt sich der aufwendige Vergleich hier:

Rosenfeld, J. & Kiese-Himmel, C. (2011): Vergleichende Analyse aktueller Untersuchungsinstrumente zur Früherkennung von Sprachentwicklungsretardationen in den pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen U7/U7A. Gesundheitswesen, Ausgabe 11.11.2010; Online-Abstract und Bezug unter <https://www.thieme-connect.de/ejournals/abstract/gesu/doi/10.1055/s-0030-1265192>

Gebärdenkurse für Säuglinge mit fraglichem Nutzen

(CI) Im Heft 52/2010 berichtet der SPIEGEL unter der Überschrift „Chor der Mütter“ über die immer öfter angebotenen Gebärdenkurse für Säuglinge, in denen sie schon

vor der Verwendung erster Wörter lernen sollen, ihre Bedürfnisse durch einfache Gesten und Gebärden auszudrücken. Neben der vereinfachten Kommunikation soll mit den Kursen auch „ein vertieftes Verständnis zwischen Eltern und Kind“ (146) erreicht werden. Die im Artikel befragte Entwicklungspsychologin, Mechthild Kiegelmann von der Pädagogischen Hochschule Ludwigsburg, hält den Nutzen dieser Kurse allerdings für fragwürdig. Ihre Analyse der Studienlage dazu zeigt, dass die Kurse wenig Alltagsnutzen bringen: „Weder lernen die Kinder schneller sprechen, noch haben sie einen größeren Wortschatz“ (147). Auch auf die Stressbelastung der Eltern oder die emotionale Entwicklung der Kinder stellt sie keine Einflüsse fest. Sie begründet das damit, dass Babys ihre Bedürfnislagen noch gar nicht differenziert erleben und mitteilen können und dass Säuglinge die kommunikative Bedeutung von Gebärden erst dann erfassen können, wenn sie die grundsätzliche Funktion der Benennung erfasst haben, was sie dann sehr schnell mit ersten eigenen Lautproduktionen zeigen (so dass der Gebärden-Umweg überflüssig ist) oder mit eigenen natürlichen Gesten, solange noch keine sprachliche Leistung möglich ist: „Blick zur Mutter, Blick zum Fläschchen, Blick zur Mutter, Gebrüll: Das ist eine ziemlich eindeutige Aussage“ (147). Gebärdenkurse für Babys scheinen also vor allem den Eltern zu nützen, sich besser in ihre Kinder einzufühlen. Das Versprechen, Sprachlern-Vorteile zu erwirken, lösen die Kurse jedoch nicht ein.

Ein-, Zwei-, Dreisprachigkeit?

(CI) Die TAZ veröffentlichte in ihrer Ausgabe vom 08.12.2010 die Schilderung einer Mutter über lebensweltliche Mehrsprachigkeit, in der ihre beiden Kinder groß werden und die Hemmnisse, die ihr dabei in Deutschland begegnen sind. Sie selbst ist Engländerin, ihr Mann spanischer Muttersprache, und da sie in Deutschland lebten, würden die Kinder dreisprachig aufwachsen mit zwei Elternsprachen und Deutsch als Umgebungssprache. Dieser Plan wurde von Verwandten, Freunden und professionellen Erziehungspartnern allerdings für sehr ehrgeizig gehalten: „Ist das Kind nicht total verwirrt?“ wurde gefragt, und den Eltern wurde mehrfach vorgeschlagen, diese Sprachbelastung zu reduzieren. „Negatives Echo kam

wieder, als eine Kinderärztin unsere große Tochter zum SPZ ... schickte. Eine Standarduntersuchung hatte Auffälligkeiten ans Licht geführt. Da stimmte etwas nicht. Vielleicht lag es an der Dreisprachigkeit? Als mein Mann und ich vor der Expertin des SPZ saßen, kam wieder der Vorschlag, eine Sprache wegzulassen. Na, welche denn? Meine Muttersprache Englisch, die Muttersprache meines Mannes Spanisch oder die Sprache unseres Adoptivlandes, Deutsch?“ Als Fazit zieht die Expertin den Schluss, das Kind auf eine Lernbehindertenschule zu schicken, was die Eltern fassungslos zurückschickt.

Nach dem Umzug nach England besucht die ältere Tochter nun eine ganz normale Regelschule, in der viele mehrsprachige Kinder gemeinsam lernen. „Während unsere große Tochter in Deutschland als Mädchen galt, das vielleicht nie eine normale Schule besuchen könnte, wurde es in Brighton ihren Klassenkameraden vorgestellt als 'a clever girl who speaks three languages'“.

Start- und Finish-Vorteile für mehrsprachige Kinder

(CI) Dass Babys ihre Muttersprache auditiv von anderen Sprachen unterscheiden können, weiß man aus der Säuglingsforschung schon lange. Die *Süddeutsche Zeitung* berichtete am 22.02.2011, S. 16, unter der Überschrift „Die Dolmetscher“ über neue Studien: Babys können sogar an den Mundbewegungen erkennen, ob gerade ihre Muttersprache gesprochen wird oder nicht, wie Forscher der University of British Columbia in Vancouver herausfanden. Monolingual aufwachsende Babys verlieren diese Fähigkeit bis zum 8. Lebensmonat wieder, mehrsprachige Kinder behalten sie bei und verfügen offenbar über grundsätzlich bessere Sprachverarbeitungsfähigkeiten.

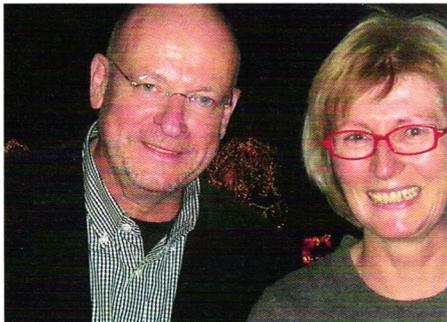
Aber nicht nur am Start hat Mehrsprachigkeit positive Effekte, sondern bis ins Alter: Laut einer Studie der York University in Toronto haben ältere Menschen, die mehrsprachig aufgewachsen sind, ein deutlich geringeres Risiko für Alzheimer- oder andere Demenz-Erkrankungen, weil die Verarbeitung zweier Sprachen „dazu beiträgt, dass das Gehirn länger fit bleibt“.

Im Gespräch

Was Deutschland bei der Vernetzung von Bildungs- und Gesundheitswesen von der Schweiz lernen könnte

Dr. Volker Maihack und Susanne Krebs im Gespräch

Im Dezember 2010 trafen sich Susanne Krebs, Präsidentin des Deutsch-Schweizerischen Logopädinnenverbandes (DLV), und Dr. Volker Maihack, 1. Vorsitzender des Deutschen Bundesverbandes der akademischen Sprachtherapeuten (dbs), in Köln. Angesichts der Veränderungen, die in der schulischen und therapeutischen Versorgung sprachbehinderter Kinder in Deutschland – ausgelöst durch die Verpflichtung zur inklusiven Beschulung auf der Basis der UN-Konvention – derzeit zu bewältigen sind, führten wir ein Gespräch über Versorgungsfragen, die in unserem Nachbarland schon seit geraumer Zeit alltagsnah gelöst werden müssen. Die Fragen stellte unsere Redakteurin Dr. Ulrike de Langen-Müller.



UdLM: Frau Krebs, Sie sind Präsidentin des Deutsch-Schweizerischen Logopädinnenverbandes – Logopädin – das weckt in unseren deutschen Lesern wahrscheinlich ein falsches Bild von Ihrem Ausbildungsweg. Könnten Sie den kurz für uns skizzieren?

Krebs: Auch in der schweizerischen Bildungslandschaft hat sich, wohl ähnlich wie in Deutschland, im Verlauf der letzten Jahre vieles verändert. Einerseits wurden Ausbildungsgänge akademisiert, gleichzeitig wurde das Bologna-System eingeführt, und andererseits sind noch Menschen mit „altrechtlichen“ Ausbildungen am Werk. Dies trifft auch auf mich zu: Ich habe eine pädagogische Vorbildung, welche damals und heute auch als berufsbefähigend galt, und eine Maturitätsausbildung – wie das Abitur

in Deutschland – und dann ein Fachhochschulstudium mit dem Diplom in Logopädie abgeschlossen. Heute schließen Logopädinnen mit dem BA ab, die Ausbildung ist dadurch faktisch etwas kürzer. Leider konnte bislang kein Master-Studiengang in der Logopädie eingeführt werden, obwohl ein Konzept vorlag. Ich möchte in meiner Zeit als Präsidentin des DLV die Diskussion darüber aber wieder in Gang bringen.

UdLM: Logopäden sind in der Schweiz also von Haus aus akademische Sprachtherapeuten. Gibt es bei Ihnen noch andere sprachtherapeutisch tätige Berufsgruppen oder eine ähnliche Zerklüftung der sprachtherapeutischen Landschaft wie in Deutschland?

Krebs: Nein. Es gibt nur Unterschiede in der Ausrichtung des Logopädiestudiums zwischen der deutschen und der französischen Schweiz – bei uns ist sie heilpädagogisch und in der französischen Schweiz psychologisch. Und außerdem: In der Romandie wird, im Gegensatz zur Deutschschweiz, die Logopädieausbildung mit einem Master abgeschlossen! Für die Tätigkeitsbereiche macht das aber keinen Unterschied. Schwierigkeiten machen uns eher die vielen verschiedenen kantonsabhängigen Regelungen und die Folgen der letzten gesetzlichen Revision der Invalidenversicherung.

UdLM: Was bedeutet das?

Krebs: ... nun zum Beispiel empfiehlt der DLV in seinen Qualitätsstandards, dass dem Antrag auf eine Kassenzulassung eine berufspraktische Erfahrungszeit von zwei Jahren vorausgehen sollte. Die einzelnen Kantonalverbände handeln hier allerdings völlig autonom. Außerdem sind logopädische Leistungen für schwere Sprachgebrechen bei Vorschul-, Kindergarten- und Schulkindern aus den Leistungen der Invalidenversicherung herausgefallen und die Finanzierung der Logopädie den Kantonen auferlegt worden. Dadurch kommt es zu einer heterogenen, kantonsabhängigen logopädischen Versorgungsstruktur.

UdLM: In welchen Bereichen arbeiten schweizerische Logopädinnen?

Krebs: Oh, ich denke das ist nicht anders

als bei Ihnen in Deutschland: in Kliniken, freien Praxen, Schulhäusern ...

UdLM: ... die Logopädinnen arbeiten in Schulen?

Krebs: Ja, etwa zwei Drittel unserer Mitglieder sind angestellte Schullogopäden. Wobei Schule bei uns auch das erste und zweite Kindergartenjahr umfasst.

UdLM: Ab welchem Alter sehen Sie also die Kinder?

Krebs: Mit 4 ½ bis fünf – wenn sie in den Kindergarten kommen. In der Tat zeigt sich hier ein großes Problem bei der Prävention. Die familienexternen Betreuungsstätten haben in der Schweiz noch keine flächendeckende Tradition. Schon länger sind sie in großen Städten zu finden, aber meistens mit einem zu geringem Angebot. Horte und Krippen wachsen erst. Das heißt, wir sehen die Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen tatsächlich erst sehr spät. Ich habe in der letzten Woche 20 Kinder untersucht und dabei fünf mit schweren Sprachentwicklungsstörungen identifiziert – ein Kind älter als fünf, vier jünger als fünf Jahre. Eine Umfrage des Berufsverbandes der Berner Logopädinnen im Jahre 2007 hat ergeben, dass nur 6 % der logopädiebedürftigen Kinder im Vorschulalter – also vor vier bis fünf Jahren – von frei praktizierenden Logopäden behandelt werden und dass der Anteil wiederum je nach Kanton sehr variabel ist. In Ballungszentren werden Kinder schon etwas früher versorgt, aber grundsätzlich besteht die ganz große Gefahr, dass Kinder durch die Maschen fallen. Der Bedarf an frei praktizierenden Logopädinnen ist enorm – auch für Jugendliche nach der Schule – weil die Ressourcen in den (Regel-)Schulen oft nicht ausreichend sind.

UdLM: Unter welchen Bedingungen arbeiten Sie als Schullogopädin?

Krebs: Ich bin mit einer halben Stelle für 400 Kinder vom Kindergarten bis zur 9. Klasse aller Schulzweige zuständig und betreue derzeit 43 Kinder, die Logopädie nötig hätten – und noch andere, die ich noch nicht abgeklärt habe. Zum Vergleich: An einer schweizerischen Sprachheilschule kommen

auf 100 Kinder drei bis vier Logopädinnen, so dass Kinder bis zu fünfmal wöchentlich Sprachtherapie erhalten können – die dort übrigens vom Gesundheitsdepartement des jeweiligen Kantons bezahlt wird. Das ist an einer Regel- oder Sonderschule, an der die Logopädie von der jeweiligen kantonalen Bildungs- beziehungsweise Gesundheitsdirektion finanziert wird, anders. Einzeltherapie zweimal pro Woche à 45 Minuten ist in der Schullandschaft vieler Kantone die Ausnahme. Zwar hat die Logopädin die Methodenkompetenz und wird Gruppentherapien nur dann einsetzen, wenn sie therapeutisch verantwortlich sind. Vermehrt mischen sich aber auch Schulleitungen ein, ohne über die fachliche Qualifikation zu verfügen. Und faktisch hängt die Entscheidung auch noch von den durch die Bildungsdirektionen zugewiesenen Logopädie-Lektionen pro Regelschule ab. Leider verbergen sich hinter Integrationskonzepten oft Sparmaßnahmen.

UdLM: *Herr Dr. Maihack, Sprachtherapeutinnen in den Schulen – ist dieses Modell auf Deutschland übertragbar?*

Maihack: Inhaltlich sollte man die guten Regelungen der Schweiz anschauen und die schlechten vermeiden. Deutschland wird nichts anderes übrig bleiben, als die sprachtherapeutische Versorgung der sprachbehinderten Kinder in den Regelschulen sicherzustellen. Die Umsetzung der UN-Behindertenrechts-Konventionen führt dazu, dass die Bundesländer derzeit ihre Schulsysteme gründlich verändern. Es wird zukünftig gravierende Änderungen des derzeit bestehenden Systems der parallelen Regel- und Sonderschulen geben. Der Landtag in NRW – größtes deutsches Bundesland mit 18 Millionen Einwohnern – hat im Dezember 2010 mit den Stimmen aller Fraktionen beschlossen, dass es grundsätzlich nur noch gemeinsamen Unterricht für alle Kinder geben soll. Daraus wird sich eine völlige Neudefinierung der Zuständigkeiten für behinderte Kinder ergeben. Aus dieser Abwendung von den Schwerpunktschulen hin zu integrativer Beschulung wird sich in naher Zukunft ein erheblicher Bedarf für Sprachtherapeuten ergeben, die diese Kinder betreuen.

UdLM: *Ist das der Startschuss für Verteilungskämpfe zwischen Sprachheilehrern und Sprachtherapeuten?*

Maihack: Nein, den Sprachheilehrern kommen ganz klar sonderpädagogische Aufgaben zu. Sonderpädagogische Fachkräfte müssen im Unterricht neben dem Grundschullehrer Aufgaben zur integrativen Beschulung erfüllen. Seine sprachstörungsspezifische Fachlichkeit wird der

Sprachheilehrer in der Zukunft nicht mehr in dem Maße einsetzen können, wie es wünschenswert wäre, da er während der sonderpädagogischen Betreuung von Kindern mit unterschiedlichen Störungsbildern und Behinderungsarten kaum Möglichkeiten mehr hat, sprachstörungsspezifisch zu arbeiten. Dazu wird er im Übrigen leider auch nicht mehr fachspezifisch genug ausgebildet. Die sprachtherapiebezogenen Angebote in den Lehramtsstudiengängen schrumpfen: Das Wissen, das ein Sprachheilehrer vor 20 Jahren noch über Wortabrufstörungen, Aphasien im Kindesalter, Stottern oder Dysgrammatismus usw. erworben hat, steht seinen jungen Kollegen heute in der Ausbildung gar nicht mehr zur Verfügung. Das heißt, eine sprachtherapeutische Versorgung wird an vielen Schulen dann zusätzlich gebraucht werden, wenn für die Therapie der Sprachstörung des Schülers adäquate Angebote zur Verfügung stehen sollen.

Krebs: In der Deutschschweiz arbeiten wir in den Schulen an einer deutlichen Profilschärfung. Profi für die Sprache ist die Logopädin, nicht die Heilpädagogin. Es sollte aber ein Wissenstransfer, auch im Sinne von Intervention, stattfinden und es ist klar, dass die Integrationsdiskussion den fachlichen Austausch noch verstärken muss.

Maihack: Das sehe ich auch so. Die Inklusion betrifft die akademische Sprachtherapie im gleichen Maß, wie die schulische Sprachheilpädagogik. Wir werden durch das Konzept der Inklusion lernen müssen, unsere Fachlichkeit einzubringen und Transfereffekte zu nutzen. Das Berufsfeld der akademischen Sprachtherapie wird sich um den Bereich Schule erweitern müssen. Gut, dass es viele akademische Sprachtherapeuten gibt, die durch ihre Ausbildungen pädagogisches Wissen mitbringen...

Krebs: ... über uns Logopäden gelangt der medizinische Aspekt in das Schulteam...

Maihack: ... Gesundheitssystem und Bildungswesen greifen so ineinander.

UdLM: *Sie sind gut in Schwung. Man könnte meinen, die deutsch-schweizerische Zusammenarbeit klappt schon besser, als die der nationalen Systeme in diesem Punkt ... In der Tat pflegen DLV und dbs eine enge Kooperation.*

Maihack: Ja, das begann vor etwa fünf Jahren mit der damaligen Präsidentin Barbara Reinhard. Da sind wir mit den Schweizern in die QM-Diskussion eingestiegen. Seitdem nehmen wir gegenseitig an Tagungen und den Gremienveranstaltungen der Verbände teil und führen alle sechs bis acht Wochen eine Telefonkonferenz.

Krebs: Der DLV hat vor 2 ½ Jahren Qualitätsrichtlinien verabschiedet, die übrigens ganz ähnlich in einem Ordner dokumentiert sind, wie die des dbs. Heute bin ich hier, um an der ersten QM-Fortbildung Ihres Verbandes teilzunehmen. Ich finde den Austausch über die Qualitätsstandards für Sprachtherapeuten in der freien Praxis sehr gewinnbringend – nicht nur, weil ich jetzt neben unseren weißen auch noch Ihren blauen Ordner stellen kann (lacht).

UdLM: *Welche gemeinsamen Themen haben DLV und dbs? Hätten wir nicht von vornherein ressourcenschonend an einem gemeinsamen Ordner arbeiten können? Gibt es Pläne für die weitere Kooperation?*

Maihack: In der Tat sollten wir unsere Zusammenarbeit ressourcenoptimierter koordinieren. Zurzeit prüfen wir, wie wir unsere Fortbildungsprogramme wechselseitig öffnen können.

Krebs: Leider ist die Schweiz als direkteste Demokratie in Europa mit ihrem ausgeprägt föderalen System und der dadurch entstehenden inhaltlichen und strukturellen Heterogenität nicht gerade ein einfacher Kooperationspartner. Fortbildungen unterliegen dem kantonalen Schulbudget und der DLV organisiert im Wesentlichen die berufspolitisch orientierte Weiterbildung. Noch vor kurzem dachten wir, dass eine länderübergreifende Kooperation bei ICF-Themen spannend sein könnte. Zwischenzeitlich haben wir diesen Gedanken wieder etwas relativiert. Hier sind die Möglichkeiten des DLV als Dachverband begrenzt. Zudem sind die einzelnen Kantone und Schulen bei der Umsetzung der ICF schon sehr unterschiedlich fortgeschritten. Aber wir werden Wege finden, unsere Mitgliedergruppen weiter zu verbinden. Im Sinne von Solidarität, Austausch und Netzwerkbildung halte ich die länderübergreifende Kooperation bei gemeinsamen Themen für absolut notwendig und lohnend.

Maihack: Aus unserer Sicht ist die Schweiz ja auch ein attraktives geographisches Ziel, so dass die zukünftig institutionalisierte Zusammenarbeit einfach auch Spaß machen kann.

UdLM: „Scientists are natural ambassadors“ – die Übertragung dieser globalen Sichtweise auf die akademische Sprachtherapie ist attraktiv. Ich danke Ihnen beiden für das Gespräch.

Medien

Prävention von Lese- und Rechtschreibstörungen im Unterricht

Mit dem vorliegenden Buch „Prävention von Lese- und Rechtschreibstörungen im Unterricht – Systemischer Schriftspracherwerb von Anfang an“ von Karin Reber (2009) wird ein Unterrichtskonzept zum Schriftspracherwerb vorgestellt, welches aufgrund der Zielorientierung (Prävention statt Intervention) eine echte Alternative zu bisherigen Konzepten darstellt. Während in der Praxis bisher häufig erst interveniert wird, wenn die Diagnose einer Lese-Rechtschreibstörung per Definition (also auf Grundlage des „doppelten Diskrepanzkriteriums“) gestellt wurde, zielt das Unterrichtskonzept auf präventives Lehrerhandeln mit dem Ziel des erfolgreichen Schriftspracherwerbs ab.

Insbesondere, weil die Diagnosestellung auf Grundlage des Intelligenzquotienten und der Altersnorm nicht zu expliziten Ableitungen für die individuelle Förderung führt, und sich die Kinder weder in Hinblick auf Symptomatologie noch in Bezug auf die Fördermöglichkeiten unterscheiden, werden derzeit Alternativen zu diesem Vorgehen diskutiert. Auch die Tatsache, dass betroffenen Kindern nach den bisherigen Diagnosekriterien erst viel zu spät (eine gesicherte

Diagnosestellung kann erst nach Abschluss der zweiten Klasse erfolgen) geholfen wird, weist auf die Notwendigkeit alternativer Konzepte hin. Frühe Prävention kann äußerst erfolgreich sein – d.h. einem Großteil der Kinder mit Schwierigkeiten beim Erwerb der Schriftsprache könnte mittels eines geeigneten Präventionskonzeptes ein langer Leidensweg erspart bleiben. Ein solches Konzept wird im Rahmen des Buches theoretisch hergeleitet, inhaltlich vorgestellt und in Hinblick auf die praktische Umsetzung beispielhaft demonstriert.

Die Gliederung des Buches ist übersichtlich und aufeinander aufbauend. Das erste Kapitel liefert einen präzisen und kompakten Überblick über die theoretischen Grundlagen zum erfolgreichen und gestörten Schriftspracherwerb. Linguistische Grundlagen und detailliert beschriebene Schriftsprachmodelle liefern dem Leser eine fundierte Wissensbasis für das Verständnis des in den folgenden Kapiteln dargestellten Konzepts.

Zunächst wird im zweiten Kapitel das pädagogische Grundkonzept beschrieben. Hier werden bereits in der Erprobung be-

findliche Sprachförderkonzepte vorgestellt. In diesem Kapitel geht es zunächst um allgemein-pädagogische und grundlegende Prinzipien des Präventionskonzeptes.

Im Fokus steht hier das sogenannte „Responsiveness to Intervention“-Modell (RTI), welches in den USA bereits 2001 im Zuge des Erlasses des „no child left behind“-Gesetzes implementiert wurde. Dieses Gesetz leitet Schulen dazu an, den Fokus mehr darauf zu legen, Kindern möglichst früh zu helfen, indem Präventionsmaßnahmen in den Unterricht systematisch integriert werden. RTI ist ein Prozess, der Schulen hilft, mittels evidenzbasiertem Unterricht und einem regelmäßigen Monitoring die Lernfortschritte der einzelnen Schüler/innen zu beobachten und zu dokumentieren. Ziel dieses Vorgehens ist eine Adaptation der notwendigen Hilfestellungen für das Kind, um einen optimalen Lernfortschritt zu gewährleisten. Diese Hilfestellungen sind ausgerichtet am individuellen Ansprechen auf die jeweils eingesetzten Instruktionen. Auf diesem Grundprinzip baut auch das vorgestellte Präventionskonzept zum systematischen Schriftspracherwerb auf.

Rezensentinnen¹ gesucht!

Die Redaktion erreichen immer wieder Angebote von Verlagen, neu erschienene Bücher zu besprechen.

Wir möchten den Kreis der Kolleginnen und Kollegen erweitern, die Neu-Publikationen für unsere Fachzeitschrift der Leserschaft vorstellen.

Voraussetzung: Sie sollten innerhalb von sechs Wochen nach Erhalt des Buches eine differenzierte Besprechung vornehmen, die in der Regel ein bis zwei Manuskriptseiten nicht überschreitet.

Folgende Veröffentlichungen liegen der Redaktion vor:

- Bärbel Peschka, Katja de Braganca (Hrsg.): Das Wörterbuch Ohrenkuss. (Autoren sind Menschen mit Down-Syndrom).

- Marita Pabst-Weinschenk (Hrsg.): Medien: Sprech- und Hörwelten.
- Harald Panknin, Urban Elsässer: NLP für Logopädie und Sprachtherapie.
- Antje Platt: Peter punktet bei Pauline. Übungsbuch für die Therapie mit jugendlichen und erwachsenen stotternden Menschen.
- Wolfgang Wendlandt: Abenteuer Stottern. Ganzheitliche Wege und integrative Konzepte für die Therapie und Selbsttherapie.
- Claudia Iven, Barbara Kleissendorf (Hrsg.): St-t-ttottern. Aktuelle Impulse für Diagnostik, Therapie und Evaluation.
- Ralph Jürgen Bährle: Praxisrecht für Therapeuten. (Rechtstipps von A bis Z)
- Reinhard Dümler: Irrwege und Auswege bei der Förderung von Lesen und Rechtschreiben.

Wenn Sie an der Rezension einer dieser Schriften Interesse haben, melden Sie sich bitte bei folgender Adresse:

redaktion@sprachheilarbeit.eu

Ihnen wird dann umgehend das Buch zugeschickt, Sie reichen innerhalb des o.g. Zeitraumes eine Besprechung ein, die dann in einer der nächsten Ausgaben der SHA veröffentlicht wird.

Selbstverständlich geht dann das Werk in Ihren Besitz über!

(Sollte mehr als eine Person Interesse an einem Buch haben, entscheidet das Datum der Rückmeldung.)

Die Redaktion

¹ Das jeweils nicht markierte Geschlecht ist mitgemeint.

In Kapitel drei werden Zielsetzung, Anwendungsbereiche, Prinzipien und daraus abgeleitete Inhalte des Konzepts explizit dargestellt. Der Leser kann so einen ersten Eindruck über Ziele, Inhalte und die Umsetzungsmöglichkeiten im Unterricht gewinnen. Es werden bereits ganz konkret die einzelnen Lernfelder beschrieben, und die acht grundlegenden Prinzipien des systematischen Schriftspracherwerbs vollständig und gut verständlich erläutert.

Im vierten Kapitel wird die didaktische Umsetzung des Konzeptes in Klasse eins beschrieben und auch anhand konkreter Materialien verdeutlicht. Ein prototypischer Jahresplan zur Umsetzung des Konzeptes für die Bereiche Lesen und Schreiben ist für den anwendungsorientierten Leser besonders hilfreich.

Die didaktische Umsetzung für die 2. – 4. Klasse findet im anschließenden Kapitel fünf Berücksichtigung. Auch hier gelingt es der Autorin ausgezeichnet, eine praxisorientierte und verständliche Beschreibung in Bezug auf die Umsetzung des Konzeptes im Unterricht zu liefern.

Erwähnenswert sind die von der Autorin gezogenen Bezüge zu relevanten Aspekten

des Schriftspracherwerbs wie motivationale Aspekte, der Relevanz von Arbeitstechniken und metasprachlichem Arbeiten sowie der Nutzung verschiedener (und möglichst vielfältiger) Lernzugänge. Da die Wirksamkeit des Konzeptes zur Prävention von Schriftsprachstörungen im Unterricht bisher nur im Rahmen einer Pilotstudie erhoben wurde (hier zeigten sich jedoch laut Angabe der Autorin äußerst hoffnungsvolle Ergebnisse), werden im vorliegenden Band noch keine Evaluationsergebnisse berichtet. Ziel sollte es meines Erachtens sein, das Konzept weiter zu evaluieren, um es in Zukunft als Präventionskonzept mit den entsprechenden Unterrichtsmaterialien bereitstellen zu können.

Zusammenfassend ist das Buch eine Bereicherung für alle, die im Bereich der Prävention von (Schrift-)Sprachstörungen tätig sind. Auch wenn das Konzept als Unterrichtskonzept (und somit in erster Linie für Lehrer/innen) konzipiert ist, ist es auch für eine Reihe weiterer Berufsgruppen (wie bspw. Logopäden, Sprachheilpädagogen etc.) unbedingt lesenswert.

Fachlich fundiertes Grundlagenwissen gepaart mit praktischen Anwendungs- und

Umsetzungsmöglichkeiten verschiedener Prinzipien und Strategien konzipiert in einem stimmigen Präventionsprogramm liefern neue und wichtige Impulse für ein „Umdenken“ im Bereich der Diagnostik und Intervention von Lese- und Rechtschreibstörungen.



Rezension

Karin Reber, 2009, Ernst Reinhard, GmbH & Co KG, Verlag, München, 24,90 €, ISBN 978-3-497-02096-6

Verfasser

Marion Wittler, Bielefeld

Sprachstandserhebungstest für Kinder im Alter zwischen 5 und 10 Jahren (SET 5-10)

Existierte im deutschen Sprachraum bislang kein umfassendes standardisiertes und normiertes Verfahren mit dem Ziel einer aussagekräftigen Diagnostik des Sprachstands für ältere Kinder, so liegen nun zwei richtungsweisende Instrumentarien vor. Neben dem Potsdam-Illinois-Test für Psycholinguistische Fähigkeiten, P-ITPA (Esser, Wyschkon, Ballaschk & Hänsch 2010) ist es der lang erwartete und hier rezensierte SET 5-10. Dem komplexen Gegenstand Sprache Rechnung tragend wurde seine Entwicklung unter Federführung des fachlich ausgewiesenen Verfassers und klinischen Kinderpsychologen Franz Petermann von einer interdisziplinären Arbeitsgruppe mit entwicklungspsychologischer und linguistischer Expertise begleitet.

Das Komponentenmodell der Sprache (Barrett 1999) bildet den theoretischen Bezugsrahmen für die Testkonstruktion. Demzufolge werden für die definierte Altersgruppe erhebungsrelevante linguistische Komponenten identifiziert: Semantik/Sprachverständnis, Lexikon und grammatische Kenntnisse (Morphologie und Syntax/

Sprachproduktion). Trotz ihrer grundsätzlichen Relevanz bleiben pragmatische Kompetenzen explizit unberücksichtigt, wohl aber wird mit einem Untertest partiell deren qualitative Bewertung angestrebt. Ergänzt um die basalen Fähigkeiten der Verarbeitungsgeschwindigkeit und auditiven Merkfähigkeit konstituiert sich das Verfahren aus zehn Subtests mit maßgeblich bekannten, aber auch einigen neuartigen Prüfformaten und einem Pool von insgesamt 163 Items.

- Im ersten Untertest *Bildbenennung* wird anhand von 40 bunten Zeichnungen der aktive Wortschatz quantitativ erhoben.
- Das passende Hyperonym für vier bunte Zeichnungen soll im zweiten Untertest *Kategoriebildung* bei 15 Items gefunden werden, um Auskunft über die semantische Vernetzung im mentalen Lexikon zu erhalten.
- Der dritte Untertest *Sternsuche* ermittelt die Verarbeitungsgeschwindigkeit. Auf einem Testbogen mit 308 Symbolen – dem Zielitem Stern und drei Distraktoren (Sonne, Mond und Herz) – soll das Kind alle Zielitems innerhalb von 60 Sekunden

durchstreichen.

Die Aufnahme dieser Testaufgabe in den SET 5-10 bleibt unklar begründet. Der Autor argumentiert, dass durch die alltagsnahen und einfachen Symbole die Arbeitsgedächtnisleistung gering gehalten würde. Andererseits sollen mit Hilfe dieses Tests die Aufmerksamkeitsprozesse, welche untrennbar mit den Arbeitsgedächtnisprozessen und der Verarbeitungsgeschwindigkeit verbunden sind, gemessen werden. Des Weiteren stellt sich die Frage, warum eine räumlich-visuelle Aufgabe anstelle einer auditiven ausgewählt wurde, welche in engerer Verbindung zur Sprachentwicklung steht.

- Im Untertest *Handlungssequenzen* zur Überprüfung des Sprachverständnisses werden dem Kind zwölf Sätze (einfache Hauptsätze und Nebensatzkonstruktionen) vorgesprochen, welche mit Hilfe von Holztieren und Spielpuppen ausagiert werden sollen.
- Das Sprachverständnis auf Textebene wird im Untertest *Fragen zum Text* überprüft. Hierzu werden vier (Fünf- bis Sechsjäh-

rige) bzw. fünf (Sieben- bis Zehnjährige) kurze Geschichten vorgelesen. Dazu sollen anschließend ein oder zwei Fragen anhand von drei Auswahloptionen beantwortet werden.

- Im Untertest *Bildergeschichte* werden die Kinder dazu aufgefordert, eine Geschichte zu fünf in der richtigen Reihenfolge präsentierten Bildern zu versprachlichen. Die gegebenenfalls durch Nachfragen evozierte Produktion wird aufgezeichnet und nach der Testdurchführung hinsichtlich neun vornehmlich grammatischer Kategorien (Artikel, Pronomina, Satzvollständigkeit, Wortflexion) ausgewertet. Inwieweit mit diesem Untertest entsprechend der Testkonstruktion pragmatische Kompetenzen qualitativ beurteilt werden können bzw. sollen, bleibt unklar. Lediglich die beiden Auswertungskategorien Sinnhaftigkeit der Geschichte und Erzählfluss lassen hier Zusammenhänge zu pragmatischen Fähigkeiten vermuten.
- Die Fähigkeit zur *Satzbildung* wird mit dem gleich benannten Untertest überprüft. Aus zwei bis drei vorgegebenen Inhaltswörtern soll das Kind einen „richtigen Satz machen“ (Petermann 2010, S. 34). Ein „richtiger Satz“ ist grammatisch korrekt und weist eine logische inhaltliche Verknüpfung auf.
- Im achten Untertest *Singular-Plural-Bildung* muss der Plural von neun auditiv vorgegebenen Realwörtern und neun Pseudowörtern gebildet werden, womit die morphologische Regelbildung erfasst wird.
- *Erkennen/Korrektur inkorrektur Sätze* erfolgt für Fünf- bis Zehnjährige anhand von zwölf vorgesprochenen Sätzen, von denen sechs grammatische Fehler aufweisen. Die Kinder sollen identifizieren, ob der vorgegebene Satz korrekt oder inkorrekt ist. Die sieben- bis zehnjährigen Kinder müssen zwölf grammatisch inkorrekte Sätze korrigieren.
- Der letzte Untertest *Kunstwörter nachsprechen* ist ausschließlich für die Fünf- bis Sechsjährigen zur Überprüfung der auditiven Merkfähigkeit vorgesehen. Sie werden dazu aufgefordert, 20 von einer Audio-CD präsentierte Pseudowörter nachzusprechen. Diese bestehen aus zwei bis fünf Silben und berücksichtigen einfache Silbenstrukturen und Konsonantenverbindungen.

Laut Testankündigung ermöglicht der SET 5-10 eine umfassende Beurteilung des Sprachstandes bei unterschiedlichem Klientel. Genannt werden Kinder mit Sprachentwicklungsverzögerungen und -störungen,

Kinder mit Migrationshintergrund, Kinder mit Lernbehinderungen und Kinder mit Hirnschädigungen (z. B. kindliche Aphasie). In der detaillierten Testbeschreibung des Manuals lassen sich allerdings keine spezifischen Hinweise bezüglich der Durchführung, Auswertung oder Interpretation des Tests bei den verschiedenen Gruppen finden.

Die Normstichprobe besteht aus insgesamt 1.052 Kindern aus ganz Deutschland, zu 83,2% monolinguale und zu 16,8% bilinguale Kinder. Nähere Informationen über die nicht-deutsche Sprache der Kinder oder deren Erwerbsverläufe fehlen, ebenso wird die prozentuale Verteilung der mono- und bilingualen Kinder in der Normstichprobe nicht begründet. Insofern bleibt unklar, ob und in welcher Weise die gewonnenen T-Werte und Prozentränge für eine sichere Aussage über den Sprachstand von mehrsprachigen Kindern herangezogen werden können. Ähnliches gilt für die nicht näher präzisierten Gruppen der Kinder mit einer Lernbehinderung oder Hirnschädigung. Zwar ist der SET 5-10 bei diesen Kindern sinnvoll einsetzbar, um die linguistischen Kompetenzen im Einzelnen zu erfassen, doch verbietet sich unseres Erachtens ein Vergleich zu den Kindern der Normstichprobe.

Die Beschreibungen der Testdurchführung, -auswertung und -interpretation sind für monolinguale Kinder gut strukturiert und klar verständlich formuliert, wodurch ein standardisiertes Vorgehen gesichert ist. Die Rohwerte werden mittels übersichtlicher Tabellen für sieben Altersstufen in T-Werte und Prozentränge überführt. Durchführung- und Auswertungsobjektivität sind damit gegeben.

Zur Bestimmung der Reliabilität des Verfahrens dient die Berechnung der internen Konsistenz für die einzelnen Untertests. Die geringere interne Konsistenz von zwei Untertests (*Fragen zum Text* und *Bildergeschichte*) führen die Autoren darauf zurück, dass hier jeweils unterschiedliche Aspekte der sprachlichen Komponente erfasst werden (z. B. Erzählfluss und morphosyntaktische Fähigkeiten). Die weiteren Untertests bewegen sich mit einem Cronbachs Alpha von .71 bis .91 in einem befriedigenden bis sehr guten Bereich.

Leider kann über die Validität des Testverfahrens keine Aussage getroffen werden, da Ergebnisse einer Validierung bislang nicht vorliegen.

Insgesamt wird mit dem SET 5-10 in Deutschland eine diagnostische Lücke geschlossen. Vorbehaltlich der Validitätsüberprüfung ist zu erwarten, dass

- monolingual deutschsprachige Kinder im Alter von 5;0 bis 10;11 Jahren mit Hilfe des SET 5-10 hinsichtlich ihres Sprachstandes beurteilt werden können,
- eine Feststellung von Sprachdefiziten im Vergleich zur jeweiligen Altersgruppe und in Bezug auf die einzelnen überprüften linguistischen und nicht-sprachlichen Fähigkeiten möglich ist und
- Kinder mit Spracherwerbsstörungen identifiziert werden können.

Das ansprechende Testmaterial (Manual, Durchführungsanleitung, Protokoll- und Testbögen, Bildkarten, Spielfiguren, Audio-CD), die einfach zu handhabende Testdurchführung sowie die ökonomische Auswertung und Interpretation der Ergebnisse sprechen ebenfalls für einen breiten Einsatz des SET 5-10. Die angegebene Durchführungszeit von 45 Minuten erscheint nach ersten eigenen Anwendungserfahrungen allerdings recht knapp bemessen.

Sprachtherapeutinnen wird die Anschaffung des SET 5-10 grundsätzlich empfohlen. Es ist zu wünschen, dass sich dieses Testinstrument zur umfassenden Sprachstandserhebung als valide erweist und dann zum festen Bestandteil des sprachdiagnostischen Grundinventars jeder klinischen Einrichtung gehören und entsprechend zum Einsatz kommen wird. Gleichwohl wird Praktikerinnen zur differenzierten Ableitung individueller Therapieziele die anspruchsvolle Aufgabe einer ergänzenden speziellen linguistischen Diagnostik nicht erspart bleiben.



Rezension

Franz Petermann (unter Mitarbeit von Linda P. Fröhlich und Dorothee Metz) (2010): Sprachstandserhebungstest für Kinder im Alter zwischen 5 und 10 Jahren (SET 5-10). Göttingen: Hogrefe.

Test komplett bestehend aus: Manual, Durchführungshilfe, 10 Protokollbogen, Bildkarten zu Subtest 1 „Bildbenennung“, Bildkarten zu Subtest 2 „Kategorienbildung“, 10 Testbogen zu Subtest 3 „Sternsuche“, Schablonen (2) zu Subtest 3 „Sternsuche“, Spielfiguren zu Subtest 4 „Handlungssequenzen“, Bildkarte zu Subtest 6 „Bildergeschichte“, Audio-CD zu Subtest 10 „Kunstwörter nachsprechen“ und Box, 440 Euro.

Verfasser

Katja Subellok & Carina Lüke, Dortmund

Nachbarschaften

„... über den Tellerrand und Tag hinaus“

Zum Sprachheilgipfel am 17.12.2010 an der Ludwig-Maximilians-Universität München

Manfred Grohnfeldt

Auf Initiative des Lehrstuhls für Sprachheilpädagogik und Sprachtherapie an der Ludwig-Maximilians-Universität München fand am 17.12.2010 ein Sprachheilgipfel statt. Erstmals trafen sich nicht nur Vertreter der Fachverbände (einschließlich der Medizin), sondern auch der Krankenkassen, Ministerien, Politik und aus den Universitäten, deren Studiengänge die Krankenkassenzulassung erreicht haben. Die Möglichkeiten eines „runden Tisches“ (Grohnfeldt 2008a, 200) sollten genutzt werden.

Folgende Fachvertreter waren anwesend:

Verbände:

- Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten (dbs): Dr. Volker Maihack, RAin Jasmin Höll, Prof. Dr. Claudia Iven
- Deutsche Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde (DGSS): Prof. Dr. Rainer Schönweiler
- Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie (DGPP): Prof. Dr. Annerose Keilmann, Prof. Dr. Kathrin Neumann
- Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (dgs): Gerhard Zupp, Prof. Dr. Christian Glück, Dr. Karin Reber
- Bundesverband Klinischer Linguisten (BKL): Berthold Gröne, M.A.
- Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrerinnen (dba): Marion Malzahn, Jutta Ottenbreit

Krankenkassen

- MDK Nordrhein: Dr. Wolfgang Uphaus (Düsseldorf)

Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus

- Ministerialrat Erich Weigl

CSU Fraktion im Bayerischen Landtag

- Landtagsabgeordneter Georg Eisenreich

Universitäten

- Prof. Dr. Elisabeth Leiss (LMU München), Prof. Dr. Ulrike Lüttke (Hannover), Prof. Dr. Roswitha Romonath (Köln), Prof. Dr. Prisca Stenneken (Bielefeld), Prof. Dr. Christina Kauschke (Marburg)

Zusätzlich waren neben dem Initiator des Sprachheilgipfels, Prof. Dr. Manfred Grohn-

feldt, auch Mitarbeiter des Lehrstuhls für Sprachheilpädagogik und Sprachtherapie (Dr. Stephan Baumgartner, Daniela Kiening, Dr. Wilma Schönauer-Schneider) anwesend. Die Vertreter des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie (Dr. Monika Rausch, Lucas Rosenthal, Christiane Hoffschild), der Gesetzlichen Krankenversicherung (Florian Rott) sowie der Hochschulen in Basel (Claudia Born), Bochum (Prof. Dr. Kerstin Bilda) und Potsdam (Prof. Dr. Barbara Höhle) konnten auf Grund der winterlichen Bedingungen auf den Straßen und Flughäfen an diesem Tag oder krankheitsbedingt nicht teilnehmen.

Das **Ziel** bestand darin, zunächst in einen Dialog zu Fragen der Ausbildung und Institutionalisierung einzutreten und dann eine Verständigung über gemeinsame Interessen und Ziele in einer ergebnisorientierten Vorgehensweise herbeizuführen, um schließlich in einer gemeinsamen Erklärung (Memorandum) an die Öffentlichkeit zu treten.

Dazu wurden zwei Themenkomplexe angesprochen:

Themenkomplex 1: Fragen der Ausbildung in der Sprachtherapie (Wie?)

Ausgangspunkt war die Überlegung, dass das Sprachheilwesen in Deutschland durch die unterschiedlichen Berufsgruppen und Entwicklungslinien total zersplittert ist und gleichzeitig der nachhaltigste Umbruch seiner Geschichte stattfindet. In den letzten 15 Jahren hat sich mehr geändert als in den 50 Jahren davor!

In Deutschland gibt es die quantitativ größte Gruppe der Logopäden auf Fachschulniveau sowie unterschiedliche Berufsgruppen mit einem akademischen Studium. Vor diesem Hintergrund setzte vor einem Jahrzehnt ein Streben nach Vereinheitlichung ein, u. a. 1999 das Gemeinsame Eckpunktetpapier (Bundes-Sprachtherapiegesetz) sowie am 27.10.2000 die Konferenz der akademischen Sprachtherapeuten Deutschlands. Durch die dbs-Dozentenkonferenz

wurden Mindeststandards festgelegt, die in Absprache mit den Krankenkassen zu Grundlagen von Anerkennungsverfahren für Studiengänge der Hochschulen führten. Ebenso wurde das Leitbild „Akademische Sprachtherapeutin/Akademischer Sprachtherapeut“ von der Leitbild-Kommission der dbs-Dozentenkonferenz erarbeitet und einstimmig auf der dbs-Dozentenkonferenz am 28.5.2010 verabschiedet.

Damit waren Erfolge verbunden, die zu einer Verbesserung der Ausbildung führten. Andererseits sank der prozentuale Anteil an Absolventinnen der akademischen Sprachtherapie von ca. 30% auf 15%, da gleichzeitig in diesem Zeitraum eine Vielzahl von – häufig privaten – Logopädenschulen gegründet wurden. Dies ist international die totale Ausnahme.

Vor diesem Hintergrund und angesichts der unbestreitbar hohen Anforderungen an die Qualifikation des Berufes sind die Forderungen nach einer Akademisierung der Logopädie zu sehen. Die am 26.05.2009 im Deutschen Bundestag beschlossene Öffnungs- bzw. Modellklausel (BT-Ds. 16/9898), die eine Erprobung zeitlich befristeter akademischer Ausbildungskonzepte für die Bereiche der Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie und Hebammenkunde zunächst bis zum Jahr 2017 vorsieht, ist als Schritt in diese Richtung zu erkennen und dementsprechend zu begleiten.

Der Teilnehmerkreis des Sprachheilgipfels unterstützte schon nach kurzer Diskussion eine Akademisierung der Logopädie. Von wesentlichem Interesse waren Neukonstellationen innerhalb des Feldes der sprachtherapeutischen Berufsgruppen wie z. B. das Verhältnis von Medizin und Sprachtherapie/Logopädie (s. Memorandum).

Themenkomplex 2: Fragen der Institutionalisierung (Wo?)

Traditionell ist in Deutschland die Tätigkeit von Sprachheillehrerinnen in Schulen und Sprachtherapeutinnen/Logopädinnen in außerschulischen Institutionen (Kliniken,

Praxen ...) getrennt. Auf der Grundlage der UN-Konvention vom 13. Dezember 2006, die in Deutschland zum 01. Januar 2009 in Kraft getreten ist, ergeben sich für den Bereich der Inklusion neue Anforderungen an das Berufsfeld. Dabei ist zu konstatieren, dass

- vor dem Hintergrund des Bologna-Dekrets vom 19.06.1999 eine deutliche Absenkung der Stundenzahlen im Lehramtsstudium erfolgte und eine therapeutische Qualifikation in den meisten Studienstätten nicht mehr sichergestellt werden kann (Grohnfeldt 2008b),
- es aber gleichzeitig neue Studiengänge zur akademischen Sprachtherapie mit hoher Qualifikation gibt, die eine Krankenkassenzulassung erhalten haben.

Dadurch ergibt sich die Möglichkeit der Neukonstellation der Berufsgruppen, wie dies beispielsweise in den USA seit langem üblich ist. Dabei ist zu bedenken, dass eigentlich beide Berufsgruppen auf diesen Aufgabenbereich von der Ausbildung her nicht vorbereitet sind und sich dadurch vorschnelle Lösungen verbieten. Andererseits sollten Überlegungen zur Veränderung des Gesamtsystems vorurteilsfrei angestellt werden können.

Zweifelsfrei handelt es sich um ein Thema von hoher Irrationalität, Ängsten und Abwehrbestrebungen, das aber gleichzeitig alle Möglichkeiten der Verbesserung der Situation beinhaltet. Die entscheidende Frage lautet:

Ist es möglich, ein komplementäres System zu schaffen, mit dem Vertreter der Sprachheilpädagogik und Sprachtherapie/Logopädie gleichermaßen zufrieden sind und das für die Betroffenen eine Verbesserung darstellt?

Die Diskussion dieser Frage führte bei den Vertretern des Sprachheiligipfels zu unterschiedlichen Akzentuierungen, wobei weitere Fragestellungen aufgeworfen wurden. Es handelt sich um eine Thematik, bei der die Meinungsbildung im Vergleich zum ersten Themenkomplex einer Akademisierung der Logopädie noch nicht so weit fortgeschritten ist. Andererseits ergaben sich deutliche Tendenzen im Sinne eines „nicht ob, sondern wie“ (s. Memorandum).

Epilog

Durch die Aussprache auf dem Sprachheiligipfel ist das Verhältnis der Berufsgruppen zueinander in Bewegung gekommen. Es gilt die besondere Chance eines aufeinander bezogenen Auftretens zu nutzen. Vor diesem Hintergrund wurde ein Memorandum als gemeinsame Erklärung verfasst, mit dem

Impulse für die zukünftige Entwicklung gegeben werden sollen.

Memorandum

Das Verhältnis der Berufsgruppen des Sprachheilwesens in Deutschland ist in Veränderung begriffen. Dies bezieht sich auf das Zusammenwirken von Medizin und Sprachtherapie/Logopädie:

Qualifizierte Verordnung von Sprachtherapie bedarf der Kooperation eines Arztes und eines Sprachtherapeuten/Logopäden* („Vier-Augen-Modell“).

Ebenso wird ein Einstieg in eine engere Zusammenarbeit im Rahmen von sprachtherapeutischen und sprachheilpädagogischen Aufgabenfeldern im klinischen und schulischen Kontext befürwortet:

Die Kooperation von Pädagogik, Medizin und Sprachtherapie/Logopädie ... im vorschulischen und schulischen Bereich ist zu intensivieren und Kompetenzen sind zu bündeln. Zur Umsetzung sind regionale Netzwerke zu schaffen.

* geschlechtsneutrale Bezeichnung, umfasst alle sprachtherapeutischen Berufsgruppen

Für die weitere Konkretisierung ergaben sich folgende Fragen: Was können Sprachtherapie/Logopädie im vorschulischen und schulischen Kontext beitragen? Wie muss

die Ausbildung dann aussehen? – Dies könnte Gegenstand eines weiteren Sprachheiligipfels sein.

Literatur

dbS-Dozentenkonferenz vom 28.05.2010: Leitbild „Akademische Sprachtherapeutin/Akademischer Sprachtherapeut“ (Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten: Goethestraße 16, 47441 Moers)

Gemeinsames Eckpunktepapier des Deutschen Berufsverbandes für Logopädie e.V. dbL und der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. dgs/AGFAS zur Ausbildung eines wissenschaftlich begründeten Heilberufs „Sprachtherapie“ (Bundes-Sprachtherapiegesetz). Die Sprachheilarbeit 44 (1999), 176

Grohnfeldt, M. (2008a): Divergierende Strukturen des Sprachheilwesens in Deutschland. Die Sprachheilarbeit 53, 192 – 201

Grohnfeldt, M. (2008b): Die Sprachheilpädagogik im Zeitalter von Bologna. Wie Fragen der Ausbildung das Fach verändern können. Die Sprachheilarbeit 53, 351 – 353

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Manfred Grohnfeldt
Lehrstuhlinhaber für Sprachheilpädagogik und Sprachtherapie
Ludwig-Maximilians-Universität München
Leopoldstr. 13
80802 München

Gründung und erste Tagung der Gesellschaft für interdisziplinäre Spracherwerbsforschung und kindliche Sprachstörungen im deutschsprachigen Raum – giskid –

Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen stellen die größte Gruppe von Kindern mit Entwicklungsstörungen dar. Über die Gründung einer interdisziplinären Fachgesellschaft für Kindersprache und kindliche Sprachstörungen sollen alle Berufsgruppen, die sich mit der Erforschung und Therapie von Kindersprache im deutschsprachigen Raum befassen, vernetzt werden.

Die Gründungstagung der giskid (Gesellschaft für interdisziplinäre Spracherwerbs-

forschung und kindliche Sprachstörungen im deutschsprachigen Raum) findet am 20. und 21. Mai 2011 im Berufsbildungswerk Leipzig für Hör- und Sprachgeschädigte statt.

Mit der giskid-Gründungstagung soll eine Plattform für den wissenschaftlichen Austausch initiiert werden, auf der Forschungsergebnisse und Ausbildungsstätten präsentiert und Vernetzungen hergestellt werden können. Die ISES (Interdisziplinäre Tagung

über Sprachentwicklungsstörungen) wird als Fachtagung in die Fachgesellschaft integriert und weiterhin alle zwei Jahre stattfinden.

Zur Mitgliedschaft sind alle Personen und Institutionen im deutschsprachigen Raum eingeladen, die sich mit der Erforschung und Therapie von Kindersprache befassen. Nach einem ersten Aufruf haben sich bisher Interessierte aus den folgenden Berufsgruppen gemeldet: Logopädie, Sprachheilpädagogik, Linguistik, Patholinguistik, Sonderpädagogik, Sprachbehindertenpädagogik, Psychologie, Phoniatrie und Pädaudiologie. Eine solche Interdisziplinarität und Vernetzung ist im deutschsprachigen Raum bisher einzigartig.

Die Fachgesellschaft möchte als Informations- und Austauschforum für den Spracherwerb und seine Störungsbilder dienen und die verschiedenen Fachdisziplinen aber auch Eltern und Angehörige gleichermaßen erreichen.

Initiatoren dieses Vorhabens sind Prof. Dr. Julia Siegmüller, Prof. Annette Fox-Boyer und Dr. Peter B. Marschik.

Gründungstagung giskid

Datum: 20. & 21. Mai 2011

Ort: Berufsbildungswerk für Hör- und Sprachgeschädigte Leipzig gGmbH, Knautnaundorfer Straße 4, 04249 Leipzig

Bei Interesse an einer zukünftigen Mitgliedschaft und weiteren Informationen über die Fachgesellschaft und die Gründungstagung kontaktieren Sie bitte:

Korrespondenzadresse

Svenja Roedel
Organisation der Gesellschaft für interdisziplinäre
Spracherwerbsforschung und kindliche Sprachstörungen
Werftstraße 05
18057 Rostock
Tel: 0381 – 80 87 261
Mail: s.roedel@eufh.de

Rückblick

Sprachtherapeutisches Handeln im Arbeitsfeld Geriatrie – 12. wissenschaftliches Symposium des dbs in München

Am 28. und 29. Januar 2011 boten die ehrwürdigen Hallen der Ludwig-Maximilians-Universität München ein wunderbares Forum für das 12. dbs-Symposium und ausreichend Platz für die vielen Aussteller, Selbsthilfegruppen, Vereine und Poster. Auch eine Kunstaussstellung, die den demenziellen Abbau eines Grafikers dokumentiert, konnte den ca. 400 Teilnehmern präsentiert werden. Mit enormer Akzeptanz wurde das neue Konzept Symposium PLUS eingeläutet, dessen sechs zusätzliche Workshops komplett ausgebucht waren. Beim Begrüßungsabend sorgten Bayerische Gastlichkeit und das Vokalensemble Sixte ajoutée für gute Stimmung.



Der Lichthof im Hauptgebäude der LMU-München



Eine Besucherin betrachtet das Werk eines demenzerkrankten Grafikers.



Begrüßungsabend in bayerischer Traditionsgaststätte

Dr. Volker Maihack, Bundesvorsitzender des dbs, begrüßte am Freitagmittag die Teilneh-

mer, darunter auch viele Ehrengäste aus den Hochschulen und Nachbargesellschaften. Er dankte den Organisatorinnen *Barbara Geist* und *Prof. Dr. Martina Hielscher-Fastabend*, ebenso wie der *dbs-Landesgruppe Bayern* unter ihrer Vorsitzenden *Daniela Kiening* für die hervorragenden Vorbereitungen und nicht zuletzt auch *Prof. Dr. Manfred Grohnfeldt*, der als Ordinarius der LMU und Inhaber des Lehrstuhls Sprachtherapie die gastgebende Universität vertrat.



Dr. Volker Maihack, dbs-Bundesvorsitzender

In seiner Eröffnungsrede verwies *Dr. Maihack* auf die wissenschaftliche, therapiepraktische, aber auch kostenpolitische Leerstelle, die das Symposium mit seinem Thema „Sprachtherapie und Geriatrie“ füllen könne

und müsse. Die immer zahlreicher auftretenden multimorbiden Patienten – aktuellen Prognosen der Krankenversicherungen zufolge werden bald jeder 3. Mann und jede 2. Frau im Alter an Demenz erkranken – haben das Recht auf eine angemessene, auch sprachtherapeutische Versorgung. Die Prävalenz von Dysphagien bei den über 60jährigen Patienten sei mit 14 Prozent in etwa so hoch, wie bei dem selbstverständlichen medizinischen Forschungs- und Behandlungsgegenstand „Diabetes mellitus Typ II“. Solche Zahlen und ihre Bedeutung für Mortalitätsraten im Alter ließen erkennen, warum ein Schwerpunkt zukünftiger sprachtherapeutischer Forschung und Therapie auf dieses Themenfeld gerichtet sein muss.

Auch Prof. Grohnfeldt verwies in seinem Grußwort darauf, dass der demographische Wandel die Sprachtherapie in der Geriatrie zu einem zukunftssträchtigen Aufgabenfeld mache. Bereits jetzt fielen knapp 14 Prozent der Krankenkassenausgaben auf die Behandlung von Störungen wie die Aphasie und Dysphagietherapie.

Stellvertretend für die vielen Fachgesellschaften und Interessensgemeinschaften, die sich dem Themengebiet verpflichtet haben, begrüßte Dr. Manfred Gogol, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie, die Teilnehmer. Er forderte, das Phänomen demographischer Alterung der Gesellschaft in seiner Vielschichtigkeit zu begreifen und entsprechende Lösungsansätze zu entwickeln. Dass Altern häufig mit Erkrankung und Behinderung einhergehe, dürfe nicht zu therapeutischem Nihilismus verleiten. Dem verfassungsrechtlichen Anspruch auf einen würdevollen Umgang müsse nun ein aktives Geschehen folgen. Gelingende Kommunikation sei eine Voraussetzung für würdevolles Dasein. Hinsichtlich adäquater Behandlungsansätze für entsprechende Störungsbilder bliebe den Fachdisziplinen aber gerade bei dementiellen Syndromen oder Sprachstörungen im Kontext von Multimorbidität noch viel zu tun.

„Wir gehen nicht gut um mit diesen Fragen, obwohl es Volksfragen sind“, brachte Prof. Dr. Ingo Füsgen das Dilemma von Gerontologie und Geriatrie auf den Punkt. Die Gesellschaft messe und beklage den steigenden Altersquotient, erschrecke über 190.000 Demenz-Neuerkrankungen pro Jahr oder die Neueröffnung von jährlich 100 Pflegeheimen. Nicht ohne Selbstkritik und Ironie sprach Füsgen von den iatrogenen Störungen alter Patienten und davon, dass die 6000 zuständigen Nervenärzte ihre Überforderung zugäben. Anders als beim Schlaganfall



Das Plenum folgt dem Vortrag von Prof. Dr. Ingo Füsgen.

gäbe es für den Umgang mit multimorbiden Alten und Demenzpatienten keine diagnostischen Standards, keine Standard-Therapie, keine Leitlinien. Demenzerkrankungen und die mit dem Alter zunehmende Multimorbidität passen Füsgen zufolge nicht in die Standardbestrebungen des deutschen Gesundheitswesens. Die hohe Individualität der Krankheitsbilder fordere eine andere Denkungsart: Nicht Wiederherstellung oder Heilung seien Desiderate in der Geriatrie, sondern die Verbesserung der Lebensqualität. Am Anfang stünden Gesundheitsförderung und Prävention, immer stehe der Mensch im Mittelpunkt und das für sein würdevolles selbständiges Leben Notwendige, nicht das medizinisch Mögliche.

Atrophien, Neuronensterben und frontaler Metabolismus als organisches Korrelat des Alterungsprozesses, dazu Kriterien zur Unterscheidung verschiedener Demenztypen – dem Eindruck des Forschungsstillstandes in der Gerontologie trat Prof. Dr. Elke Kalbe entgegen und zeigte die Evidenzen, die moderne Methoden beisteuern können. Für Alzheimer- und vaskuläre Demenzen gelten andere Prädiktoren und Verläufe als zum Beispiel für die Levy Body- oder die frontotemporale Demenz. Testverfahren könnten unterschiedliche Leistungsprofile sichtbar machen. Auch lägen bereits Evidenzen vor, dass ein kognitives Training zu hirneigenen Veränderungen führe und Wirkungen auf das Neurotransmitter-System habe. Dennoch bestünde in der Praxis das Problem, dass die Grenzen zwischen Norm, Mildem (c)ognitiven Impairment (MCI) und Demenz fließend seien: Einer amerikanischen Studie zufolge würden 75 Prozent der Demenzerkrankungen und 97 Prozent der MCI-Patienten vom Hausarzt nicht erkannt. Neue Screeningverfahren müssten entwickelt werden, da z.B. der bestehende „Mini-Mental Status“ Test von Patienten schlecht akzeptiert würde und zu wenig sensitiv sei. Wichtig sei das frühe Erkennen der Probleme, um therapeutische Maßnahmen

in der Anfangsphase einzusetzen und damit den Verlauf günstig zu beeinflussen.

Janina Wilmskötter und Söhnke Stanschuss schilderten in ihrem Beitrag eindrucksvoll die Feinheiten diagnostischen Vorgehens, mit dem die Abgrenzung zwischen Dysphagie und Presbyphagie möglich wird. Altersspezifische neuromuskuläre Prozesse verändern zahlreiche Abläufe des Schluckaktes, ohne die Schlucksicherheit und -effizienz merklich zu belasten. Diese Veränderungen – die Presbyphagie – sind analog zu den dysphagischen Dysfunktionen bei Schlaganfallpatienten, hier allerdings in größerem Ausmaß zu beobachten. Die klinischen und apparativen Untersuchungsmethoden machen auch die Therapie- und Kompensationsmöglichkeiten erkennbar: so ist ein gewisses Krafttraining noch möglich und somit der Faktor Alter kein Hinderungsgrund für eine Dysphagietherapie. Die Auswirkungen auf die Lebensqualität lassen sich mit Fragebögen wie dem SWAL-QAL erheben.



Dr. Sabine Reuter

Humorvoll blickte Dr. Sabine Reuter auf ihr ernstes Spezialgebiet – die Ernährungsprobleme multimorbider älterer Menschen. Dem beklagten Mangel an wissenschaftlichen Diagnosestandards kam sie mit langjähriger klinischer Erfahrung und systematisiertem Beobachtungswissen bei Body-Mass-Index, Ursachenforschung und Mahlzeitenbetreuung hätten Schlüsselfunktionen bei der Beurteilung und Beeinflussung des Ernährungszustandes alter Patienten. Unterscheiden müsse man zwischen Patienten, die essen wollen, aber aufgrund organischer oder neuropsychologischer Probleme (Hand-Mund-Koordination, orale Probleme, Ösophagitis u.v.m.) nicht können und denen, die Nahrung zu sich nehmen können aber nicht wollen. Ziel von Therapiemaßnahmen und Ernährung sei grundsätzlich Wohlbefinden mittels bedarfs- und patientengerechter Versorgung. Auf standardisierte Zielvorgaben müsse man in diesem Bereich – vor allem in palliativen Situa-

tionen – verzichten.

Die zwei ersten Vorträge des Samstags befassten sich mit linguistischen Aspekten von Demenzen. *Dr. Christina Knels* gab einen Überblick über die Symptomatik der sprachbasierten Demenzen: die Alzheimer-Demenz (AD) und die primär progredienten Aphasien (PPA). Anhand sprachdiagnostischer Profile und einer Fallvorstellung erläuterte sie diagnostische Kriterien für die derzeit bekannten drei Varianten der PPA: nicht-flüssig vs. semantisch vs. logopenisch. Keine der Variante könne mittels Kurzversion des Aachener Aphasietests identifiziert werden, sensitiver seien Benennstests und die Beurteilung der Spontansprache. Ein erhaltenes semantisches Gedächtnis bei der AD steht erheblichen semantisch-lexikalischen Defiziten bei der PPA gegenüber, während es sich mit dem episodischen Gedächtnis umgekehrt verhält: *Prof. Dr. Elisabeth Leiss* postulierte einen spiegelbildlichen Abbau der Gedächtnisformen bei den Demenztypen und analysierte Priming-Experimente hinsichtlich ihres differentialdiagnostischen Nutzens für Klinik und Demenz-Forschung.

Prof. Dr. Prisca Stenneken diskutierte die Bedeutung sprachlicher Leistungen als allgemeines Maß für kognitive und neurologische Entwicklung. Während Biomarker zuverlässig Alterungsprozesse im Gehirn sichtbar machen, sei die frühzeitige Erkennung kognitiver Symptome noch unbefriedigend. Unter anderem die „Nun-Study“ habe aber deutlich gezeigt, dass die Sprache als sensitives Maß für kognitive Veränderungen geeignet ist. Bei ihrem Ordenseintritt im Alter von 23 Jahren hatten die Schwestern autobiographische Texte verfasst, die mit ihren kognitiven Funktionen im Alter zwischen 75 und 93 Jahren in Beziehung gesetzt wurden. Die sprachlichen Fähigkeiten erwiesen sich als geeigneter Prädiktor für eine spätere Demenzerkrankung. Obwohl sprachliche Leistungen demnach als kostengünstiger, nicht-invasiver Marker funktionieren könnten, seien bislang keine entsprechenden Untersuchungsinstrumente für das Alter vorhanden. *Stenneken* schlug vor, u. a. die Antwortlatenzen beim Wortabruf, die Blickposition beim Lesen und die spezifische frontale Hirnaktivierung bei der mündlichen Kommunikation als geeignete Faktoren im Auge zu behalten.

Ihren ressourcenorientierten Therapieansatz für Demenzkranke – die Selbsterhaltungstherapie (SET) – stellte *Dr. Barbara Romero* vor. Sie plädierte für realistische Therapieziele, die sich allein am Erhalt von gesellschaftlicher Teilhabe und Wohlbefinden



Dr. Barbara Romero

orientierten. In der Therapie gehe es um die Anpassung an die Folgen der fortschreitenden Erkrankung. Versuche, kognitive Verluste durch Training auszugleichen, blieben bei Demenzerkrankungen immer erfolglos. Vielmehr müssten geeignete Aktivitäten erkannt und aufgebaut werden, mit denen der Kranke die Erfahrung von Kompetenz und Teilhabe machen könne. Dazu gehöre auch die unterstützende Beteiligung des Umfeldes. Spezifische sprachtherapeutische Aufgaben in dem interdisziplinären Therapiekonzept blieben bei *Romero* zunächst offen, eher stellte sie die Relevanz direkter übender Verfahren im sprachlichen Bereich bei fortgeschrittener Demenz in Frage.

Anders stellte sich das in den zwei letzten Vorträgen des Samstags dar, die sich mit Sprechmotorik im Alter und im Rahmen von alterstypischen Erkrankungen befassten. Konkret und systematisch führte *Dr. Wolfram Ziegler* die wichtigsten Faktoren, die das Sprechen im höheren Alter beeinflussen, ein. Anhand von Sprechaufnahmen der 31- und 81jährigen Queen Elisabeth konnten die Zuhörer die Altersabhängigkeit von Sprechermerkmalen nachvollziehen. Die Darstellung der Alterungsprozesse im Gehirn bezogen auf motorische Aktivitäten machte deutlich, warum die Sprechweise im Alter und bei Dysarthrophonien (DAP) deutliche Überlappungen zeigen. Daraus ergebe sich die Notwendigkeit, bei der Dysarthriediagnostik alterskorrigierte Normen einzusetzen. *Ziegler* schilderte auch, wie neuere Verfahren der Dysarthriediagnostik die Sprechweise als „akustisches Gesicht“ erscheinen lassen, welches bei schweren DAP im Rahmen der Parkinson-Erkrankung oder der Chorea Huntington zunehmend verloren gehe. Auch mit der Folge, dass bei DAP-Patienten das Alter anhand der Stimme nicht mehr richtig eingeschätzt werden könne.

Ca. 70 Prozent der Parkinson-Patienten geben an, unter Sprech- und Stimmproblemen zu leiden, aber nur etwa 30 Prozent erhalten amerikanischen Daten zufolge jemals



Bernd Frittrang vor dem Plenum

Sprachtherapie, obwohl sich die Dysarthrophonie (DAP) nicht durch medikamentöse Behandlung oder die tiefe Hirnstimulation positiv beeinflussen ließe. So rückte *Bernd Frittrang* die Parkinson-Patienten als für die Sprachtherapie bedeutsame Patientengruppe im Handlungsfeld Geriatrie in den Fokus. *Frittrang* zählte die Implikationen für die Sprachtherapie auf, die sich aus Pathophysiologie der DAP und den neuropsychologischen Störungen bei Parkinson-Patienten ergeben. In verhaltensbasierten und kompensatorischen Verfahren müsse eine Fokussierung auf die Schlüsselstörung erfolgen und die Komplexität von Sprechverhalten reduziert werden. Deshalb haben sich Verfahren zur Erhöhung der Sprechlautstärke wie das LSVT (Ramig 1987) oder die Sprechratenkontrolle (van Nuffelen et al. 2010) als effektiv erwiesen.

In seiner *Conclusio* nahm *Priv. Doz. Dr. Ernst G. de Langen* die roten Fäden der einzelnen Vorträge auf und verknüpfte sie für das folgende Podiumsgespräch. Als Grundproblem der Thematik identifizierte er eine fehlende Trennschärfe: Sollen und können Unterschiede zwischen der Sprachtherapie mit neurologischen Patienten und einer geriatricspezifischen Therapie abgeleitet werden? Und wie wird demenzspezifisch gearbeitet? Gelten verschiedene Paradigmen? Ist unterschiedliches Material erforderlich? Sieht die Diagnostik anders aus? Werden in Zukunft analog den pädagogischen auch geragogische Kompetenzen eine Rolle spielen und Inhalte von Weiterqualifikation sein? Wenn auch „die Therapie der Wernicke-Aphasie über 80“ eine Zuspitzung sei, so mahnt *de Langen* doch an, die geriatricspezifische Sprachtherapie zu definieren und hier eine für Patienten mit bzw. ohne Demenz zu differenzieren. Dabei wird es zu den zentralen Aufgaben gehören, eine aussagekräftige Diagnostik sowie Entscheidungshilfen für die Festlegung von Therapiefrequenzen zu entwerfen. Therapieentscheidungen werden darauf basieren, was im Alter noch als normal und was als hinnehmbar empfunden

wird, wann Therapie zwingend erscheint und wann mit dem Ausschleichen aus Therapieprozessen begonnen werden sollte.



Organisator/inn/en, Referent/inn/en und Diskussionsteilnehmer/inn/en des dbs-Symposiums: 1. Reihe v. li.: D. Ludwig, Dr. S. Voigt-Zimmermann, Dr. S. Kurtenbach und Prof. Dr. M. Hielscher-Fastabend. 2. Reihe v. li.: Priv. Doz. Dr. E. G. de Langen, T. Borbonus und V. Gerrlich

Das *Podiumsgespräch*, moderiert von *Barbara Geist*, griff auch das Problem der Angehörigenarbeit in der Geriatrie auf. *Dr. Barbara Romero* skizzierte noch einmal die nicht-berufsspezifischen Aufgaben der Therapeuten. Man müsse über die Arbeit mit Bild- und Wortkarten hinaus gehen. Die Möglichkeit hierzu sieht *Dagmar Ludwig*, Podiumsteilnehmerin und Inhaberin einer sprachtherapeutischen Praxis, in Hausbesuchen gegeben. Wertvolle nicht-sprachliche Aspekte zum Beispiel hinsichtlich

des Lebensumfeldes und der Mobilität der Patienten könnten so durch den Sprachtherapeuten mit berücksichtigt werden. Problematisch sei allerdings, dass indirekt die Anerkennung für diese intensive Beratungstätigkeit fehle, da keine gesonderte Abrechnungsposition hierfür gegeben sei. Dem entgegenete *Volker Gerrlich*, Rechtsanwalt und Geschäftsführer des dbs, dass die Angehörigenberatung sehr wohl zur Leistungsbeschreibung des vdek gehöre, dort zwar nicht quantifiziert sei, aber als Einzeltherapie zur Abrechnung gebracht werden könne. Die Möglichkeiten zur flexiblen Handhabung der 30 Minuten Sprachtherapie am Tag im Rahmen der Komplexleistung in der geriatrischen Rehabilitation sah *Dr. Sabine Reuter* als ausreichend an, um dem Kooperationsvermögen der Patienten und Angehörigen individuell zu begegnen. *Dagmar Ludwig* hingegen bewertete die 45 bis 60-Minuten-Taktung im ambulanten Bereich als unzureichend, um den aufwendigen Beratungs- und Betreuungsansprüchen im geriatrischen Bereich gerecht zu werden.

An den Fragen nach den spezifischen Inhalten und der Evaluation von Sprachtherapie in der Geriatrie insbesondere bei Demenz beteiligte sich auch das Publikum rege. Wie schon die Vorträge der Symposiumstage offenbart hatten, reicht das Angebot vom therapeutischen Nihilismus über die spezifische Übungstherapie bis hin zur therapeutischen Anwendung von kommunikativen Routinen sowie dem Vorschlag, Angehörigentrainings analog zu den Kommunikationstrainings für Eltern sprachentwicklungsgestörter Kinder oder für Partner von Global-Aphasikern zu entwickeln. Zur Evaluation genügt den einen die Frage nach dem Wohlbefinden, während andere vorgegebene Assessments nutzen und Dritte neue Testverfahren zur Beurteilung kommunikativer Leistungen fordern. *Ludwig* aber appellierte zunächst an die Gesundheitspolitik, ethische Prinzipien einzuführen – sonst fehle der Weiterentwicklung sprachtherapeutischer Konzepte in der Geriatrie die Basis.

Das diesjährige Symposium konnte den dringenden Handlungsbedarf im Arbeitsfeld Geriatrie aufzeigen und bisherige Forschungsergebnisse zusammenfassen. Die dbs-Arbeitsgruppe „Sprachtherapie in der Geriatrie“ wird sich auch über das Symposium hinaus mit dieser heterogenen und fachlich anspruchsvollen Patientengruppe beschäftigen. Wie gewohnt werden die Vorträge und Diskussionen demnächst in einem Tagungsband erscheinen, für den schon jetzt Subskriptionen entgegen genommen werden: www.dbs-ev.de

Das nächste Symposium findet am 27./28. Januar 2012 in Marburg statt und wird sich voraussichtlich mit „Sprachentwicklung und Prosodie“ befassen.

Ulrike de Langen-Müller

Verstärkung gesucht!

Wir suchen eine Redakteurin/einen Redakteur zur Erweiterung des Redaktions-Teams der *Sprachheilarbeit*, Fachzeitschrift für Sprachheilpädagogik und akademische Sprachtherapie.

Wir wünschen uns von Ihnen:

- Freude an redaktioneller und schreibender Tätigkeit,
- Spaß an der leserfreundlichen Darstellung fachlicher Inhalte,
- selbstständiges Arbeiten auch mit digitalen Medien,
- Zuverlässigkeit,
- zeitliche Flexibilität,

Wir bieten Ihnen:

- die Möglichkeit zur Mitgestaltung einer wissenschaftlichen Fachzeitschrift
- Einarbeitung in das redaktionelle Tätigkeitsfeld und die Kooperation mit dem Verlag,
- die Chance, sich Ihren persönlichen Interessenschwerpunkten zu widmen und mit unserer Unterstützung an folgenden Themen zu arbeiten, u. a.:
 - Grundfragen der schulischen Förderung sprachbehinderter Kinder und Jugendlicher, aktuelle schulische Entwicklungen
 - Aufbau von Kontakten z. B. zu Schulen/Schulprojekten, Schuladministration, Bildungspolitik, Studienseminaren oder Hochschulen

- Erfahrungen im Sprachheilschulwesen und Interesse an didaktischer Konzeptbildung und unterrichtspraktischer Gestaltung
- Neugier auf aktuelle bildungspolitische Entwicklungen, z. B. Inklusionsdebatte und deren Umsetzung im Interesse des sprachbehinderten Kindes und seines sozialen und familiären Kontextes

- ein motiviertes, ehrenamtlich tätiges Kollegenteam,
- eine materielle Aufwandsentschädigung und Erstattung von Reisekosten/Spesen.

Wir erwarten von Ihnen:

- ein fachbezogenes Hochschulstudium
- Teilnahme an 4–6 Redaktionssitzungen pro Jahr,
- Aufbau von Kontakten zu potenziellen Autoren,
- Betreuung von Autoren bei der redaktionellen Bearbeitung von Manuskripten bis zur Publikation

Wenn wir Ihr Interesse wecken konnten, freuen wir uns über Ihre Bewerbung in der üblichen Form bis zum 31.05.2011 an redaktion@sprachheilarbeit.eu.

Aus der Hochschule

Der Master-Abschluss von gestern und das Staatsexamen von morgen

(CWG) Die Bildungshoheit der Länder ist ihnen heilig, sind doch die jeweiligen Landes-Kultusressorts sichtbare Zeichen der föderalen Unabhängigkeit. Im Falle der Lehrerbildung erzeugen diese Länderinteressen ein Spannungsverhältnis zur Idee eines einheitlichen europäischen Hochschulraums, der verbindliche Strukturen hochschulischer Bildungsziele eingeführt hat (sog. Bologna-Prozess).

Praktisch alle Studiengänge aller Fächer sollten auf die neue dreistufige Studienstruktur aus Bachelor, Master und Promotion umgestellt sein. Ausgefüllt wird dieses Gerüst akademischer Grade mit Modulstrukturen und einer neuen Verrechnungseinheit: Statt in Semesterwochenstunden (SWS) werden nun im Sinne eines Arbeitszeitmodells pro Semester 30 Leistungspunkte vergeben, von denen jeweils ein Punkt einer Arbeitszeit von 30 Stunden entspricht. So wird das Ziel erfüllt, von der angebotsorientierten Struktur (Wie viele Veranstaltungen sind zu besuchen?) zu einer Lerner-orientierten Struktur (Wie viel Zeit muss aufgewendet werden, um sich eine bestimmte Kompetenz anzueignen?) zu kommen. So weit die Theorie.

Zu welchen Konsequenzen es in der Umsetzung dieser Beschlüsse gekommen ist, wurde in der Vergangenheit kritisch, auch durch Studierendenproteste, öffentlich behandelt. Dies betraf die Arbeitsbelastung, die hohe Prüfungszahl mit der großen Prüfungsorientierung des Lernens und der Vermittlung, sowie die starke Verschulung mit mangelnder Flexibilität in der individuellen Profilierung. Bologna-Befürworter wenden hier ein, dass diese Kritikpunkte auf der Ebene der Prüfungsordnungen (PO) zu beheben seien: Die Einführung europaweit verbindlicher Abschlüsse sei davon nicht betroffen.

Genau von dieser einheitlichen, europaweiten Anerkennung sind wir aber bereits innerhalb Deutschlands weit entfernt. Nachdem die meisten Bundesländer das Lehramtsstudium gerade erst auf eine Bachelor-/Master-Struktur umgestellt hatten, wird jetzt in Sachsen eine 180° Wende vorgenommen und wieder zurück auf das Staatsexamen umgestellt. Damit folgt Sachsen den unionsregierten Ländern Bayern und Baden-Württemberg, die stets das Staatsexamen behalten hatten. Dahinter ist

letztlich auch eine Auseinandersetzung um die Richtlinienkompetenz zu sehen: Durch das Staatsexamen erhalten die Kultusministerien weitreichenden Einfluss auf Studieninhalte und zu erreichende Kompetenzen. So tobt etwa in der derzeit laufenden Neufassung der Lehramts-PO für Sonderpädagogik in Baden-Württemberg der Streit um die Verankerung linguistischer Kompetenzen. Zusammen mit der Hörgeschädigtenpädagogik wird darum gerungen, diese Grundlagenkompetenz mit einem eigenen Modul ausweisen zu können. Da andere sonderpädagogische Fachrichtungen diese (oder auch eine andere) spezielle Bezugsdisziplin, zumindest aus Sicht des Ministeriums, nicht brauchen, entsteht eine rigide Studienstruktur, die auf Fachbesonderheiten nicht mehr angemessen Rücksicht nimmt. So jedenfalls wird Sonderpädagogik in ihren Handlungsfeldern, aber auch in ihrer eigenen Verfasstheit dem Anspruch an Diversität nicht gerecht!

Akademische Sprachtherapie an immer mehr Orten studierbar

(CI) Das Angebot an Studienstätten der akademischen Sprachtherapie wächst stetig: In die neueste Auflage der Zulassungsempfehlungen sind erneut zwei Studienorte aufgenommen worden, deren Absolventen direkt mit dem Abschluss die Krankenkassen (teil)zulassung erhalten: Marburg mit dem Bachelor-/Masterstudiengang Klinische Linguistik (Teilzulassung für SES, Aphasie, Dysathrophonie und Dysphagien), Köln mit dem Bachelor-Studiengang Sprachtherapie (Vollzulassung). Mit den bereits vorher zugelassenen Sprachtherapie-Studiengängen in Bielefeld, Hannover, München und Potsdam sowie den grundständigen Logopädie-Studiengängen in Idstein/Hamburg und

Aber warum sich ereifern? Die Haltbarkeit von POs sinkt gegenwärtig ständig, da „Verfallsdaten“ eingebaut sind: Nach fünf Jahren sollen ein Studiengang und seine PO überarbeitet und re-akkreditiert werden. Lehramts-POs stehen unter dem Kuratel des Kultus- und Wissenschaftsressorts. Hier wird das Ablaufdatum festgelegt und so muss man sich (nicht) wundern, dass in Bayern die letzte Novellierung der PO gerade mal zwei Jahre Bestand hat und nun schon wieder eine große Umstrukturierung vorgenommen wird.

Durch die starke Bindung an die föderalen, der eigenen Profilierung dienenden Interessen, entsteht eine zu hohe Abhängigkeit von politischen Verhältnissen. Aber auch diese haben offensichtlich ihre Stabilität, selbst in den konservativen Südländern, eingebüßt. Jedenfalls wird derzeit für einen Teil der Studierenden der Weg nach Europa und die Mobilität innerhalb Deutschlands wieder erschwert.

Bochum existieren nun acht Studiengänge der akademischen Sprachtherapie, die unmittelbar zur Kassenzulassung führen, und weitere Studienorte mit der Möglichkeit der Zulassung nach Einzelfallprüfung, z. B. Dortmund. Der Studiengang der Klinischen Sprechwissenschaft in Halle stand bei Redaktionsschluss ebenfalls im Antragsverfahren und dort kurz vor dem Abschluss. Damit sind alle Mitglieder der dbs-„Familie“ inklusive der Klinischen Linguistik, Patholinguistik und Klinischen Sprechwissenschaft gesichert zukunftsfähig.

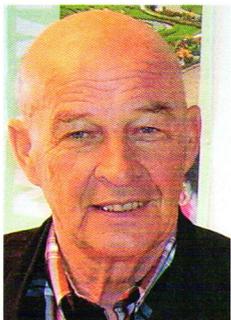
Eine Übersicht der Studienorte findet sich in Heft 1/11 der *Sprachheilarbeit* sowie auf der Homepage des dbs: www.dbs-ev.de.

Link ins Internet

Die „Materialien für die Sprechpraxietherapie (Ziegler & Jäger) und die „Hierarchischen Wortlisten“ (Liepold et al.), beide im Borgmann-Verlag erschienen und mittler-

weile vergriffen, sind jetzt als kostenloser Download verfügbar: <http://www.ekn.mwn.de>, Menüpunkt „EKN-Materialien“.

Persönliches



Danke, lieber Herr Professor!

Dass Sie, liebe Leserinnen und Leser, sechs- bis siebenmal im Jahr ein neues, meist ausgesprochen vielfältiges und fachlich interessantes, neuerdings auch optisch ansprechendes Heft der „Sprachheilarbeit“ in der Hand halten dürfen, ist maßgeblich dem Redaktionsteam zu danken, und zwar dessen Umsicht, Zuverlässigkeit, Organisationsgeschick, Gründlichkeit und unendlicher Geduld mit den lieben Autoren - sowohl als ganzes Team wie als einzelner Redakteur - wobei all' diese Qualitäten obendrein mit nicht nachlassender Freundlichkeit, mit Teamfähigkeit und selbstverständlich mit der entsprechenden Fachkompetenz gepaart sein müssen. Solche Persönlichkeiten sind rar! Deshalb sei hier darauf verwiesen, dass künftig im Impressum ein Name fehlen wird: Professor Dr. Otto Braun. Er stellt nach achtjähriger Mitarbeit seinen Platz einem oder einer jüngeren geeigneten Kollegin bzw. Kollegen zur Verfügung. Als mehrjährige Pressereferentin des dgs-Vorstandes und vor allem als langjährige Mitarbeiterin Professor Brauns baten mich die Herausgeber, im Namen aller dgs- und dbs-Mitglieder herzlich Dank zu sagen für sein verdienstvolles Mitwirken in diesem Gremium und zugleich kurz zu resümieren, warum sein Anteil an der immer besser gelingenden *Sprachheilarbeit* unbedingt öffentlich gewürdigt werden muss.

Der Name *Otto Braun* war mir schon vor dem „Mauerfall“ ein Begriff, denn DDR-Universitätsangehörigen war es möglich, westliche Fachzeitschriften einzusehen, also auch die „Sprachheilarbeit“ zu konsultieren. In den 80er Jahren verwiesen mehrere Veröffentlichungen oder Einzelbeiträge auf ein bemerkenswertes Team, das - wie ich später erfuhr - vom dgs-Hauptvorstand eingesetzt worden war, um das sprachheil-

pädagogische Handeln im schulischen und außerschulischen Bereich wissenschaftlich zu analysieren und zu beschreiben: der wissenschaftliche Beirat mit den Professoren *Braun/Berlin*, *Homburg/Bremen* und *Teumer/Hamburg*. Dessen Beiträge haben seinerzeit zweifellos in ungewöhnlichem Maße die Entwicklung der Fachdisziplin befördert. Solch kreatives Zusammenwirken, wie es den drei Professoren über lange Jahre gelungen war, gipfelte 1995 (in einem etwas veränderten Rahmen) im bis heute weithin gültigen „Leitlinienpapier zur spezifischen Förderung von Menschen mit Sprachbehinderungen“.

Professorale Arroganz oder Fachdünkel? Undenkbar bei *Prof. Braun*! Auch als Wissenschaftler blieb er, der beruflich einer Gehörlosenschule entstammte und bis zum Fachschuldirektor befördert worden war, in seinen Bestrebungen ein Praktiker. Sobald es ihm ab 1990 möglich war, besuchte er in der Zeit des Umbruchs zusammen mit *Kurt Bielfeld*, dem Leiter der Neuköllner Sprachheilschule und der damalige Bundesvorsitzende der dgs, viele verschiedene Einrichtungen des Sprachheilwesens im Osten der Stadt. Dort suchte er vor allem das Gespräch mit den Lehrerinnen und Lehrern der sechs östlichen Sprachheilschulen, praktizierten sie doch in z. T. erstaunlicher Form das, was er in seiner wissenschaftlichen Arbeit zu dem so tragfähigen Konzept des „sprachtherapeutischen Unterrichts“ entwickelt hatte. Das folgte zum einen der „Logik der Sache“, zum anderen repräsentierte das die gemeinsamen Wurzeln des Sprachheilwesens in Ost und West. Diese Tatsache führte 1998 zu einem weiteren, der politischen Situation geschuldeten Auftrag an ihn. Wissenschaftliche Weitsicht bewies der dgs-Hauptvorstand, indem er die Darstellung der gemeinsamen und unterschiedlichen Entwicklungen in beiden Teilen Deutschlands - BRD und DDR - erbat. Allerdings fiel der Dank dafür bisher nur spärlich aus, obwohl damit für die anderen sonderpädagogischen Fachdisziplinen gleichsam Schrittmacherdienste geleistet wurden. Im Ergebnis der Arbeit liegt die wissenschaftlich aufgearbeitete „Geschichte der Sprachheilpädagogik in Deutschland 1945 - 2000“ als Verbandspublikation vor. Sie entstand im kollegialen Zusammenwirken mit einem DDR-Experten, dem ehemaligen Leiter der Sektion Rehabilitationspädagogik und Kommunikationswissenschaft

der Humboldt-Universität (HUB), *Prof. Dr. K.-P. Becker*.

Gegenüber dieser vergleichsweise harmonischen Zusammenarbeit gestaltete sich für ihn Anfang der neunziger Jahre der durch Senatsbeschluss herbeigeführte Wechsel von der Freien Universität in Westberlin (FU) an die HUB ausgesprochen unerfreulich. Weil man aufgrund formaler Kriterien an das neu gegründete „Institut für Rehabilitationswissenschaften“ einen zweiten namhaften Professor für Sprachbehindertenpädagogik berufen hatte, entzog sich der beliebte Hochschullehrer - so weit es mit den Anforderungen seiner Lehre zu vereinbaren war - der ausgesprochen misslichen Situation einer „Doppelspitze“ in der Fachabteilung. Stattdessen erarbeitete er als Dissertation eine historisch-systematische Studie zum pädagogisch-therapeutischen Umgang mit stotternden Kindern und Jugendlichen und engagierte sich stark für das Wiedererwecken von Halles Sprachheil(schul)-Traditionen. Das führte schließlich zur Etablierung der „Professur für Sprachbehindertenpädagogik“ am Institut für Rehabilitationspädagogik an der Martin-Luther-Universität. Deshalb war kein anderer so berufen wie er, zum 75jährigen Verbandsjubiläum auf dem Kongress in Halle 2002 den Festvortrag „Zum Wandel der Sprachheilpädagogik“ zu halten. Seine Statements mit Blick auf die Sprachheilschulen erschreckten mich damals tief. Heute ist seine Weitsicht zu erkennen, die eine andere Stärke seiner Persönlichkeit ins Licht rückt: Er ist „kritischer Konstruktivist, ... Universalist alter Schule und trotzdem kompetenter Spezialist“, so knapp und prägnant fasste es *Thomas Gieseke* in der Festschrift der FU zum 60. Geburtstag *Otto Brauns* zusammen.

Führt man sich die Aufregungen, Umbrüche und Anstrengungen der 90er Jahre vor Augen - ab 1998 oblag nur ihm die Leitung der Fachabteilung, welche er bis zu seiner Emeritierung Anfang 2003 innehatte, was rückblickend wohl für die meisten Mitarbeiter und Studierenden eine ebenso arbeits- und erfolgreiche, wie auch eine rundum gute Zeit gewesen ist - so kann man vor seiner nie laut vorgetragenen wissenschaftlichen Arbeit nur den sprichwörtlichen Hut ziehen. 1999 überraschte er uns alle plötzlich mit seinem akribisch erarbeiteten Lehrbuch „Sprachstörungen bei Kindern und Jugend-

lichen Diagnostik – Therapie – Förderung“. Nur ein Kenner der Materie wie *Otto Braun* war imstande, derart die Sprache aus mehrdimensionaler Perspektive zu betrachten, die große Menge neuer Erkenntnisse aus den wissenschaftlichen „Mutterdisziplinen“ sachlogisch zu integrieren und nachvollziehbar zu bündeln. Diese Publikation ist inzwischen längst zum würdigen Nachfolger der alten „Logopädie“ von *K.-P. Becker* und *M. Sovak* avanciert, die seinerzeit (1. Auflage 1971) das Wachstum der „gemeinsamen Wurzeln“ so kräftig befördert hatte.

Wir danken *Otto Braun*, dass er sich mit all' seiner Kompetenz jahrelang der schöpferisch anspruchsvollen, aber auch äußerst mühseligen Redaktionsarbeit gestellt hat. Dass er in diesem Sektor jetzt kürzer treten will zugunsten seiner anderen wissenschaftlichen Arbeit, müssen wir akzeptieren. Auf deren Ergebnisse dürfen wir schon gespannt

sein. Uns bleibt die Hoffnung auf sein weiteres kreatives Begleiten der fachwissenschaftlichen Fundierung unseres Verbandes.

In diesem Sinne gelten Ihnen, verehrter Herr Professor, unsere allerbesten Wünsche für Ihr künftiges persönliches Wohlergehen.

Karla Röhner-Münch



Volker Maihack
Bundesvorsitzender der dbs

Lieber Professor Otto Braun,

„Denken und danken sind verwandte Wörter; wir danken dem Leben, in dem wir es bedenken.“ (Thomas Mann).

Wenn wir bedenken, wie viel Zeit, Energie und Schaffenskraft Sie in unsere Sprachheilarbeit investiert haben, können wir uns nur ganz herzlich und ausdrücklich dafür bedanken.



Gerhard Zupp
Bundesvorsitzender der dgs

Trauer um Susanne Becker



Am 16. Januar 2011 verstarb nach kurzer schwerer Krankheit unsere Kollegin und Freundin *Susanne Becker* im Alter von 47 Jahren.

Susanne Becker nahm nach dem Abschluss des Magisterstudienganges

Sprachheilpädagogik in München, damals noch der Lehrstuhl von *Prof. Dr. Anni Kotten-Sederqvist*, ihre erste Stelle in der neurologischen Rehabilitation im Stift Rottal in Bad Griesbach an. Das kalte Wasser

des Berufsanfängerdaseins und die Ferne in einer niederbayerischen Reha-Klinik wollte sie aber nicht einfach hinnehmen. Im Winter 1989 lud sie zum ersten Mal zu den Griesbacher Fachgesprächen der Sprachheilpädagogen ein, die sie dann, auch noch viele Jahre nach ihrer Rückkehr nach München, mit organisierte und mit moderierte. Nach ihrer Tätigkeit an der Buchberg Klinik in Bad Tölz war sie in den letzten Jahren den Kolleginnen in der Praxis Freund/May/Mergner in München eine liebe Kollegin, Vertraute und Stütze. *Susanne Becker* war mit Herz und Seele Sprachtherapeutin. Ihr Humor, ihre lebendige Sprache und ihr unermüdlicher

Einsatz für ihre Patienten beeindruckten uns alle. Unsere Gedanken und unser Mitgefühl sind bei ihrer Familie.

Ulrike de Langen-Müller
Reha-Zentrum Passauer Wolf, Bad Griesbach
Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten, dbs

Indra Freund, Ulrike Mergner u. S. May
Praxis für Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schlucktherapie, München

Aus der Redaktion

Änderungen der Redaktions-Besetzung

Aus beruflichen Gründen musste *Dr. Matthias Moriz* sein ehrenamtliches Engagement in der Redaktion der *Sprachheilarbeit* leider beenden. Wir bedauern diesen Schritt, durch den wir auf einen klugen, unvoreingenommenen und im besten Sinne neugierigen Kollegen verzichten müssen und wir bedanken uns herzlich für seine Mitarbeit in der Startphase der neuen Sprachheilarbeit!

Derzeit sind drei Redaktionsposten vakant (zum Abschied von *Prof. Dr. Otto Braun* aus der Redaktion s. Rubrik „Persönliches“ in diesem Heft). Redaktion und Herausgeber möchten versuchen, einen der Posten über die Ausschreibung auf Seite 103 nachzubesetzen.

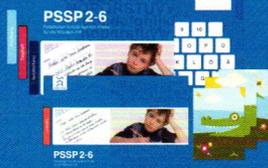
Derzeit sind drei Redaktionsposten vakant (zum Abschied von *Prof. Dr. Otto Braun* aus der Redaktion s. Rubrik „Persönliches“ in diesem Heft). Redaktion und Herausgeber möchten versuchen, einen der Posten über die Ausschreibung auf Seite 103 nachzubesetzen.

Otto Dobsloff, Karin Sauer

PSSP 2-6

Potsdamer Schrift-Sprach-Probe für die Klassen 2-6

Mit der Potsdamer Schrift-Sprach-Probe steht für die Klassen 2-6 ein normiertes Prüfverfahren zur Verfügung. Mit dessen Hilfe können Beeinträchtigungen in der Wahrnehmung des Kindes zuverlässig festgestellt und beschrieben werden. Die qualitative Fehleranalyse ermöglicht es Lehrern, Logopäden und Therapeuten ein individuelles Förderkonzept zu erstellen und gezielt therapeutisch zu arbeiten.



Jetzt im Scholtzeit Verlag bestellen!
www.scholtzeitverlag.de

48,00 €

Sehr gutgehende seit fast 15 Jahren etablierte Praxis in zentraler Lage im PLZ-Bereich 46... (Ruhrgebiet/Niederrhein) aus Altersgründen zum Jahresbeginn 2012 zu verkaufen.

- zwei großzügig ausgestattete Therapieräume; Wartezimmer; komb. Küche+Büro; Bad; sep. WC; (ca 84 qm)
- Lift und Parkplätze vorhanden
- günstige Verkehrsanbindung
- gute interdisziplinäre Vernetzung
- Übergabe- und Einarbeitungszeit möglich und erwünscht



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!

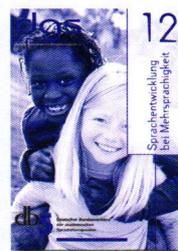
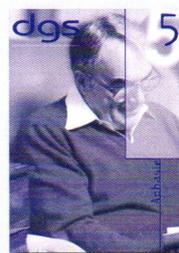
REHAVISTA
Hilfsmittel zur Kommunikation,
PC-Bedienung und Umfeldsteuerung
Service-Telefon: 0800 734 28 47
(bundesweit und kostenfrei)
www.rehavista.de

REHA VISTA
einfach.kommunizieren.

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, Homepage: www.dgs-ev.de

dbs – Aktuelles, Information, Nachrichten

Märchenhaftes aus dem Bundesfamilienministerium

Oder: **Wie der dbs einmal 400 Millionen Euro fand und sie sofort wieder verlor.**

Es war auf der diesjährigen Bildungsmesse „didacta“ in Stuttgart. Der dbs hatte dort wie in den vergangenen Jahren gemeinsam mit der dgs seinen Informationsstand aufgebaut. Neugierig, wer sich in der Nähe unseres Standortes in Halle 3 Reihe G Platz 32 ebenfalls als Aussteller präsentieren würde, schaute sich der dbs-Vorsitzende bei seinem Besuch dort um und war begeistert: In Großbuchstaben prangte, von einer wunderbar beleuchteten, riesengroßen Plakatwand folgender Satz:

„Sprachkompetenz entscheidet heute in hohem Maße über eine zufriedenstellende Teilnahme am gesellschaftlichen Leben, über Schulerfolg und Berufschancen, aber auch über die Persönlichkeitsentwicklung und die Integration in das unmittelbare soziale Umfeld“.

Wow! Wer hat das gesagt und offensichtlich die Möglichkeit, diese Erkenntnis so leuchtend den Messebesuchern nahezubringen? „Bundesfamilienministerin Dr. Kristina Schröder“ stand als vollständige Quellenangabe unter dem Textkörper und diesem Ministerium gehörte, wen wundert's, der Messestand.

Derart angelockt entwickelte sich schnell ein Gespräch mit den freundlichen Vertreterinnen des Ministeriums. Nach kurzen positiven kommunikativen Momenten geschah es plötzlich: die verantwortliche Dame des hohen Hauses griff in eine den Blicken verborgene Schachtel, holte etwas heraus und legte es auf den Tisch – ein Schatz! Versteckt unter dicht beschriebenen Textseiten fanden

sich unvorstellbare Summen von Geld, ausschließlich vorgesehen für die Sprachförderung kleiner Kinder im Alter von 0 - 3 Jahren. Sofort verfügbar unter der Bedingung, es in kurzer Zeit, nämlich vom 1.3.2011 bis zum 31.12.2014, vollständig auszugeben. 400 Millionen Euro!!

„Schwerpunktkitas Sprache & Integration“ hat die Bundesregierung die Initiative genannt und sie will damit „...Kinder mit einem hohen Sprachförderbedarf erreichen und ihnen eine alltagsintegrierte Sprachförderung ermöglichen“ (BMFSJ Offensive Frühe Chancen; Schwerpunktkitas Sprache & Integration, S. 2; Download unter <http://www.bmfsfj/BMFSEF/kinder-und-jugend,did=163892.html>). Wie soll das geschehen, fragte der Fachmann? Die Antwort: „Jede ‚Schwerpunkt-Kita Sprache & Integration‘ erhält ein Budget für zusätzlich einzustellendes Fachpersonal in Höhe von 25.000 Euro pro Jahr. Dies schafft den Spielraum, in jeder Einrichtung eine Halbtagesstelle für eine zur Sprachförderung qualifizierte, angemessen vergütete Fachkraft zu schaffen“ (a. a. O., 4).

Prima Idee, so viel Geld in die Hand zu nehmen und damit für qualifizierte, frühe sprachliche Förderung in den Kindergärten zu sorgen, kommentierte der neugierige und überraschte Standbesucher. Aber welche Voraussetzungen müssen die neuen Fachkräfte in den Kitas denn mitbringen, so die Anschlussfrage? Hoffend, auch für akademische Sprachtherapeutinnen ein weiteres Handlungsfeld entdeckt zu haben und nicht schon wieder ein schnell gestricktes Konzept mit großem Anspruch, großen Budgets

und geringem fachlichen Niveau vorgestellt zu bekommen, ernüchterte die Antwort: „Die Fachkräfte, die im Rahmen der ‚Offensive Frühe Chancen‘ tätig werden, benötigen eine Zusatzqualifikation: entweder in Bezug auf die Sprachförderung und/oder bezogen auf die Förderung von Kindern unter drei Jahren. Zum Zeitpunkt der Förderung ist ausreichend, dass überhaupt eine Zusatzqualifikation vorliegt. Im Dezember 2011 – also acht bis neun Monate später – wird vorausgesetzt, dass der Stundenumfang der Zusatzqualifikation mindestens 70 Unterrichtseinheiten umfasst.“ (a. a. O., 5). 70 Stunden!?! Mehr nicht?!? Das soll reichen, um Kinder unter drei Jahren so zu fördern, dass die festgestellten (von wem?) sprachlichen Entwicklungsdefizite individuell und spezifisch kompensiert werden können? Ja, also da hätten sie sich im Ministerium auch schon Gedanken zu gemacht, dass man dazu die Expertise von Fachleuten einholen müsste, dazu sei ja wohl auch spezifisches Wissen vorhanden in Deutschland, und sie würden da meine Bedenken auch verstehen ... ob ich denn mal meine Visitenkarte da lassen könnte und bei Bedarf kämen sie dann auf uns zu. Tja, die Karte hab ich dann dagelassen und das Gespräch haben wir freundlich beendet. Schade, da war das ganze Geld wieder in den breiten Kanälen der beliebigen Förderung versickert. Märchen gibt's wohl doch nur im Buch und nicht auf der Messe.

Mit herzlichen Grüßen
Dr. Volker Maihack
dbs-Bundesvorsitzender

dbs-Mitgliederversammlung am 28.01.2011 in München

Erstmals fand die Mitgliederversammlung am Freitag des dbs-Symposiums statt und dieser Termin erwies sich als gut gewählt: Der Vorsitzende Dr. Volker Maihack, sehr erfreut über ein kontinuierliches Wachstum des dbs, konnte über 130 Mitglieder in der Ludwig-Maximilians-Universität begrüßen.

Das Jahr 2010 war ein sehr arbeitsintensives und erfolgreiches Jahr. Wie immer

konnten bei der MV nur einige Ausschnitte der Aktivitäten des Vorstandes abgebildet werden. Im Rechenschaftsbericht zeigte Dr. Maihack auf, dass die Bearbeitung der Anträge der letzten MV zu guten Fortschritten geführt hat. So wurde z. B. der Wunsch nach Veränderungen der Symposiumsstruktur und dem Angebot von Workshops umgesetzt. Die hohen Anmeldezahlen und die

vielen positiven Rückmeldungen dafür sprechen für sich. Ein Bericht über das Symposium findet sich in diesem Heft auf S. 100ff. Ebenfalls umgesetzt wird der Beschluss zum Aus- und Umbau der Geschäftsstelle in Moers, so dass mehr Arbeitsplatz entsteht und einige Fortbildungsveranstaltungen ab April im gut ausgestatteten Konferenzraum stattfinden können.

Der dbs-Geschäftsführer RA *Volker Gerrlich* berichtete sichtlich erleichtert über die Lösung zweier Problemfelder, die den dbs jahrelang beschäftigt hatten: In den Bundesbeihilfavorschriften wurde der Gesetzestext um die Begrifflichkeit der „akademischen Sprachtherapeuten“ ergänzt und der Heilpraktiker-Erlass in NRW ist endlich vom Tisch. Ursprünglich nur als Lösung für die Umsatzsteuerproblematik gedacht, hatte er sich verselbstständigt und zu vielen arbeitsrechtlichen Problemen geführt.

Der Arbeitnehmervertreter *Ralf von der Heide* berichtete über die Bearbeitung des Antrages zur tariflichen Eingruppierung von akademischen Sprachtherapeuten im öffentlichen Dienst. Das Gehaltsniveau ist in vielen klinischen Einrichtungen vom Ausbildungsniveau unabhängig und niedrig. Auch die Arbeitsbedingungen in den Kliniken werden immer schlechter. Der dbs wird Argumentationshilfen für die Bewerbung sowie eine Stellenbeschreibung erstellen. Eine Arbeitsgruppe um *Katrin Schubert* (Beirätin Praxisinhaber) und *Ralf von der Heide* (Beirat Angestellte) wird Richtlinien zur Errechnung eines fairen Gehaltes und zu Vertragsbedingungen in Praxen erarbeiten.

Auch die Einnahmen der Praxisinhaber und damit verbunden die Gehälter der Angestellten in den Praxen entsprechen nicht einem akademischen Niveau. Besonders dramatisch ist die Situation in den östlichen Bundesländern und es wäre begrüßenswert, wenn sich viele betroffene Mitglieder „vor Ort“ an den politischen Gesprächen beteiligten.

Die Krankenkassenverhandlungen gestalten sich immer schwieriger, so *Gerrlich*, da viele Kassen aus Konkurrenzangst nicht mehr zusammenarbeiten: Bis zu drei Verhandlungstermine pro Bezirk sind nicht ungewöhnlich. Bei den meisten Kassen konnte eine Erhöhung um die Grundlohnsumme von 1,15% erreicht werden. Bundesweit gab es für alle Sprachtherapeuten einen neuen vdek-Vertrag. Die erhebliche Vergütungssteigerung im Bereich der Therapie in einer Zweiergruppe sollte dazu führen, mehr Gebrauch davon zu machen.

Ein weiteres wichtiges Aufgabengebiet sind die Leitlinienprojekte. Zurzeit ist der dbs z. B. an den interdisziplinären „Leitlinien Redeflussstörungen“ beteiligt und kurz vor dem Abschluss stehen die „Leitlinien zur Diagnostik von Umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen USES“. Unter der Beteiligung aller maßgeblichen ärztlichen und therapeutischen Fachverbände ist diese Leitlinie auf Initiative des dbs unter der Moderation der AWMF (Arbeitsgemeinschaft



dbs-Geschäftsführer Volker Gerrlich (l.) freut sich über die Wiederwahl des Bundesvorsitzenden Dr. Volker Maihack

wissenschaftlicher medizinischer Fachgesellschaften) entwickelt worden. Festgeschrieben wurde die Vier-Augen-Diagnostik: Arzt und Sprachtherapeut beurteilen gemeinsam den Sprachstatus des Kindes.

Dr. *Maihack* hob hervor, dass sich auch die Zusammenarbeit mit dem Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) erheblich intensiviert hat, die Wertschätzung der Kompetenz der akademischen Sprachtherapeuten wird in einem gemeinsam geplanten Modellprojekt zur Diagnostik deutlich.

Ein von der Dozentenkonferenz erarbeitetes neues Leitbild „Akademische/r Sprachtherapeut/in“ definiert inhaltlich und formal unser Berufsbild. Damit ist eine Verankerung der akademischen Sprachtherapie in der Gesundheitslandschaft gelungen. Abzurufen ist das Leitbild auf der Homepage oder als Broschüre bei der Geschäftsstelle.

Ein voller Erfolg ist das Angebot des Qualitätsmanagements: Die teilnehmenden Praxisinhaber werden mit einer Praxiszertifizierung belohnt. Dr. *Michael Wahl* berichtet über die ersten voll ausgebuchten Seminare, bei denen die voll des Lobes waren.

Auch die Studentischen Vertreter des dbs, so berichtet *Carina Lüke*, sind sehr aktiv gewesen, um die fachliche Besonderheit und den spezifischen Kompetenzbereich der Sprachtherapie bereits den Studierenden nahe zu bringen.

Seit wenigen Wochen hat der dbs eine neue Homepage, auf der stets aktuelle Themen nachzulesen sind. Ergänzt wurden spezifische Seiten für verschiedene Interessensgruppen des Verbandes. Außerdem sind die dbs-Fortbildungen und die der Mitgliedsverbände BKL, DBKS und vpl verzeichnet.

Prof. *Claudia Iven* stellte die Hochschulen vor, an denen Studiengänge der akademischen Sprachtherapie existieren, die von den Krankenkassen anerkannt wurden, so dass Absolventen mit dem Studienabschlüssen gleich auch die Kassenzulassung erwerben.



Der neue 2. dbs-Vorsitzende, Dr. Michael Wahl aus Berlin, ist Vorsitzender des Verbandes der Patholinguisten

Nach der einstimmigen Entlastung des Vorstandes gab es unter der kompetenten Leitung von *Kurt Bielfeld* Neuwahlen mit folgendem Ergebnis:

1. Vorsitzender: *Dr. Volker Maihack*

2. Vorsitzender: *Dr. Michael Wahl*

Schriftführerin: *Dagmar Ludwig*

Beiräte: *Katrin Schubert* (Praxisinhaber), *Ralf von der Heide* (Arbeitnehmer), *Prof. Dr. Claudia Iven* (Hochschule).

Nach intensiven Beratungen der Anträge verabschiedete Dr. *Maihack* die Mitglieder mit der Hoffnung auf ein Wiedersehen 2012 in Marburg.

Dagmar Ludwig
dbs-Vorstandsmitglied, Schriftführerin

Fortbildungen mit Zertifikat: LRS und Dyskalkulie

Im Herbst 2011 starten erneut zwei Weiterbildungsreihen des dbs, die zur Qualifikation als zertifizierte LRS-Therapeutin oder zertifizierte Dyskalkulie-Therapeutin führen. Informationen dazu finden Sie auf der dbs-Homepage www.dbs-ev.de und bei der zuständigen Referentin Angelika Schindler: schindler@dbs-ev.de.

Arbeitnehmer-Sorgen im Fokus

„Logopädin mit 3 jähriger Berufserfahrung sucht Stelle im Bereich der Logopädie im Großraum Dresden.(...) gerne auch in Befristung tätig. Pkw-Führerschein und Therapiematerial sind vorhanden. Meine Gehaltsvorstellung beträgt 5 Euro Brutto pro Stunde, wenn die Anzahl der zu leistenden Therapien a 45 Minuten der Anzahl der vereinbarten Arbeitsstunden entspricht.“

Zwar handelt es bei diesem Stellengesuch aus einer Online-Jobbörse um einen extremen Einzelfall von „unter Wert verkaufen“, aber es zeigt, wohin die Gehälter von (akademischen) Sprachtherapeuten tendieren. Dazu passt das Problem, dass viele angestellte Sprachtherapeuten und deren Arbeitgeber nicht genau wissen, welche Gehälter angemessen sind. Aufgrund eines Beschlusses der dbs-Mitgliederversammlung wurde eine AG aus Angestellten und Praxisinhabern gegründet, die regional übliche Durchschnittsgehälter ermitteln soll.



Ergebnisse dieser AG sowie weitere Neuigkeiten aus Verbandspolitik und Arbeits-

recht erfahren Sie beim „**Arbeitnertag 2011**“ am 7. Mai in Hannover, zu dem wir alle Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, Honorarkräfte sowie Studierende herzlich einladen.

Workshop-Angebot: Dr. Elisabeth Wildegger-Lack referiert zum Thema „**Alters- und störungsadäquate Spiele in der Sprachtherapie mit Kindern ab drei Jahren**“, parallel dazu berichtet Hedina Witulski über „**Psychotherapeutische Methoden in der Sprachtherapie**“.

Im Anschluss werden die Arbeitnehmervertreter und die dbs-Juristin J. Höll über aktuelle Entwicklungen informieren und es bleibt genügend Zeit für Diskussion und Fragen.

Informationen zum Programm und zur Online-Anmeldung finden Sie auf www.dbs-ev.de im Bereich „Arbeitnehmer“.

Veranstaltungsort:

Freizeitheim Vahrenwald, Vahrenwalder Str. 92, 30165 Hannover

Workshops: 11:00 – 15:30 Uhr

Berufspolitischer Teil: 15:45 – 18:00 Uhr

Teilnehmerbeitrag: dbs-Mitglieder (auch Mitgliedsverbände): 30 Euro,

Nichtmitglieder: 50 Euro

Die Teilnahme am berufspolitischen Teil ist kostenlos, um Anmeldung wird gebeten.

Wir hoffen, Sie im Mai in Hannover begrüßen zu dürfen.

Ralf von der Heide
dbs-Beirat Arbeitnehmer
vonderheide@dbs-ev.de

Summer School in Clinical Linguistics

„Speech Language Pathology in Dialogue with Clinical Neuropsychology“: Unter diesem Motto findet die **Summer School in Clinical Linguistics 2011 vom 21. – 24. Juli 2011 in Bad Nauheim** statt, die der BKL unter der Schirmherrschaft des dbs ausrichtet.

Der „Main Speaker“ George P. Prigatano (Phoenix, USA) ist ein bekannter Hochkaräter der Neuropsychologie und wird den Dialog zwischen Neuropsychologie und Sprachtherapie beginnen. Dabei wird es um unterschiedliche Konzepte und Modelle bei Verwendung von identischem Vokabular gehen sowie um deren Konsequenzen für das Verständnis der Patienten und ihrer Probleme und für die gewählten Behandlungsansätze. Ein holistisches Modell führt verschiedene Perspektiven zusammen, um

Herausforderungen des Therapie-Alltags erkennen und bewältigen zu können. Einen weiteren Themenschwerpunkt bilden die Anosognosie und ihre Auswirkung auf den Umgang mit Patienten und Angehörigen. Prigatano favorisiert eine Allianz der beteiligten Disziplinen für den Patienten.

Weitere Referate befassen sich mit sogenannten Nicht-aphasischen Kommunikationsstörungen (NAKS) nach Frontalläsionen und mit Grundbegriffen und Konzepten aus Neuropsychologie und Textlinguistik, die mit konkreten Fallbeispielen erläutert werden.

Die Summer School findet in englischer Sprache statt.

Informationen und Anmeldung unter www.bkl-ev.de

dbs-Förderpreis 2012

Beim 13. Wissenschaftlichen Symposium des dbs im Januar 2012 wird erneut der dbs-Förderpreis für herausragende Arbeiten in der Sprachtherapieforschung vergeben.

- Sie haben in den vergangenen Monaten Ihre akademische Qualifikationsarbeit fertig gestellt oder werden diese im Verlauf der kommenden Monate abschließen (Zeitraum des Abschlusses: Herbst 2009 – Juni 2011)?
- Ihre Bachelor- oder Masterarbeit oder auch Ihre Dissertation wurde mit dem Prädikat „sehr gut“ oder mindestens mit der Note „gut“ beurteilt?
- Sie haben sich in dieser Arbeit mit Fragen der Diagnostik und/oder Sprachtherapie in einem bestimmten Bereich wissenschaftlich fundiert auseinandergesetzt und wichtige Ergebnisse erzielt?

Dann sollten Sie sich um den Preis des dbs für den wissenschaftlichen Nachwuchs im Bereich der akademischen Sprachtherapieforschung bewerben und Ihre Arbeit bei der dbs-Geschäftsstelle einreichen!

Schicken Sie uns bitte folgende Unterlagen unter dem Stichwort „Förderpreis 2012“:

- eine schriftliche und eine elektronische Version (pdf) der Arbeit
 - ein Exposé zu Ihrer Arbeit von 3–5 Seiten
 - mindestens ein Gutachten der betreuenden Dozenten der Hochschule
 - Ihr Abschlusszeugnis der Hochschule
- Der **Abgabetermin** für den Förderpreis 2012 ist der **30.06.2011**.

Die Arbeiten werden bis zum Herbst 2011 von Gutachterinnen und Gutachtern aus der akademischen Sprachtherapie vergleichend bewertet. Ende November erhalten Sie Nachricht darüber, ob Sie zu den Preisträgern gehören. Falls Sie als Preisträger nominiert werden, so erhalten Sie beim dbs-Symposium 2012 die Gelegenheit, Ihre Arbeit in einer kurzen Präsentation vorzustellen. Außerdem ist die Veröffentlichung in der Sprachheilarbeit vorgesehen.

Weitere Fragen richten Sie bitte an die dbs-Geschäftsstelle (info@dbs-ev.de) oder an Prof. Dr. Martina Hielscher-Fastabend (hielscher-fastabend@dbs-ev.de) als Organisatorin des Verfahrens.

dgs – Aktuelles, Information, Nachrichten

Kommentar der dgs zum Sprachheiligipfel – Der kürzere Weg zum Gipfel

Am Sprachheiligipfel am 17.12.2010 in München (s. Bericht auf S. 98/99) nahmen für die dgs der Bundesvorsitzende Gerhard Zupp, Prof. Dr. Christian Glück sowie Dr. Karin Reber teil. Das Ziel bestand darin, zunächst in einen Dialog zu Fragen der Ausbildung und Institutionalisierung einzutreten und dann eine Verständigung über gemeinsame Interessen und Ziele herbeizuführen, um schließlich in einer gemeinsamen Erklärung an die Öffentlichkeit zu treten. In einem kurzen Memorandum wurde unter anderem der Einstieg in eine engere Zusammenarbeit im Rahmen von sprachtherapeutischen und sprachheilpädagogischen Aufgabenfeldern auch im schulischen Kontext befürwortet.

Eine Kooperation von Pädagogik, Medizin und Sprachtherapie bzw. Logopädie soll im vorschulischen und schulischen Bereich durch eine Umsetzung von regionalen Netzwerken intensiviert und gebündelt werden. Das Memorandum trifft keine Aussagen zur notwendigen schulischen bzw. unterrichtlichen Qualifizierung bisher außerschulisch tätiger Sprachtherapeuten und dem widersprüchlichem Verhältnis von Heil- und Bildungsauftrag in einem inklusiven Bildungssystem.

Aus dem Resümee des Sprachheiligipfels sowie in Abarbeitung des Antrags zur qualifizierten Ausbildung von Lehrkräften im Förderschwerpunkt Sprache aus der Dele-

giertenversammlung stellt der Geschäftsführende Vorstand der dgs fest, dass die außerschulische Sprachtherapie derzeit schulische Handlungsfelder in den Blick nimmt.

Statt einer Veränderung der außerschulischen Qualifikationen ist es aus Sicht des GV der kürzere und effektivere Weg, die qualifizierte Ausbildung der Sprachheillehrer weiterhin sicherzustellen, da diese Berufsgruppe bereits optimal für sämtliche schulische Arbeitsfelder ausgebildet.

Geschäftsführender Vorstand der dgs

Unterschriftenaktion von Eltern sprachbehinderter Kinder

Standard spezifischer Sprachförderung soll erhalten bleiben: Mehr als 3000 Eltern sprachbehinderter Schülerinnen und Schüler in Nordrhein-Westfalen fordern den Erhalt der Standards spezifischer Sprachförderung, wie sie in den Förderschulen für Sprache gegeben sind. In einem Schreiben des Landesverbandes Nordrhein-Westfalen der Eltern und Förderer sprachbehinderter Kinder und Jugendlicher e. V. an die Ministerin für Schule und Weiterbildung des Landes NRW (s. u.) fordern sie darüber hinaus auch das Recht der Eltern auf die Wahl eines geeigneten Förderortes für ihre sprachbehinderten Kinder.

Theo Borbonus

Schreiben des Elternverbandes vom 09.02.2011

Sehr geehrte Frau Löhrmann, am 8. Juli 2010 hat die Mitgliederversammlung des Landesverbandes Nordrhein-Westfalen der Eltern und Förderer sprachbehinderter Kinder und Jugendlicher e. V. stattgefunden. Im Mittelpunkt der Versammlung stand das Thema Weiterentwick-

lung der sonderpädagogischen Förderung sprachbehinderter Kinder in Nordrhein-Westfalen.

Hintergrund ist die Sorge, dass im Zusammenhang mit der Diskussion und gegebenenfalls Einführung der inklusiven Schule die Qualität der sprachtherapeutischen Förderung der Kinder und Jugendlichen in NRW leidet. Berichte aus einzelnen Bezirken des Landes zeigten bereits in der jüngeren Vergangenheit, dass in manchen Städten und Kreisen die Schulämter Maßnahmen ergriffen haben, die eine Verschlechterung der Versorgung sprachbehinderter Kinder und Jugendlicher erkennen lassen (...). Nach einer intensiven Diskussion hat die Mitgliederversammlung des Landesverbandes beschlossen, den Erhalt der Förderschulen mit dem Förderschwerpunkt Sprache zu fordern, da sie erfolgreiche Förderorte sind.

Folgende Voraussetzungen sind unter anderen möglichen Organisationsstrukturen der sonderpädagogischen Förderung Sprachbehinderter unabdingbar:

- Sprachsonderpädagogische Förderung von Beginn der Einschulung an.
- Erhaltung der Eingangsklasse als zusätzliches Jahr vor allem zur Aufarbeitung der sprachlichen Defizite.

- Beschulung der sprachbehinderten Kinder durch ausgebildete Sonderpädagogen mit dem Förderschwerpunkt Sprache.
- Beibehaltung des Rechtes der Eltern auf die Wahl des Förderortes.

Zum Zwecke der Dokumentation des Elternwillens wurde eine Unterschriftenaktion ins Leben gerufen, deren Ergebnis von 3213 Unterschriften wir Ihnen hiermit in der Anlage zu diesem Brief überreichen. Als Landesverband hoffen wir, dass Sie einerseits bei der geplanten Einführung der inklusiven Schule die oben dargelegten Forderungen des Landesverbandes, die dem Elternwillen entsprechen, berücksichtigen und andererseits stehen wir gerne für Gespräche über die sonderpädagogische Förderung sprachbehinderter Kinder und Jugendlicher zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Jochen-Peter Wirths, 1. Vorsitzender
Landesverband Nordrhein-Westfalen der Eltern und Förderer sprachbehinderter Kinder und Jugendlicher e. V., Geschäftsstelle, Fischerstraße 23, 42287 Wuppertal

Mittendrin statt nur dabei: dgs auf der didacta

Vom 22. bis zum 26. Februar 2011 öffnete die didacta, Europas größte und wichtigste Bildungsmesse, in Stuttgart ihre Pforten. Die dgs ist Mitglied des deutschen didacta-Verbandes und war auch in diesem Jahr wieder auf der Messe vertreten, die vom didacta-Präsidenten Prof. Dr. Fthenakis eröffnet wurde. Mit einem Rekord von über 83.000 Besuchern zeigten die Lehrkräfte aller Bildungsbereiche ihr enormes Interesse an der wichtigsten Weiterbildungsveranstaltung der Branche und den Angeboten der mehr als 800 Aussteller. Über 1.500 Vorträge, Workshops und Podiumsdiskussionen luden ein, sich gezielt fortzubilden, auszutauschen und bildungspolitische Standpunkte zu diskutieren.

Zwanzig Kolleginnen und Kollegen der dgs-Landesgruppe Baden-Württemberg, überwiegend von der Gebrüder-Grimm-Schule in Heilbronn, haben den Bundesvorstand bei der Betreuung des Messestandes unterstützt. Der Vorstand dankt allen freiwilligen Helferinnen und Helfern für ihren Einsatz. Das Fortbildungsprogramm der didacta wurde mit Referaten von Dr. Elisabeth Wildegger-Lack und Dr. Karin Reber zum Thema Sprachentwicklung und Sprachförderung im vorschulischen und schulischen Kontext bereichert.

Gespräche mit den Kooperations-Verbänden der BAG gab es am Rande einer Podiumsdiskussion am Stand des Baden-Württembergischen Ministeriums für Kultus, Jugend und Sport. Der Leiter des Referats Sonderschulen, Sönke Asmussen, moderierte die Diskussion zum Thema „Schulische Bildung von jungen Menschen mit Behinderung – Miteinander in der Vielfalt und Vielfalt im Miteinander“.



Sönke Asmussen (l.) und Gerhard Zupp in der Podiumsdiskussion

Der dgs-Vorsitzende Gerhard Zupp hatte die Möglichkeit, vom Podium die Bedeutung des Erhalts einer fachlich qualifizierten Ausbildung zu unterstreichen. Allerdings waren sich die Diskussionsteilnehmer auch

einig darüber, dass diese Diskussion unbedingt aus der Praxis und Forschung der Sonderpädagogik in den Bereich der allgemeinen Schulpädagogik getragen und dort geführt werden muss, bevor vorauseilende Bewertungen und politische Entscheidungen vorgenommen werden.

dgs international

Ehrung der ÖGS durch das Land Oberösterreich



v. l.: Karl Pramendorfer, Irene Bauer, Elisabeth Ebli, Viktor Sigl

Kongresse, Tagungen, Business-events und Seminare leisten einen wesentlichen Beitrag zur Tourismus- und Freizeitwirtschaft in Oberösterreich (OÖ). Grund genug für die im Convention Bureau Oberösterreich zusammengeschlossenen Leitbetriebe der Branche, ihren Kunden Dank und Anerkennung auszusprechen. So werden alljährlich die VeranstalterInnen der bedeutsamsten Kongresse vom Land OÖ ausgezeichnet. Der 18. Kongress der Österreichischen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (ÖGS, 14.-17.10.2009) in Bad Ischl wurde von Frau Elisabeth Ebli, Geschäftsführung Kongress-Theaterhaus Bad Ischl, als besonders herausragende Veranstaltung im Kongressjahr 2009 vorgeschlagen. Besonders hervorgehoben wurden die überaus professionelle, äußerst unkomplizierte und sehr erfolgreiche Zusammenarbeit sowie die weit in die Region reichenden Aktivitäten der Kongressorganisation und -teilnehmerInnen.

Am 16. November 2010 folgte die Vorsitzende der ÖGS, OSRn SDn Irene Bauer, mit großer Freude der Einladung des Landes Oberösterreich zu der Ehrung nach Linz. In sehr feierlichem Rahmen wurde

Die Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik wird auch in Zukunft mit Inhalten überzeugen und auf der didacta mit Fachvorträgen und Fortbildungen antreten.

Jörg Mußmann

die Auszeichnung im Linzer Landhaus von Wirtschafts- und Tourismuslandesrat Viktor Sigl und dem Vorstand des OÖ Tourismus Mag. Karl Pramendorfer überreicht. Sowohl die regionale wie auch überregionale Bedeutung dieser Veranstaltung wurden besonders betont. Die gute Zusammenarbeit mit dem Kongress-Theaterhaus Bad Ischl und die besondere Wertschätzung durch das Land OÖ lassen bereits eine weitere Kooperation andeuten.

Ulrike Lüdtk

CERLECO in Ecuador

CERLECO (Centro de Estimulación y Rehabilitación de Lenguaje y Comunicación) ist ein Zentrum zur Förderung, Rehabilitation und Inklusion von Kindern mit Entwicklungsauffälligkeiten und Behinderung mit Schwerpunkt Kommunikation und Sprache, die unter extremen Armutbedingungen in Marginalgebieten Ecuadors – in San Pedro – leben. Die Ziele des Zentrums werden, im Sinne einer Hilfe zur Selbsthilfe, durch vier geschulte einheimische Therapeutinnen, einen Elternrat, die Dorfgemeinschaft und andere Institutionen umgesetzt. Durch die geglückte Einbeziehung der verschiedenen Institutionen und den hohen Anteil der Selbstorganisation hat CERLECO bereits einen weitreichenden und nachhaltigen Einfluss auf die gesamte Entwicklung der Region.

In der Kommune San Pedro leben ca. 5000 Einwohner unter extremen Armutsverhältnissen. Die Situation der Kinder mit Behinderung in der Region war vor der Gründung des Projektes CERLECO besorgniserregend und bedenklich. Diese Kinder hatten kaum Zugang zu medizinischer Ver-

sorgung. Sie erhielten keine Förderung oder rehabilitative Maßnahmen.

Für die Familien gab es keine Unterstützung und keine Möglichkeiten, praktische Hilfen – geschweige denn Beratung – zu erhalten. Scham- und Schuldgefühle der betroffenen Eltern führten oft zu Passivität oder zu familiärer Gewalt. Es kam nicht selten zur Verwahrlosung und Deprivation sowie zum Verstecken von Kindern mit Behinderung.

Unter diesen Bedingungen wurde im März 2002 CERLECO ins Leben gerufen.

Durch die schwierigen Voraussetzungen war es in der ersten Zeit wichtig, Zugang zu den Familien zu finden und deren Akzeptanz zu erreichen. Nur durch eine langsame, kontinuierliche und wertschätzende Arbeit mit den Familien konnte das Vertrauen der Betroffenen gewonnen werden. Dies war unbedingt notwendig, um den Kindern Zugang zu den angebotenen Maßnahmen zu eröffnen, für die Eltern sowie für die Kommune die Möglichkeit, einen Weg aus der Passivität zu finden, Hilfe anzunehmen und sich aktiv für die Weiterentwicklung und die soziale Partizipation ihrer Kinder einzusetzen.

CERLECO bietet individuell-personenzentrierte therapeutische Intervention und Förderung, die an die Fähigkeiten der Kinder angepasst sind. Dort arbeiten zurzeit vier einheimische, aus dem Ort stammende Therapeutinnen. Diese wurden zu verschiedenen Rehabilitationsmaßnahmen im Bereich Entwicklung, Kommunikation und Sprache geschult.

CERLECO wird zurzeit von ca. 100 Kindern und Jugendlichen mit unterschiedlichsten Formen von Behinderungen und Entwicklungsverzögerungen besucht. Der Schwerpunkt der Förderung liegt auf Kommunikation, Sprache, Bewegung und Musik. Die Eltern werden in die therapeutische Arbeit ihrer Kinder mit einbezogen.



Eltern werden in die Therapie einbezogen

Durch die Arbeit von CERLECO konnten in den letzten 9 Jahren viele und bedeutsame Erfolge erzielt werden. Die Therapeutinnen,

die selbst aus der Gegend stammen, wurden und werden weiter geschult und arbeiten selbständig im Rahmen des Projektes. Diese haben dadurch sowohl eine Ausbildung als auch eine Arbeitsstelle mit einem geregelten Einkommen. Die Kinder aus CERLECO erhalten eine medizinische Grundversorgung und die Zusammenarbeit mit weiteren Institutionen wie Kindertagesstätten und Schulen ist etabliert. Die Einrichtung wird kontinuierlich durch die Fakultät Rehabilitationswissenschaften der TU Dortmund wissenschaftlich begleitet und durch Studierende der Fakultät frequentiert, die hier ihre von der Universität geleiteten Projekte durchführen. Eine Zusammenarbeit mit einer ecuadorianischen Universität zur Ausbildung von qualifiziertem Fachpersonal wird angestrebt und befindet sich in der Entwicklung.

Spenden sind sehr willkommen:

Luma e. V., Deutsche Bank,
Konto 678888900, BLZ 42070024, Stichwort CERLECO

*Amelie Abarca, Nitza Katz-Bernstein &
Anke Lengning*

Kooperation „Brasilien“

Die fachliche Beratung der dgs bei internationalen Unternehmen der Universitäten zeitigt Erfolge. Im Rahmen eines weiteren Besuches von Dr. Jörg Mußmann im Departamento de Fonaudiologia (Logopaedie) an der Universidade Catholica de Pernambuco (UNICAP) wurden mit einer ersten Kooperationsvereinbarung die nächsten Schritte konkretisiert für ein gemeinsames Forschungs- und Lehrprojekt. Das Projekt, das auf 2 Jahre angelegt ist, wird vom Nationalen Wissenschaftsrat Brasiliens, dem Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) mit 14.000 brasilianischen Reals finanziert und von der Leiterin des Post-Graduiertenstudienganges für Fonaudiologie (Logopädie, Profa. Dra. Nadia Azevedo) und Dr. Jörg Mußmann koordiniert.

Im Mittelpunkt steht die Implementierung einer Intensiv-Stottertherapie nach dem Vorbild der so genannten Sommercamps, wie sie in Deutschland mit verschiedenen Konzeptionen z.B. durch Initiatoren wie Prof. Bindel und Dr. Miosga umgesetzt werden. Eine Gemeinsamkeit wird die inklusive pädagogische Ausrichtung der Interventi-

onen und Fördermaßnahmen sein, die auf einen selbstbestimmten Umgang mit kommunikativen Barrieren in den individuellen Lebenswelten der stotternden Kinder und Jugendlichen abzielen. Ein originäres Merkmal wird die Berücksichtigung spezifischer kultureller und sozioökonomischer Aspekte der Therapie und Förderung darstellen. Das Angebot soll sich an betroffene Kinder und Jugendliche armer Familien im Nordosten Brasiliens richten und dabei kulturelle Fragen des Umgangs mit der Behinderung Stottern und der Akzeptanz verschiedener Therapieansätze aufgreifen.

Im Rahmen einer DAAD-Vortragsreise fand weiterhin die zweite Gesprächsrunde mit Vertretern der Bundesuniversität von Pernambuco in Brasilien (UFPE) und der Gießener Sprachheilpädagogik der JLU statt. Dr. Jörg Mußmann setzte den Austausch mit der Projektpartnerin am Akademischen Zentrum in Vitória (CAV), Profa. Isabell Spakov fort.



Damit leistet die JLU Gießen zusammen mit der dgs einen Beitrag für das Deutsch-Brasilianische Jahr der Wissenschaft, Technologie und Innovation 2010/11 (DBWTI), das die deutsche Bundesministerin für Bildung und Forschung Prof. Dr. Annette Schavan und der brasilianische Forschungsminister Prof. Dr. Sergio Rezende initiiert haben. In dessen Fokus stehen die bilaterale Kooperation und die Exzellenz beider Wissenschaftsstandorte. Zusammen wollen beide Länder Zukunftsfragen erforschen und eine neue Qualität der Zusammenarbeit erreichen.

Jörg Mußmann

Potentielle Beiträge für diese Rubrik können an die Referentin für Internationale Zusammenarbeit, Prof. Ulrike Lütke, gemailt werden:
ulrike.luedtke@ifs.phil.uni-hannover.de

Termine

Fortbildungsveranstaltungen von dgs und dbs

Datum und Ort	Referent, Thema, Veranstalter
06./07.05.2011 Duisburg	Dr. Stephanie Riehemann: Was tun mit Dragan, Nesibe und Claudio? Sprachtherapie mit mehrsprachigen Kindern dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 16/2011
06./07.05.2011 Moers	Dr. Barbara Giel und Brigitte Schambeck: Ich bin Chef?! – Führung und Leitung im Kontext von Sprachtherapie dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 58/2011
06./07.05.2011 Köln	Dr. Maren Aktas: Maßgeschneiderte standardisierte Diagnostik bei Kindern mit geistiger Behinderung dgs-Landesgruppe Rheinland, Fortbildungsnummer: C7/2011
07.05.2011 Hannover	Petra Klindworth: Ich sag's Dir mit den Händen – Lautsprachenunterstützende Gebärden in der Kommunikationsförderung dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 19/2011
07.05.11 Gießen	Dr. Margit Berg: – Kontextoptimierung – Förderung grammatischer Fähigkeiten spracherwerbsgestörter Kinder in Therapie und Unterricht dgs-Landesgruppe Hessen
07.05.11 Halle (Saale)	Dr. Arno Deuse: Gut vorbereitet auf das Lesen- und Schreibenlernen? Kinder im Vorschul- und Primarbereich mit Störungen in der auditiven Verarbeitung und Wahrnehmung (AVWS) dgs-Landesgruppe Sachsen-Anhalt
07.05.2011 Hannover	dbs-Arbeitnehmertag
13./14.05.2011 Hamm	Dorothea Beigel: Restreaktionen frühkindlicher Reflexe und ihre Auswirkungen auf Sprache, Lernen und Verhalten dgs-Landesgruppe Westfalen-Lippe e. V.
14.05.2011 Hamm	Meike Otten und Wenke Walther: Prosodie als Therapieschwerpunkt dgs-Landesgruppe Westfalen-Lippe e. V.
14.05.2011 Köln	Jens Kramer: Therapie und Unterricht von selektiv mutistischen Kindern im Rahmen der Kooperativen Mutismustherapie (KoMut) dgs-Landesgruppe Rheinland, Fortbildungsnummer: C8/2011
20.05.2011 Köln	Dr. Andreas Mayer: Schriftsprachlicher Anfangsunterricht bei Risikokindern für die Ausbildung von LRS dgs-Landesgruppe Rheinland, Fortbildungsnummer: B3/2011
21.05.2011 Köln	Dr. Andreas Mayer: Schriftsprachlicher Anfangsunterricht bei Risikokindern für die Ausbildung von LRS - Modul B – Praxis dgs-Landesgruppe Rheinland, Fortbildungsnummer: C10/2011
20./21.05.2011 Duisburg	Prof.Dr. Hans-Joachim Motsch: Kontextoptimierung – Evidenzbasierte Therapie grammatischer Störungen im Vorschul- und Schulalter dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 05/2011

Datum und Ort	Referent, Thema, Veranstalter
20./21.05.2011 Köln	Birgit Appelbaum: Gebärden in der Kommunikationsförderung – eine Brücke zur Lautsprache dgs-Landesgruppe Rheinland, Fortbildungsnummer: C9/2011
20./21.05.2011 Moers	RA Volker Gerrlich und Katrin Schubert: Praxisgründungsseminar 2011 dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 59/2011
27./28.05.2011 München	Beate Weber von Koslowski: Die Methode der systemischen Aufstellungsarbeit in der angewandten Praxis der Sprachtherapie dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 53/2011
27./28.05.2011 Düsseldorf	Petra Simon: Beweglichkeit und Präsenz – ein Wochenendseminar mit der Feldenkrais-Methode dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 60/2011
27./28.05.2011 Köln	Prof. Dr. Hans-Joachim Motsch: Kontextoptimierung: Evidenzbasierte Therapie grammatischer Störungen im Vorschul- und Schulalter dgs-Landesgruppe Rheinland, Fortbildungsnummer: C11/2011
28.05.2011 Kassel	Prof'in Dr. Iris Füssenich: LRS und Schriftspracherwerb: Schriftspracherwerb und Schwierigkeiten mit der mündlichen Sprache dgs-Landesgruppe Hessen
03./04.06.2011 München	Dr. Gudrun Bartolome: Die Funktionelle Dysphagietherapie (FDT) – Grundkurs dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 22/2011
17./18.06.2011 Hamm	Ulrike Sick: Poltern: Theoretische Hintergründe, Diagnostik, Therapie dgs-Landesgruppe Westfalen-Lippe e. V.
18.06.2011 Moers	Berthold Gröne: Therapie schwerer Gaumensegelparesen dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 35/2011
18.06.2011 Köln	Melanie Kubandt: Kinder und Jugendliche mit Aphasie – Einführung in ein unbekanntes Feld dgs-Landesgruppe Rheinland, Fortbildungsnummer: C13/2011
18.06.2011 Hamm	Karen Grosstück: Sigma Plus – Gruppentherapie bei Sigmatismus dgs-Landesgruppe Westfalen-Lippe e. V.
18.06.2011 Köln	Dr. Volker Runge: Behandlung von fazialen und intra-oralen Paresen in Anlehnung an die Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation (PNF) dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 36/2011

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

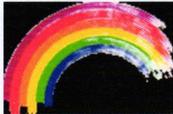
dgs-Landesgruppe Rheinland, Gaby Krings, Kerpener Str. 146, 50170 Kerpen, Tel./Fax: 02273/604904,
E-Mail: zfp-LG_Rheinland@dgs-ev.de

dgs-Landesgruppe Westfalen-Lippe e. V., „doppelpunkt“-Geschäftsstelle Ibbenbüren, c/o Birgit Westenhoff, Poststraße 61,
49477 Ibbenbüren, Tel. 05451-15461, www.dgs-doppelpunkt.de

andere dgs-Landesgruppen:

Zentrales Fortbildungsportal der dgs: www.dgs-ev.de

Tagungen, Messen und Kongresse

Datum, Zeit und Ort	Logo	Thema, Veranstalter, Ansprechpartner
05.-07.05.2011 Bad Heilbrunn		BKL-Workshop www.bkl-ev.de www.fachklinik-bad-heilbrunn.de
12. – 14.05.2011 Lund, Schweden		XXVith Congress of the Union of European Phoniaticians (UEP) and the annual meeting of the Swedish Phoniatic Society (SFF) http://www.kongresslund.se/uep2011
12. – 14.05.2011 Wien		6. gemeinsamer Österreichisch-Deutscher Geriatriekongress: Autonomie www.geriatriekongress.at www.geriatrie-online.at
19. – 21.05.2011 Schloss Rauischholzhausen		26. Arbeitstagung der Fachgruppe Psychologie der Kommunikation und ihrer Störungen http://www.sowi.uni-kl.de/wcms/rauischholzhausen.html
03.03. – 26.05.2011 Berlin		Ausstellung: Nicht Normal * Difference on Display www.kleisthaus.de
20./21.05.2011 Tübingen		The Neural and Linguistic Basis of Language Development International Symposium of the Collaborative Research Center 833 www.medizin.uni-tuebingen.de/kinder/veranstaltungen/abteilung-3/
20./21.05.2011 Leipzig		Gründung und erste Tagung der Gesellschaft für interdisziplinäre Spracherwerbsforschung und kindliche Sprachstörungen im deutschsprachigen Raum – giskid – s.roedel@eufh.de
21.05.2011 Frankfurt am Main		9. Mutismus Tagung der Mutismus Selbsthilfe Deutschland e.V. www.mutismus.de
27.05.2011 Bad Liebenstein		Aphasie – Sommer http://www.aphasiker-thueringen.de http://www.aphasiker-thueringen.de/html/aphasie-sommer_2011.html
01. – 04.06.2011 Osnabrück		35. Fortbildungstagung Das Bobath-Konzept - konkret - sekretariat@bobath-vereinigung.de www.bobath-vereinigung.de
03./04.06.2011 Frauenchiemsee		Erste bayerische Autismustage boecker.daniela@josefinum.de
13./14.06.2011 Newcastle		Child Language Seminar 2011 cristina.mckean@ncl.ac.uk



Internationaler Bund
IB-Gesellschaft für
interdisziplinäre Studien mbH

STOTTERC(H)AMP – gestärkt quer in der Landschaft stehen

1 Woche Stotterintensivtherapiewoche in einem Zirkusareal mit erlebnispädagogischen Elementen für 11-18 Jährige

**Gemeinsam Neues ausprobieren
Mit Stottern anders umgehen
Herausforderungen der Natur meistern und sich behaupten
Auf Menschen zugehen**

am **Sonntag, den 17.07.2011 bis Freitag, den 22.07.2011**
im Bodenseeraum, Tägerwilten (Schweiz)

Kosten: 250,- Euro (inkl. 1-tägiges Nachtreffen im Herbst)

Anmeldeunterlagen und Rückfragen:

IB-GIS mbH · Medizinische Akademie
Schule für Logopädie „Stotterchamp“
Schönauerstr. 4 · 79115 Freiburg · Tel. 0761 89 67 257
karl.schneider@ib-med-akademie.de



www.med-akademie.de

Neue Kurse,

neues Wissen,
neuer Erfolg:

- ✘ Atem und Stimme
- ✘ Mentaltraining
- ✘ Problemorientiertes Lernen
- ✘ Unterstützte Kommunikation

Infos, Preise und Anmeldung unter
Telefon 0341 69 94 724 und unter

Jetzt Förderung vom Staat sichern!




W Weiterbildungsplattform.de



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

WEITERBILDUNGS- UND TRAININGSZENTRUM

WEITERBILDUNGEN ZUM FACHTHERAPEUT [®]	Beginn	Ustd.	Lehrgangsleitung	Kosten*
Fachtherapeut Kinder [®] - das neue Konzept!!	10. - 11.06.11	208	Matthias Grimm, Dorothee Schatton	2780,-
SEMINARE	Termin	Ustd.	Referent	Kosten*
Biografiearbeit - eine lebenswelt- und ressourcenorientierte Methode	06. - 07.05.11	12	Ulrike Ott	185,-
Mini-KIDS - Direkte Therapie mit stotternden Kindern (nach Sandrieser/Schneider)	06. - 07.05.11	16	Claudia Walther	250,-
Lemo - Modellorientierte Aphasiediagnostik und Therapieableitung	06. - 07.05.11	14	Katrin Häfner, Jaqueline Homburg (ehem. Stein)	195,-
Modul III: Erfolgreich sprechen und auftreten: Rhetorische Kompetenz	25. - 28.05.2011	32	Uwe Schürmann, Dr. phil. Marita Pabst-Weinschenk	410,-
HOT - Der handlungsorientierte Therapieansatz - Für Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen	27. - 28.05.11	14	Marianne Reddemann-Tschaikner	210,-
Möglichkeiten der Modifikation von Stottern und Sprechen	28.05.11	8	Dr. Christine Metten	125,-
Diagnostik, Therapie und Beratung bei bilingualen Kindern	28.05.11	9	Vasfi Nas	135,-
Aphasie für Wieder- und Neueinsteiger	17. - 18.06.11	14	Andreas Schramm	165,-
Grundkurs Akzentmethode (Modul I und II) - Theorie und Praxis intensiv	17. - 18.06.11 (I) 14. - 15.10.11 (II)	15 15	Daniela Geier-Bruns	420,-
Das Spiel des Kindes - Ein Kinderspiel?! Das Spielverhalten der Kinder von 0-6	18.06.11	12	Margarete Sarges-Karl	125,-
Diagnostik und Therapie der Sprechapraxie	01. - 02.07.11	16	Dr. Ingrid Aichert, Dr. Anja Staiger	230,-
Van Riper aktualisiert	13. - 14.07.11	16	Andreas Starke	260,-

*in Euro

Weitere Informationen und Seminare: www.duesselderfer-akademie.de Tel. 0211-73 77 96 80

Institut für Sprachtherapie Dr. Boris Hartmann

Fortbildung in Köln

9. und 10. September 2011

Mutismus im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter.
Grundlagen und Module der Systemischen Mutismus-
Therapie/SYMUT

Anmeldungen über www.boris-hartmann.de



40. Jahreskongress des dbfL
Aktuelle Rahmenbedingungen
der Logopädie

23. – 25. Juni 2011
in Karlsruhe



Themenschwerpunkte

Fallbeispiele und

komplexe Entscheidungen:

- Soziale Rahmenbedingungen für die Logopädie
- Clinical-Reasoning-Prozesse in der Therapie
- ICF-bezogene Therapieentscheidungen
- Logopädie und multilingualer Spracherwerb
- Komplexe Lehr- und Lernsituationen in Therapie und Lehre

Logopädische Behandlung

bei komplexen Krankheitsbildern:

- Diagnostik und Therapie bei Syndromen
- Dysphagie bei Kindern
- Cochlear Implant in verschiedenen Altersgruppen

Komplex Therapie:

- Aphasie: Methoden und Wirkfaktoren in der Benenntherapie
- Kinder: Semantisch-lexikalische und morpho-syntaktische Therapie
- Stimme: Atemangepasste Phonation und Akzentmethode
- Alternative Therapiemethoden

Weitere Vorträge zu:

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

Posterausstellung

Aussteller-Produktpräsentation

Anmelde- und Kongressunterlagen:

Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. Augustinusstraße 11a, 50226 Frechen
Tel. 02234/37953-34, Fax -13 www.dbfL-kongress.de, info@dbfL-ev.de

Heute schon
gesurft?

Die in dieser Ausgabe veröffentlichten
Stellen- und Fortbildungsanzeigen
erscheinen kostenlos auf unserer Internetseite.

www.verlag-modernes-lernen.de

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

LOGO Seminare

Seminarüberblick:

Behandlung von fazialen und intra-oralen Paresen
in Anlehnung an die Propriozeptive Neuromuskuläre
Fazilitation (PNF)

- Berlin 28.08.2011
- Bonn 25.09.2011
- Bielefeld 16.10.2011
- Hamburg 12.11.2011

Diagnostik und Therapie von Dysarthrien

- Berlin 27.08.2011
- Bonn 24.09.2011
- Bielefeld 15.10.2011

Einführung in die Diagnostik und Therapie neurogener Dysphagien

- Berlin 26.08.2011
- Bonn 23.09.2011
- Bielefeld 22.10.2011

Weitere Informationen unter www.logo-seminare.de
info@logo-seminare.de

Institut Kind und Sprache

Fortbildung – Diagnostik – Beratung – Förderung



Fortbildungen für 2011 unter www.ikus-home.de

u.a. Diagnostikseminar am 13.08.2011
(oder Workshops: Sprachförderung konkret)

Alle Fortbildungen sind staatlich akkreditiert. (IQ Hessen)
info@institut-kind-und-sprache.de

Praxisbücher für Sprachheilpädagogen und Sprachtherapeuten

Klaus Kleinmann

Das super-schlaue Rechtschreibtraining

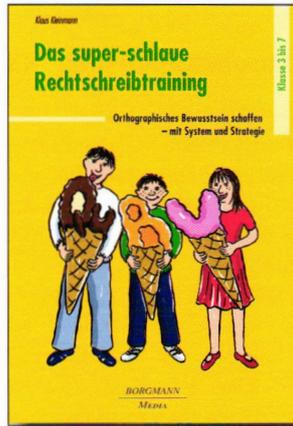
Orthographisches Bewusstsein schaffen – mit System und Strategie
– Klasse 3 bis 7

Dieses Material eignet sich hervorragend zur Rechtschreibförderung im Deutschunterricht und kann im Regelunterricht der Hauptschule bis zur 7. Klasse eingesetzt werden.

Es ist außerdem bestens geeignet zur Arbeit in LRS-Fördergruppen, schwerpunktmäßig in den Klassen 4 bis 6, sowie als unterrichts begleitendes Training für zu Hause. Es setzt auf der Stufe des Lernprozesses an, wo das phonematische Schreiben im Prinzip bekannt ist und ermöglicht darauf aufbauend die schrittweise Entwicklung eines orthographischen Bewusstseins. Das Vorgehen ist überschaubar und stringent. Wichtige Teilbereiche des orthographischen Schreibens werden in einer gut nachvollziehbaren Stufung vermittelt, wobei das Material auf eine neuartige Methodenvielfalt setzt.

Vor allem Regeltraining, Wortbild- und Morphemtraining kommen in ausgewogener Form den vielfältigen Bedürfnissen noch nicht rechtsschreibsicherer Schüler entgegen. Systematische Wiederholungsangebote unterstützen den Lernerfolg genauso wie eine große Zahl lust- und sinnvoller Spielvorschläge, die direkt am Schreibprozess ansetzen und ein reichhaltiges Angebot an die verschiedenen Wahrnehmungskanäle machen. Hübsche Texte erleichtern den Zugang zu den Übungseinheiten, bieten Lesestoff und altersgemäße Identifikationsangebote.

● 2. Auflage, 176 S., DIN A4, Ringbindung / **Alter: 8-13**
ISBN 978-3-938187-54-8 **Bestell-Nr. 9405, CHF 32,00, € 19,80**



Andreas Mayer

Blitzschnelle Worterkennung (BliWo)

Grundlagen und Praxis

Das Trainingsprogramm ermöglicht durch die hochfrequente Konfrontation mit einem exemplarischen Wortschatz in kindgemäßen abwechslungsreichen und motivierenden Spielen und Übungen den kontinuierlichen Ausbau des Sichtwortschatzes.

Durch die Fokussierung häufig vorkommender Graphemfolgen wird der Leseprozess auf sublexikalischer Ebene automatisiert. Diese Methode verspricht ein Generalisierungslernen hohen Ausmaßes, da die simultane Verarbeitung der Graphemfolgen die Erkennungsgeschwindigkeit zahlreicher Wörter lenken kann.

Der Ordner enthält neben einer ausführlichen theoretischen Begründung des Lesetrainings zahlreiche Übungs- und Spielvorschläge, die ohne großen Materialaufwand in der Praxis eingesetzt werden können, sowie 200 Kopiervorlagen, die im allgemeinen Unterricht, in Förderstunden und der Wochenplan- oder Freiarbeit eingesetzt werden können.

● 272 S. (davon 200 S. Kopiervorlagen), Beigabe: Kopiervorlagen auch auf CD-ROM + zusätzliche Vorlagen und kleine Übungsprogramme zur Verbesserung der Worterkennungsgeschwindigkeit, DIN A4, im Ordner ISBN 978-3-938187-57-9 **Bestell-Nr. 9407, CHF 64,80, € 40,00**



Silke Schönrade / Günter Pütz / Marc Wedel

Die Sprach-Abenteuer der kleinen Hexe

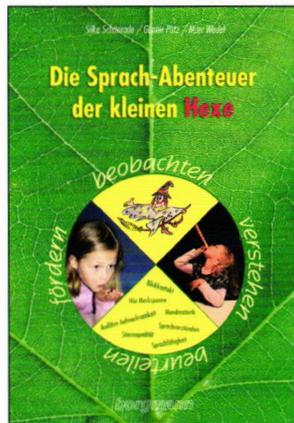
Sprache beobachten, verstehen, beurteilen, fördern

Eingekleidet in drei spannende Geschichten werden 24 Beobachtungssituationen vorgestellt, die elementare Bereiche kindlicher Sprachentwicklung erfassen.

So können beispielsweise Aussagen über Grob- und Mundmotorik, die Hör-Merkspanne, die auditive und visuelle Wahrnehmung, über Blickkontakt, räumliche Orientierung, Sprachverständnis, Sprachfähigkeit, Stimmqualität, Phonologische Bewusstheit, u.v.m. gemacht werden.

Diese bilden die Grundlagen für die vielfältigen Parameter in der Sprachentwicklung und sind in dieser Entwicklungsphase von großer Bedeutung. Besonders hilfreich sind die klar strukturierten, übersichtlichen Beobachtungsbögen, die eine Grundlage zur strukturierten Dokumentation bilden können, ein wichtiger Bestandteil für die Elternarbeit. Darüber hinaus wird dem Thema „Mehrsprachigkeit“ Bedeutung geschenkt.

● 200 S., farbige Abb., 16x23cm, Klappenbroschur / **Alter: 3-6**
ISBN 978-3-86145-312-3 **Bestell-Nr. 8409, CHF 32,30, € 19,95**



Tanja Jungmann

Praxis der Sprach- und Kommunikationsförderung

Kommunikative und sprachliche Fähigkeiten stehen in engem Zusammenhang mit kognitiven und sozial-emotionalen Entwicklungsmöglichkeiten. Aufgrund dieser Erkenntnis wurde eine Vielzahl von Förderprogrammen bereits im Vorschulalter aufgelegt, die sich allerdings zumeist an Kinder mit spezifischen Sprachentwicklungsstörungen (SSES) oder Kinder mit Migrationshintergrund richten.

Aber auch bei anderen Störungsbildern oder Behinderungen ist der Bereich der Kommunikation und der Sprache betroffen.

Daher werden in diesem Buch neben den „klassischen“ Anwendungsbereichen für Kommunikations- und Sprachförderung verschiedene Förder- und Therapiekonzepte und -programme für den Entwicklungsbereich Sprache vorgestellt, die spezifisch auf die Bedürfnisse von Menschen mit verschiedenen Behinderungen oder Beeinträchtigungen in den Entwicklungsbereichen Lernen und Verhalten zugeschnitten sind.

Dabei steht jeweils die folgende Frage im Vordergrund: „Wie kann Sprachförderung optimal an die Klientel und ihre besonderen Bedürfnisse angepasst und gestaltet werden?“

● **Juni 2012**, ca. 180 S., 16x23cm, Klappenbroschur / **Alter: 0-10**
ISBN 978-3-938187-67-8 **Bestell-Nr. 9416, CHF 32,30, € 19,95**



Neuer Termin: Juni 2012
(Wir bitten um Ihr Verständnis)

dbS-Informations- und Werbematerialien

NEU

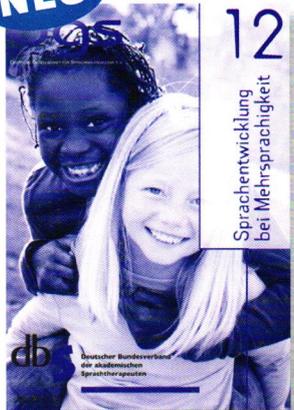


„Sprachentwicklung ist mehr als ein Kinderspiel. Hilfen für Sprachanfänger“

Die zwölfseitige Broschüre richtet sich vor allem an Eltern und Erzieher oder Tagesmütter. Zunächst beschreiben die Autorinnen (Susan Schelten-Cornish und Hildegard Kaiser-Mantel) leicht verständlich Grundlagen der Sprachentwicklung wie Blickkontakt oder Gestik, die oftmals so selbstverständlich scheinen, dass man ihre hohe Bedeutung für den Spracherwerb vergisst. Anschließend wird in einzelnen Kapiteln die alltägliche Unterstützung der Sprachentwicklung in Produktion und Verständnis thematisiert, wobei sie sich auch an mehrsprachige Kinder und Familien richten. Mit vielfältigen Beispielen wird dem Leser verdeutlicht wie „sprachintensiv“ der Alltag mit Kindern ist und wie gut jede Interaktion zwischen Erwachsenen und Kind genutzt werden kann, um die Sprachentwicklung zu fördern, den kindlichen Spracherwerb zu unterstützen. Die anschaulichen Illustrationen von Elke Steinbach veranschaulichen die Informationen und machen Lust zu lesen und Kinder noch bewusster auf ihrem eigentlich so unbewussten Weg der Sprachentwicklung zu begleiten. Projektleitung von Dr. Ulrike de Langen-Müller (Referentin für Öffentlichkeitsarbeit) und Theo Borbonus (Referent für Bildung)

Preis: 1,00 € je Broschüre zzgl. Versandkosten

NEU



Mehrsprachigkeit

Die Broschüre „Sprachentwicklung bei Mehrsprachigkeit“ ist ein Gemeinschaftsprojekt von dgs und dbS.

Sie gibt den Lesern einen Einblick in den Unterschied zwischen Erst- und Zweitspracherwerb und grenzt diesen vom bilingualen Spracherwerb ab. Anhand von Einzelfallbeispielen stellt sie exemplarisch diagnostische Parameter dar und gibt Hinweise zur Unterstützung der Sprachentwicklung mehrsprachiger Kinder.

Die Federführung für diese, auf dem aktuellen Stand der (Zweit-) Spracherwerbsforschung fußende, Publikation hatte Frau Dr. Drorit Lengyel, akademische Sprachtherapeutin dbS, übernommen.

Preis: 1,00 € je Broschüre zzgl. Versandkosten

dbS-Haftnotizblöcke



NEU

Preis je Haftnotizblock
zu je 50 Blatt in 68 x 70mm
= 0,50 € zzgl. Versandkosten

dbS-Terminblöcke



Preis je Terminblock
= 0,50 € zzgl. Versandkosten

dbS-Leinenbeutel



Preis je Leinenbeutel
= 1,00 € zzgl. Versandkosten

REHAB®

INTERNATIONAL

16. Internationale Fachmesse für Rehabilitation, Pflege, Prävention und Integration

Der Treffpunkt für alle Fachleute aus Therapie und Medizin in der Rehabilitation

Die REHAB ist mit über 500 nationalen und internationalen Ausstellern sowie rund 25.000 Besuchern seit über 32 Jahren die führende Leitmesse für medizinische und therapeutische Hilfen in Süddeutschland.

So ist sie alle zwei Jahre der wichtigste Treffpunkt für Fachleute aus der Reha- und Pflegebranche.

Insbesondere aber auch für Therapeuten, speziell für **Logopäden und Sprachtherapeuten**.

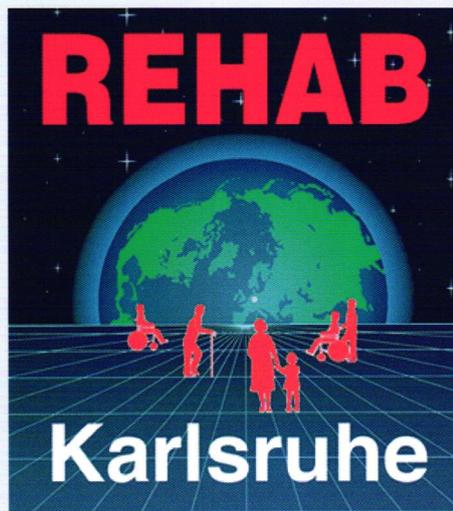
Durch den demografischen Wandel im Gesundheitswesen wächst die Nachfrage nach therapeutischen Leistungen überdurchschnittlich.

Im Zusammenwirken mit der medizinischen, neurologischen und psychologischen Rehabilitation entstehen neue Anforderungen an die Therapieberufe.

Hier bietet die REHAB als die führende „**Fachmesse für mehr Gesundheit**“ mit ihrem umfangreichen Angebot in den Themenparks, wie z.B.

„Medizintechnik“, „Medizinische Reha“, „Marktplatz Gehirn“, aber auch in dem „Forum Beruf“ eine lebendige Plattform für alle Fragen der Therapiepraxis, der Berufsorientierung und einer erfolgreichen Aus- und Fortbildung.

Die REHAB 2011 ist daher die Pflichtveranstaltung in diesem Jahr.



19. – 21. Mai 2011 • Messe Karlsruhe

REHAB® INTERNATIONAL

REHAB Veranstaltungs-GmbH

Schleefstraße 14 • D-44287 Dortmund

Tel.: +49-(0)180 500 92 26 • Fax: +49-(0)180 500 92 27

info@rehab-fair.com

Mehr und aktuelle Informationen
finden Sie unter

www.rehab-messe.de

Sprachheilarbeit

Fachzeitschrift für Sprachheilpädagogik
und akademische Sprachtherapie

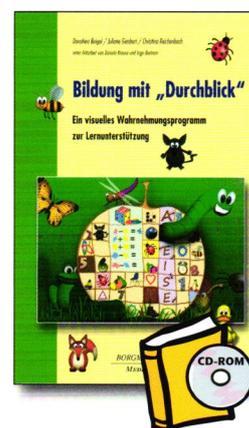
dgs | dbS

verlag modernes lernen Borgmann GmbH & Co. KG
Schleefstr. 14 · 44287 Dortmund

K 11772

Postvertriebsstück, DPAG, Entgelt bezahlt

Ihre Praxis ist unser Programm



Dieter Krowatschek / Gita Krowatschek / Caroline Reid

Marburger Konzentrationstraining (MKT) für Schulkinder

Kopiervorlagen-Mappe

8., völlig überarbeitete und verbesserte Auflage, 260 S., neue farbige Abb., Format DIN A4, im Ordner

ISBN 978-3-86145-331-4

Bestell-Nr. 8365, € 40,00

Dieter Krowatschek / Caroline Reid

Die Fly reist um die Welt

Neue Entspannungsgeschichten für unruhige, unauffällige, übermütige und ängstliche Kinder

200 S., farbige Abb., Format 16x23cm, fester Einband

ISBN 978-3-938187-73-9

Bestell-Nr. 9422, € 22,80

Andrea Kisch / Sabine Pauli

Linkshänder – Na klar!

Das Praxisbuch über linkshändige Kinder

144 S., farbige Abb., Format DIN A5, Ringbindung

ISBN 978-3-8080-0667-2

Bestell-Nr. 1083, € 16,80

Anne Häußler / Antje Tuckermann

Praxis TEACCH: Rund um Haus und Garten

72 S., farbige Abb., Format 16x23cm, Ringbindung

ISBN 978-3-938187-79-1

Bestell-Nr. 9424, € 15,80

Dorothea Beigel / Juliane Giesbert / Christina Reichenbach

unter Mitarbeit von Daniela Krause und Ingo Bertram

Bildung mit „Durchblick“

Ein visuelles Wahrnehmungsprogramm zur Lernunterstützung

160 S., farbige Abb., Beigabe: Vorlagen zusätzlich auf CD-ROM, Format DIN A4, Klappenbroschur

ISBN 978-3-938187-70-8

Bestell-Nr. 9420, € 19,95

Sabine Pauli / Andrea Kisch (ohne Titelabbildung)

Geschichte Hände zeichnen 4

Grafomotorische Übungen für Menschen von 8-88 Jahren

72 Blatt, Format DIN A4, Block

ISBN 978-3-8080-0668-9

Bestell-Nr. 1082, € 8,60

BORGSMANN MEDIA



verlag modernes lernen *borgmann publishing*

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

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