K 11772

Die Sprachheilarbeit

Fachzeitschrift für Sprachbehindertenpädagogik

dbs-Förderpreis

Christiane Bohn, Nicole Stadie, Potsdam
Unterstützen perzeptuelle Schlüsselmerkmale die ganzheitliche Worterkennung?

Angela Ullrich, Köln; Barbara Bernhardt, Vancouver
Neue Perspektiven der phonologischen Analyse

Melanie Walter, München/Landshut
Der Einsatz von ELFRA-2 und SETK-2 in einer Kinderarztpraxis

Eva Ojeda, Hamburg
Sprach-, Sprech- und Kommunikationsstörungen im Alter

5
2005

50. Jahrgang/Oktober 2005

ISSN 0584-9470

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

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

Landesgruppen:

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

Bayern:
dgs • Horst Hußnätter, Borkumer Str. 70, 90425 Nürnberg, Fax. + Tel.: 09 11 / 34 17 55
dbs • Daniela Kiening, Freibadstr. 3, 85540 Haar

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

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

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

Hamburg:
dgs • Hartmut Diekmann (2. Vors.), Roggengabel 23, 22397 Hamburg, Tel.: 0 40 / 6 07 05 01
dbs • Ulrike Bunzel-Hinrichsen, Norderquerweg 148, 21037 Hamburg, Tel.: 0 40 / 7 23 83 90

Hessen:
dgs • Käthe Lemp, Arheilger Straße 57, 64287 Darmstadt, Tel.: 0 61 51 / 66 49 04
dbs • Barbara Jung, Bahnhofstr. 11, 34497 Korbach, Tel.: 0 56 31 / 91 36 36

Mecklenburg-Vorpommern:
dgs • Kirsten Diehl, Peter Kalffstr. 4, 18059 Rostock, Tel.: 03 81 / 45 33 77
dbs • Barbara Stoll, Doberaner Str. 6, 18055 Rostock Tel.: 03 81 / 4 99 74 75

Niedersachsen:
dgs • Manfred Backs, Lange-Hop-Str. 57, 30559 Hannover, Tel.: 05 11 / 52 86 90
dbs • Natanja Umbach, Hebbelstr. 1, 30952 Ronneburg, Tel.: 0 51 09 / 56 25 54

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

Rheinland-Pfalz:
dgs • Birgitt Braun, Frühmess 5, 76831 Ilbesheim, Tel.: 0 72 72 / 64 13
dbs • Dorothea Valerius, Helenenstr. 3, 54295 Trier, Tel.: 06 51 / 7 68 22

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

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

Sachsen-Anhalt:
dgs • Antje Thielebein, Am Mühlenfeld 22, 06188 Plößnitz, Tel.: 03 46 04 / 2 29 30
dbs • Beate Stoye, Bernburger Str. 21, 06108 Halle, Tel.: 03 45 / 5 32 39 11

Schleswig-Holstein:
dgs • Holger Kaack-Grothmann, Starnberger Str. 69a, 24146 Kiel, Tel.: 04 31 / 78 34 28
dbs • Florian Schütte, Beethovenstr. 55, 24534 Neumünster, Tel.: 0 43 21 / 48 88 85

Thüringen:
dgs • Kerstin Lüder, Sundremdaer Str. 37, 07407 Remda, Tel.: 03 61 / 7 92 12 93
dbs • Katrin Schubert, K.-Liebknecht Str. 1, 01796 Pirma, Tel.: 0 35 01 / 52 87 70

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

Geschäftsstellen:

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

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

Die Sprachheilarbeit

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

Verlag, Anzeigenverwaltung und Abonnementbestellungen:

BORGMANN
MEDIA

verlag modernes lernen Borgmann KG
Hohe Straße 39 • D-44139 Dortmund
Telefon: 02 31/12 80 08, Telefax: 02 31/12 56 40

Anzeigen
Unterlagen bitte an den Verlag senden. Gültig ist Preisliste Nr. 6/2004. Anzeigenleiter: Gudrun Nucaro
Anzeigen: 02 31/12 80 11, Fax: 02 31/9 12 85 68
Druck: Löer Druck GmbH, Dortmund

Die Sprachheilarbeit
Fachzeitschrift für Sprachbehindertenpädagogik

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

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

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

Beirat
Dr. paed. Reiner Bahr, Düsseldorf
Prof. Dr. phil. Gerhard Blanken, Erfurt
Theo Borbonus, Essen
Dr. paed. Barbara Giel, Köln
Giselher Gollwitz, Bad Abbach
Prof. Dr. phil. Christina Kauschke, Potsdam
Priv.-Doz. Dr. phil. Ernst G. de Langen, Bad Griesbach/Potsdam
Priv.-Doz. Dr. paed. Ulrike Lüdtke, Berlin
Prof. Dr. phil. Hans-Joachim Motsch, Köln
Jenny Postler, Potsdam
Prof. Dr. med. Martin Ptok, Hannover
Dr. phil. Susanne Voigt-Zimmermann, Heidelberg
Prof. Dr. phil. Alfons Welling, Hamburg

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

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

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

Inhalt

5
2005

Auf ein Wort

Friederike Meixner, Mödling
Sprachtherapie als pädagogisches Geschehen — 210

Hauptbeiträge

Christiane Bohn, Nicole Stadie, Potsdam
Unterstützen perzeptuelle Schlüsselmerkmale die ganzheitliche Worterkennung? Therapiestudie mit einem *letter-by-letter reader* — 212

Angela Ullrich, Köln;
Barbara Bernhardt, Vancouver
Neue Perspektiven der phonologischen Analyse – Implikationen der nichtlinearen Phonologie für die Untersuchung phonologischer Entwicklungsstörungen — 221

Melanie Walter, München/Landshut
Der Einsatz von ELFRA-2 und SETK-2 in einer Kinderarztpraxis – Früherfassung von Sprachentwicklungsstörungen im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung U7 — 234

Eva Ojeda, Hamburg
Sprach-, Sprech- und Kommunikationsstörungen im Alter – Besonderheiten der Sprachtherapie mit älteren Menschen — 241

Magazin

Uwe Hempel, Großnaundorf;
Antje Leisner, Dresden
Förderzentrum Sprache – Sprachheilschule Dresden — 247

Peter Arnoldy, Heilbronn
Die Gebrüder-Grimm-Schule für Sprachbehinderte in Heilbronn — 249

Aktuelles: dgs – Aktuelles — 257
dbs – Beruf und Politik im Verband — 259
Persönliches — 261
Termine — 262
Rückblick — 263
Echo — 264
Medien — 266

50. Jahrgang/Oktober 2005
dgs/dbs
ISSN 0584-9470

Friederike Meixner, Mödling

Sprachtherapie als pädagogisches Geschehen

Aus gegebenem Anlass ist es mir ein Anliegen im *Interesse der Kinder*, die keine pädagogisch orientierte Sprachanbildung erfahren, die sprachheilpädagogischen Notwendigkeiten, welche für uns eigentlich selbstverständlich sind, aufzuzeigen.

Alle Auffälligkeiten sprachbeeinträchtigter Kinder sind uns bekannt. Wir kennen sie aus dem Wissenschaftsbereich und dem pädagogischen Alltag, wobei die Arbeit in Einzel-, Gruppen- oder Klassentherapie stattfindet. Mit diesen Kindern gehen wir eine Beziehung ein, die getragen ist von dem Bildungsziel

> „... dem sprachlich beeinträchtigten Menschen Teilhabe und Freiheit (zurück-) zu geben, indem man ihn darin unterstützt, seine Sprachlichkeit durch das Erlernen der Sprache – ... entsprechend den Normen einer Sprachgemeinschaft – zu entwikkeln" (*Bahr/Lüdtke* 2000, 90).

Die pädagogische Arbeit basiert auf den Kenntnissen der Sprachheilpädagogik. Sie versteht sich heute als *Integrationswissenschaft* und übernimmt Forschungsergebnisse aus anderen Wissensbereichen. Die Zusammenschau aus diesen Fachdisziplinen basiert auf der *grundständigen Konzeption der Pädagogik*.

> „Die Didaktik als Teilbereich der Pädagogik wird demnach von mir nicht als Nachbardisziplin der Sprachbehindertenpädagogik gesehen (wie etwa die Linguistik), sondern als eine ihrer wesentlichen *Fundamente*, die sich bei uns in einer eigenständigen (spezifischen) Weise konkretisiert" (*Werner* 2004, 88).

Sprache steht im Zentrum des Interesses unterschiedlichster Wissenschaften.

> „Diese beschäftigen sich jeweils aus ihrer Sicht mit *Teilbereichen* gestörter Sprache und ihren Auswirkungen, ohne das Gesamtphänomen für sich alleine hinreichend genau beschreiben zu können" (*Grohnfeldt* 1989, 14).

Die Darstellung der verschiedensten Störungen der Sprache ist Basis der wissenschaftsorientierten Sprachheilpädagogik. Das Wesen der sprachlichen Beeinträchtigungen wird beschrieben und in interdisziplinären Zusammenhängen aufgezeigt. Die verschiedensten Auffälligkeiten der Sprache mit unterschiedlichen Symptomen und Ursachen treten auf und sind Objekte interdisziplinärer Untersuchungen und Beschreibungen.
Durch neue wissenschaftliche Erkenntnisse können Erscheinungsformen, Ursachen und Zusammenhänge besser durchleuchtet werden.

> „Eine Systematik der Sprachstörungen hat neben den wissenschaftlichen Erkenntnissen vor allem den Zweck, als Grundlage für therapie- und förderdiagnostisches Vorgehen zu dienen" (*Braun* 1999, 47).

Sprachanbildung ist ein pädagogisches Geschehen. Erziehung und Bildung beziehen sich nicht allein auf Lehren und Lernen, sondern auf die *Entwicklung des ganzen Menschen.*

Der Mensch ist Ansatzpunkt pädagogischer Überlegungen. Die Entwicklung des Einzelnen und die Entwicklungsprozesse im Allgemeinen sind von verschiedenen Bedingungen abhängig, wobei Kenntnisse über dieses Bedingungsgefüge erforderlich sind, um pädagogische Veränderungen in Gang setzen zu können.

Erziehung und Bildung des ganzen Kindes stehen im Mittelpunkt der pädagogischen Bemühungen. Nicht die sprachliche Beeinträchtigung des Kindes ist für die Arbeit der Sprachheilpädagogen/Sprachheilpädagoginnen Inhalt der Förderung, sondern *das Kind in seiner Entwicklung und in seinem Umfeld steht im Mittelpunkt der Erziehungs- und Bildungsarbeit.* Daher darf sich die Förderung nicht allein auf die Symptome der Sprache beziehen, sondern hat sich an der Behinderungsursache, welche diagnostisch aufgedeckt werden muss, zu orientieren.

Nach Westrich *ist Sprachanbildung ein pädagogisches Geschehen, welches sich an den Eigengesetzlichkeiten interpersonellen Spracherwerbs orientiert und von pädagogischen Maßnahmen getragen wird.*

Nicht vormachen – nachmachen, vorsprechen – nachsprechen, abschreiben – auswendiglernen, oder lesen gehören dem Repertoire der Sprachheilpädagogen an.

Lernprozesse können nur durch *Bedeutsamkeitserlebnisse* in Gang gesetzt werden. D.h., dass wir auf die Interessen jedes Kindes eingehen, um so Ent-

wicklungsprozesse in Gang setzen zu können.

Da die Sprachanbildung in die gesamte Entwicklung des Kindes eingebettet ist, müssen auch die methodischen Maßnahmen gesamtpersonell ausgerichtet sein.
Das Kind erwirbt Fähigkeiten nicht allein durch Wahrnehmungsangebote, sondern durch *aktives Handeln in kommunikativen Situationen.*

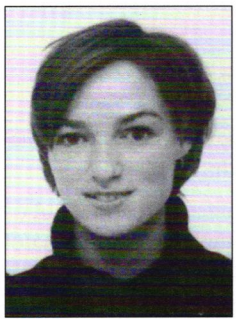
Die Aufgabe der Sprachheilpädagogen besteht darin, das erstellte Sprachanbildungskonzept *methodisch* so zu konzipieren, dass

- wissenschaftliche Erfahrungen und Erkenntnisse umgesetzt werden,
- Lernprozesse durch Bedeutsamkeitserlebnisse in Gang gesetzt werden,
- der Entwicklungsstand des Kindes beachtet wird,
- auf die Behinderungsursache bezogene Maßnahmen konzipiert werden und
- alle Bildungsziele so aufbereitet werden, dass das Kind echte sprachliche Aussagen in kommunikativen Situationen macht.

Alle Pädagogen können so eine erfolgreiche Therapie durchführen.

Ein Therapieansatz aber, der nur auf einem wissenschaftlichen Teilbereich und nicht auf dem Fundament der Pädagogik basiert, kann sicher nicht zum Wohl des Kindes eingesetzt werden.

Friederike Meixner
2. Vorsitzende der
Österr. Gesellschaft für
Sprachheilpädagogik



Christiane Bohn, Nicole Stadie, Potsdam

Unterstützen perzeptuelle Schlüsselmerkmale die ganzheitliche Worterkennung?*

– Eine Therapiestudie mit einem *letter-by-letter reader*

Zusammenfassung

Die vorliegende Therapiestudie hat zum Ziel, die buchstabierende Lesestrategie bei einem sog. „letter-by-letter"-Leser (LBL-Leser) zu verändern und den für diese Störung charakteristischen Wortlängeneffekt zu reduzieren. Kognitiv-neuropsychologische Ansätze begründen diese spezifische Lesestörung durch ein generelles perzeptuelles Defizit, das zu einer qualitativen Verschlechterung des visuellen Inputs im Lesesystem führt, woraufhin nur eine schwache Aktivierung der Buchstaben im Wort erfolgt (*Behrmann/Plaut/Nelson* 1998). Das perzeptuelle Defizit bei LBL-Lesern ist vor allem in visuellen Kontexten evident, in denen keine besonderen perzeptuellen Schlüsselmerkmale sind, wie z.B. beim Lesen (*Sekuler/Behrmann* 1996). Ferner postulieren *Friedman* und *Nitzberg Lott* (2000), dass eine schnelle visuelle Präsentation von Wortstimuli die ganzheitliche Worterkennung bei LBL-Lesern verbessern kann. Unter Berücksichtigung dieser Annahmen wird in der ersten Therapiephase das Lesen von Wörtern bei kurzen Präsentationszeiten trainiert, in der zweiten Phase werden zusätzlich perzeptuelle Schlüsselmerkmale dargeboten. Die Ergebnisse der vorliegenden Therapiestudie zeigen sowohl eine signifikante Reduktion des Wortlängeneffektes als auch eine Veränderung der Lesestrategie bei einem LBL-Leser. Eine derartig erfolgreiche Evaluierung der Behandlung eines LBL-Lesers wurde bislang noch nicht in der Literatur beschrieben.

Schlüsselwörter: buchstabierendes Lesen, *letter-by-letter reading*, Wortlängeneffekt, Einzelfallstudie, Therapie, perzeptuelle Schlüsselmerkmale

Do perceptual cues facilitate holistic word recognition?
– Rehabilitation of a case of letter-by-letter reading

Abstract

The present single case study evaluates a remedial procedure aimed firstly at changing the serial reading strategy in a letter-by-letter (LBL) reader and secondly at the reduction of the characteristic word length effect. One neuropsychological cause of this specific reading impairment is a general perceptual deficit that degrades the visual input in the reading process and allows only weak activation of letters in a word (*Behrmann/Plaut/Nelson* 1998). It is assumed that the low level deficit is particularly noticed in contexts, such as reading, that lack strong perceptual cues (*Sekuler/Behrmann* 1996). Furthermore, *Friedman* and *Nitzberg Lott* (2000) assume that holistic word reading can be improved in a LBL-reader via rapid visual presentation of word stimuli. Following these assumptions, the first training method employs rapid presentation of stimuli, the second training method makes use of additional perceptual cues. Results of the remediation study show a significant change in the reading strategy as well as a reduction of the word length effect in a LBL-reader. A comparably successful therapy evaluation of a LBL-reader has not been described in the literature so far.

Key-Words: letter-by-letter reading, word length effect, single case study, rehabilitation, perceptual cue

1. Theoretische Hintergründe zum *letter-by-letter reading*

Der Begriff *letter-by-letter reading* oder 'buchstabierendes Lesen' beschreibt eine Ausprägung von erworbener Dyslexie, bei der die Patienten durch eine serielle Lesestrategie auffallen (*Benson / Geschwind* 1969). D.h., fast jeder Buchstabe eines Wortes wird leise (intern) oder laut der Reihenfolge nach von links nach rechts benannt. Das Auftreten dieser Lesestörung wird mit einer okzipitalen Läsion in der dominanten Hemisphäre assoziiert (*Damasio / Damasio* 1983), wobei die Patienten weder zusätzliche Symptome einer Aphasie noch einer Agraphie zeigen (*Déjerine in Bub* et al. 1993). Charakteristisch für den buchstabierenden Leseprozess ist einerseits der Einfluss von Wortlänge, d.h., mit zunehmender Anzahl der Buchstaben im Wort steigt die individuelle Lesezeit (*Patterson / Kay* 1982),

* Die Arbeit basiert auf der Diplomarbeit von Chistiane Bohn, angenommen von der Universität Potsdam, Fachbereich Patholinguistik, Januar 2004, und wurde mit dem dbs-Förderpreis ausgezeichnet.

andererseits hat auch die Position der Buchstaben (Anfang, Mitte oder Ende des Wortes) einen Einfluss auf die Akkuratheit beim Buchstaben-Nennen (*Behrmann / McLeod* 1995). Bei zeitlich kurz präsentierten Wörtern können LBL-Leser die ersten Buchstaben des Zielwortes meist gut benennen, die Akkuratheit nimmt bei hinteren Buchstabenpositionen jedoch deutlich ab. Aufgrund des mühevollen und langsamen Leseprozesses vermeiden viele LBL-Leser gänzlich das Lesen von Texten. Häufig wird eine taktile Unterstützung des Fingers durch Nachfahren oder Kopieren der einzelnen Buchstaben beobachtet (*Friedman* et al. 1993). Außerdem produzieren LBL-Leser beim Lesen tatsächlich die *Namen* und nicht etwa die *Laute* von Buchstaben. Dieser Befund wird als Indiz dafür verwendet, dass die LBL-Lesestrategie nicht auf die Verwendung der sequentiellen Leseroute (sublexikalischen Graphem-Phonem-Korrespondenz) zurückführbar ist, wie dies z.B. für Patienten mit Oberflächendyslexie angenommen wird.

1.1 Ein interaktiver Erklärungsansatz für das *letter-by-letter reading*

Die heterogene Symptomatik bei LBL-Lesern hat in der fachspezifischen Literatur zu Kontroversen bezüglich des funktionalen Störungsortes geführt (*Coltheart* 1998). So vermuten einige Autoren ein Defizit in der prälexikalischen Buchstabenidentifizierung bzw. auf der Ebene orthographischer Wortformen (z.B. *Bub / Arguin* 1995, *Miozzo / Caramazza* 1998, *Warrington / Shallice* 1980). Allerdings können derartig funktionale Defizite nicht die bei LBL-Lesern beobachteten *nicht*-orthographischen visuellen Defizite erklären (*Behrmann* et al. 1998). Daher postulieren u.a. *Farah* und *Wallace* (1991), *Friedman* und *Alexander* (1984), *Sekuler* und *Behrmann* (1996) ein vielmehr generell perzeptuelles Defizit als Ursache für die Lesestörung. Allerdings liefert diese Annahme wiederum keine Erklärung für die mehrfach bei LBL-Lesern beobachteten sog. impliziten Lesefähigkeiten, die sich in überzufällig korrekten Leistungen beim lexikalischen Entscheiden und semantischen Kategorisieren zeigen (*Shallice / Saffran* 1986). *Behrmann*, *Plaut* und *Nelson* (1998) versuchen die unterschiedlichen Befunde bei LBL-Lesern in ein Modell zur Erklärung ungestörter Verarbeitungsprozesse beim Lesen zu integrieren. Basierend auf interaktiven Verarbeitungsprozessen (*McClelland / Rumelhart* 1981) gehen die Autoren von einem perzeptuellen Defizit bei LBL-Lesern aus. Daraus resultiert ein qualitativ degradierter visueller Input und somit eine schwache Aktivierung abstrakter Buchstabenrepräsentationen. Folglich, um die Aktivierung einzelner Buchstabenrepräsentationen im Wort zu erhöhen, kommt es bei LBL-Lesern zu einer seriellen Lesestrategie. Die Annahme eines derartig generell visuellen Defizits kann sowohl die zahlreichen Beobachtungen unterschiedlicher visueller Fehler beim Lesen als auch die Störungen beim Verarbeiten von *nicht*-orthographischem Material erklären. Die schwache Aktivierung auf Buchstabenebene reiche allerdings aus, um höhere Verarbeitungsebenen wie z.B. die lexikalische oder semantische Ebene zumindest teilweise zu aktivieren (*Behrmann* et al. 1998). Somit können auch die impliziten Lesefähigkeiten bei LBL-Lesern in dem interaktiven Modell erklärt werden.

Sekuler und *Behrmann* (1996) unterstützen ebenfalls die Annahme eines generellen, nicht-orthographischen visuellen Defizits als zugrundeliegende Ursache für die LBL-Symptomatik. Die Ergebnisse ihrer Experimente mit visuellen Suchaufgaben mit *nicht*-orthographischem Material bei vier LBL-Lesern ließen erkennen, dass die Patienten sich bei der Lösung verstärkt auf perzeptuelle, organisatorische Hilfen (*perceptual cues*) wie z.B. die Symmetrie oder Kontinuität der Stimuli stützen. Da beim Leseprozess solche sog. Schlüsselmerkmale nicht vorhanden sind, wird hier das generelle perzeptuelle Defizit in der Repräsentationsfähigkeit der Stimuli besonders deutlich. Unter der Annahme eines frühen perzeptuellen Defizits sollte eine Therapie bei LBL-Lesern direkt bei der defizitären parallelen Buchstabenverarbeitung ansetzen. Möglicherweise können dabei zusätzliche perzeptuelle Schlüsselmerkmale innerhalb des Lesekontextes die Aktivierung der parallelen Buchstabenverarbeitung positiv unterstützen.

1.2 Interventionsstudien bei LBL-Lesern

In der kognitiv-neuropsychologischen Literatur sind Evaluierungen von Interventionen, die das Enkodieren und Analysieren des visuellen Inputs trainieren, sehr gering. *Arguin* und *Bub* (1994) trainierten bei einem LBL-Leser (DM) die Fähigkeit zur abstrakten Enkodierung von Buchstaben. Das Training zeigte einen signifikanten Nutzen für die effiziente Buchstabenidentifizierung und auch für das Integrieren von Buchstaben in größere Einheiten ($p < 0.001$), doch veränderte es nicht die Lesestrategie von DM, da er nach der Trainingsphase noch einen starken Wortlängeneffekt ($p < 0.001$) zeigte. *Behrmann* und *McLeod* (1995) entwickelten für die Patientin SI eine Therapiemethode, mittels derer die Fähigkeit zur Buchstaben-Identifikation in Abhängigkeit von der Position im Wort bei kurzen Präsentationszeiten trainiert wurde. Obwohl sie posttherapeutisch eine deutliche Verkürzung der Lesezeiten für Wörter ($p < 0.0001$) beobachteten, war auch bei dieser Patientin nach wie vor ein Wortlängeneffekt beobachtbar ($p < 0.0001$). Ein Lesetraining mit Wörtern bei kurzer Präsentationszeit führten *Friedman* und *Nitzberg Lott* (2000) bei RS durch. Die Autorinnen berichten zwar über Verbesserungen bei RS in der Leseakkuratheit um 20%, jedoch sind keine statistischen Nachweise über die Verbesserungen der Lesezeiten bzw. der Reduktion des Wortlängeneffektes dokumentiert. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass in den bislang publizierten Interventionsstudien mit LBL-Lesern weder eine signifikante Reduktion des Wortlängeneffektes noch eine Veränderung der Lesestrategie beschrieben worden ist.

1.3 Ziel der Interventionsstudie

Ziel der vorliegenden Therapiestudie ist es, die Effizienz einer Trainingsmethode in Anlehnung an die Methode von *Friedman* und *Nitzberg Lott* (2000) bei

einem deutschen LBL-Leser zu überprüfen. Hierbei soll die ganzheitliche Lesestrategie erarbeitet werden, indem die visuelle Präsentationszeit pro Wort stark verkürzt wird, um die Anwendung serieller Lesestrategien zu vermeiden. Die Etablierung der ganzheitlichen Worterkennung wird anhand der Lesezeiten und der Stärke des Einflusses von Wortlänge und Buchstabenposition auf die Lesezeiten evaluiert. Weiterhin soll in Anlehnung an *Sekuler* und *Behrmann* (1996) untersucht werden, ob die Verwendung von perzeptuellen Schlüsselmerkmalen zu einer besseren Etablierung der parallelen Buchstabenverarbeitung führt. Es wird erwartet, dass die Applikation einer Methode *mit* perzeptuellem Schlüsselmerkmal eine stärkere Veränderung der LBL-Lesestrategie in Form einer signifikant höheren Reduktion des Wortlängeneffektes und einer ebenso signifikant höheren Verminderung von Positionseffekten bewirkt. Verbesserungen werden sowohl für das in der Therapie geübte Wortmaterial (itemspezifischer Effekt) als auch für ungeübtes Material (Generalisierungseffekt) evaluiert.

2. Fallbeispiel KDA

Der in der vorliegenden Studie behandelte deutschsprachige Patient KDA erlitt 2002 einen linkshemisphärischen posterioren Infarkt mit einer Quadrantenanopsie rechts oben. Zum Zeitpunkt der Behandlung war er 65 Jahre alt. KDA zeigt beim Lesen von Einzelwörtern typische Symptome von LBL-Lesern und setzt seinen Finger unterstützend zur Identifikation von Buchstaben ein. Die zur Erkennung von Wörtern erforderliche Zeit ist bei ihm außerordentlich lang (5 – 13 sek.) und er produziert einige visuelle Fehler (z.B.: BAUM anstatt RAUM). Alle Untersuchungen wurden ohne Zeitbeschränkung durchgeführt. KDA zeigt vornehmlich Beeinträchtigungen in der visuell-perzeptiven Verarbeitungsmodalität, wobei sowohl Wortmaterial (*LeMo / De Bleser* et al. 2004; vgl. Tab. 1) als auch nicht-orthographisches Material (Birmingham Object Recognition Battery (BORB); *Riddoch / Humphreys* 1993; vgl. Tab. 2) fehlerhaft verarbeitet werden. Mit Hilfe des BORB-Tests, ein Verfahren zur Funktionsprüfung unterschiedlicher Verarbeitungsebenen, die bei der visuellen Objekterkennung notwendig sind, konnte festgestellt werden, dass KDA bei der Überprüfung visueller Analysefähigkeiten bei nicht-orthographischem Material (z.B. Linien, Kreise etc.) eine geringe Leistung (55 – 76% korrekt) zeigt. Folglich muss von einem Defizit auf einer sehr frühen Ebene der perzeptuellen Verarbeitung ausgegangen werden. Gegensätzlich dazu liegt die Leistung für das Erkennen von Objekten im Normalbereich, wie sich in der Aufgabe zum Perspektivenvergleich (vgl. Tab. 2) und beim Benennen von Bildern (vgl. Tab. 1) zeigt. Die Fähigkeit zur Erkennung von Einzelbuchstaben ist intakt, aber verlangsamt (vgl. Tab. 3). Wie in Tabelle 1 dokumentiert, zeigt KDA in sprachlichen Untersuchungen außer beim Nachsprechen und Schreiben von Neologismen (beide Leistungen im beeinträchtigten Bereich) keine weiteren Auffälligkeiten.

Test	Anzahl korrekt	% korrekt	Leistungs-Bereich*
Diskriminieren			
Neologismen-Paare auditiv (n = 72)	70	97,2	N
Wortpaare auditiv (n = 72)	68	94,4	N
Neologismen-Paare visuell (n = 72)	72	100	N
Wortpaare visuell (n = 72)	65	90,3	B
Lexikalisches Entscheiden			
Wort/ Neologismus auditiv (n = 80)	74	92,5	N
Wort/ Neologismus visuell (n = 80)	69	86,25	B
Nachsprechen			
Neologismen (n = 40)	33	82,5	B
Wörter (n = 40)	40	100	N
Lesen			
Neologismen (n = 40)	28	70	B
regelmäßige Wörter (n = 40)	33	82,5	B
unregelm./ regelm. Wörter (n = 60)	58	96,7	N
intern: phon. Wort/ Neolog. (n = 80)	61	76,25	B
intern: Reime (n = 45)	35	77,8	B
Wortarten (n = 90)	81	90	B
Schreiben			
Neologismen (n = 40)	33	82,5	B
unregelm./ regelm. Wörter (n = 40)	39	97,5	N
Sprachverständnis			
Wort-Bild-Zuordnen auditiv (n = 20)	20	100	N
Wort-Bild-Zuordnen visuell (n = 20)	18	90	B
Synonymie auditiv (n = 40)	39	97,5	N
Synonymie visuell (n = 40)	34	85	B
Benennen			
mündlich (n = 20)	20	100	N
schriftlich (n = 20)	18	90	B

* N = Leistung im Normalbereich, B = Leistung im beeinträchtigten Bereich (vgl. LeMo, De Bleser et al. 2004)

Tabelle 1: 1. Baseline: Anzahl korrekter Reaktionen von KDA in LeMo-Untertests (De Bleser et al. 2004)

Test	Anzahl korrekt	% korrekt
Längenvergleich zweier Linien (n = 30)	20	66
Größenvergleich zweier Punkte (n = 30)	22	73
Orientierungsvergleich zweier Linien (n = 30)	24	76
Positionsvergleich von Lücken in zwei Kreisen (n = 40)	28	55
Perspektivenvergleich von Objekten (n = 25)	25	100

Tabelle 2: 1. Baseline: Anzahl korrekter Reaktionen von KDA in Untertests des BORB (Riddoch / Humphreys 1993)

Test	Anzahl korrekt	% korrekt
Benennen		
Großbuchstaben (n = 26)	26	100
Kleinbuchstaben (n = 29)	28	96,5
Zeigen nach auditiver Vorgabe		
Großbuchstaben (n = 26)	26	100
Kleinbuchstaben (n = 29)	29	100
Zuordnen visuell		
Großbuchstaben (n = 13)	13	100
Großbst. –> Kleinbuchst. (n = 26)	24	92,3

Tabelle 3: 1. Baseline: Anzahl korrekter Reaktionen von KDA bei Tests zur Buchstabenidentifikation

3. Material und Methoden der Interventionsstudie

Für die Evaluierung der Therapie bei KDA wird sowohl die Behandlungsmethode als auch das in der Therapie verwendete Material systematisch kontrolliert und variiert (vgl. *Nickels* 2002). In zwei aufeinander folgenden Trainingsphasen (Phase B und Phase C) mit jeweils einer Baseline-Untersuchung (A) vor- und nach der Behandlung (ABACA-A) werden zwei unterschiedliche Methoden angewendet, wobei sich die Methoden durch die Ab- bzw. Anwesenheit von perzeptuellen Schlüsselmerkmalen in den Wortstimuli unterscheiden (*Sekuler / Behrmann* 1996). Um die Nachhaltigkeit von itemspezifischen und Generalisierungseffekten untersuchen zu können, wird nach einer Therapiepause von zehn Wochen eine 4. Baseline-Untersuchung (A) durchgeführt.

3.1 Trainings- und Baseline-Material

Die in der Therapie und bei den Baseline-Untersuchungen verwendeten Wortstimuli (n = 240) bestehen aus einer gleichen Anzahl (je n = 80) von vier-, fünf-, sechs- und siebenbuchstabigen monomorphematischen Nomen, die nach Frequenz kontrolliert sind (*CELEX; Baayen* et al. 1993). Je zur Hälfte (n = 40) sind die Wörter jeder Wortlänge hochfrequent (> 40/ Millionen) bzw. niedrigfrequent (< 20/ Millionen). Das gesamte Wortmaterial wird in drei bezüglich Wortlänge und Wortfrequenz ausgeglichene Sets geteilt, wobei Set 1 und 2 als Trainingssets für die zwei Trainingsmethoden verwendet werden und Set 3 als Kontrollset dient, um mögliche Generalisierungseffekte auf vergleichbares, aber ungeübtes Material überprüfen zu können. Weiter werden für das Lesen von Neologismen 240 Pseudowörter kreiert, indem jeweils ein Buchstabe jedes Wortes in unterschiedlichen Positionen substituiert wird.

3.2 Baseline-Untersuchungen

Um therapiespezifische von -unspezifischen Effekten unterscheiden zu können, werden vor und nach jeder Behandlungsmethode sowohl Aufgaben, die eine funktionale Beziehung zu der in der Therapie behandelten Modalität aufweisen, als auch zwei Kontrollaufgaben durchgeführt, die in keiner funktionalen Beziehung zu den Behandlungsmethoden stehen (*Barlow / Hersen* 1984). Alle Stimuli werden in KDAs intaktem linken visuellen Gesichtsfeld präsentiert. Die Präsentation der Stimuli und die Messung der Reaktionszeiten (RZ) erfolgt mit Hilfe der DMDX-Software (*Forster / Forster* 2003) auf einem tragbaren PC (Marke Dell, 12-Zoll-Monitor). Vor jedem Stimulus erscheint ein schwarzes Fixationskreuz für 500 ms in der Mitte des Bildschirms, auf das direkt das Zielitem folgt. Alle Stimuli werden in der Schriftart Arial, in Schriftgröße 24, in Schwarz auf weißem Hintergrund präsentiert. Bei der Durchführung sitzt KDA ungefähr in 40 cm Entfernung vom Bildschirm. Sobald KDA bereit ist, wird jeder Stimulus manuell per Tastendruck durch die Untersucherin angefordert. Alle Stimuli werden geblockt in randomisierter Reihenfolge präsentiert.

3.2.1 Lautes Lesen von Wörtern und Pseudowörtern

Beim Test zum lauten Lesen werden alle drei Wortsets (n = 240) sowie 192 der nur in der Baseline verwendeten Pseudowörter von KDA laut vorgelesen. Jeder Stimulus bleibt so lange auf dem Bildschirm sichtbar, bis KDA das ge-

lesene Item laut ausspricht. Die RZ wird mit Hilfe eines Mikrophons registriert. Für die Analyse der RZ werden ausschließlich korrekte Antworten berücksichtigt. Für die Ermittlung veränderter Reaktionszeitbeträge in den unterschiedlichen Baseline-Untersuchungen werden die RZ je Baseline-Testung summiert. Zusätzlich wird die RZ-Veränderung für jede einzelne Wortlängengruppe (vier, fünf, sechs und sieben Buchstaben) analysiert (z.B. Vergleich der RZ der Länge 4 in der 1. Baseline mit RZ der Länge 4 in der 2. Baseline etc.). Um die Stärke des Wortlängeneffektes zu ermitteln, werden innerhalb jeder Baseline systematische Paarvergleiche der RZ je Wortlängengruppe durchgeführt (z.B. Vergleich der RZ bei Wortlänge 4 mit Länge 5, und mit 6, und mit 7, usw.).

3.2.2 Buchstaben-Nennen

In dieser Aufgabe wird ein Teil des Kontrollsets (n = 64) mit den daraus abgeleiteten Pseudowörtern verwendet (n = 64). Die Stimuli werden für 300 ms präsentiert und KDA soll jeweils den ersten und letzten Buchstaben jedes Stimulus nennen. Das Buchstaben-Nennen dient zur Erhebung eines Maßes der parallelen Buchstabenverarbeitung (*Behrmann / McLeod* 1995). Da KDA als LBL-Leser seriell, d.h., von vorne nach hinten durch das Wort liest, ist das korrekte Nennen der Buchstaben stark von der Position im Wort abhängig. Mit Hilfe der Buchstabennennung kann die erwünschte Etablierung einer parallelen Buchstabenverarbeitung demonstriert werden. Die Akkuratheit wird von der Therapeutin mitprotokolliert.

3.2.3 Kontrollaufgaben

Als Kontrollaufgaben werden zwei LeMo-Tests (*De Bleser* et al. 2004) verwendet, in denen KDAs Leistungen im beeinträchtigten Punktebereich liegt. 'Nachsprechen von Neologismen' (Test 40) beinhaltet 40 kurze Neologismen, die durch die Substitution eines Buchstabens in monomorphematischen Wörtern erstellt sind. Das 'Schreiben von Neologismen' (Test 20) enthält die gleichen 40 Neologismen, die KDA nach Diktat schriftlich realisieren soll.

3.3 Trainingsmethoden

In beiden Methoden wird mit der Menge der vierbuchstabigen Wörter eines Trainingssets begonnen. Nach Erreichen des Kriteriums von 90% korrekt gelesenen Wörtern in je zwei aufeinanderfolgenden Sitzungen wird mit dem Training der nächstlängeren Wörter fortgefahren. Mit jeder Liste gleichlanger Wörter eines Trainingssets wird auf dieselbe Art und Weise vorgegangen, bis das Kriterium mit der Liste der siebenbuchstabigen Wörter erreicht wird. Alle Wortlisten werden randomisiert dargeboten. Vor jedem Stimulus erscheint ein zentrales Fixationskreuz für 500 ms auf dem Bildschirm.

3.3.1 Methode ohne perzeptuelles Schlüsselmerkmal

Bei dieser Trainingsmethode werden alle Trainingsstimuli in der Schriftart Arial, in Schriftgröße 24, schwarz auf weißem Hintergrund präsentiert (z.B.: Buch, Glück, Kissen, Drachen). Inhalt der Therapiesitzungen ist das laute Lesen von kurz präsentierten Wörtern (500 ms) mit Feedback über die Akkuratheit durch die Therapeutin. Bei Fehlreaktion nennt die Therapeutin das Zielwort einmal.

3.3.2 Methode mit perzeptuellem Schlüsselmerkmal

In dieser Trainingsphase werden alle Trainingsstimuli im hinteren Wortteil mit einem zusätzlichen perzeptuellen Schlüsselmerkmal versehen (*Sekuler / Behrmann* 1996). Als visuelle Markierung wird rote Farbe gewählt, d.h., die letzten Buchstaben jedes Wortes werden in roter Farbe präsentiert (im Bsp. fett markiert). Da es sich um ein rein visuelles Merkmal handeln soll und jegliche Interferenz phonologischer Verarbeitungsprozesse ausgeschlossen werden soll, werden niemals phonologische Silben markiert (z.B. Ba**nk**, Hefe, Fe**uer**, Mess**er**). Die zusätzliche rote Farbe soll die Aufmerksamkeit von KDA beim Lesen vom Wortanfang mehr auf das ganze Wort lenken und eine Art Vorgruppierung der Buchstaben im Wort möglich machen. Das Training besteht ebenfalls aus dem lauten Lesen von kurz präsentierten Wörtern (500 ms) mit Feedback.

4. Darstellung der Ergebnisse

Insgesamt erstreckte sich die Therapiephase über einen Zeitraum von acht Wochen. Beide Trainingsmethoden wurden dreimal pro Woche für ca. 45 Minuten durchgeführt, wobei das Training ohne perzeptuelles Schlüsselmerkmal fünf Wochen lang, das Training mit perzeptuellem Schlüsselmerkmal drei Wochen lang appliziert wurde. Grundsätzlich arbeitete KDA sehr motiviert mit und nahm seine Leistungsveränderungen wahr. Zum Ende der Intervention berichtet der Patient vermehrt über erfolgreiches, schnelles Erkennen der Trainingswörter und auch über Verbesserungen bei alltäglichen Leserversuchen.

4.1 Kontrollaufgaben

Da sich weder beim 'Schreiben von Neologismen' von der 1. Baseline (34/ 40 korrekt) zur 2. (33/ 40 korrekt) und 3. Baseline (35/ 40 korrekt) noch beim 'Nachsprechen von Neologismen' von der 1. Baseline (33/ 40 korrekt) zur 2. (35/ 40 korrekt) und 3. Baseline (37/ 40 korrekt) signifikante Leistungsveränderungen zeigen (*McNemar*, alle $p > 0.05$), können die nachfolgend beschriebenen Verbesserungen unzweideutig auf die Behandlungsmethode zurückgeführt werden.

4.2 Untersuchung der Lesezeiten und des Wortlängeneffektes

In den nachfolgenden Abbildungen (Abb. 1 und 2) sind die RZ jeweils für die beiden Trainingsmethoden dargestellt. In Abbildung 1 ist dokumentiert, dass sich nach Applikation der Methode ohne perzeptuelles Schlüsselmerkmal die Lesezeiten signifikant verringern. Das gilt sowohl für Wörter des Trainingssets (Set 1) ($t = 8.023$, $p < 0.0001$; Verminderung um 2184 ms), als auch für ungeübte Wörter des Kontrollsets ($t = 7.153$, $p < 0.0001$; Verminderung um 1578 ms). Die Reduktion der RZ von der 1. zur 2. Baseline

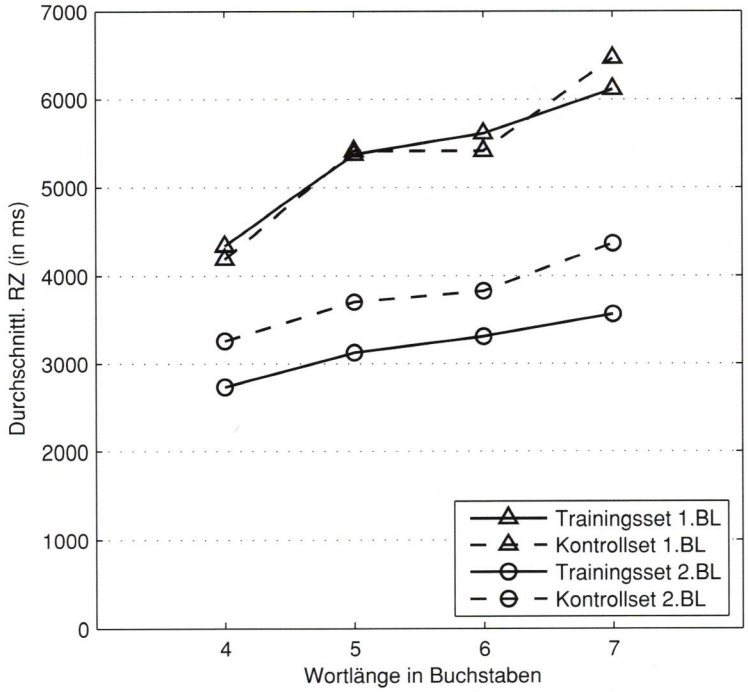


Abbildung 1: Durchschnittliche Reaktionszeiten (RZ) in Millisekunden (ms) vor (1. Baseline) und nach (2. Baseline) Applikation der Methode 'ohne perzeptuelles Schlüsselmerkmal' für das Trainingsset (Set 1) und das Kontrollset (Set 3)

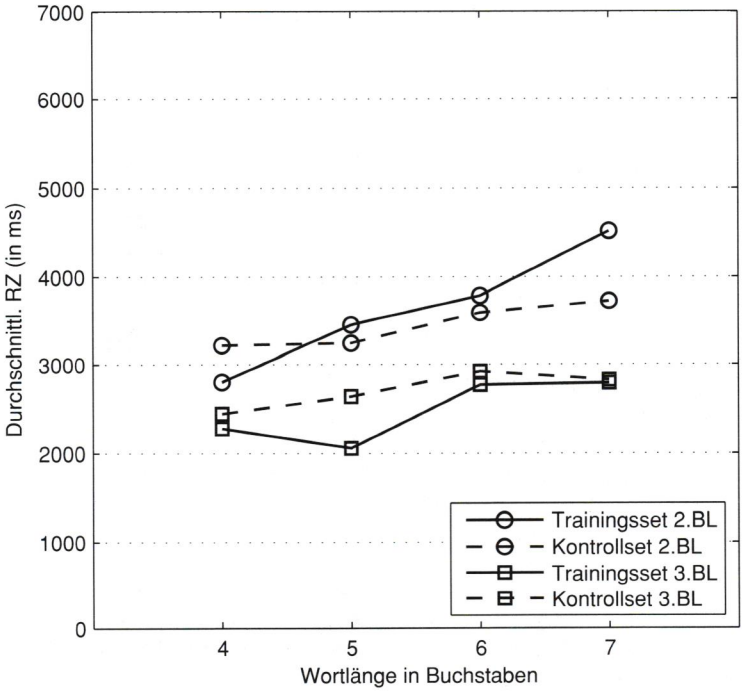


Abbildung 2: Durchschnittliche Reaktionszeiten (RZ) in Millisekunden (ms) vor (2. Baseline) und nach (3. Baseline) Applikation der Methode 'mit perzeptuellem Schlüsselmerkmal' für das Trainingsset (Set 2) und Kontrollset (Set 3)

(BL) ist auch innerhalb der einzelnen Wortlängen signifikant (gepaarter T-Test, alle $p < 0.01$). Während die Untersuchung des Wortlängeneffektes in der 1. Baseline für alle Paarvergleiche der Wortlängen einen signifikanten RZ-Unterschied zeigt ($p < 0.05$), ist der Einfluss von Wortlänge in der 2. Baseline statistisch nicht mehr für das Trainingsset nachweisbar. D.h., es gibt keine signifikanten RZ-Unterschiede bei den Paarvergleichen ($p > 0.05$). Für das Kontrollset besteht nach dem Training mit der Methode ohne perzeptuelles Schlüsselmerkmal in Paarvergleichen mit Länge 4 ein signifikanter Wortlängeneffekt ($p > 0.05$). Erkennbar ist die Reduktion des Wortlängeneffektes im Abflachen der Kurven (vgl. Abb. 1).

In Abbildung 2 ist zu erkennen, dass sich nach Applikation der Methode mit perzeptuellem Schlüsselmerkmal eine signifikante Verminderung der RZ für das Trainingsset (Set 2) ($t = 5.802$, $p < 0.0001$) und für das Kontrollset (Set 3) ($t = 5.233$, $p < 0.0001$) zeigt. Die trainingsspezifische Reduktion in der RZ ist innerhalb der Wortlängen signifikant (gepaarter T-Test, alle $p < 0.03$). Bezüglich des Wortlängeneffektes in der 3. Baseline zeigen sich für das Trainingsset signifikante RZ-Unterschiede zwischen Wörtern der Länge 5 und 6 und der Länge 5 und 7, wobei KDA für das Lesen von Wörtern der Länge 4 im Durchschnitt mehr Zeit benötigt als für Wörter der Länge 5 (vgl. Abb. 2). Für das Kontrollset gibt es signifikante RZ-Unterschiede bei Paarvergleichen mit vierbuchstabigen Wörtern ($p < 0.05$).

Wie in Abbildung 3 ersichtlich, sind sowohl nach der Therapie ohne perzeptuelles Schlüsselmerkmal ($t = 5.896$, $p < 0.0001$) als auch nach der Therapie mit perzeptuellem Schlüsselmerkmal ($t = 3.189$, $p < 0.001$) signifikante Verminderungen der Lesezeiten für Pseudowörter beobachtbar. Dieser Effekt bleibt für RZ-Vergleiche innerhalb der Wortlängen von der 1. Baseline zur 2. Baseline signifikant (gepaarter T-Test, alle $p < 0.02$). Von der 2. zur 3. Baseline ist lediglich die Verminderung der RZ innerhalb der fünfbuchstabigen Pseudowörter statistisch bedeutsam (t

= 2.141, $p < 0.05$). Der Wortlängeneffekt ist nach der Methode ohne perzeptuelles Schlüsselmerkmal vergleichbar ausgeprägt wie in der 1. Baseline. Nach der Methode mit perzeptuellem Schlüsselmerkmal zeigen sich signifikante RZ-Unterschiede beim Paarvergleich der Länge 4 mit 5 und 6 und der Länge 5 mit 7, d.h., der Einfluss der Wortlänge auf die RZ ist schwächer geworden.

4.3 Untersuchung der Positionseffekte

In Abbildung 4 sind die Veränderungen bezüglich der Anzahl korrekter Reaktionen für das Buchstaben-Nennen für ungeübte Wörter (Set 3) und Pseudowörter, über alle Wortlängen gemittelt, abgebildet. Während sich nach Applikation der Methode ohne perzeptuelles Schlüsselmerkmal die Akkuratheit für das Nennen des letzten Buchstaben signifikant erhöht (*McNemar* $\chi^2 = 45.803$, $p < 0.0001$), erhöht sich nach der Methode mit perzeptuellem Schlüsselmerkmal sowohl die Akkuratheit für die erste (*McNemar* (binominale Verteilung) $p < 0.001$) als auch für die letzte Buchstabenposition signifikant (*McNemar* $\chi^2 = 22.686$, $p < 0.0001$).

4.4 Untersuchung der Nachhaltigkeit

In den zehn Wochen nach der 3. Baseline fällt keine der von KDA erbrachten Leistungsverbesserungen auf den Stand von vor der Intervention zurück. Alle itemspezifischen und Generalisierungseffekte bezüglich der Verminderung der Lesezeiten (gepaarter T-Test, alle $p > 0.05$), der Reduktion des Wortlängeneffektes (T-Test, alle $p > 0.05$) und der Extinktion des Positionseffektes beim Buchstaben-Nennen (*McNemar*, $p > 0.05$) bleiben stabil.

5. Zusammenfassung und Diskussion

Mit der vorliegenden Einzelfallstudie zur Evaluation zweier Therapiemethoden mit einem LBL-Leser wird gezeigt, dass sowohl die Methode ohne perzeptuelles Schlüsselmerkmal als auch die mit perzeptuellem Schlüsselmerkmal zu signifikanter Verbesserung beim Lesen führen. Wie erwartet kann mit beiden

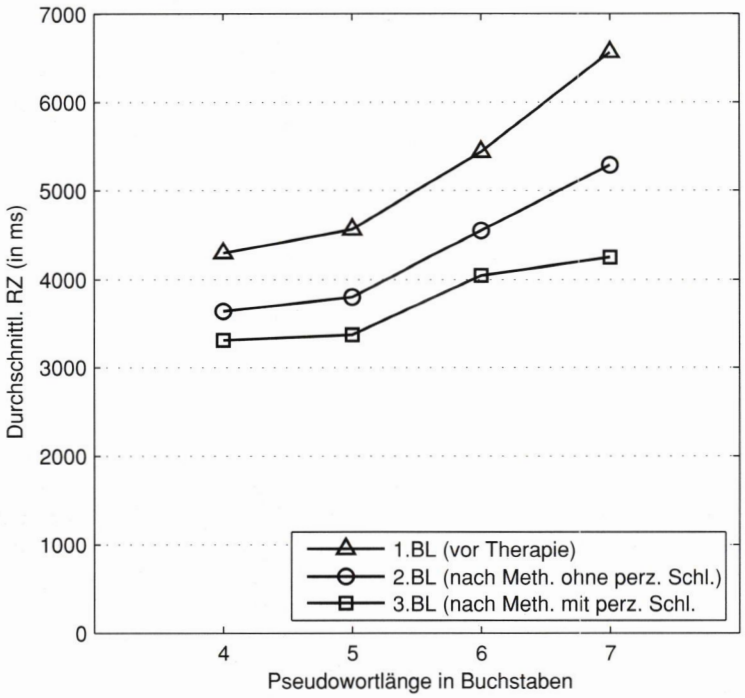


Abbildung 3: Durchschnittliche Reaktionszeit (RZ) in Millisekunden (ms) in den drei Baselines beim Lesen von Pseudowörtern

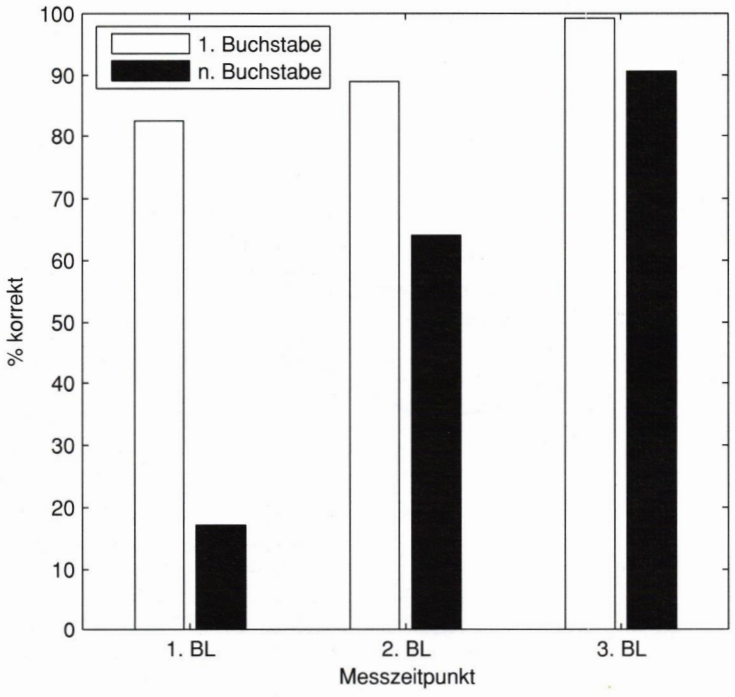


Abbildung 4: Korrekte Reaktionen in Prozent beim Buchstaben-Nennen von Wörtern und Pseudowörtern in allen drei Baselines

Therapiemethoden eine signifikante Reduktion der Lesezeiten und des Wortlängeneffektes bei dem hier beschriebenen LBL-Leser erbracht werden. Die Verringerung der Lesegeschwindigkeit zeigt sich sowohl für trainierte (itemspezifischer Effekt) als auch für nicht trainierte Wörter und Nichtwörter (Generalisierungseffekt). Weiterhin ist kein bedeutsamer Wortlängeneffekt mehr nach der Intervention beobachtbar, da die statistischen Paarvergleiche über unterschiedliche Wortlängen keine signifikanten RZ-Unterschiede aufweisen. Die Ergebnisse beim Buchstaben-Nennen unterstützen den Befund, dass die verbesserte Leseleistung von KDA nicht allein auf durchschnittlich kürzere Lesezeiten zurückführbar ist, sondern dass darüber hinaus auch der Einfluss der Wortlänge auf die Lesezeiten deutlich vermindert wurde. Folglich kann geschlussfolgert werden, dass KDA nach der Intervention erfolgreicher seine Aufmerksamkeit beim Lesen auf das ganze Wort lenken kann, da die Anzahl korrekter Benennungen des letzten Buchstabens bei einer Präsentationszeit von 300 ms (die das Anwenden einer seriellen Lesestrategie vermeiden soll), nahezu bei 100% liegt. Hierbei scheint das Üben mit perzeptuellen Schlüsselmerkmalen effizienter zu sein als ohne Schlüsselmerkmale. Zum einen zeigt sich nach der Therapiephase *mit* perzeptuellen Schlüsselmerkmalen ein methodenspezifischer Effekt beim Buchstaben-Nennen, zum anderen war der Wortlängeneffekt sowohl für Pseudowörter als auch für ungeübte Wörter stärker reduziert als nach der Methode ohne perzeptuelles Schlüsselmerkmal. Aufgrund der hier erstmalig dokumentierten signifikanten Reduktion des Wortlängen- und Positionseffekts kann angenommen werden, dass sich die parallele Buchstabenverarbeitung und somit die Lesestrategie von KDA deutlich verändert hat.

Die in dieser Studie ermittelten therapiespezifischen und Generalisierungseffekte werden auf die Aktivierung von Funktionen im prälexikalischen Lesesystem zurückgeführt. Im Rahmen des Erklärungsansatzes von *Behrmann* und Mitarbeitern (1998) wird die verbesserte Lesezeit von Pseudowörtern, für die keine lexikalischen Einträge im mentalen Lexikon angenommen werden, als eine erfolgreiche Aktivierung abstrakter Buchstabenrepräsentationen interpretiert. Dies gilt auch für die Leistungsverbesserung bei ungeübten Wörtern. Vor allem die perzeptuellen Schlüsselmerkmale (wie hier die rote Hervorhebung der hinteren Buchstaben im Wort) scheinen die Aktivierung der ganzheitlichen Worterkennung zu erleichtern, wie der methodenspezifische Effekt für die Methode mit perzeptuellem Schlüsselmerkmal zeigt. Dies deutet auf eine wirksame Unterstützung interner Verarbeitungsmechanismen von Buchstabenmerkmalen hin. Möglicherweise hat eine erfolgreiche Umverteilung der Verarbeitungsressourcen von der Enkodierung der perzeptuellen Merkmale auf die Aktivierung der abstrakten Buchstabenrepräsentationen stattgefunden. Es bleibt offen, ob rote Farbe als perzeptuelles Schlüsselmerkmal effektiver ist als andere Merkmale, wie z.B. die Veränderung der Schriftbreite oder Lückensetzung im Wort. In der vorliegenden Studie wurde Farbe als *perceptual cue* gewählt, um die äußere Kontur des Wortes zu erhalten.

Insgesamt werden in der vorliegenden Studie zwei wirksame Therapietechniken für die Verbesserung der Leseleistung bei einem LBL-Leser mit einem frühen perzeptuellen Defizit beschrieben. Innerhalb von nur fünf Wochen hat sich die durchschnittliche Lesezeit für Wörter insgesamt um mehr als zwei Sekunden reduziert. Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass alle erzielten therapiespezifischen Effekte und Generalisierungseffekte auch zehn Wochen nach Beendigung des Trainings stabil blieben. Möglicherweise kann die Manipulation bestimmter Variablen, wie z.B. Veränderungen der Präsentationszeit der Stimuli, der Anzahl der Übungswörter oder der Wortart noch zu weiteren Leistungsverbesserungen führen. Zusammenfassend werden mit der vorliegenden Evaluierungsstudie erstmalig signifikant wirksame Therapiemethoden für die Defizite eines LBL-Lesers demonstriert, die unserer Meinung nach auch einfach in die klinische Praxis umsetzbar sind.

Literatur

Arguin, M., Bub, D.N. (1994): Pure Alexia: Attempted Rehabilitation and Its Implications for Interpretation of the Deficit. Brain and Language 47, 233-268.

Baayen, R.H., Piepenbrock, R., van Rijn, H. (1993): The CELEX Lexical Database (CD-Rom). Linguistic Data Consortium. University of Pennsylvania, Philadelphia.

Barlow, D.M., Hersen, M. (1984): Single Case Experimental Designs. Boston: Allyn and Bacon.

Behrmann, M., McLeod, J. (1995): Rehabilitation for Pure Alexia: Efficacy of Therapy and Implications for Models of Normal Word Recognition. Neuropsychological Rehabilitation 5, 149-180.

Behrmann, M., Plaut, D.C., Nelson, J. (1998): A Literature Review and New Data Supporting an Interactive Account of Letter-by-Letter Reading. Cognitive Neuropsychology 15, 7-51.

Benson, D.F., Geschwind, N. (1969): The Alexias. In: *P.J. Vinken, G.W. Bruyn* (Eds.): Handbook of Clinical Neurology. Vol. 4. Amsterdam: North Holland.

Bub. D.N., Arguin, M. (1995): Visual Word Activation in Pure Alexia. Brain and Language 49, 77-103.

Bub, D.N., Arguin, M., Lecours, A.R. (1993): Jules Déjerine and his Interpretation of Pure Alexia. Brain and Language 41, 531-559.

Coltheart, M. (1998): Seven Questions about Pure Alexia (Letter-by-Letter Reading). Cognitive Neuropsychology 15, 1-6.

Damasio, A., Damasio, H. (1983): The Anatomic Basis of Pure Alexia. Neurology 33, 1573-1583.

De Bleser, R., Cholewa, J., Stadie, N., Tabatabaie, S. (2004): LeMo – Lexikon modellorientiert. Einzelfalldiagnostik bei Aphasie, Dyslexie und Dysgraphie. München: Elsevier, Urban, Fischer.

Farah, M.J., Wallace, M.A. (1991): Pure Alexia as a Visual Impairment: A Reconsideration. Cognitive Neuropsychology 8, 313-334.

Forster, K.L., Forster, J.C. (2003): DMDX: A Windows Display Program with Millisecond Accuracy. Behavior Research Methods: Instruments and Computers 35, 116-124.

Friedman, R.B., Alexander, M.P. (1984): Pictures, Images, and Pure Alexia: A Case Study. Cognitive Neuropsychology 1, 9-23.

Friedman, R.B., Nitzberg Lott, S. (2000): Rapid Word Identification in Pure Alexia is Lexical but not Semantic. Brain and Language 72, 219-237.

Friedman, R., Ween, J.E., Albert, M.L. (1993): Alexia. In: *K.M. Heilmann, E.V. Valenstein* (Eds.): Clinical Neuropsychology (37-62). New York: Oxford University Press.

McClelland, J.L., Rumelhart, D.E. (1981): An Interactive Activation Model of Context Effects in Letter Perception: Part 1. An Account of Basic Findings. Psychological Review 88 (5), 375-407.

Miozzo, M., Caramazza, A. (1998): Varieties of Pure Alexia: The Case of Failure to Access Graphemic Representations. Cognitive Neuropsychology 15, 203-238.

Nickels, S. (2002): Therapy for Naming Disorders: Revisiting, Revising and Reviewing. Aphasiology 16, 935-980.

Patterson, K.E., Kay, J. (1982): Letter-by-Letter Reading: Psychological Descriptions of a Neurological Syndrome. Quarterly Journal of Experimental Psychology 34A, 411-441.

Riddoch, M.J., Humphreys, G.W. (1993): Birmingham Object Recognition Battery (BORB). Hove, East Sussex, UK: Lawrence Erlbaum Ass.

Sekuler, E., Behrmann, M. (1996): Perceptual Cues in Pure Alexia. Cognitive Neuropsychology 13, 941-974.

Shallice, T., Saffran, E. (1986): Lexical Processing in the Absence of Explicit Word Identification: Evidence from a Letter-by-Letter Reader. Cognitive Neuropsychology 3, 429-458.

Warrington, E., Shallice, T. (1980): Word Form Dyslexia. Brain 103, 99-112.

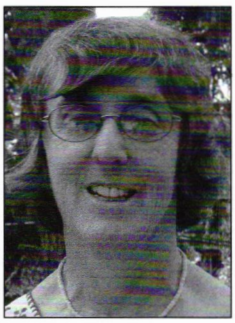
Anschriften der Verfasserinnen:

Christiane Bohn
Universität Potsdam
Institut für Psychologie, Allgemeine Psychologie I
Postfach 60 15 53
14415 Potsdam
Email: cbohn@rz.uni-potsdam.de

Seit März 2004 Diplom-Sprachwissenschaftlerin/Patholinguistin. Zur Zeit Promotions-Stipendiatin im Internationalen Promotionskolleg „Computational Neuroscience of Behavioral and Cognitive Dynamics" (Helmholtz Center der Universität Potsdam). Dort beschäftigt im Institut für Psychologie in der Gruppe um Prof. R. Kliegl. Derzeitige Forschungsinteressen: visuelle Aufmerksamkeit bei Dyslexie, Blicksteuerung beim Lesen.

Nicole Stadie
Universität Potsdam
Institut für Linguistik,
Allgemeine Sprachwissenschaft
Postfach 60 15 53
14415 Potsdam
email: nstadie@rz.uni-potsdam.de

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



Angela Ullrich, Köln; Barbara Bernhardt, Vancouver

Neue Perspektiven der phonologischen Analyse*

– Implikationen der nichtlinearen Phonologie für die Untersuchung phonologischer Entwicklungsstörungen

Zusammenfassung

Nichtlineare phonologische Theorien bilden im angloamerikanischen Raum bereits seit Jahren das Fundament für sprachtherapeutische Interventionsprogramme (*Barlow/Gierut* 1999; *Bernhardt/Stemberger* 1998, 2000). Mit Hilfe dieser Ansätze können Stärken und Schwächen des Kindes auf allen Ebenen des phonologischen Systems detailliert herausgearbeitet und analysiert werden. Darauf aufbauend ermöglichen sie es, phonologische Behandlungen so zu planen, dass phonologische Veränderungen in stärkerem Maße initiiert und beschleunigt werden können, als dies mit phonologischen Prozessanalysen möglich ist (*Bernhardt/Stoel-Gammon* 1994; *Gierut/Champion* 2001). Im deutschsprachigen Raum sind nichtlineare Ansätze dagegen bisher weitgehend unbekannt.

Das Ziel der vorliegenden Studie war es daher, auf der Grundlage nichtlinearer Ansätze eine Untersuchung des phonologischen Systems deutschsprachiger Kinder mit und ohne phonologische Beeinträchtigung vorzunehmen. Dazu wurde mit drei Kindern im Alter von 2;2 – 4;10 Jahren mit normaler wie gestörter phonologischer Entwicklung über einen Zeitraum von sechs Monaten eine phonologische Überprüfung durchgeführt. Die dabei gewonnenen Daten wurden mit Hilfe des „Computerized Articulation and Phonology Evaluation System" (*Masterson/Bernhardt* 2001) analysiert. Der auf nichtlinearen Kriterien beruhende Analyseansatz umfasste sowohl die Untersuchung von prosodischer und segmentaler Ebene als auch die Interaktion beider Ebenen.

Die Auswertung der Ergebnisse zeigt deutliche Gemeinsamkeiten zwischen den phonologischen Systemen des normalentwickelten Zweijährigen und des phonologisch gestörten Vierjährigen im Hinblick auf Wortstrukturen und Merkmale. Das phonologische System der Dreijährigen hingegen weist idiosynkratische Muster auf, die durch die nichtlineare Analyse adäquater erklärt werden können als durch phonologische Prozessanalyse.

Die Studie dient als Grundlage für weitere Untersuchungen zur Wirksamkeit nichtlinearer phonologischer Überprüfungen und daraus folgenden Interventionen im deutschsprachigen Raum.

Schlüsselwörter: Nichtlineare Phonologie, phonologische Entwicklung, phonologische Störung

New perspectives for phonological analyses – implications of nonlinear phonologies for the analyses of developmental phonological impairments

Abstract

Nonlinear phonological theories have served as a basis for phonological intervention in Anglo-American countries in the last decade (*Barlow /Gierut* 1999; *Bernhardt/Stemberger* 1998, 2000). Such approaches characterize a child's strengths and needs at all levels of the phonological system, and provide direction for treatment that accelerates phonological development more rapidly than approaches based on phonological process analysis (*Bernhardt/Stoel-Gammon* 1994; *Gierut/Champion* 2001). Nonlinear approaches have, however, been used primarily for English.

The purpose of the present study was to evaluate nonlinear theories in the examination of phonological systems of German-speaking children with and without phonological impairment. Speech samples of three children age 2;2 – 4;10 were audio-recorded and transcribed monthly over a 6-month period. The data were entered into open entry modules of the *Computerized Articulation and Phonology System* (*Masterson/Bernhardt* 2001). The nonlinear analyses included analyses of the prosodic and segmental tier, as well as interactions between both tiers.

The results showed notables similarities between the systems of the 2-year-old and the 4-year-old in terms of structure and features. The phonological system of the 3-year-old, however, showed idiosyncratic patterns, both concurrently and longitudinally. The nonlinear analyses explain these patterns more adequately than phonological process analysis.

The study serves as a basis for future investigation of nonlinear phonological evaluation and intervention in German.

Key-Words: Nonlinear Phonology, Phonological Acquisition, phonological impairment

* Die Arbeit basiert auf der Magisterarbeit von Angela Ullrich, angenommen von der Universität Würzburg, Fachbereich Sprachbehindertenpädagogik, Juli 2004, und wurde mit dem dbs-Förderpreis ausgezeichnet.

Einleitung

Die Sprachheilpädagogik als interdisziplinäre Wissenschaft bezieht grundlegende Theoriemodelle aus der Linguistik (*Dannenbauer* 1998; *Hansen* 1996). So beeinflussen phonologische Theorien seit 30 Jahren die Sprachtherapie und liefern den theoretischen Rahmen für therapeutische Interventionsprogramme (*Bernhardt / Stemberger 1998, Bernhardt* 1992). Angefangen von der auf dem Ansatz des Taxonomischen Strukturalismus beruhenden 'Phoneme-by-phoneme approach', über die aus den Vorstellungen der Prager Schule hervorgegangene Minimalpaartherapie und die Analyse der bedeutungsunterscheidenden Merkmale im Rahmen der Generativen Phonologie, bis hin zur phonologischen Prozessanalyse der Natürlichen Phonologie änderte sich mit jeder neuen Theorie auch die Herangehensweise in der sprachtherapeutischen Praxis (*Bernhardt / Stoel-Gammon* 1994).

Jüngste Ansätze im angloamerikanischen Raum kommen aus dem Bereich der nichtlinearen Phonologie, deren Vertreter die Möglichkeiten einer adäquateren Beschreibung und Erklärung von normalen und gestörten phonologischen Systemen sowie die sich daraus ergebende Grundlage für eine effektivere Therapie von Aussprachestörungen betonen (vgl. *Bernhardt / Stemberger* 1998, 2000; *Von Bremen* 1990; *Edwards* 1995). Der Wert dieser Theorie für die sprachtherapeutische Praxis wurde auch in Deutschland schon länger erkannt (*Romonath* 1991, *Dannenbauer* 2000; *Hacker / Wilgermein* 2002), doch scheitern die „vielversprechende[n] neue[n] Ansätze [...] der nichtlinearen Phonologie [..] bislang noch an der mangelnden praktischen Verwertbarkeit in der sprachtherapeutischen Praxis" (*Hacker / Wilgermein* 2001, 38).

Mit der unter der Betreuung von Herrn Prof. Dr. Detlef *Hansen* (Universität Würzburg) und Frau Prof. Dr. Barbara *Bernhardt* (University of British Columbia, Vancouver) angefertigten Magisterarbeit (*Ullrich* 2004) sollte daher ein Versuch unternommen werden, nichtlineare Modelle für die Analyse phonologischer Systeme deutschsprachiger Kinder zu nutzen und Konsequenzen für die sprachtherapeutische Praxis in Deutschland abzuleiten. Die Ziele der Arbeit umfassten somit:

(1.) Darstellung der wichtigsten Grundgedanken und komplexen Zusammenhänge der nichtlinearen Phonologie.

(2.) Veranschaulichung dieser Konzepte und ihrer Zusammenhänge anhand der nichtlinearen Analyse des phonologischen Systems von drei deutschsprachigen Kindern mit normaler und gestörter phonologischer Entwicklung.

(3.) Aufzeigen von Möglichkeiten für die Anwendung eines nichtlinearen Ansatzes in der sprachtherapeutischen Intervention mit phonologisch gestörten Kindern.

Im folgenden Artikel werden nach einer Einführung in die theoretischen Grundlagen der nichtlinearen Phonologie Methodik und Ergebnisse der durchgeführten Studie vorgestellt. Abschließend wird dann erläutert, welche Perspektiven die nichtlineare Phonologie für die Untersuchung und Therapie phonologischer Entwicklungsstörungen bietet.

1. Nichtlineare Phonologie

Die nichtlineare Phonologie umfasst eine Vielzahl unterschiedlicher Theorien, die seit den siebziger Jahren in der Linguistikforschung entwickelt wurden. Mit Beginn der neunziger Jahre wurden nichtlineare Theorien dann zur Beschreibung und Untersuchung normaler wie gestörter Kindersprache genutzt. Für das Verständnis der theoretischen Konzepte der nichtlinearen Phonologie ist es zunächst sinnvoll, sie von linearen Theorien abzugrenzen und anschließend die wichtigsten Grundannahmen eines nichtlinearen Ansatzes darzustellen.

1.1 Entwicklung der Theorie

Zu den linearen Theorien der Phonologie gehört eine Gruppe von Theorien, deren Ausgangspunkt in Ferdinand *de Saussures* strukturalistischer Sprachbetrachtung (1915) liegt. Zu den wichtigsten Vertretern dieser Theorien, die auch die Diagnostik und Therapie von Aussprachestörungen beeinflusst haben, gehören der Taxonomische Strukturalismus (*Bloomfield* 1939), die Prager Schule (*Trubetzkoy* 1939 und *Jakobson* 1941), die Generative Phonologie (*Chomsky* und *Halle* 1968) sowie die Natürliche Phonologie (*Stampe* 1973). Auf eine detaillierte Darstellung dieser Theorien muss an dieser Stelle verzichtet werden.

Diesen linearen phonologischen Theorien sind nach *Baumann-Waengler* (2000) die folgenden Charakteristika gemeinsam:

(1.) Lautsegmente werden als lineare, aufeinanderfolgende Kette betrachtet.

(2.) Jedes Lautsegment besteht aus einem Bündel bedeutungsunterscheidender Merkmale.

(3.) Lautsegmenten wird eine gemeinsame Menge bedeutungsunterscheidender Merkmale zugeschrieben.

(4.) Alle Lautsegmente sowie alle Merkmale sind gleichwertig; die Interaktion von Lautsegmenten mit anderen Einheiten (wie Betonung oder Silbenstruktur) kann lediglich durch die Konstruktion komplexer Regeln erklärt werden.

Die entscheidende Gemeinsamkeit der linearen Theorien bildet der Repräsentationsaspekt, demzufolge die Repräsentationen als „linear strukturierte Segmentfolgen bzw. ungeordnete Mengen von positiv oder negativ spezifizierten Merkmalen mit Grenzsymbolen, z.B. für Silben", definiert werden (*Grewendorf* et al. 1998, vgl. *Kirsch* 2000, 13).

Ebendiese Vorstellung der Repräsentation bildet den Schwachpunkt der linearen Theorien. Eine lineare Repräsentation von Segmenten scheitert bei der Erklärung von Beziehungen und Interaktionen zwischen Einheiten von unterschiedlicher Größe (wie z.B. segmentale und suprasegmentale Eigen-

Glossar

Timing Unit	Zeiteinheit, die das Vorhandensein oder Fehlen eines Segments anzeigt. Repräsentiert auf einer Ebene zwischen Silben- und Segmentebene.
Root Node	Die Root Node entspricht dem Segment selber; Verknüpfungsstelle, an der die Merkmale mit der Timing Unit Ebene interagieren; der Root Node untergeordnet sind die Merkmale der Artikulationsart sowie die Laryngeal und Place Node.
Laryngeal Node	Entspricht dem Stimmanteil.
Place Node	Entspricht dem Artikulationsort.
Optimality Theorie	Nichtlineare phonologische Theorie, die sich insbesondere mit Constraints beschäftigt.
Defaults	Meist die häufigsten Merkmale oder Merkmalswerte einer Sprache, die nach *Bernhardt* und *Stemberger* (2000) über verschiedene Sprachen hinweg erstaunlich ähnlich sind. Kindliche Defaults stimmen nicht zwangsläufig mit denen Erwachsener überein.
Nondefault Laute	haben grundsätzlich immer den entgegengesetzten Wert des Default Wertes; sie sind weniger häufig, weniger vorhersagbar und müssen gelernt und gespeichert werden (*Bernhardt / Stemberger* 1998, 2000).
Constraints	Phonologische Beschränkungen, die die Aussprache eines Wortes bestimmen; werden insbesondere im Rahmen der Optimality Theorie postuliert.
Metathese	Merkmalstausch; Bsp.: 'Buch' /bu:x/ [gu:p]; das Merkmal Dorsal wandert von vorne nach hinten, während das Merkmal Labial entgegengesetzt von hinten nach vorne wandert.
Flop	Ein Laut wandert an eine andere Stelle im Wort, Bsp.: 'Schiff' /ʃIʃ/ [fis].
Spreading	Ausweitung; alle Assimilationen werden nach *Bernhardt / Stemberger* (2000) als Spreading bezeichnet.

schaften), da phonologische Operationen nur in linearer Reihenfolge möglich sind (*Kent* 1998). Zudem finden die prosodischen Elemente wie Betonung und Intonation keine Beachtung.

Im Bezug auf die Beschreibung und Analyse der Entwicklung normaler und gestörter phonologischer Systeme fassen *Bernhardt* und *Stoel-Gammon* (1994) die Schwierigkeiten der linearen Phonologie, im Speziellen der phonologischen Prozessanalyse, in folgenden Punkten zusammen:

(1.) Die Analyse beschränkt sich auf die Beschreibung fehlerhafter Muster. Die bereits vorhandenen phonologischen Fähigkeiten des Kindes werden ignoriert.

(2.) Es besteht weder Übereinstimmung hinsichtlich der Frage, welche Prozesse pathologisch sind und welche entwicklungsbedingt auftreten, noch wie diese zu charakterisieren wären, da nicht genügend Studien und Daten über normale und gestörte phonologische Entwicklung existieren.

(3.) Die phonologische Entwicklung wird als negativer Prozess betrachtet, bei dem sukzessive phonologische Prozesse unterdrückt bzw. abgebaut werden müssen.

Aus diesen Kritikpunkten heraus entwickelten sich schließlich die sogenannten nichtlinearen (oder multilinearen) Phonologien.

1.2 Grundannahmen

Von der Vielzahl an nichtlinearen phonologischen Theorien werden in der Literatur die Autosegmentale Phonologie (*Goldsmith* 1976), die Metrische Phonologie (*Liberman / Prince* 1977), die Merkmalsgeometrie (*McCarthy* 1988, *Sagey* 1990) sowie die sich seit des letzten Jahrzehntes etablierende Optimality Theorie (*McCarthy / Prince* 1993, *Prince / Smolensky* 1993) als einflussreichste Strömungen genannt (*Kent* 1998; *Baumann-Waengler* 2000). Trotz dieser zahlreichen Bewegungen im Gebiet der nichtlinearen Phonologien, finden sich über die verschiedenen Ansätze hinweg Prinzipien, die charakteristisch für alle Konzepte sind und in der aktuellen Beschreibung, Analyse und Interpretation der phonologischen Entwicklung von Kindern ihre Anwendung finden. Das Grundgerüst der nichtlinearen Phonologien setzt sich nach *Edwards* (1995) aus den folgenden vier Grundannahmen zusammen:
(1.) hierarchische Repräsentation
(2.) zugrundeliegende Repräsentation
(3.) Autonomie der Ebenen
(4.) Verbindung zwischen den Ebenen.
Nachfolgend werden diese grundlegenden Prinzipien kurz erläutert.

1.2.1 Hierarchische Repräsentationen

Die wohl charakteristischste Grundannahme der nichtlinearen Phonologie ist die der hierarchischen Repräsentation des phonologischen Wissens, wie sie in Abbildung 1.2 dargestellt ist.

Lautsegmente sind damit nicht weiter aufgereiht wie „Perlen an einer Schnur" (*Dannenbauer* 2000, 131); vielmehr sind die verschiedenen Einheiten vom Wort bis zu den Merkmalen auf unterschiedlichen hierarchisch angeordneten Ebenen repräsentiert, die miteinander interagieren. Insbesondere die prosodischen Einheiten wie Betonung, Silbenstruktur und Intonation spielen eine größere Rolle als in den linearen Theorien und werden eigenen, unabhängig

von der segmentalen Repräsentation existierenden Ebenen zugeordnet (*Kent* 1998). Grundsätzlich kann man die hierarchische Repräsentation in eine prosodische und eine segmentale Ebene teilen, die unabhängig voneinander betrachtet und analysiert werden können.

Die **prosodische Ebene** erstreckt sich von der phonologischen Phrase als Spitze der Repräsentation über Wort, Fuß und Silbe bis hin zur Ebene der Timing Units[1]. Ihre Bedeutung wird innerhalb nichtlinearer Phonologien wesentlich stärker betont als in linearen Theorien. Abbildung 1 zeigt deutlich die verschiedenen Ebenen der hierarchischen Repräsentation am Beispiel des Wortes 'Lampen'.

Die **segmentale Ebene** wird in der Regel anhand von Merkmalsgeometrien dargestellt, wie sie von *McCarthy* (1988) und *Sagey* (1990) erstmals vorgestellt wurden. Sie schließen sich an die Root Node der Segmentebene an; Abbildung 2 bildet damit die Fortsetzung der Abbildung 1. Merkmale sind in die hierarchische Struktur der Merkmalsgeometrie so integriert, dass jedes Merkmal an einer bestimmten Stelle repräsentiert ist und ausschließlich dort erscheinen kann. Diese Stellen werden definiert als Ebenen ('tiers'). Da jedes einzelne Merkmal unabhängig auf seiner jeweiligen Ebene existiert, herrscht innerhalb der Hierarchie eine Merkmalsautonomie (*Bernhardt / Stemberger* 1998, 2000).

Im Gegensatz zu der sequentiellen Anordnung phonologischer Informationen im Rahmen der linearen Phonologie bietet die Annahme einer hierarchischen Repräsentation den Vorteil, dass Beziehungen und Auswirkungen zwischen den einzelnen Segmenten adäquater erfasst und erklärt werden können (*Bernhardt / Stemberger* 1998). Vorgänge in der Hierarchie, die als typisch nichtlinear bezeichnet werden, können in zwei verschiedenen Richtungen erfolgen. Beeinflussen in der Hierarchie oben repräsentierte Elemente weiter unten angeordnete, so handelt es sich um „Top-Down Effekte" (*Bernhardt / Stemberger* 1998). Die Auslassung einer Silbe, die zwangsläufig die Tilgung aller in ihr enthaltenen Segmente mit sich zieht, ist ein charakteristisches Beispiel für einen solchen „Top-Down Effekt". Kann ein Kind beispielsweise keine Codas produzieren, werden diese getilgt, unabhängig davon, ob die Produktion der in der Coda enthaltenen Segmente möglich ist. Umgekehrt können auch „Bottom-Up Effekte" auftreten, bei denen Elemente der unteren hierarchischen Ebenen solche auf weiter oben befindlichen beeinflussen (*Bernhardt / Stemberger* 1998). „Bottom-Up Effekte", bei denen beispielsweise die Unfähigkeit für die Bildung eines Merkmals in der Tilgung einer ganzen Silbe resultiert, sind häufiger in kindlichen phonologischen Systemen, als in denen Erwachsener zu beobachten. Kann ein Kind beispielsweise

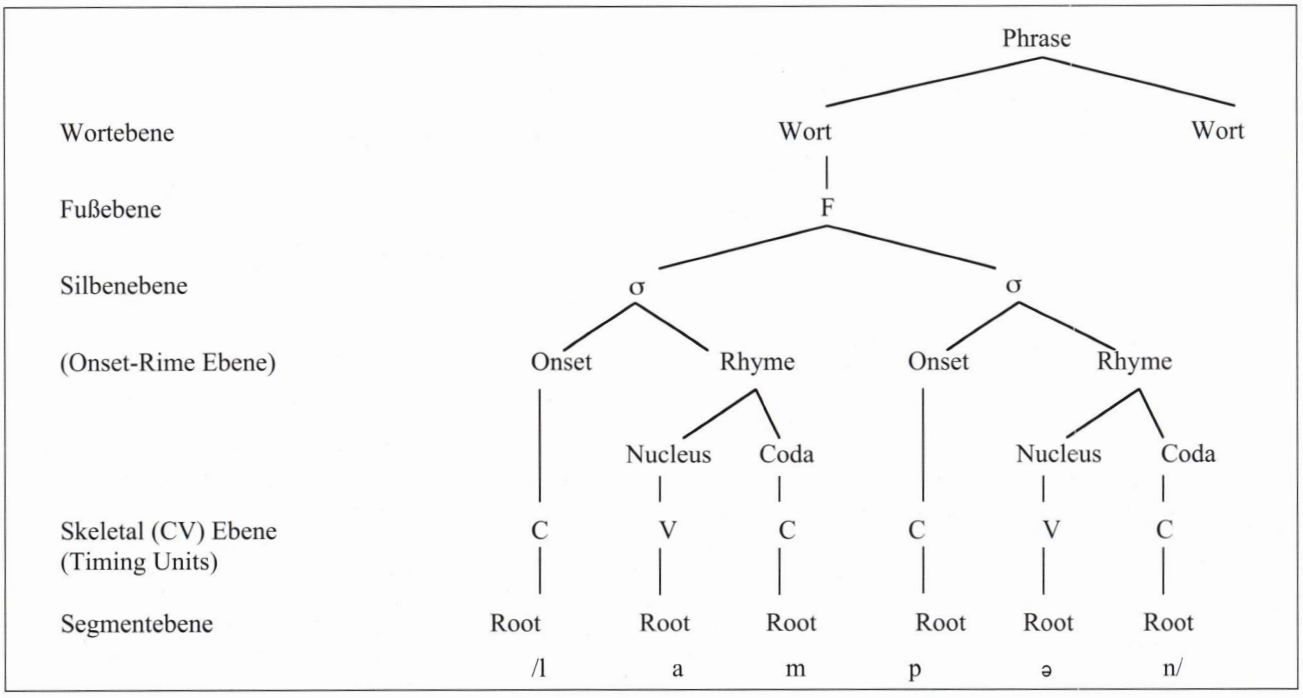


Abbildung 1: Repräsentation der prosodischen Hierarchie (nach* Bernhardt / Stoel-Gammon *1994, 127)

[1] Um dem interessierten Leser die Lektüre weiterführender Literatur zu erleichtern, wurden die englischen Termini beibehalten; eine Erläuterung grundlegender Begriffe ist im Glossar zu finden.

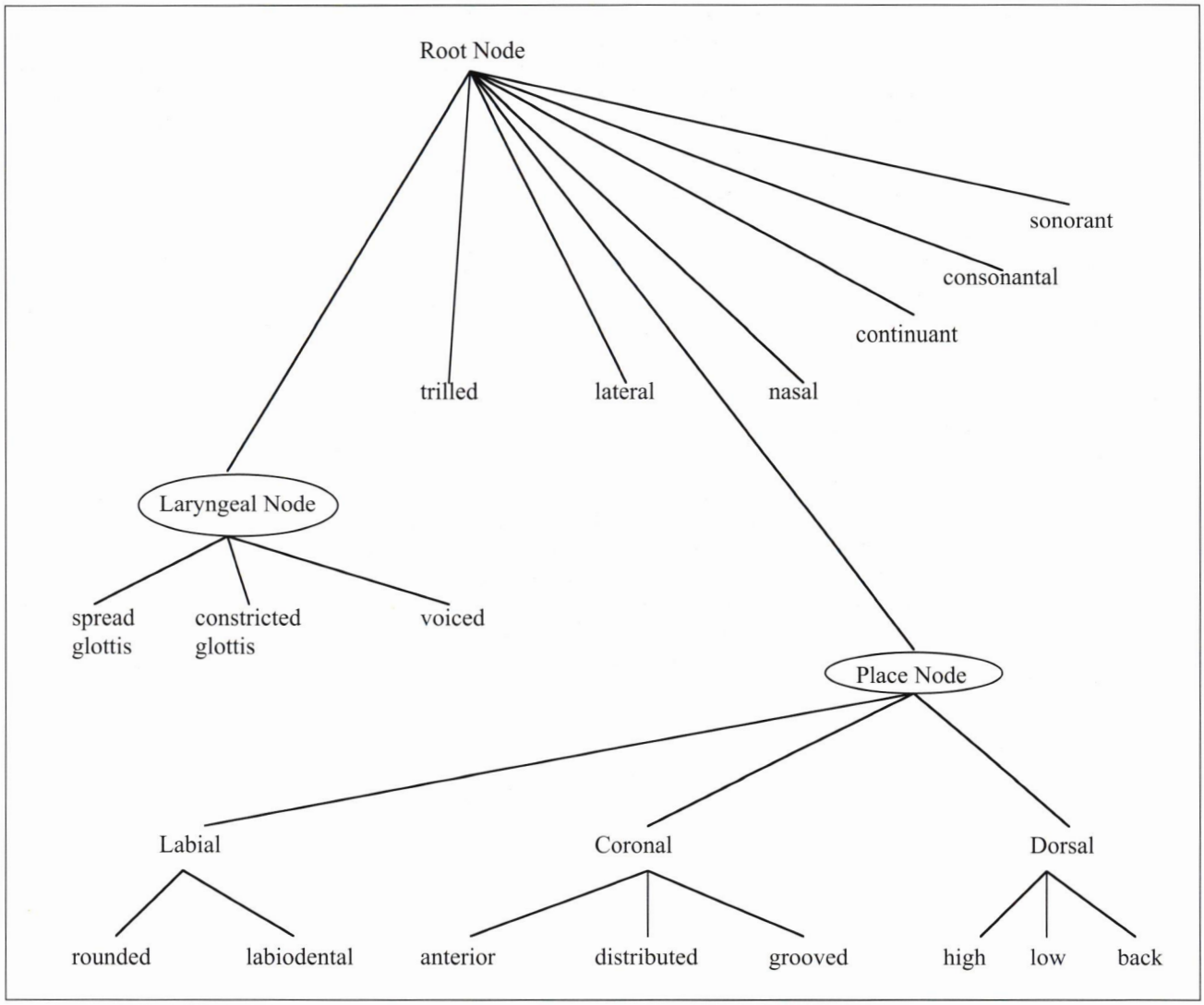


Abbildung 2: Merkmalsgeometrie (nach* Bernhardt / Stemberger *1998, 92; 2000, 33; Abdruck mit Genehmigung der Autoren)

keine Konsonanten mit dorsalen Merkmalen produzieren, so ist es nicht ungewöhnlich, dass das zweisilbige Wort 'Kamel' /kame:l/ auf die Silbe [me:l] reduziert wird.

1.2.2 Zugrundeliegende Repräsentation und Merkmalsspezifikation

In enger Verbindung mit der Grundannahme, dass phonologische Merkmale in Merkmalsgeometrien innerhalb einer hierarchischen Repräsentation organisiert sind, steht die Diskussion um die Frage, welche Merkmale in einer zugrundeliegenden Repräsentation spezifiziert sind (*Kirsch* 2000). Um den Grad dieser Spezifikation existieren kontroverse Ansichten. *Bernhardt* und *Stemberger* (1998, 127) stellen fünf Theorien der Merkmalsspezifikation vor, die von der *kompletten Spezifikation* (*Chomsky / Halle* 1968) über die *kontrastive Spezifikation* (*Steriade* 1987; *Clements* 1988), die *radikale Unterspezifikation* (*Archangeli* 1988) bis hin zur *kombinierten Spezifikation* (*Archangeli / Pullyblank* 1994) reichen. *Bernhardt* und *Stemberger* (1998) selber postulieren die Theorie der Default Unterspezifikation, die sich aus Grundprinzipien der Optimality Theorie ableiten lässt und wie die Theorie der kombinierten Spezifikation eine Variante der radikalen Unterspezifikation bildet. Default Merkmale nehmen innerhalb der gesamten Merkmalsmenge eine besondere Stellung ein. Grundsätzlich handelt es sich bei Defaults um die häufigsten Merkmale oder Merkmalswerte einer Sprache, die nach *Bernhardt* und *Stemberger* (2000) über verschiedene Sprachen hinweg erstaunlich ähnlich sind. Für die meisten Sprachen wird angenommen, dass /t/ der Default Konsonant ist (vgl. *Bernhardt*

/ *Stemberger* 2000; *Bernhardt* 2003). Im Rahmen der Theorie der Default Unterspezifikation wird davon ausgegangen, dass Default Merkmale grundsätzlich nicht in der zugrundeliegenden Repräsentation enthalten sind, wohingegen die Spezifikation für vorhersagbare Nondefault Merkmale offen ist, indem sie spezifiziert sein können oder auch nicht.

1.2.3 Autonomie der Ebenen

Die These von der Autonomie der Ebenen in der phonologischen Repräsentation ist zurückzuführen auf die Autosegmentale Phonologie von Goldsmith (1976). In der von ihm entwickelten Theorie autosegmentaler Repräsentation waren prosodische Einheiten und segmentale Einheiten erstmals getrennt voneinander auf eigenen, unabhängigen Ebenen vertreten (*Dinnsen* 1997). Damit ist es möglich, jede Ebene der hierarchischen Repräsentation gesondert und als eigene Struktur zu betrachten.

Diese Annahme wird durch die Beobachtung bestätigt, dass die Motivation für Prozesse von verschiedenen Ebenen kommen kann. Kann ein Kind beispielsweise keine Codas produzieren, werden diese getilgt, unabhängig davon, ob die Produktion der in der Coda enthaltenen Segmente möglich ist (vgl. Ausführungen zu „Top Down" Effekten in Abschnitt 1.2.1). Die Silbenebene betreffende Prozesse können also autonom von anderen Ebenen stattfinden. Entsprechend ist der Vorgang der Metathese ein Beispiel für die Autonomie der segmentalen Ebene. So wandert beispielsweise bei 'Buch' / bu:x/ [gu:p] das Merkmal Dorsal, des Lautes /x/ von finaler in initiale Position, und umgekehrt das Merkmal Labial von /b/ in die finale Position. Dabei wird das Merkmal [+voiced] der ursprünglichen Coda beibehalten. Der gesamte Vorgang findet ausschließlich auf segmentaler Ebene statt, ohne dass Elemente der prosodischen Ebene betroffen sind. Obwohl auf segmentaler Ebene ein Merkmalsaustausch stattfindet, bleiben Wort- und Silbenstruktur unverändert (*Bernhardt / Stemberger* 1998). Insbesondere die Erhaltung des Laryngeal Merkmals [+voiced] bei der Substitution von /b/ durch [g] bestätigt, dass lediglich Merkmale, nicht jedoch die gesamten Segmente gewandert sind.

Trotz der Annahme dieser Autonomie muss jedoch beachtet werden, dass die Elemente der Hierarchie zwar unabhängig voneinander agieren können, jedoch immer nur im Rahmen der Beschränkungen der Hierarchie (*Bernhardt / Stoel-Gammon* 1994). Veränderungen auf prosodischer und segmentaler Ebene können demnach zwar getrennt voneinander betrachtet werden, letztlich aber auch Auswirkungen auf die prosodische Ebene haben.

1.2.4 Verbindungen zwischen den Ebenen und Constraints

Die einzelnen Elemente der hierarchischen Repräsentation sind miteinander verknüpft und können miteinander interagieren. Diese Verbindung von Elementen auf verschiedenen Ebenen der Hierarchie werden anhand sogenannter Verbindungslinien ('Association Lines') hergestellt, die das gleichzeitige Auftreten von Elementen ausdrükken (*Bernhardt / Stemberger* 1998, 2000). Eine wichtige Grundregel ist die, dass Verbindungslinien sich grundsätzlich nie überkreuzen dürfen (*Goldsmith* 1976). Interaktionen zwischen den Ebenen können abhängig von der jeweiligen phonologischen Theorie anhand von Regeln, Prozessen oder Constraints erklärt werden (vgl. *Bernhardt / Stemberger* 1998).

Der aktuellste Erklärungsansatz ist die Vorstellung eines auf Constraints beruhenden Systems, wie es als Teil der Optimality Theorie postuliert wird. Constraints sind definiert als eine Beschränkung auf das, was die mögliche Aussprache eines Wortes bestimmt (*Bernhardt / Stemberger* 1997). Die kindliche Grammatik unterliegt demnach „spezifischen phonologischen Beschränkungen [Constraints], die die Outputform bestimmen" (*Penner* 2000). Die Diskrepanz zwischen zugrundeliegender Repräsentation und phonetischem Output wird ausschließlich anhand von Constraints erklärt. Dabei wird davon ausgegangen, dass die zugrundeliegende Form von Kindern schon vollständig mit der richtigen Form der Zielsprache übereinstimmt, und Abweichungen im Output durch phonologische Constraints verursacht werden. Ein auf Constraints basierender Ansatz bietet eine adäquatere Beschreibung und Erklärung phonologischer Fehlermuster, an denen die phonologische Prozessanalyse scheitert (*Bernhardt / Stemberger* 1998). Constraints sind verantwortlich für sämtliche Veränderungen des phonetischen Outputs, wie Auslassungen oder Hinzufügungen. Diese Auswirkungen von Constraints auf den phonetischen Output können anhand von Prozessen beschrieben werden, die als Reparaturstrategien in Kraft treten. Beispielsweise verhindert der Constraint **NotDorsal**, dass die Outputform eines Wortes einen dorsalen Konsonanten enthält. Um diesem Constraint gerecht zu werden, kann das Segment /k/ im Wort 'Kuh' / ku:/ in der Outputform zum Beispiel mit [t] ersetzt werden, so dass diese als [tu:] erscheint. Diese Veränderung oder Reparatur kann mit dem Prozess der Vorverlagerung beschrieben werden.

Den charakteristischsten Vorgang im Rahmen der nichtlinearen Phonologie, an dessen Erklärung lineare Theorien scheitern, bezeichnen *Bernhardt* und *Stemberger* (1998; 2000, 35) als „Spreading". Alle Assimilationsvorgänge werden als Spreading analysiert, im Zuge dessen eine Verbindungslinie hinzugefügt und zwei Elemente miteinander verknüpft werden, die in der zugrundeliegenden Repräsentation getrennt voneinander existieren. Bei dem in Abbildung 3 dargestellten Spreading des Artikulationsortes im Wort 'geht' / ge:t/ [ge:k] handelt es sich um linksgerichtetes Spreading (L-to-R). Das früher erscheinende Merkmal Coronal wird dabei ausgeweitet auf das in der zugrundeliegenden Repräsentation erst später auftretende Merkmal Dorsal. Umgekehrt gibt es auch rechtsgerichtetes Spreading (R-to-L), bei dem ein Element, das in der zugrundeliegenden Repräsentation später auftritt, mit einem früher auftretenden Element verbunden wird.

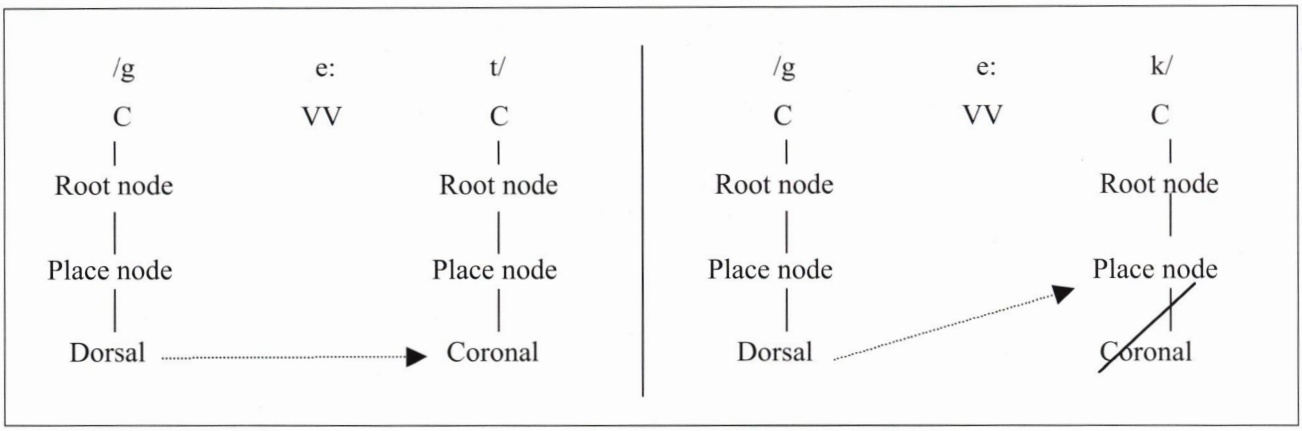


Abbildung 3: Spreading des Artikulationsortes

2. Empirische Studie zur Untersuchung phonologischer Systeme

Ziel der empirischen Studie war es, Sprachdaten von deutschsprachigen Kindern zu gewinnen, anhand derer Aussagen über die Entwicklung des phonologischen Systems auf der Grundlage der nichtlinearen phonologischen Theorien im deutschsprachigen Raum getroffen werden können und die zudem einen ersten Ausblick für die Anwendung eines nichtlinearen Ansatzes in der hiesigen sprachtherapeutischen Praxis ermöglichen.

2.1 Probanden

Im Rahmen der Studie wurden die phonologischen Systeme von drei deutschsprachigen Kindern untersucht. Kriterien für die Auswahl aller Probanden waren

- normal entwickelte kognitive Fähigkeiten (Überprüfung anhand der „Kaufman-Assessment Battery for Children (K-ABC)" (*Kaufman / Kaufman* 1994)
- normales Hörvermögen laut HNO-Befund

Um einen Vergleich zwischen normalen und gestörten phonologischen Systemen anzustellen, wurden ein normal entwickeltes sowie zwei sprachentwicklungsgestörte Kinder in die Untersuchung einbezogen. In Tabelle 1 auf Seite 228 sind die wichtigsten Merkmale der drei Kinder zusammengefasst.

2.2 Phonologische Überprüfungen

Die phonologischen Überprüfungen erfolgten einmal monatlich über einen Zeitraum von sechs Monaten. Sie fanden jeweils in einer Einzelsituation statt und setzten sich zusammen aus einer Wortlistenerhebung und einer Spontansprachprobe.

Die verwendete Wortliste von 113 Items wurde dem „Analyseverfahren zur Ausspracheuntersuchung bei Kindern (AVAK)" (*Hacker / Wilgermein* 1999) entliehen. Die Spontansprachprobe wurde im Rahmen einer Freispielsituation erhoben; der Umfang variierte je nach Kind und Situation zwischen 50 und 100 Wörtern.

Beide Teile der phonologischen Überprüfung wurden auf Kassette aufgezeichnet und anschließend mit Hilfe des Internationalen Phonetischen Alphabets (IPA) in grober Notation transkribiert. Zur Feststellung der Reliabilität wurden pro Kind 10% der Daten einer Sprachprobe von einer zweiten Person mit deutscher Muttersprache transkribiert. Die Transkriptionsreliabilität zwischen den Bewertern lag bei 95%.

Die transkribierten Wörter wurden zur Analyse in das „Computerized Articulation and Phonology Evaluation System (CAPES)" (*Masterson / Bernhardt* 2001) eingegeben. Mit diesem Programm entwickelten Masterson und Bernhardt ein Instrument, mit dessen Hilfe neben der Erhebung von Sprachproben englischsprachiger Kinder außerdem eine detaillierte Analyse von Sprachdaten aus allen Sprachen unter nichtlinearen Gesichtspunkten möglich ist.

2.3. Methodik der Analyse

Für jedes der drei Kinder erfolgt eine gesonderte Analyse, für die in der Regel ein Vergleich zwischen den Daten des ersten und letzten Testzeitpunktes (T1 und T6) vorgenommen wird. Die gesamte Analyse basiert auf den Analyseberichten von CAPES und gliedert sich in drei Gebiete. Damit folgt sie, beginnend mit der Analyse der *prosodischen Ebene* (Wortstrukturen und Wortbetonung), über die *segmentale Ebene* (Segmente und Merkmale) bis hin zur *Interaktion der beiden Ebenen* (Konsonantencluster und vokalüberschreitende Sequenzen), der Vorstellung der hierarchischen Repräsentation des phonologischen Wissens. In weiten Teilen der Analyse wird eine für das Deutsche modifizierte Form der von *Bernhardt* und *Stemberger* (2001) entwickelten Nonlinear Scan-Analysis verwendet. Im Rahmen der Analyse der segmentalen Ebene wurde außerdem der von *Shriberg* und *Kwiatkowski* (1982) entwickelte Index zur quantitativen Feststellung des Schweregrades von Aussprachestörungen angewendet, bei dem der Prozentwert der korrekt

Proband	Sprachlicher Entwicklungsstand	Familiäres Umfeld & Persönlichkeitsfaktoren
Tom 2;2 – 2;7 J.	- normale Sprachentwicklung - unauffällige phonologische Entwicklung - unauffällige mundmotorische Fähigkeiten - umfassender produktiver Wortschatz (Elfra-2, *Grimm* 1999) - unauffällige morphologische und syntaktische Fähigkeiten	- ein älterer Bruder (4;3) - die familiären Verhältnisse erscheinen ausgeglichen und unauffällig - sehr lebhafter und aufgeschlossener Junge, der leicht Kontakt zu anderen Kindern findet - auch in neuen Situationen und gegenüber Fremden sehr kommunikativ
Sven 4;10 – 5;3 J.	- Sprachentwicklungsstörung - Auffälligkeiten auf der phonologischen Ebene - wenig ausdifferenzierte mundmotorische Fähigkeiten - differenzierter Wortschatz - Zwei- bis Vierwortsätze mit meist dysgrammatischer Struktur - besucht die schulvorbereitende Einrichtung einer Schule für Sprachbehinderte	- ältestes Kind, Bruder von Lotte - soziales Umfeld ist als sehr stabil und äußerst fördernd und unterstützend einzuschätzen - weitere Sprachauffälligkeiten in der Familie: Onkel war als Kind ebenfalls in logopädischer Behandlung - zurückhaltender Junge, in neuen Situationen und gegenüber Fremden zunächst sehr unsicher, dann aber aufgeschlossen und sprechfreudiger
Lotte 3;0 – 3;3 J.	- Sprachentwicklungsstörung - Auffälligkeiten auf der phonologischen Ebene - wenig ausdifferenzierte mundmotorische Fähigkeiten - Schwierigkeiten beim Abruf von Wörtern - intakte morphologisch-syntaktische Fähigkeiten - Zum Zeitpunkt der Studie in noch keiner sprachtherapeutischen Behandlung.	- jüngstes Kind, Schwester von Sven - soziales Umfeld: siehe Sven - lebhaftes Mädchen, in neuen Situationen und gegenüber Fremden zunächst zurückhaltend, dann aber aufgeschlossen und sprechfreudiger

Tabelle 1: Zusammenfassende Darstellung der Probanden

gebildeten Einzelkonsonanten (ohne Konsonantencluster) ermittelt wird (Percentage Consonants Correct PCC). Um eine möglichst vollständige Beschreibung der phonologischen Systeme zu erzielen, wurde jedes der oben genannten drei Gebiete sowohl anhand einer unabhängigen als auch einer vergleichenden Analyse untersucht. Im Mittelpunkt der **unabhängigen Analyse** steht das individuelle phonologische System, das unabhängig vom erwachsenen System dargestellt wird. Dabei wird ein positiver Fokus auf die Elemente gelegt, die für das Kind möglich sind; in der Regel erfolgt die Erstellung eines Inventars für die jeweilig untersuchte Ebene (Wortstrukturen-Inventar, Konsonanten-Inventar, Merkmal-Inventar etc.). Im Rahmen der **vergleichenden Analyse** wird das kindliche phonologische System mit dem des Erwachsenen der Zielsprache verglichen; der Fokus liegt auf den Elementen, die im kindlichen System noch nicht vorhanden sind; grundsätzlich wird zunächst ein Vergleich mit der Zielform vorgenommen, bevor dann eine Beschreibung der Substitutionen erfolgt (vgl. *Bernthal / Bankson* 1998; *Bernhardt / Stoel-Gammon* 1994; *Hakker / Wilgermein* 2001).

3. Analyse und Interpretation der Sprachdaten

Im folgenden Abschnitt werden die wichtigsten Aspekte der Analyseergebnisse für die einzelnen Kinder vorgestellt und anschließend zusammenfassend interpretiert.

3.1 Tom

Die Analyse der *prosodischen Ebene* zeigt, dass Toms Wortstrukturen-Inventar hauptsächlich aus zweisilbigen Wörtern ohne Cluster besteht. Im Vergleich mit den Zielformen fällt eine äußerst variable Veränderung der Wortstrukturen auf. Neben der Auslassung finaler Konsonanten ist die Reduktion von Clustern, insbesondere in initialer Position, das am häufigsten auftretende Fehlermuster. Dahingegen stimmen die Betonungsmuster größtenteils mit der Zielform überein. Gelegentlich treten Schwierigkeiten bei mehrsilbigen Wörtern auf. Die häufigste Veränderung ist dabei die Auslassung unbetonter Silben.

Auf *segmentaler Ebene* ist das Konsonanteninventar bereits zum ersten Testzeitpunkt nahezu vollständig etabliert. Vereinzelt treten noch Schwierigkeiten bei den Einzellauten /l/, /v/, /ts/, /t/, /ʃ/ und /b/ auf. Eine Verbesserung der *PCC-Werte* zwischen dem ersten und letzten Testzeitpunkt findet überwiegend wortfinal statt, während in initialer und medialer Position die Entwicklung stagniert.

PCC	Wortinitial	Wortmedial	Wortfinal	Gesamt
T1	53,63%	75,05%	79,00%	59,88%
T6	53,55%	79,34%	96,42%	73,90%

Tabelle 2: Vergleich der Percentage Consonants Correct Werte (PCC) T1 und T6 Tom

Beim Vergleich mit der Zielform bilden die Konsonanten mit dorsalen Merkmalen (/ç/, /j/, /ŋ/, /k/, /g/, /x/, /ʀ/) die Gruppe mit den größten Schwierigkeiten. Betroffen sind überwiegend initiale und mediale Wortpositionen. Velare Vorverlagerungen und Assimilationen sind dabei die häufigsten Reparaturprozesse. Zum letzten Testzeitpunkt zeigen sich nur wenige Veränderungen bei den Segmenten /k/, /g/, und /ŋ/, während /ʀ/ jetzt sowohl isoliert als auch in Plosiv-/ʀ/ Clustern öfter korrekt gebildet wird.

Bei der Untersuchung der *Interaktion prosodischer und segmentaler Ebene* sind initiale Cluster am stärksten betroffen. Insbesondere Frikativ-Cluster mit /S/ als erstem Element, sowie Frikativ- und Plosiv-Cluster mit /ʃ/ als zweitem Konsonanten werden häufig reduziert. Vokalüberschreitende Sequenzen sind insbesondere dann betroffen, wenn sie ein oder mehrere dorsale Elemente enthalten. Assimilationen und Flops (wie zum Beispiel bei der Sequenz Coronal-Vokal-Labial des Wortes 'Schiff', das von /ʃIf/ zu [fis] wird) sind die hier am häufigsten auftretenden Reparaturprozesse.

3.2 Sven

Auf der *prosodischen Ebene* verfügt Sven über ein umfangreiches Wortstrukturen-Inventar, das dominiert wird von ein- und zweisilbigen Wörtern ohne Cluster. Obwohl die Übereinstimmung der Wortstrukturen relativ hoch ist, bereiten initiale Cluster noch Schwierigkeiten. Die Untersuchung der Betonungsmuster zeigt eine nahezu durchgehende Übereinstimmung mit den Zielstrukturen. Der einzige, jedoch nur selten auftretende, Reparaturprozess ist die Auslassung unbetonter initialer Silben bei mehrsilbigen Wörtern.

Auf der *segmentalen Ebene* ist das Konsonanten-Inventar schon zu Beginn des Testzeitraums größtenteils etabliert. Von vereinzelten Veränderungen betroffen sind lediglich die Einzellaute /l/, /v/ und /ts/. Im Hinblick auf die PCC-Werte ist bei Sven in allen Wortpositionen eine positive Entwicklung zu beobachten; wie bei Tom jedoch findet sich der stärkste Anstieg in der Übereinstimmung in wortfinaler Position.

Auch bei Sven bilden die dorsalen Merkmale beim Vergleich mit der Zielform die Gruppe mit den größten Schwierigkeiten. Betroffen sind überwiegend initiale und mediale Wortpositionen. Velare Vorverlagerungen insbesondere bei den Lauten /k/, /g/ und /N/ sowie Assimilationen sind dabei die häufigsten Reparaturprozesse. Über den Testzeitraum sind jedoch in allen Wortpositionen deutliche Verbesserungen zu beobachten.

Bei der Untersuchung der *Interaktion prosodischer und segmentaler Ebene* fällt auf, dass trotz relativ gut etabliertem Cluster-Inventar Plosiv-Nasal, Plosiv-Frikativ und Frikativ-Nasal Cluster in initialer Position noch vollständig fehlen. Gelegentlich treten außerdem Schwierigkeiten mit Stop-Liquid und Frikativ-Liquid Clustern auf. Der häufigste Reparaturprozess ist die Reduktion von Clustern, in der Regel auf den Plosiv- oder Frikativ-Anteil. Bei den vokalüberschreitenden Sequenzen treten nur vereinzelt Schwierigkeiten mit Sequenzen auf, die Segmente mit dem Merkmal Dorsal enthalten.

3.3 Lotte

Bei der Untersuchung der *prosodischen Ebene* fällt auf, dass Lottes Wortstrukturen-Inventar fast ausschließlich aus ein- und zweisilbigen Wörtern ohne Cluster zusammengesetzt ist. Bei der Übereinstimmung mit der Zielstruktur zeigen sich relativ hohe Schwankungen. Neben der Reduktion einzelner Konsonanten in finaler Position treten auch Reduktionen von Konsonantenclustern auf. Betroffen sind mit der höchsten Fehlerquote (fast durchgehend 100%) insbesondere initiale Cluster. Zum letzten Testzeitpunkt sind finale Cluster besser etabliert, während initiale Cluster nach wie vor Schwierigkeiten

PCC	Wortinitial	Wortmedial	Wortfinal	Gesamt
T1	69,37%	64,04%	84,25%	71,68%
T6	80,95%	91,03%	97,37%	89,89%

Tabelle 3: Vergleich der Percentage Consonants Correct Werte (PCC) T1 und T6 Sven

bereiten. Das Betonungsmuster-Inventar wird dominiert von einsilbigen Wörtern und zweisilbigen Wörtern mit betonter initialer Silbe. Während die Betonungsmuster ein- und zweisilbiger Wörter größtenteils mit der Zielform übereinstimmen, zeigt sich eine große Variation bei mehrsilbigen Wörtern. Die häufigste Veränderung ist die Auslassung von unbetonten Silben.

Auf der *segmentalen Ebene* findet sich über den gesamten Testzeitraum ein lückenhaftes Konsonanten-Inventar. Im Hinblick auf die PCC-Werte ist bei grundsätzlich geringer Übereinstimmung nur ein leichter Anstieg zu beobachten. Dabei sind die Werte in wortfinaler Position am höchsten, wortinitial am niedrigsten.

Die Analyse der *Interaktion von prosodischer und segmentaler Ebene* zeigt, dass Konsonantencluster während des gesamten Testzeitraums kaum etabliert sind. Am häufigsten tritt die Reduktion initialer Cluster auf, oftmals in Verbindung mit Assimilationsprozessen. Auch die vokalüberschreitenden Sequenzen sind über alle Testzeitpunkte häufig betroffen. Insbesondere CVC- und CVCV-Sequenzen mit einem oder mehreren Dorsal-Elementen werden durch Reparaturprozesse wie Assimilationen, Flops und Reduplikationen verändert. Dies führt zu der Vermutung, dass den Veränderungen ein Sequenz-Constraint zugrunde liegt, der keine zwei Nondefault-Merkmale in einem Wort zulässt.

PCC	Wortinitial	Wortmedial	Wortfinal	Gesamt
T1	42,77%	45,64%	58,04%	47,61%
T4	44,92%	51,85%	65,72%	52,67%

Tabelle 4: Vergleich der Percentage Consonants Correct Werte (PCC) T1 und T4 Lotte

Zu Beginn des Testzeitraums sind beim Vergleich mit der Zielform die Konsonanten mit Dorsal-Merkmalen die am stärksten betroffene Gruppe. Im Laufe des Testzeitraums jedoch ist eine positive Entwicklung der dorsalen Konsonanten bis hin zur Übergeneralisierung beim letzten Testzeitpunkt zu beobachten; es zeigt sich insbesondere eine Tendenz zur Defaultentwicklung von /k/. Zum letzten Testzeitpunkt zeigen die [+cons]/[-son] Konsonanten (/f/, /v/, /s/, /z/, /S/, /C/, /x/) eine Regression in allen Wortpositionen (Substitution mit /b/, /d/ oder Dorsal-Merkmalen) und bilden somit die neue Hauptproblematik.

Diese Regression charakterisiert das Hauptmerkmal von Lottes phonologischem System: im Zuge sogenannter ‚Handel' (trade-offs) kommt es zum Verlust eines Merkmals zu Gunsten des Erwerbs eines anderen, wie z.B. bei

'Kissen' /kɪsən/ T1 [tɪsə] T2 [kɪdə] T3 [kɪkən] T4 [kɪkən]

3.4 Gesamtinterpretation

Bei der Betrachtung der verschiedenen Analysen fallen einige charakteristische Elemente auf, die – auch wenn sie in ihrem Ausmaß variieren – bei allen drei Kindern zu finden sind und damit allgemeine Entwicklungstendenzen, wie sie in der einschlägigen Literatur dargestellt werden, unterstützen (vgl. *Bernhardt / Stemberger* 1998, *Ingram* 1989 et al.).

Die Analyse der *prosodischen Ebene* zeigt trotz eines gut etablierten Wortlängen- und Wortstrukturen-Inventars bei allen Kindern Schwierigkeiten mit wortinitialen Clustern. Im Hinblick auf die Betonungsmuster tritt die Reduktion unbetonter initialer Silben als häufigster Prozess auf.

Bei der Untersuchung der *segmentalen Ebene* ist zunächst auffällig, dass die PCC-Werte aller Kinder grundsätzlich in finaler Position wesentlich besser sind, während sie in initialer und medialer Position ungleich schlechter ausfallen. Diese Beobachtung wird verständlich, wenn man bedenkt, dass das Deutsche aufgrund der Auslautverhärtung in wortfinaler Position über keine stimmhaften Obstruenten verfügt. Damit fallen wortfinal zwangsläufig eine große Anzahl an Segmenten, die in initialer und medialer Position mögliche Fehlerquellen darstellen, von vorneherein weg. Die Feststellung, dass bei allen drei Kindern dorsale Merkmale die Gruppe mit den größten Schwierigkeiten im Hinblick auf die Übereinstimmung mit der Zielform darstellen, wird sowohl durch Studien zum Erwerb des deutschen als auch des englischen Lautsystems bestätigt (vgl. *Fox* 2003; *Bernhardt / Stemberger* 1998).

Die Analyse der *Interaktionen von segmentaler und prosodischer Ebene* weist bei allen Kindern Schwierigkeiten insbesondere mit wortinitialen Clustern nach. Konsonantencluster werden aufgrund der höheren Komplexität im Vergleich zu Einzelkonsonanten erst später erworben (*Bernhardt / Stemberger* 1998) und stellen damit eine nicht ungewöhnliche Fehlerquelle dar. Im Hinblick auf vokalüberschreitende Sequenzen scheinen Dorsal-Labial-Sequenzen offensichtlich schwieriger als andere Sequenzen und sind auch bei Sven noch bis zum Ende von Veränderungen betroffen. Diese Beobachtung bestätigt die bereits von *Ingram* (1974) vertretene These, dass Kinder während der phonologischen Entwicklung eine eindeutige Präferenz für labiale Segmente am Anfang von Wörtern zeigen. Sie verfügen in den jeweiligen Kontexten über eine solch dominante Stellung, dass sie sich selbst zu späteren Zeitpunkten der phonologischen Entwicklung noch auf andere Segmente ausdehnen und so labiale Assimilationen verursachen.

Besonders ausgeprägt sind die Gemeinsamkeiten zwischen den Ebenen der phonologischen Systeme von Tom und Sven. Hiermit wird die These unterstützt, dass die Sprache von phonologisch gestörten Kindern zeitlich verzögert ist, aber denselben Gesetzmäßigkeiten folgt wie die Sprachentwicklung normaler Kinder (vgl. *Bernthal / Bankson* 1998).

Auf der anderen Seite sprechen die Ergebnisse der Analyse Lottes phonologischen Systems für die entgegengesetzte These, mit der die qualitative Andersartigkeit der phonologischen Entwicklung bei sprachentwicklungsgestörten Kindern postuliert wird. So weist Lottes phonologisches System zwar vereinzelte Ähnlichkeiten mit denen der beiden anderen Kinder auf, ist in vielerlei Hinsicht jedoch nicht vergleichbar. Die wohl charakteristischsten Merkmale sind die starke Variabilität der Aussprache sowie die Regressionen auf allen Ebenen. Damit einher geht die Übergeneralisierung der Dorsal-Segmente zum letzten Testzeitpunkt bei gleichzeitiger Verschlechterung der [+continuant]/(&[-sonorant])-Segmente.

4. Diskussion: Konsequenzen für die sprachtherapeutische Praxis

Im Folgenden wird anhand der in Abschnitt 1.2 vorgestellten Grundannahmen der nichtlinearen Phonologie zusammenfassend dargestellt, inwieweit die phonologischen Analysen von einer nichtlinearen Herangehensweise profitiert haben.

Mit der Vorstellung einer **hierarchischen Repräsentation** des phonologischen Wissens als charakteristische Grundannahme kann eine nichtlineare Analyse Interaktionen zwischen den verschiedenen Ebenen der Hierarchie besser erklären, als dies mit linearen Theorien denkbar ist. Eine solche Interaktion sind unter anderem „Bottom-up Effekte" (vgl. Abschnitt 1.2.1), wie sie beispielsweise bei Lotte zwischen segmentaler und prosodischer Ebene in Erscheinung treten. So zieht die Tilgung des zum ersten Testzeitpunkt noch unzureichend etablierten finalen Konsonanten /l/ im Wort 'Vogel' /fo:g**ə**l/ [so:də] den Verlust der Coda mit sich. Schwierigkeiten auf segmentaler Ebene haben damit Auswirkung auf die Onset-Reim-Ebene. Des Weiteren können durch die Darstellung der hierarchischen Repräsentation anhand der Merkmalsgeometrie Interaktionen zwischen Merkmalen auf segmentaler Ebene adäquater erklärt werden.

Die Bedeutung der von *Bernhardt* und *Stemberger* (1998) vertretenen Annahme der **Default Unterspezifikation** kommt beispielsweise bei der Betrachtung von Lottes segmentaler Ebene zum Tragen. So deutet das verstärkte Auftreten der Dorsallaute zum letzten Testzeitpunkt darauf hin, dass sich /k/ zum Defaultlaut in Lottes phonologischem System entwickelt und dabei den eigentlichen Defaultlaut /t/ ablöst.

Die Annahme der **Autonomie der Ebenen** der hierarchischen Repräsentation lässt die Durchführung einer getrennten Analyse der prosodischen und segmentalen Ebene zu. Dabei können die auf den verschiedenen Ebenen auftretenden Prozesse getrennt voneinander betrachtet und ihre konkrete Ursache besser erforscht werden.

Ein auf **Constraints** basierender Ansatz ermöglicht eine weitaus effektivere und plausiblere Erklärung der in Lottes phonologischem System auftretenden Muster. Insbesondere bei der Betrachtung der segmentalen Ebene sowie ihren Interaktionen mit der prosodischen Ebene werden diese Vorteile deutlich. So sind im Zuge einer prozessorientierten Analyse mehrere Prozesse notwendig, um beispielsweise die Entwicklung des Wortes 'Gras' /g{a:s/ zu erklären:

T1: [da:s] T2: [da:s]
T3: [da:k] T4: [ga:t]

T1, T2:
/g/ → [d] = velare Vorverlagerung

T2-T3:
[s] → [k] = Rückverlagerung

T3-T4:
[d] → [g] = Rückverlagerung,
[k] → [t] = velare Vorverlagerung

Dahingegen stellt die Annahme eines Sequenz-Constraints wie **NoSequence (Nondefault, Nondefault)** (es dürfen keine zwei Nondefault Merkmale aufeinander folgen) eine direkte Verknüpfung zu denkbaren zugrundeliegenden kognitiven Ursachen her und ermöglicht so eine gezieltere Therapieplanung.

Leider würden detaillierte Ausführungen zur Therapieplanung den Rahmen dieses Artikels sprengen. Nur kurz soll daher das Grundprinzip des Therapieansatzes von *Bernhardt / Stemberger* (2000) erläutert werden. Die im Rahmen der Analyse festgestellten Stärken und Schwächen auf den verschiedenen Ebenen des phonologischen Systems bilden die Ausgangspunkte für die Auswahl der Therapieziele. Grundlegend ist das Prinzip, dass Stärken auf einer Ebene mit Schwächen auf der anderen Ebene kombiniert werden. Wird beispielsweise für Lotte das Merkmal Dorsal als Therapieziel auf segmentaler Ebene gewählt, so wird es in der Therapie kombiniert mit bereits etablierten Wortstrukturen. So unterstützen bereits vorhandene Elemente den Erwerb neuer Zielformen (vgl. für detaillierte Ausführungen *Bernhardt / Stemberger* 2000, *Ullrich* 2004).

Zusammenfassung und Ausblick

Sowohl die Analyse der phonologischen Systeme als auch die Übertragung auf die Therapie von Aussprachestörungen haben die Vorteile eines nichtlinearen Ansatzes im Hinblick auf eine adäquatere Beschreibung und Erklärung phonologischer Muster bestätigt. Daraus ergibt sich die Relevanz für den Sprachtherapeuten: Je genauer man die Vorgänge im phonologischen System beschreiben kann, desto effizienter und erfolgreicher kann man Therapien planen. Die phonologische Prozessanalyse war ein Schritt in die richtige Richtung. Jedoch sind Prozesse lediglich Lösungen oder Reparaturstrategien für tieferliegende Ursachen im phonologischen System. Kann ein Kind keine Frikative produzieren, so ist der Prozess der Plosivierung wie in dem Wort Vogel /vo:gəl/ → [do:gəl] ein Weg, um dieses Problem zu lösen. Eine andere Möglichkeit wäre der Prozess der Öffnung [ho:gəl]. Die zugrundeliegende Ursache beim ersten Beispiel jedoch ist, dass das Merkmal [+continuant] noch nicht im phonologischen System als

„Nondefault" etabliert ist. Das Kind kann zwar einen Verschluss des Mundraums bilden, aber keinen gleichmäßigen Luftstrom produzieren. Beim zweiten Beispiel hingegen ist die Produktion eines gleichmäßigen Luftstroms möglich, während die Verengung, die für das Reibegeräusch des Lautes /v/ notwendig ist, nicht gebildet werden kann (vgl. *Bernhardt / Stemberger* 2000). Dies bedeutet, dass das Merkmal [+continuant] nicht mit Labial und [-sonorant] zusammen auftreten kann. So bietet die nichtlineare Phonologie die Möglichkeit, die tieferen Ursachen der kindlichen Produktionen zu erforschen und mit der Therapie an der Entstehung des Problems und nicht an dessen Auswirkungen anzusetzen.

Um jedoch die Anwendung nichtlinearer Konzepte in der sprachtherapeutischen Praxis für die Intervention bei Aussprachestörungen mit deutschsprachigen Kindern praktikabel zu machen, ist eine sorgfältige empirische Grundlagenforschung auf diesem Gebiet notwenig. Die hier nur kurz beschriebenen Anwendungsmöglichkeiten bedürfen einer detaillierteren Betrachtung und müssen ausgebaut werden. Insbesondere Interventionsstudien, wie sie für das Englische von *Bernhardt* (1990) und *Edwards* (1995) durchgeführt wurden, sind wünschenswert, um die Effizienz der Analysen und damit die Anwendung für die Praxis zu erhöhen. Dabei muss auch beachtet werden, dass die Verwendung von Diagnosematerialien, wie CAPES (*Masterson / Bernhardt* 2001) oder die von *Bernhardt* und *Stemberger* (2000) vorgestellte Scan-Analyse, eine entsprechende Schulung der Therapeuten erfordern.

Literatur

Archangeli, D. (1988): Aspects of underspecification theory. Phonology 5, 183-207.

Archangeli, D., Pulleyblank, D. (1994): Grounded Phonology. Cambridge. M.A.: MIT Press.

Ball, M.J., Kent, R.D. (1997): The new phonologies. Developments in Clinical Linguistics. London: Singular Publishing Group.

Barlow, J., Gierut, J. (1999): Optimality theory in phonological acquisition. Journal of Speech, Language and Hearing Research 42, 1482-1498.

Baumann-Waengler, J. (2000): Articulatory and Phonological Impairments. A Clinical Focus. Boston: Pearson.

Bernhardt, B. (1992): Developmental implications of nonlinear phonological theory. Clinical Linguistics / Phonetics 6, 259-281.

Bernhardt, B., Stoel-Gammon, C. (1994): Nonlinear phonology: Introduction and clinical application. Journal of Speech, Language and Hearing Research 37, 123-143.

Bernhardt, B., Stemberger, J.P. (1998): Handbook of phonological development: From the perspective of constraint-based nonlinear phonology. San Diego, CA: Academic Press.

Bernhardt, B., Stemberger, J.P. (2000): Workbook in nonlinear phonology for clinical application. Austin: Pro-Ed.

Bernthal, J.E., Bankson, N.W (1998): Phonological Assessment Procedures. In: *J.E. Bernthal, J.E., Bankson, N.W.* (eds). Articulation and Phonological Disorders (201-267). Boston: Pearson.

Bloomfield, L. (1933): Language. New York: Holt.

Chomsky, N., Halle, M. (1968): The sound pattern of English. New York: Harper / Row.

Clements, G.N. (1988): Toward a substantive theory of feature specification. Proceedings of the North Eastern Linguistic Society 18, 79-93.

Dannenbauer, F.M. (1998): Vom Einfluss der linguistischen Forschung auf das Verhältnis kindlicher Aussprachestörungen. Die Sprachheilarbeit 43, 299-320.

Dannenbauer, F.M. (2000): Sprachwissenschaftliche Grundlagen. In: *Grohnfeldt, M.* (eds.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie, Band 1: Selbstverständnis und theoretische Grundlagen (116-168). Stuttgart: Kohlhammer.

Dinnsen, D.A. (1997): Nonsegmental Phonologies. In: *Ball, M.J., Kent; R.D.* (eds.): The new phonologies. Developments in Clinical Linguistics (77-127). London: Singular Publishing Group.

Edwards, S. (1995): Optimal outcomes of nonlinear phonological intervention. Unveröffentlichte Masterarbeit. University of British Columbia. Vancouver.

Fox, A. (2003): Kindliche Aussprachestörungen. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag GmbH.

Gierut, J., Champion, A. (2001): Syllable onsets II: Three-element clusters in phonological treatment. Journal of Speech, Language and Hearing Research 44, 886-904.

Goldsmith, J. (1976): Autosegmental Phonology. Dissertation. New York: Garland Publishing, Inc.

Grewendorf, G., Hamm, F., Sternefeld, W. (1998): Sprachliches Wissen – Eine Einführung in moderne Theorien der grammatischen Beschreibung. Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Grimm, H., Doil, H. (2000): ELFRA Elternfragebögen für die Früherkennung von Risikokindern (Handanweisung). Göttingen: Hogrefe.

Hacker, D., Wilgermein, H. (1999a): Aussprachestörungen bei Kindern: Ein Arbeitsbuch für Logopäden und Sprachtherapeuten. München: Ernst Reinhardt Verlag.

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

Hacker, D., Wilgermein, H. (2001): Phonologie. In: *Grohnfeldt, M.* (Hrsg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Band 2: Erscheinungsformen und Störungsbilder (37-47). Stuttgart: Kohlhammer.

Hacker, D., Wilgermein, H. (2002): Aussprachestörungen (Phonetik, Phonologie): In: *Grohnfeldt, M.* (Hrsg.) Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Band 3: Diagnostik, Prävention und Evaluation (148-159). Stuttgart: Kohlhammer.

Hansen, D. (1996): Sprachbehindertenpädagogik als empirische Wissenschaft: Einige kritische Überlegungen zur Theorie, Praxis und akademischen Lehre. Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete (VHN) 65, 160-173.

Ingram, D. (1974): Fronting in Child Phonology. Journal of Child Language, 1, 49-64.

Ingram, D. (1989): First Language Acquisition. Method, Description and Explanation. Cambridge: CUP.

Jakobson, R. (1941): Kindersprache, Aphasie und allgemeine Lautgesetze. Uppsala: Almquist / Wiksell.

Kent, R. (1998): Normal Aspects of Articulation. In: *Bernthal, J.E., Bankson, N.W.* (eds.): Articulation and Phonological Disorders. J.E. (1-62). Boston: Pearson.

Kirsch, S. (2000): Die nichtlineare Phonologie als Analyseinstrumentarium entwicklungsbedingter kindlicher Aussprachestörungen. Unveröffentlichte Magisterarbeit an der LMU München.

Masterson, J., Bernhardt, B. (2001): CAPES Computerized Articulation and Phonology Evaluation System. Psychological Corporation.

McCarthy, J.J. (1988): Feature geometry and dependency: A review. Phonetics 43, 84-108.

Romonath, R. (1991): Phonologische Prozesse an sprachauffälligen Kindern. Berlin: Wissenschaftsverlag Volker Spiess.

Sagey, E. (1990): The Representation of Features in Non-Linear Phonology. New York: Garland Publishing, Inc.

Shriberg und Kwiatkowski (1982): Phonological Disorders III: A procedure for assessing severity of involvement. Journal of Speech, Language and Hearing Research 40, 708-722.

Stampe, D. L. (1973): A dissertation on Natural Phonology. Dissertation, University of Chicago. New York: Garland Press.

Steriade, D. (1987): Redundant values. Papers from the twenty-third regional meeting, Chicago Linguistic Society, 2, Chicago: Chicago Linguistic Society, University of Chicago, 339-362.

Ullrich, A. (2004): Nichtlineare Analyse des phonologischen Systems deutschsprachiger Kinder. Theoretische Erörterung und Konsequenzen für die sprachtherapeutische Praxis. Unpublished Master's thesis. Bayrische Julius-Maximilians Universität, Würzburg.

Trubetzkoy, N.S. (1969): Principles of phonology: Berkely: University of California Press. (Grundzüge der Phonologie. Prag 1939, ^{6}1977).

Van Riper, C. (^{4}1963): Speech correction: Principles and methods. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Von Bremen, V. (1990): A nonlinear phonological approach to intervention with severely phonologically disordered twins. Unveröffentlichte Masterarbeit, University of British Columbia, Vancouver.

Wiese, R. (1996): The Phonology of German. Oxford: Clarendon Press.

Anschriften der Verfasserinnen:

Angela Ullrich
Universität zu Köln
Seminar für Sprachbehindertenpädagogik
Klosterstr. 79
50731 Köln
angela.ullrich@hrf.uni-koeln.de

Angela Ullrich arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Pädagogik und Therapie bei Sprech- und Sprachstörungen an der Universität zu Köln. Derzeit entwickelt sie im Rahmen ihrer Dissertation unter Betreuung von Frau Prof. Dr. Romnonath und Frau Prof. Dr. Barbara Bernhardt ein auf nichtlinearen Theorien beruhendes Diagnostikinstrument für den deutschsprachigen Raum. Für eine Evaluationsstudie, die im Frühjahr/Sommer 2006 stattfinden soll, werden noch **dringend interessierte Sprachtherapeut/inn/en gesucht**. Bei Interesse bitte unter der oben angegebenen E-Mail Adresse melden!

Barbara Bernhardt ist Associated Professor an der School of Audiology and Speech Sciences der University of British Columbia in Vancouver/Kanada und seit 1972 praktizierende Sprachtherapeutin. Seit über 15 Jahren führt sie mit Sprachtherapeuten Forschungsprojekte zur Therapie phonologischer Störungen auf der Grundlage nichtlinearer phonologischer Theorien durch.

Melanie Walter, München/Landshut

Der Einsatz von ELFRA-2 und SETK-2 in einer Kinderarztpraxis*

– Früherfassung von Sprachentwicklungsstörungen im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung U7

Zusammenfassung

Sprachentwicklungsstörungen gehören nicht nur zu den häufigsten Entwicklungsbeeinträchtigungen, sie ziehen auch weitere Entwicklungsbereiche in Mitleidenschaft, z.B. Kognition und Psyche. Gerade wegen dieser herausragenden Bedeutung für die Gesundheit sollte eine rechtzeitige, zuverlässige Identifizierung von Risikokindern oberste Priorität haben. Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es, ein Instrument zur Erfassung von Risikokindern – den ELFRA-2 – auf seine Verlässlichkeit und Einsatzfähigkeit in der täglichen pädiatrischen Praxis zu überprüfen. Dazu wurden die Ergebnisse des ELFRA-2 anhand einer kleinen Stichprobe mit dem SETK-2 verglichen. Wie sich herausstellte, eignet sich dieser Elternfragebogen mit einigen Ergänzungen (Anamnesefragebogen, Hörtest) gut für den Zweck der frühen Erkennung von Kindern mit einem erhöhten Risiko für eine Sprachentwicklungsstörung. Er ist leicht auszufüllen und auszuwerten, er wurde von den Eltern als zusätzliche Vorsorgemaßnahme gut angenommen. Das Ergebnis kann eindeutig interpretiert werden, die Einschätzung mehrsprachig aufwachsender Kinder ist aber auch mit diesem Verfahren nicht möglich.

Schlüsselwörter: Primäre Prävention, Sprachentwicklungsstörung, Elternfragebogen, ELFRA-2, Sprachentwicklungstest, SETK-2, Kinderarztpraxis, Evaluation, Vorsorgeuntersuchung

Early diagnosis of developmental language disorders during medical checkup – ELFRA-2 and SETK-2 in pediatric practice

Abstract

Developmental language disorders are among the most frequent developmental disorders. They have negative consequences on cognitive, social and emotional development. Because of the impact on general health, early and reliable identification of children at risk is of vital importance. The following study presents the analysis of a German-Language parent questionnaire (ELFRA-2), which identifies children at risk, with respect to reliability and practicability in daily pediatric practice. The results of the ELFRA-2 were compared to the results in a test battery for language development (SETK-2) in a small population. The ELFRA-2, supplemented with questions pertaining to patient history and with a test of peripheral hearing, was shown to be very useful in identifying children with an increased risk for developmental language disorders. It is easy to use and evaluate, and it was well accepted by parents as an additional measure of prevention. Interpretation of results is straightforward. The assessment of mutilingual children, however, is not possible with this test.

Key-Words: Primary prevention, developmental language disorder, parent questionnaire, ELFRA-2, SETK-2, pediatric practice, evaluation, preventive medical checkup U7

1. Einleitung

„Es gibt keinen anderen Bereich der kognitiven Entwicklung, der häufiger gestört wäre als der sprachliche" (*Grimm* 1999, 57). Die anglo-amerikanische Literatur spricht von 6 – 8 % aller Kinder, die spezifisch sprachentwicklungsgestört sind. Hinzu kommen noch die sog. sekundären Sprachentwicklungsstörungen aufgrund angeborener oder erworbener Erkrankungen und Behinderungen. Diese hohe Prävalenz sollte für Therapeuten, Eltern, Erzieher und Kinderärzte ein ausreichender Grund sein, ihre Aufmerksamkeit verstärkt auf diesen Entwicklungsbereich zu richten. Die Aufgabe der Sprachheilpädagogik, deren Erfüllung ich mich mit meiner Abschlussarbeit zumindest annähern wollte, sehe ich dabei einerseits in der Evaluation und dem Einsatz von verlässlichen Testverfahren, die eine frühe Identifikation von Risikokindern ermöglichen, andererseits natürlich auch in der Therapie von Sprachentwicklungsstörungen. Ersteres ist Inhalt der folgenden Ausführungen, denn eine gezielte, wirkungsvolle Förderung wird erst dadurch ermöglicht, dass Kinder mit Entwicklungsdefiziten

* Die Arbeit basiert auf der Magisterarbeit von Melanie Walter, angenommen von der Universität München, Fachbereich Sprachbehindertenpädagogik, Juli 2003, und wurde mit dem dbs-Förderpreis ausgezeichnet.

im sprachlich-kommunikativen Bereich mit hoher Wahrscheinlichkeit und vor allen Dingen rechtzeitig – d.h. in diesem Fall Anfang des zweiten Lebensjahres – identifiziert werden können. Derartige „Maßnahmen zur Vorbeugung und Verhütung, damit mögliche (Sprach-) Störungen gar nicht erst entstehen bzw. zur vollen Ausgestaltung kommen …" (*Grohnfeldt* 2002 c, 17), werden im medizinisch-pädagogischen Tätigkeitsfeld als „primäre Prävention" bezeichnet.

Ein grundlegendes Problem bei sprachtherapeutischen Maßnahmen besteht bis heute darin, dass das Erscheinungsbild der Störung „manchmal in der Phase, in der wir (das Kind) kennen lernen, schon von Sekundärsymptomen so sehr überwuchert ist, dass die eigentliche Behinderung schwer erkennbar ist" (*Kotten-Sederqvist*, zitiert nach *Dannenbauer* 2002 b, 100). Damit ist gemeint, dass eine ursprünglich isoliert auftretende Sprachentwicklungsstörung auf andere Entwicklungsbereiche übergreift und z.B. persistierende linguistische Defizite (*Grimm / Wilde* 1998, *Stothard* et al. 1998, *Conti-Ramsden* et al. 2001), schulische Probleme (Lese-Rechtschreib-Schwäche, siehe *Grimm* 1995, *Amorosa* 2000; Rechenschwäche, siehe *Grimm* 1995; allgemeine Lernstörungen, siehe *Noterdaeme* 2000), kognitive Defizite (Problemlösungsverhalten, siehe *Grimm* 1989; Gedächtnis und Aufmerksamkeit, siehe *Noterdaeme* 2000) sowie psychosoziale Folgeerscheinungen in Form von Verhaltensauffälligkeiten bis hin zur psychiatrischen Erkrankung (siehe *Grimm* 1997, *Baker / Cantwell* 1987, *Caulfield* et al. *1989* und *Beitchman* et al. 1986) nach sich zieht und damit das zugrundeliegende Störungsprofil verschleiert. Da die Sprachheilpädagogik eine ganzheitlich agierende Wissenschaft ist, die immer den ganzen Menschen mit all seinen Facetten im Blick hat (*Dannenbauer* 2002 b), muss hier ein Ziel sein, diese Ausbreitung der ursprünglich sprachlichen Problematik auf andere Lebensbereiche einzudämmen bzw. ganz zu verhindern. Dies ist nur möglich über eine frühzeitige Erkennung von Risikokindern.

2. Fragestellung, Zielsetzung, theoretische Positionierung

Was bedeutet nun „rechtzeitige" Identifikation einer Sprachentwicklungsbeeinträchtigung? Und in welchem Alter macht eine Intervention frühestens Sinn?

Um diese Fragen empirisch begründet zu beantworten, habe ich im Rahmen meiner Magisterarbeit wichtige Theorien und Forschungsergebnisse zusammengetragen und analysiert. Kurz und prägnant zusammengefasst ergaben sich folgende Antworten: *Penner* (2002, 108) z.B. geht davon aus, „dass die Weichen für eine robuste, intakte Sprachentwicklung schon in den ersten 12 – 18 Monaten gestellt werden und dass die wichtigsten Sprachlernprozesse … während dieser Periode abgeschlossen sind." *Locke* (1994, 1997) geht in seiner neurolinguistischen Theorie davon aus, dass bis zum 20. Lebensmonat rechtshemisphärische, d.h. prosodische, primär affektiv-soziale Mechanismen den Spracherwerb steuern. Zum Ende des zweiten Lebensjahres greift zunehmend die linguistisch-analytisch arbeitende linke Hemisphäre ein. Sowohl *Grimm* (2000 b) als auch *Locke* (1994, 1997) gehen davon aus, „dass (d)ie Sprache … innerhalb von kritischen Zeitfenstern erworben (wird). Wenn diese zu spät erreicht werden und das Kind zu lange darin verharrt, sind Erwerbsdefizite die unausweichliche Folge" *Grimm* (2000 b, 605 f). Die Probleme der Risikokinder für eine Sprachentwicklungsstörung zeigen sich nun zum ersten Mal offensichtlich mit ca. 20 – 24 Monaten, indem sie die „kritische Masse" des aktiven Wortschatzes – mindestens 50 Wörter – nicht erreichen. Somit werden zu wenig „Sprachbeispiele" gespeichert, so dass daraus nur unzureichend die Regeln der Umgebungssprache abgeleitet werden können. Eine typische Folge dieses Defizits scheint der sog. Dysgrammatismus zu sein. Ein weiteres Argument für ein frühzeitiges Eingreifen liefert die Überprüfung der sog. Late-Bloomer-Hypothese durch *Ward* (1999): viele Wissenschaftler gehen davon aus, dass 50 % der Kinder, die mit 24 Monaten noch keine 50 Wörter produzieren (sog. late talkers), bis zum Beginn des dritten Lebensjahres zu ihren unauffälligen Altersgenossen aufgeholt haben (sog. late bloomers). *Ward* (1999) hingegen konnte in ihrer Studie eindrucksvoll belegen, dass nur 15 % der late talkers ohne Intervention bis zum 36. Lebensmonat sprachlich unauffällig werden. *Rescorla* et al. (1997) fanden bei 24 % dieser Kinder mit drei Jahren altersgemäße linguistische Leistungen. Gleichzeitig fand *Ward* (1999) heraus, dass bei einem Therapiebeginn mit durchschnittlich 9,3 Monaten alle Kinder, die behandelt wurden, mit drei Jahren unauffällige sprachliche Leistungen erbrachten. Somit ließ sich eindeutig die Wirksamkeit frühzeitiger Intervention beweisen. *Robertson / Weismer* (1999) erzielten mit ihrer Therapiestudie ähnlich ermutigende Ergebnisse.

Da nun der ideale Zeitpunkt zur Erkennung der Risikokinder empirisch begründet werden konnte, sollte in der vorliegenden Studie geklärt werden, welche Art der Datenerhebung bzw. welches Testverfahren bei zweijährigen Kindern die zuverlässigste und ökonomischste Variante darstellt: ein Elternfragebogen – der ELFRA-2 – oder ein Sprachentwicklungstest – der SETK-2 – beide von Hannelore *Grimm* (2000 bzw. *Grimm / Doil* 2000) entworfen.

Mit 24 Monaten lässt sich eine Sprachentwicklungsstörung zwar noch nicht eindeutig diagnostizieren, aber es ist möglich, Risikokinder anhand bestimmter „kritischer Werte" zu identifizieren und bei gravierenden Auffälligkeiten sofort einzugreifen. Bei grenzwertigen Leistungen in Sprachproduktion und Sprachverständnis kann das Kind zunächst weiter beobachtet und nach einigen Monaten erneut überprüft werden.

3. Auswahlkriterien, Probanden

Oben klang bereits an, dass es um den Vergleich eines Fragebogens, der von den Eltern ausgefüllt wird, mit einem

Sprachentwicklungstest, der in direkter Interaktion mit dem Kind durchgeführt wird, gehen soll. Beide Verfahren sind standardisiert, haben denselben theoretischen Hintergrund und sind für dieselbe Altersgruppe vorgesehen. Die Stichprobe wurde in einer Münchener Kinderarztpraxis aus allen Eltern gezogen, die ihre Kinder zur U7 angemeldet hatten. Die Eltern, die sich bereit erklärten, den ELFRA-2 auszufüllen, wurden dann gefragt, ob sie bereit wären, für einen Test ihres Kindes mit dem SETK-2 in die Praxis zu kommen. Dabei wurden alle Kinder berücksichtigt, egal, ob Behinderungen, Mehrsprachigkeit oder andere Beeinträchtigungen vorlagen. Allerdings ergab sich eine zweifache positive Selektion: zunächst wurden nur Eltern angeschrieben, die ihr Kind bereits zur U7 angemeldet hatten, zweitens waren nicht alle Familien bereit, den ELFRA-2 auszufüllen. Dennoch fanden sich immerhin 76 Eltern, die den ELFRA-2 beantworteten. Davon waren wiederum 32 bereit, ihr Kind zusätzlich mit dem SETK-2 untersuchen zu lassen. Beim Vergleich der ELFRA-2- mit der SETK-2- Stichprobe stellte sich heraus, dass beim Alter der beiden Gruppen (durch die Verzögerung zwischen dem Ausfüllen des ELFRA-2 und dem Vereinbaren eines Testtermins für den SETK-2) ein Unterschied von 2,8 Monaten bestand. Alle anderen Parameter, wie Geschlechterverteilung, Ein- versus Mehrsprachigkeit, Schulabschluss der Mutter und Stellung in der Geschwisterreihe waren gut vergleichbar (Tabelle 1).

4. Darstellung der Methode

Um herauszufinden, welches der beiden Verfahren ökonomischer und gleichzeitig ausreichend verlässlich ist – ein Elternfragebogen oder ein Sprachentwicklungstest mit dem Kind –, wurde folgende Herangehensweise gewählt: alle 76 Eltern, die sich bereit erklärten, an der Studie teilzunehmen, füllten sowohl den ELFRA-2 als auch einen ergänzenden Problemfragebogen aus. Letzterer erfragte einerseits die Akzeptanz und die Verständlichkeit des ELFRA-2 (z.B. Frage C.20 „Ich habe den Fragebogen gerne ausgefüllt.", z.B. Frage A.3 „Nach Durchlesen der Einleitung des ELFRA-Bogens habe ich sofort verstanden, was ich im folgenden Abschnitt tun soll."), andererseits einige im ELFRA-2 fehlende Informationen (z.B. Frage C.34 „Welche Sprache wird bei Ihnen gesprochen?").

32 der so bereits erfassten Kinder wurden noch einmal in die Praxis bestellt, wo mit ihnen im Beisein eines Elternteils der SETK-2 durchgeführt wurde. Während der Testung füllten Mutter oder Vater einen von mir zusammengestellten Anamnesefragebogen aus, der unter anderem den Verlauf von Schwangerschaft und Geburt sowie Krankheiten des Kindes (z.B. Höreinschränkungen, schwere, vor allem auch chronische Erkrankungen, Operationen, Medikationen), Vererbung (z.B. Probleme in der Sprachentwicklung bei näheren Verwandten) und den Sprechbeginn des Kindes umfasste.

Um herauszufinden, welches der beiden Verfahren – der ELFRA-2 oder der SETK-2 – sich im pädiatrischen Alltag besser eignet, den sprachlichen Entwicklungsstand eines zweijährigen Kindes zuverlässig zu bestimmen, wurden die Rohwerte der beiden genannten Verfahren in SPSS eingegeben und statistisch verwertet. Dabei wurden ausschließlich nonparametrische Verfahren verwendet, da die Stichprobe signifikant von einer Normalverteilung abwich. Dies war bei der mangelnden Größe sowie dem nicht zufälligen Auswahlverfahren aber nicht anders zu erwarten.

5. Darstellung der Ergebnisse

Um überhaupt eine Entscheidung zwischen den beiden Verfahren treffen zu können, muss feststehen, dass beide dasselbe Merkmal – den Sprachentwicklungsstand eines zweijährigen Kindes – messen, ansonsten wären sie nicht austauschbar, sondern müssten eher als komplementär zueinander betrachtet werden. Dazu wurden die Untertests des ELFRA-2 mit denen des SETK-2 korreliert. Dies ergab in jedem Fall (bis auf eine Ausnahme) signifikante Korrelationen zwischen .380 und .842, so dass eine Entscheidung für eines der Verfahren sinnvoll und zulässig ist (Tabelle 2).

Weiterhin sollten natürlich möglichst viele Kinder sowohl vom ELFRA-2 als auch vom SETK-2 gleich als unauffäl-

	Geschl.		Alter	Sprache		Schulabschluss Mutter			Geschwister		Stellung	
	m	w	Ø	Eins.	Bil.	Haupt	Real	Gymn.	ja	Nein	erst	später
ELFRA-2 N = 76	60,5	39,5	23,6	71,8	17,6	6,4	26,9	66,7	46,2	53,8	61,2	38,8
SETK-2 N = 32	75	25	26,4	87,5	12,5	3,3	26,7	70	46,9	53,1	59,4	40,6

Tabelle 1: Vergleich der ELFRA-2- mit der SETK-2-Stichprobe

Korrelationen

			Untertest 1 - Verstehen I: Wörter, T-Wert	Untertest 2 - Verstehen II: Sätze, T-Wert	Untertest 3 - Produktion I: Wörter, T-Wert	Untertest 4 - Produktion II: Sätze, T-Wert	DAWA = Durchschnittliche Anzahl der Wörter pro Äusserung
Spearman-Rho	Wortschatz Gesamt	Korrelationskoeffizient	,586 **	,469 **	,797 **	,833 **	,842 **
		Sig. (2-seitig)	,000	,007	,000	,000	,000
		N	32	32	32	32	32
	Syntax Summe	Korrelationskoeffizient	,470 **	,246	,661 **	,722 **	,708 **
		Sig. (2-seitig)	,007	,175	,000	,000	,000
		N	32	32	32	32	32
	Morphologie Summe	Korrelationskoeffizient	,544 **	,380	,751 **	,834 **	,836 **
		Sig. (2-seitig)	,001	,032	,000	,000	,000
		N	32	32	32	32	32

Tabelle 2: Korrelationen der Subskalen des ELFRA-2 mit den Subskalen des SETK-2

lig, Risikokind oder auffällig eingestuft werden, da sonst keine ausreichende Verlässlichkeit der Verfahren angenommen werden kann. 19 der 32 Kinder, die sowohl mit dem ELFRA-2 als auch mit dem SETK-2 untersucht wurden, wurden übereinstimmend als unauffällig eingestuft. 6 Kinder wurden in beiden Tests der Risikogruppe zugeordnet. 2 Kinder waren laut ELFRA-2 unauffällig, im SETK-2 aber lieferten sie unterdurchschnittliche Leistungen (dies könnte in Einzelfällen natürlich auf mangelnde Kooperation des Kindes zurückzuführen sein bzw. auf eine Überschätzung durch die Eltern), 5 Kinder wurden vom ELFRA-2 als auffällig eingestuft, vom SETK-2 aber nicht (eventuell auch nicht mehr, da zwischen der Durchführung der beiden Verfahren knappe drei Monate Zeit verstrichen). Diese fünf Kinder könnten also einerseits bis zum Untersuchungszeitpunkt mit dem SETK-2 zu ihren Altersgenossen aufgeschlossen haben, andererseits könnten die Eltern die sprachlichen Fähigkeiten ihrer Kinder etwas unterschätzt haben (Tabelle 3).

Soweit können also beide Verfahren als austauschbar angesehen werden. Aber wie sieht es mit der Akzeptanz der Eltern gegenüber dem ELFRA-2 aus?

Ob dies gegeben ist, wurde mit Hilfe des Problemfragebogens, der zusammen mit dem ELFRA-2 beantwortet wurde, ergründet.

Die wichtigsten Ergebnisse dieser Erhebung waren die folgenden:

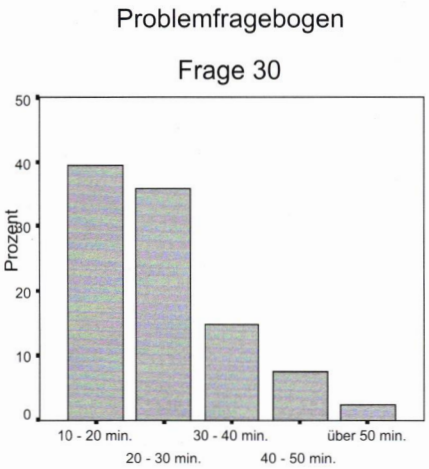
Fast 40 % aller Eltern gaben an, den ELFRA-2 in 10 – 20 Minuten vollständig ausgefüllt zu haben. Weitere 35 % brauchten 20 – 30 Minuten, der Rest benötigte zwischen einer halben und einer Stunde zur Beantwortung der Fragen (Grafik 1).

Der Zeitaufwand zum Ausfüllen des ELFRA-2 bewegt sich demnach durchaus in einem angemessenen Rahmen (eine wichtig Voraussetzung, damit das Instrument zum festen Bestandteil einer Vorsorgemaßnahme werden kann).

Einordnung des Kindes * DAWAEINO Kreuztabelle

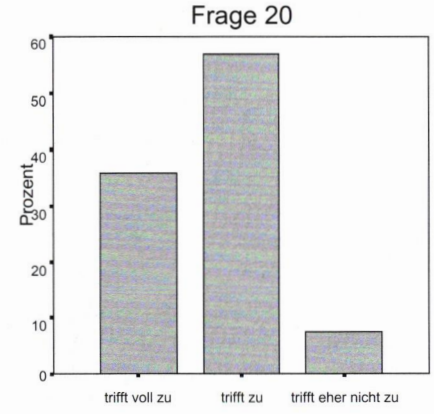
			DAWAEINO		Gesamt
			unauffällig	Risikokind	
Einordnung des Kindes	unauffällig	Anzahl	19	2	21
		Erwartete Anzahl	15,8	5,3	21,0
	Risikokind	Anzahl	5	6	11
		Erwartete Anzahl	8,3	2,8	11,0
Gesamt		Anzahl	24	8	32
		Erwartete Anzahl	24,0	8,0	32,0

Tabelle 3: Übereinstimmung der Einordnung des Kindes mit ELFRA-2 und SETK-2



Grafik 1: „Wie lange haben Sie gebraucht, um den ELFRA-2 auszufüllen?“

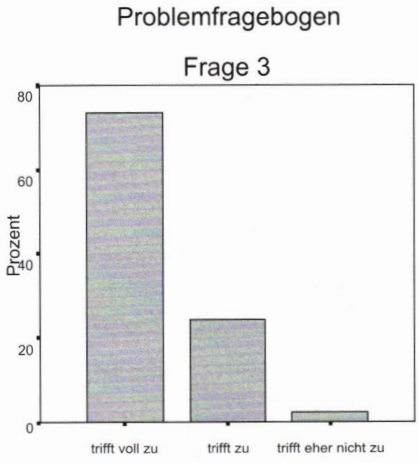
Immerhin 92,6 % der befragten Eltern geben zudem an, den ELFRA-2 gern ausgefüllt zu haben (Grafik 2).



Grafik 2: „Ich habe den Fragebogen gern ausgefüllt.“

Natürlich muss man hier an das Problem der „social desirability"-Tendenz denken (d.h. ich antworte so, wie es in der Gesellschaft von mir erwartet wird, unabhängig von meiner wahren Meinung), insgesamt erscheint das Ergebnis aber durchaus glaubwürdig, da die Eltern ja auch die Möglichkeit hatten, sich gegen das Ausfüllen des ELFRA-2 zu entscheiden.

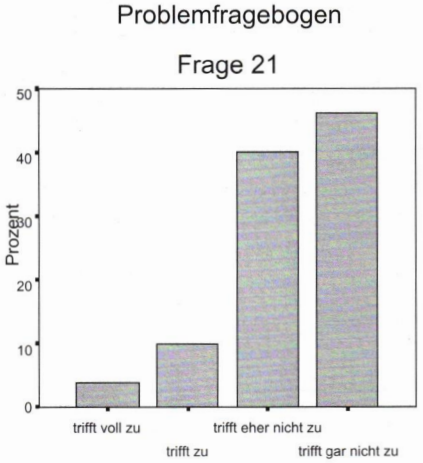
Ein weiterer wichtiger Faktor ist die Verständlichkeit des einzusetzenden Verfahrens: nur 2,5 % aller Eltern, die den ELFRA-2 beantwortet haben, geben an, dass ihnen nicht sofort nach Lesen der Instruktion klar war, was im Folgenden von ihnen verlangt wird (Grafik 3).



Grafik 3: „Nach Durchlesen der Einleitung des ELFRA-Bogens habe ich sofort verstanden, was ich im folgenden Abschnitt tun soll."

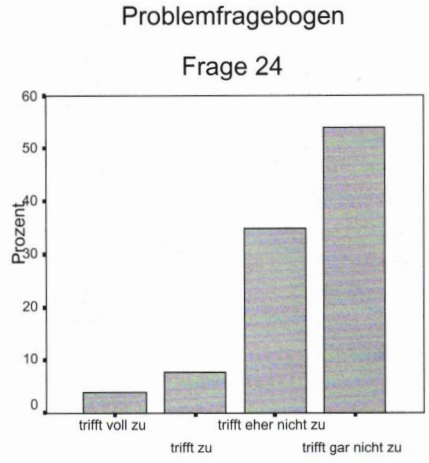
Diese 2,5 % bestehen größtenteils aus Eltern, deren Muttersprache nicht Deutsch ist. Diesem Problem der Mehrsprachigkeit müsste durch eine Übersetzung des ELFRA-2 in weitere Sprachen (und natürlich entsprechende statistische Standardisierung dieser Versionen) beizukommen sein.

Eine weitere Frage zu diesem Bereich („Ich fand es schwierig, den Fragebogen auszufüllen", Grafik 4) fiel ähnlich aus: 13,8 % gaben an, es seien Probleme beim Ankreuzen der Items aufgetreten, über 80 % hatten nach eigener Aussage keine Schwierigkeiten.



Grafik 4: „Ich fand es schwierig, den Fragebogen auszufüllen."

Eine letzte interessante Frage beschäftigte sich mit dem Ort, an dem die Eltern den ELFRA-2 ausfüllen möchten: nur 11,5 % waren damit einverstanden, ihn im Wartezimmer des Arztes auszufüllen, 88,4 % hingegen lehnten dies ab (Grafik 5).



Grafik 5: „Eltern sollten diesen Fragebogen vor der Vorsorgeuntersuchung im Wartezimmer ausfüllen."

Tatsächlich erscheint es wesentlich sinnvoller, den Eltern den ELFRA-2 einige Wochen vor der U7 zuzuschicken, da sie dann die Möglichkeit haben, ihrem Kind noch einmal aufmerksam zuzuhören, welche Wörter es benutzt und wie sich der Satzbau gestaltet. Dies dürfte die Reliabilität des Ergebnisses deutlich erhöhen.

6. Diskussion

Wie im vorigen Punkt schon angeklungen ist, eignet sich der ELFRA-2 recht gut als ökonomisches, verlässliches Instrument zur Erfassung von Risikokindern im Rahmen der U7. SETK-2 und ELFRA-2 messen in weiten Teilen dasselbe Merkmal, d.h. den Sprachentwicklungsstand eines zweijährigen Kindes. Dies war auch zu erwarten, da beide Verfahren von derselben Autorin stammen, also denselben theoretischen Hintergrund haben und für dieselbe Altersgruppe bestimmt sind. Insofern ist der SETK-2 für den Einsatz im pädiatrischen Alltag weder notwendig noch sinnvoll, da er in der Durchführung die Kooperation des gerade erst zweijährigen Kindes erfordert und von speziell geschultem Testpersonal durchgeführt werden muss, das meist in einer Kinderarztpraxis nicht zur Verfügung steht.

Der ELFRA-2 hingegen ist zwar durchaus nicht als „perfekt" einzustufen, gibt aber – dank der meist realistischen Einschätzung der Eltern – verlässlich und schnell Auskunft darüber, ob ein Kind hinsichtlich seiner Sprachentwicklung als verzögert eingestuft werden muss oder nicht. Das Ausfüllen ebenso wie die Auswertung des ELFRA-2 verlangt keine linguistischen oder testtheoretischen Hintergründe, so dass weder die Eltern beim Ausfüllen noch die Sprechstundenhilfen der Kinderärzte mit dem Auswerten und Interpretieren des Ergebnisses Probleme haben dürften. Erfreulicherweise ergab sich beim Vergleich der Skalen Syntax bei ELFRA-2 und SETK-2 eine hohe Übereinstimmung, obwohl es sich einerseits um die Einschätzung der Eltern in Alltagssituationen, andererseits um eine hochstrukturierte, für das Kind emotional anspruchsvolle Situation (Anforderung, mit einer fremden Person zu sprechen) handelt, d.h., die Eltern sind unabhängig von ihren linguistischen Kenntnissen gut in der Lage, die Satzbildungsfähigkeit ihrer Kinder korrekt einzu-

schätzen (Höhe der Korrelation .722 bei Signifikanz auf 0,001%-Niveau). Die sog. Passierfrage im ELFRA-2 („Hat Ihr Kind schon damit begonnen, Wörter miteinander zu verbinden, wie z.B. *Papi Tasche, Teddy holen, schreib das mal*?", *Grimm, H. / Doil, H.* (2000, ELFRA-2 S. 6) erweist sich dabei als unwichtig, da Kinder, denen zu unrecht eine Satzbildung zugeschrieben wird, meist in allen drei Skalen – Wortschatz, Syntax und Morphologie – unterhalb der kritischen Grenzen bleiben und somit ohnehin als Risikokind eingestuft werden.

Insgesamt ergab sich in meiner Stichprobe ein Prozentsatz an Risikokindern von 23,7 %. Dies erscheint gegenüber den Angaben in der Literatur (14 – 19 %) relativ hoch. Andererseits muss man bedenken, dass meine Stichprobe als nicht repräsentativ eingeschätzt werden muss und dass es jeweils auch stark auf die eingesetzten Verfahren ankommt. Zusätzlich wurden in meiner Untersuchung die mehrsprachigen Kinder nicht ausgeschlossen, von denen immerhin über 40 % als Risikokind eingestuft werden mussten. Dabei darf aber nicht vergessen werden, dass der ELFRA-2 nicht auf mehrsprachigen Erwerb ausgelegt ist. Um die Praxisnähe der vorliegenden Studie zu sichern, sollte diese Gruppe aber nicht außen vor bleiben. Ein grundlegendes Problem beim ELFRA-2 ist seine relativ niedrige Spezifität, die *Willinger* (2002) mit 85 % angibt, d.h., 15 % aller untersuchten Kinder werden vom ELFRA-2 fälschlich als auffällig eingestuft. Daher erscheint es durchaus sinnvoll, bei einem auffälligen Ergebnis nicht sofort eine Therapie zu beginnen, sondern einige Monate später eine Kontrolle mit dem ELFRA-2 durchzuführen bzw. das Kind einer entsprechenden ausgebildeten fachkundigen Person vorzustellen.

Fazit

Für den täglichen Einsatz in der pädiatrischen Praxis ist der ELFRA-2 durchaus gut geeignet, wenn eine bestimmte Vorgehensweise eingehalten wird.

Er sollte den Eltern einige Wochen vor der U7 (21. – 24. Lebensmonat) zugeschickt werden, so dass sie ihr Kind zu Hause noch einmal in Ruhe beobachten können, bevor sie den ELFRA-2 ausfüllen. Um eine erhöhte Rate an als auffällig eingestuften Kindern (weil sie erst 21 Monate alt sind) zu vermeiden, sollte man sich allerdings eher am zweiten Geburtstag des Kindes orientieren, da drei Monate bei so jungen Kindern große Entwicklungssprünge mit sich bringen können.

Die Auswertung des ELFRA-2 ist so einfach und geht so schnell, dass sie innerhalb weniger Minuten von einer Sprechstundenhilfe bewältigt werden kann, so dass das Ergebnis dann vorliegt. Auch die Interpretation (Unterschreitung der Grenzwerte, z.B. weniger als 50 Wörter im Wortschatz-Teil, weniger als 7 Punkte im Syntax-Teil, weniger als 2 Punkte im Morphologie-Teil bzw. weniger als 80 Wörter im Wortschatz-Teil und Verpassen der beiden anderen kritischen Werte) kann gut quantitativ erfolgen. Schwierig wird es bei mehrsprachigen Kindern, denen die Normen des ELFRA-2 nicht gerecht werden. Hier ist bislang noch keine valide Erfassungsmöglichkeit des Sprachentwicklungsstandes möglich.

Penner (2002) bemängelt die fehlende Erfassung der prosodischen Entwicklung, deshalb sei der ELFRA-2 nicht sensitiv genug. Würde man den ELFRA-2 um dieses Element ergänzen, ließe sich vielleicht die Sensitivität von 64 % (*Willinger* 2002, d.h., wie viele auffällige Kinder werden auch als solche erkannt) auf ein höheres Niveau heben.

En gros ist der ELFRA-2 also gut zu verwenden als Screening-Instrument im Alltag der pädiatrischen Praxis, allerdings sollte er durch einen Anamnesefragebogen, der Risikofaktoren für eine Sprachentwicklungsstörung (z.B. Mehrsprachigkeit, Häufigkeit und Schwere von Mittelohrentzündungen, Einschränkungen der peripheren Hörfähigkeit, genetisch bedingte Syndrome, schwere akute und/oder chronische Erkrankungen, Entwicklungsstörungen in anderen Bereichen, Sprachentwicklungsstörungen in der näheren Verwandtschaft) ergänzt werden.

Zusätzlich sollte jede Gelegenheit genutzt werden, das Hörvermögen der Kinder zu prüfen. Sollte ein Kind mit 24 Monaten im ELFRA-2 die kritischen Werte nicht erreichen, ist eine Kontrolle mit dem gleichen Instrument 6 Monate später anzuraten. Sind die sprachlichen Leistungen dann immer noch auffällig, sollte das Kind möglichst bald eine entsprechende Therapie erhalten. Welche Formen und Ansätze der Behandlung sich eignen, soll hier nicht näher ausgeführt werden; dies kann meiner Abschlussarbeit entnommen werden.

Literatur

Amorosa, H. (2000): Umschriebene Entwicklungsstörungen der Sprache (F80.1, F80.2). In: *Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* (Hrsg.): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter (187-195). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Conti-Ramsden, G., Botting, N., Simkin, Z., Knox, E. (2001): Follow-up of children attending infant language units: outcome at 11 years of age. International journal of Language and Communication Disorders 36, 2, 207-219.

Dannenbauer, F. M. (2002): Prävention aus pädagogischer Sicht (inklusive linguistische und psychologische Perspektiven). In: *Grohnfeldt, M.* (Hrsg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Band 3. (100-111) Stuttgart: Kohlhammer.

Grimm, H. (1995): Gestörter Sprachlernprozess: Ursachen und schulische Folgen. In *Niemeyer, W.* (Hrsg.): Kommunikation und Lese-Rechtschreibschwäche (53-70). Bochum: Dr. Dieter Winkler.

Grimm, H. (²1999): Störungen der Sprachentwicklung. Göttingen: Hogrefe.

Grimm, H. (2000): SETK-2 – Sprachentwicklungstest für zweijährige Kinder. Diagnose rezeptiver und produktiver Sprachverarbeitungsfähigkeiten. Göttingen: Hogrefe.

Grimm, H., Doil, H. (2000): ELFRA – Elternfragebögen für die Früherkennung von Risikokindern. Göttingen: Hogrefe.

Grimm, H., Wilde, S. (1998): Im Zentrum steht das Wort. In: *Keller, H.* (Hrsg.): Lehrbuch Entwicklungspsychologie (454-473). Bern: Hans Huber.

Grohnfeldt, M. (2002): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Band 3. Stuttgart: Kohlhammer.

Locke, J. L. (1994): Gradual Emergence of Developmental Language Disorders. Journal of Speech and Hearing Research 37, 608-616.

Locke, J. L. (1997): A Theory of Neurolinguistic Development. Brain And Language 58, 265-326.

Noterdaeme, M. (2000): Die Bedeutung von Teilleistungsstörungen für die kindliche Entwicklung. In: *Noterdaeme, M., Freisleder, F. J., Schnöbel, E.* (Hrsg.): Tief greifende Entwicklungsstörungen – Neue Erkenntnisse und Perspektiven (57 – 69). München: W. Zuckschwerdt.

Penner, Z. (2002): Plädoyer für eine Frühintervention bei Kindern mit Spracherwerbsstörungen. In: *Suchodoletz, W. von* (Hrsg.): Therapie von Sprachentwicklungsstörungen – Anspruch und Realität (106-142). Stuttgart: Kohlhammer.

Robertson, S. B., Weismer, S. E. (1999): Effects of Treatment on Linguistic and Social Skills in Toddlers With Delayed Language Development. Journal of Speech, Language and Hearing Research 42, 1234-1248.

Stothard, S. E., Snowling, M. J., Bishop, D. V. M., Chipchase, B. B., Kaplan, C. A. (1998): Language-impaired Preschoolers: A Follow-Up into Adolescence. Journal of Speech, Language and Hearing Research 41, 407-418.

Ward, S. (1999): An investigation into the effectiveness of an early intervention method for delayed language development in young children. International Journal of Language and Communication Disorders 34, 3, 243-264.

Willinger, U. (2002): Testbesprechung ELFRA-2. Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie 34 (2), 119-123.

Anschrift der Verfasserin:

Melanie Walter
Roseggerstrasse 4b
84036 Landshut

Melanie Walter arbeitet seit ihrem Abschluss in Sprachheilpädagogik (M.A.) im Juli 2003 angestellt in freier Praxis sowohl mit sprachentwicklungsgestörten Kindern als auch mit neurologisch geschädigten Erwachsenen. Sie promoviert bei Herrn Prof. Dr. Grohnfeldt zum Thema 'Häufigkeit sprachlicher Förderbedürftigkeit bei Vorschulkindern in Bayern'.

Eva Ojeda, Hamburg

Sprach-, Sprech- und Kommunikationsstörungen im Alter – Besonderheiten der Sprachtherapie mit älteren Menschen*

„His tundra'd mind sprouts leaflets
here and there
and causes me to stare
in new awareness of the man
he must have been.
Where he now struggles
to retain
such meagre lichen to his brain
he must have raised
rare orchids
years ago."
Pat Folk

Zusammenfassung

Erworbene Sprach-, Sprech- und Kommunikationsstörungen im Alter stellen neben der Behandlung von Sprach- und Sprechstörungen bei Kindern ein Arbeitsfeld der Sprachheilpädagogik dar, das lange ungerechtfertigt ein Außenseiterdasein fristete. Zum Ausdruck kam dies durch die geringe Quantität von Publikationen und Lehrangeboten, ebenso wie durch die mangelnde Bereitschaft und Kompetenz, älteren Patienten eine gleichwertige Therapiemöglichkeit zuzugestehen.
Dabei stellen Menschen deutlich über dem 60. Lebensjahr bereits heute einen großen Anteil der diagnostik- und therapiebedürftigen Patienten und dieser wird erwartungsgemäß deutlich steigen, da demographische Veränderungen jetzt und in Zukunft Auswirkungen auf die Zusammensetzung der sprachtherapeutischen Klientel haben.
Wir müssen uns fragen, ob wir den Bedürfnissen der Menschen, die mit einem sprachtherapeutischen Förderbedarf in unseren Verantwortungsbereich fallen, überhaupt Rechnung tragen können, und zwar in Bezug auf die Qualität und Quantität adäquater Angebote.
Diese Arbeit wurde bereits Anfang 2002 fertiggestellt. In den letzten Jahren ist erfreulicherweise ein wachsendes Interesse an diesem Thema zu beobachten, was durch eine größere Anzahl an Fachliteratur spürbar wird.

Schlüsselwörter: Demographische Tendenzen, Ageism-Konzept, Besonderheiten von Sprache, Sprechen und Schlucken im Alter, Co- und Multimorbidität, Dementielle Erkrankungen, Behandlungsziele und Effektivität, Ethik und Ökonomie

Speech-, language and communication disorders in the aged – speech and language treatment with the elderly

Abstract

The workfield of speech/language clinicians includes the treatment of speech/language disorders with both children and adults. The treatment of the latter is often given low priority, as can been seen in the lack of publications, in poor training of speech treatment professionals, and in a tendency not to offer adults the same treatment possibilities.
Nonetheless people well over the age of 60 already form a large proportion of patients needing assessment and treatment, and their number is expected to rise due to demographic changes affecting the profile of the client population.
We must pose the question of whether we are able to provide qualitatively and quantitatively appropriate assessment and treatment of the people we are responsible for.

Key-Words: demographic trend, ageism, speech, language and swallowing in the aged, co- and multimorbidity, dementia, treatment targets and effectiveness, ethical and economic factors.

* Die Arbeit basiert auf der Diplomarbeit von Eva Ojeda, angenommen von der Universität Bremen, Fachbereich Sprachheilpädagogik, Juli 2002, und wurde mit dem dbs-Förderpreis ausgezeichnet.

1. Die sprachtherapeutische Behandlung alter Menschen – ein Stiefkind der Sprachtherapie

Die Sprachtherapie mit alten Menschen gehört zu den Themen der Sprachheilpädagogik und Logopädie, die eher auf wenig Forschungsinteresse stoßen. Deren Vernachlässigung kommt in der geringen Quantität von Veröffentlichungen, mangelnder Lehre und noch seltenerer Praxis zum Ausdruck und wird der sprachtherapeutischen Realität vor dem Hintergrund der Bevölkerungsentwicklung nicht gerecht. Demographische Veränderungen haben jetzt und in Zukunft Auswirkungen auf die Zusammensetzung der sprachtherapeutischen Klientel. Vor allem in Kliniken der Rehabilitation stellen Menschen deutlich über dem 60. Lebensjahr einen großen Anteil der diagnostik- und therapiebedürftigen Klientel dar. Bei deren Behandlung treffen Therapeuten jedoch auf Besonderheiten, auf die sie nicht immer vorbereitet und eingestellt sind. Der demographische Umbruch macht somit eine veränderte Wahrnehmung älterer Menschen und der mit ihnen verbundenen sprachtherapeutischen Handlungsfelder in Theorie und Praxis notwendig.

Um die besonderen Bedürfnisse älterer Menschen im Bereich der Kommunikation beantworten zu können, ist ein fundiertes gerontologisches Wissen erforderlich. Sprach-, Sprech- oder Kommunikationsstörungen aufgrund von altersspezifischen Veränderungen stellen in der Regel jedoch keinen Lehrinhalt, nur in geringem Maße einen Forschungsinhalt, und im Grunde auch kein praktisches Handlungsfeld der Sprachheilpädagogik dar. Kommunikationsstörungen infolge dementieller Erkrankungen sind als Indikation einer sprachtherapeutischen Behandlung im Heilmittelkatalog erst gar nicht vorgesehen. Fachgerechte Kommunikationsförderung durch entsprechend geschultes Personal in Einrichtungen der Altenhilfe ist eine Ausnahme – oder schlichtes Wunschdenken.

Gründe für dieses Manko in Theorie und Praxis sind dabei auch in der negativen, defizitär geprägten Wahrnehmung des Alters in unserer Gesellschaft zu suchen. Der Umgang mit älteren Menschen unterliegt einer Vielzahl von Vorurteilen, die in den Rahmen des amerikanischen Ageism-Konzeptes[1] eingeordnet werden können. Altern wird häufig gleichgesetzt mit Krankheit und Senilität; die Kapazitäten des alten Menschen aus diesem beschränkten Blickwinkel sind grundsätzlich rückläufig, und der mit einer dementiellen Erkrankung oft gleichsetzte Abbau kognitiver Fähigkeiten steht sozusagen als unvermeidlicher Bestandteil am Ende des Lebens.

Diese Kategorisierung älterer Patienten als bedingt oder nicht behandelbar spielt auch in der Sprachtherapie eine Rolle. Viel zu leicht wird ein abnehmendes Sprachverständnis oder eine eingeschränkte Spontansprache als Beweis für eine abnehmende kognitive Kompetenz angesehen. Schnell wird eine „Altersdemenz" vermutet, ohne dies fachgerecht begründen zu können. Dabei wird unreflektiert vorausgesetzt, dass ältere Menschen grundsätzlich weniger von einer sprachtherapeutischen Behandlung profitieren. *Ryan / Kwong See* (1988) sprechen in diesem Zusammenhang sogar von einer „kommunikativen Präjudizierung" (ebd., 59), aufgrund derer die Möglichkeiten älterer Menschen, erfolgreich zu kommunizieren, durch eine entsprechend mit negativen Erwartungen verknüpfte Gesprächshaltung limitiert werden. In der Folge besteht eine geringe Bereitschaft, sich praktisch und theoretisch mit ihnen auseinander zu setzen, und sie erfahren aufgrund ihres höheren chronologischen Alters eine weniger intensive Behandlung oder es wird ihnen aus diesem Grund gar die Berechtigung für eine solche abgesprochen. Insgesamt fehlt also häufig nicht nur die Kompetenz, sondern auch die Bereitschaft, ältere Menschen zu betreuen, was als Alltagserfahrung der beruflichen Praxis bestätigt werden kann.

Dabei kommt einer erfolgreichen Kommunikation besonders im Alter eine entscheidende Bedeutung zu. Sie stellt als Werkzeug sozialer Interaktion eine Grundbedingung dafür dar, dass soziales Miteinander überhaupt funktionieren kann, und bestimmt in großem Maße das Ausmaß der Integration und der Adaptation an die sich verändernden Lebensbedingungen. Wie selbstbestimmt ein Mensch leben kann, wird vor allem auch dadurch bestimmt, inwiefern er seine Wünsche und Bedürfnisse ausdrücken kann. Der Zugang zu Hilfs- und Unterstützungsmaßnahmen hängt entscheidend davon ab. Somit stellt eine erfolgreiche Kommunikation einen wichtigen Bestimmungsfaktor der Lebensqualität, -zufriedenheit und -bewältigung dar und ist maßgeblich an einer erfolgreichen Rehabilitation beteiligt.

2. Implikationen demographischer Tatsachen für die Sprachheilpädagogik

Vor dem Hintergrund demographischer Tendenzen, wie einer höheren Lebenserwartung und einer niedrigeren Geburtenrate, ist in der westlichen Welt zwar von einer sinkenden, dafür aber von einer alternden Bevölkerung auszugehen. Diese Aspekte werden in der Öffentlichkeit meist allein aus ökonomischer Sicht – und das heißt in der Regel negativ – dargestellt und diskutiert, die verwendete Terminologie, wie z.B. der Begriff der „Alterslast" oder der „Rentnerschwemme", belegt dies eindrücklich (vgl. besonders *Kohrt / Kucharczik* 1988).

[1] Der Begriff des „Ageism" (Altersdiskriminierung) ist auf *Tuckman* und *Lorge* (1953, in: *Shadden* 1988) zurückzuführen, die als erste eine negative und stereotype gesellschaftliche Haltung gegenüber älteren Menschen nachwiesen. Dieser durch Vorurteile geprägte Prozess systematischer Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen aus Gründen ihres fortgeschrittenen Alters bedeutet, dass ältere Menschen undifferenziert als durch „Senilität", „Rigidität", „Unproduktivität" und „Abhängigkeit" geprägte Gruppe beschrieben werden, deren Schwierigkeiten auf „irreversible" physiologische Veränderungen im Alter zurückgeführt werden und die deshalb als nicht oder „beschränkt" behandelbar gelten (vgl. *Davis / Holland* 1981, *Shadden* 1988).

Auch Sprachtherapeuten müssen sich dabei zunehmend damit auseinandersetzen, dass jüngeren Menschen, aufgrund der Kürzung von Leistungen im Gesundheitswesen, leichter therapeutische Leistungen zugestanden werden, hingegen Wirksamkeit und Relevanz einer therapeutischen Intervention im hohen Alter in Frage gestellt werden. Aufgrund der demographischen Entwicklung ist zu erwarten, dass sich die Zusammensetzung unserer therapiebedürftigen Klientel verändert und die Anzahl von Patienten höheren Alters steigen wird (vgl. *Statistisches Bundesamt* 1998 und 2003). Der Anteil der älteren Aphasiepatienten an der Gesamtpopulation der Schlaganfallpatienten ist bereits jetzt sehr groß (*Frantzen* 1998). Auch wird mit dieser Entwicklung die Zunahme von Menschen mit chronischen, dementiellen und zerebrovaskulären Erkrankungen und somit auch ein Anstieg des Bedarfs an rehabilitativer Versorgung verzeichnet (vgl. *Statistisches Bundesamt* 1998 und 2003). *Frantzen* bemerkt treffend: „Es wäre deshalb auch im Bereich der logopädischen Forschung dringend erforderlich, wenn der Gruppe der älteren Aphasiepatienten *die* Bedeutung zukommen würde, die sie aufgrund ihres großen Anteils an der Gesamtpopulation der Schlaganfallpatienten verdient" (*Frantzen* 1998, 5).

Wir müssen uns fragen, ob wir den Bedürfnissen der Menschen, die mit einem sprachtherapeutischen Förderbedarf in unseren Verantwortungsbereich fallen, überhaupt gerecht werden können. Dabei sind nicht nur ökonomische Interessen und die unvermeidliche Frage nach der Finanzierbarkeit zu diskutieren – aktuell besonders im Rahmen der Einführung eines pauschalisierten Entgeltsystems im Krankenhauswesen und der Limitierung von Heilmittelverordnungen für ambulante Therapie pro Quartal –, denn schließlich ist unsere Argumentation bei der Begründung der Aufnahme oder Ablehnung einer Therapie von entscheidender Bedeutung. Insgesamt stellt sich auch die Frage, ob wir auf diese Veränderungen eingestellt sind, und zwar besonders in Bezug auf die Qualität und Quantität adäquater Angebote.

Der Umgang mit älteren Menschen erfordert spezifische Fachkenntnisse und Vorgehensweisen, eine adäquate sprachtherapeutische Behandlung ein entsprechendes Wissen um ihre kommunikativen Bedürfnisse, deren Bedingungen und Besonderheiten der Sprache, des Sprechens und der Nahrungsaufnahme. Eine solche Kompetenz ist innerhalb unserer Fachdisziplin jedoch kaum vorhanden. Die Fokussierung auf die klassischen Arbeitsbereiche der Sprachheilpädagogik, nämlich die Themenbereiche der Sprach- und Sprechstörungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen unterhalb des 60. Lebensjahres, machen einen kompetenten Umgang mit diesen Themen außerordentlich schwierig. Dies betrifft nicht nur diagnostische und therapeutische Vorgehensweisen, sondern zunächst einmal die Differenzierung von „normalen" und „pathologischen" Phänomenen des Alterns. Die Sprachheilpädagogik hat hier – wie im Übrigen auch andere Disziplinen, z.B. die Sprachwissenschaft –, einen Nachholbedarf (vgl. *Fiehler / Thimm* 1998).

3. Sprachtherapeutische Handlungsfelder im Bereich der Rehabilitation

In der Regel können ältere Menschen von den gleichen Störungen der Sprache oder des Sprechens betroffen sein wie jüngere. Der sprachtherapeutische Förderbedarf ist somit zunächst der gleiche wie bei jüngeren Erwachsenen und umfasst die Folgen neurologischer Erkrankungen wie Aphasien, Dysarthrien, Sprechapraxien oder Dysphagien.

Im Umgang mit neurologischen Patienten ist ein fundiertes Wissen um neuropsychologische Begleiterscheinungen erforderlich, da Störungen z.B. der Wahrnehmung, der Aufmerksamkeit oder des Gedächtnisses oft entscheidende Beeinflussungsfaktoren einer Therapie darstellen, die natürlich bei jedem Patienten, unabhängig von seinem Alter, auftreten können.

Ältere Patienten zeigen jedoch aufgrund von Co- oder Multimorbidität und neuropsychologischen Begleiterscheinungen häufig komplexere Störungsbilder als jüngere. Die Arbeit mit älteren Menschen unterscheidet sich somit in vielerlei Hinsicht von der klassischen Sprachtherapie, da durch den Einfluss alterstypischer Erkrankungen vermehrt psychologische und physiologische Besonderheiten zum Tragen kommen. Dadurch stellen sich für Diagnostik und Therapie andere Rahmenbedingungen. Zwar werden Therapeuten im sprachtherapeutischen Alltag häufig mit Patienten konfrontiert, bei denen neben einer Aphasie oder einer Dysphagie weitere Faktoren, z.B. eine Einschränkung des Antriebs oder der Vigilanz, die Behandlung beeinflussen, doch ist es kaum möglich, Diagnostik und Therapie auf altersspezifische Erscheinungen abzustimmen, da hierzu altersnormierte Verfahren der Diagnostik, entsprechende Therapiematerialien und ein entsprechendes Fachwissen notwendig wären. Eine Abgrenzung von Wortfindungsstörungen nach einem Schlaganfall von denen, die als Folge dementieller Erkrankungen auftreten können, ist ein Beispiel dafür, dass ohne ein entsprechendes Fachwissen die Voraussetzungen einer effizienten Behandlung nicht erfüllt sind. Dass hier ein Nachholbedarf besteht, wird z.B. von *Neubart / Palm / Steiner* (1998) kritisiert: „Es gibt derzeit kaum Beschreibungen der sprachlichen Veränderungen im Alter, zudem mangelt es an Empfehlungen zur Indikation von Sprachtherapie bei multimorbiden alten Menschen. Therapieziele sind unscharf definiert, und es fehlen Therapiematerialien, die auf geriatrische Patienten abgestimmt sind" (ebd., 77).

In der Konsequenz müssen Therapeuten lernen, diese altersbedingten Begleiterscheinungen im Therapiegeschehen einzuordnen und einzubeziehen, anstatt sich dadurch zur Ablehnung einer Behandlung legitimiert zu sehen. Therapiekonzepte bieten bei allen Patientengruppen nur den Rahmen bzw. die Eckpunkte, zwischen denen sich das Therapiegeschehen abspielt. Die Festsetzung von Therapiezielen und Vorgehensweisen erfolgt jedoch angepasst an die individuellen Gegebenheiten.

Die fundierte Beschreibung und Differenzierung normaler und pathologischer Phänomene des Alterns im Bereich sprachtherapeutischer Handlungsfelder wäre in diesem Zusammenhang notwendig, um einen kompetenten Umgang mit diesen zu ermöglichen und die bestehenden Hemmnisse abzubauen. In der Folge sollen einzelne Charakteristika der Sprache, des Sprechens und des Schluckens älterer Menschen aufgezeigt werden, wie sie zum Zeitpunkt des Entstehens dieser Arbeit belegt werden konnten.

4. Besonderheiten von Sprache, Sprechen und Schlucken im Alter

Bei jeder Charakterisierung der Sprach- und Sprechkompetenz oder des Schluckvorgangs ist zunächst zu beachten, dass als Vergleichsgrundlage einzig das funktionelle und nicht das chronologische Alter dienen kann: „Es kommt [...] nicht auf die Anzahl der Jahre an, sondern auf Fähigkeiten, Fertigkeiten, auf das Erleben und Verhalten, auf die physische und psychische Funktionsfähigkeit, auf das sogenannte 'functional age'" (Lehr in: *Kohrt / Kucharczik* 1988, 33).

Die immense Heterogenität bzw. die großen intra- und interindividuellen Unterschiede in Bezug auf das funktionelle Alter machen es schwierig, alterstypische Veränderungen zu beschreiben und sie für diese Patientengruppe zu generalisieren.

Festgehalten werden kann, dass die sprachliche Kompetenz im Alter vergleichsweise stabil bleibt. Einzelne Studien zeigen, dass die Syntax elaborierter, der Sprachfluss jedoch insgesamt etwas unflüssiger und langsamer wird (vgl. *Albert* 1980, *Obler / Albert* 1981). Bezüglich des Lexikons fallen Einschränkungen des aktiven im Vergleich zu einem gleichbleibendem passiven Wortschatz auf und es sind Zugriffsstörungen möglich (vgl. *Albert* 1980, *Bayles / Kaszniak* 1987, *Frantzen* 1998). Auf der pragmatischen Ebene zeigt sich ein egozentrischer Sprachstil, der es älteren Menschen erschwert, sich auf die Perspektive des Gesprächspartners einzustellen. Verletzungen von Konversationsmaximen sind die Folge (vgl. *Frantzen* 1998).

Belegt ist weiterhin eine Veränderung der stimmlichen Grundfrequenz im Alter. Von der nachlassenden Leistungsfähigkeit der Muskeln und Gelenke sind auch die Sprechwerkzeuge betroffen, so dass der Stimmklang möglicherweise rauer oder zittriger, die Tragfähigkeit und Lautstärke der Stimme vermindert ist (vgl. *Crystal* 1995). Darüber hinaus wird von einer herabgesetzten Vitalkapazität durch reduzierte kardio-pulmonale Reserven ausgegangen, so dass ein kontinuierlicher Atemstrom, der für ein verständliches Sprechen notwendig ist, möglicherweise nicht mehr in ausreichendem Maße vorhanden ist (vgl. *Davis / Baggs* 1985). Hinsichtlich der Artikulation ist eine eingeschränkte Diadochokinese, eine Verlängerung der Vokale und reduzierte Präzision der Konsonantenbildung durch einen reduzierten Stimmeinsatz möglich, eine verkürzte Tonhaltedauer und reduzierte Phrasenlänge stellen weitere mögliche Veränderungen der Sprechfunktion im Alter dar (vgl. *Davis / Baggs* 1985, *Breckow* 1995, *Frantzen* 1998). Die Differenzierung einer primären Sprechstörung von Auswirkungen altersbedingter Veränderungen bleibt dabei schwierig, weil deren Folgen wahrscheinlich auch Komponenten der untersuchten Sprechmotorikstörung enthalten, diese also von der primären Störung „maskiert" sein können. Außerdem spielen auch hier kognitive und emotionale Aspekte eine Rolle: ein verständliches Sprechen in Anbetracht aller denkbaren Hindernisse – wie sie beispielsweise auch eine mangelhafte zahnprothetische Versorgung darstellen kann – erfordert entsprechend aufmerksame und motivierte Patienten und setzt eine möglichst intakte kinästhetische, taktile und auditive Wahrnehmung voraus.

Bezüglich der Schluckfunktionen ist beispielsweise eine Desensibilisierung, eine reduzierte Kraft und Atrophie der Zungenmuskulatur sowie eine verlängerte Bolustransitzeit zu beobachten; eine verminderte Elastizität des oberen Ösophagussphinkter ist ebenfalls mit einem höheren Alter assoziiert – diese Veränderungen sind wie die beobachtete Abschwächung des Würg-, Husten- und Schluckreflexes relevante Aspekte einer effizienten Diagnostik und Therapie (vgl. *Buchholz / Prosiegel* 1999).

Auch hier ist der Einfluss von Aufmerksamkeits- oder Gedächtniseinschränkungen und der Medikation mit einzubeziehen. Einschränkungen der Sinneswahrnehmung durch ein reduziertes Hör- oder Sehvermögen sind ebenfalls zu berücksichtigen (vgl. *Davis / Baggs* 1985). Außerdem kann sich die sprachliche Ausdrucksweise eines Menschen auch aufgrund der Lebensbedingungen verändern, nämlich dann, wenn – vor dem Hintergrund einer Depression oder einer Institutionalisierung und damit verbundenen Isolation – die Gelegenheit oder der Wunsch, sich sprachlich zu äußern, reduziert sind. *Neubart, Palm / Steiner* (1998) haben in diesem Rahmen die Bedingungen einer kommunikativen Depression bereits eindrucksvoll beschrieben (vgl. auch *Steiner* 2000).

Auf welcher Grundlage wird ein Mensch nun als zu alt für eine Behandlung eingestuft?

Ein häufig diskutierter und als Voraussetzung für eine effiziente sprachtherapeutische Behandlung höchst relevanter Aspekt ist der der kognitiven Kompetenz. Die Frage nach dem Verhältnis von Kognition und Alter ist dabei eine der am kontroversesten diskutierten innerhalb der Gerontologie. Ältere Menschen schneiden bei der Überprüfung der kognitiven Leistungsfähigkeit häufig schlechter ab. Nicht-kognitive Faktoren, wie die Motivation, sowie die zur Verfügung stehende Zeit und Ausdauer spielen eine entscheidende Rolle und lassen Jüngere in der Auswertung oft ungerechtfertigt in einem besseren Licht erscheinen (vgl. *Bayles / Kaszniak* 1987, *Kausler* 1988). Einigkeit herrscht dahingehend, dass bei vielen älteren Personen eine Verlangsamung der kognitiven Prozesse festgestellt werden kann, weiterhin finden

sich in der Literatur Hinweise auf Verluste im Kurzzeitgedächtnis und eine erhöhte Störanfälligkeit von Lernvorgängen (vgl. *Bayles / Kaszniak* 1987, *Shadden* 1988).

Die kognitiven Leistungen müssen bei Patienten jeden Alters stets im Kontext ihrer Beeinflussungsfaktoren analysiert werden. Dazu gehören neben den genannten die Sinnesleistungen, die emotionale Verfassung, die persönliche Relevanz der Aufgabeninhalte und die Gebrauchsfrequenz der beurteilten Kompetenz („Use it or lose it!"). Insgesamt kann jedoch keine grundsätzliche qualitative Abnahme der kognitiven Leistungs- und Lernfähigkeit in Abhängigkeit vom chronologischen Alter bestätigt werden. Dem chronologischen Alter kommt keineswegs eine entscheidende Rolle als Outcome-Faktor einer effizienten Therapie zu (vgl. *Shadden* 1988, *Lonczewski* 1993).

Sicherlich existiert die *Möglichkeit*, dass sich eine Therapie bei einem multimorbiden Menschen aus Gründen eines geringen Antriebs oder eines komplexen Zusammenspiels eingeschränkter kognitiver Faktoren als weniger effektiv erweist, allerdings sind zur generalisierten Annahme einer geringeren Wirksamkeit von therapeutischen Bemühungen bei dieser Patientengruppe entsprechend fundierte Outcome-Studien erforderlich, um eine ungerechtfertigte, womöglich auf andere – etwa ökonomische – Faktoren zurückzuführende, negative Einschätzung zu verhindern.

Ebenso verhält es sich mit der Frage nach dem Umgang mit Sprach- und Kommunikationsstörungen vor dem Hintergrund einer dementiellen Erkrankung oder dem Verdacht auf eine solche. Die Ablehnung einer sprachtherapeutischen Behandlung aufgrund der häufig unreflektiert vorausgesetzten fehlenden Lernfähigkeit dieser Menschen ist schlicht weg zu einfach. Sie erfordert eine fundierte Begründung und die Auseinandersetzung mit der Frage nach der Erhaltung der Kommunikationsfähigkeit und einer möglichen Verzögerung dieser Prozesse. Schließlich ist die Schulung der Bezugspersonen im Umgang mit Kommunikationsproblemen zu diskutieren. Gegenbeispiele sind selten, sollten aber umso mehr Beachtung finden, wie beispielsweise das Alzheimer-Sprach-Training (ASTRAIN) nach *Köpf* oder der Ansatz von *Sinz* (vgl. *Köpf* 2003, *Sinz* 2003).

5. Ethische oder ökonomische Argumentation in der Sprachtherapie

Ist die Sprachtherapie mit älteren Menschen nun grundsätzlich nicht oder weniger effektiv?

Die Beeinflussung durch Begleiterscheinungen neuropsychologischer oder physiologischer Art ist zwar in der Regel ausgeprägter, was eine verstärkte Anpassung der therapeutischen Maßnahmen notwendig macht, solange jedoch wissenschaftlich fundierte Belege für eine limitierte Wirksamkeit sprachtherapeutischer Bemühungen fehlen, ist die Annahme einer geringeren Effektivität allein aufgrund eines fortgeschrittenen Alters nicht haltbar und wir müssen zugeben, dass wir nicht ermessen können:

> „in what way do the brains of the Adenauers, the George Bernard Shaws, and others who preserve remarkable intellectual activity until very late differ from those of other people? We do not know. We cannot, in fact, discuss normal aging because we lack clear criteria" (*Geschwind* 1980, 205).

Neben der ungeklärten Frage nach einem womöglich weniger wirksamen oder zeitaufwendigeren Therapiebemühen ist die grundsätzliche Frage nach dem Ziel einer sprachtherapeutischen Behandlung zu stellen. Das Ziel einer therapeutischen Intervention ist manchmal auch die Erhaltung des Status Quo oder im Falle einer progredienten Erkrankung die Verlangsamung einer fortschreitenden Verschlechterung. In der Aphasietherapie gehört neben der Verbesserung der modalitätsspezifischen sprachlichen Leistungen und der Maximierung der Kommunikationsmöglichkeiten auch die fundierte Beratung der primären Kommunikationspartner zu den Aufgaben eines Sprachtherapeuten. Nicht immer ist eine Behandlung der Symptome möglich, manchmal steht allein die Kompensation im Fokus der Therapie. Selbst eine unaufhaltsame dementielle Erkrankung, wie sie als Alzheimer-Krankheit, in einzelnen Fällen als Folge eines Morbus Parkinson oder eines Multiinfarkt-Syndroms in Erscheinung treten kann, rechtfertigt ein sprachtherapeutisches Handeln. Es ist dann gerechtfertigt, wenn dessen Ziel ist, eine Verschlechterung der Lebenssituation des Patienten und seines sozialen Umfeldes aufzuhalten oder sogar Verbesserungen zu erreichen, z.B. indem bei dementen Patienten die Kontaktaufnahme zu anderen Menschen gefördert oder der adäquate Umgang mit einer Sprachstörung vermittelt wird. Eine möglichst erfolgreiche Kommunikationsfähigkeit ist schließlich das Ziel allen therapeutischen Handelns.

Für die Sprachheilpädagogik als wissenschaftliche Disziplin stellt sich die Frage, wie engagiert sie sich an der Diskussion um ökonomische Faktoren in der Rehabilitation beteiligt und welchen Beitrag sie leisten kann, will oder muss. Meines Erachtens verdient jeder Patient, unabhängig von seiner Biographie, seinem kulturellen Hintergrund oder seinem chronologischen Alter, eine vorurteilsfreie Begegnung und den gleichen therapeutischen Elan wie jeder andere. Schließlich ist das Ziel jeder Rehabilitation die Maximierung der Selbständigkeit – neben der Mobilität und Selbstversorgung ist die Kommunikation dabei ein unverzichtbarer Bestandteil eines selbstbestimmten Lebens.

Literatur

Albert, M.L. (1980): Language in Normal and Dementing Elderly. In: *Obler, L.K., Albert, M.L.* (eds.): Language and Communication in the Elderly. Clinical, Therapeutic, and Experimental Issues (145-150). Massachusetts, USA: Lexington Books.

Bayles, K. A., Kaszniak, A.W. (1987): Communication and Cognition in Normal Aging and Dementia. Boston, USA: Little, Brown and Company.

Buchholz, D.W., Prosiegel, M. (1999): Neurologisch bedingte Schluckstörungen. In: *Bartolome, G.* et al. (^{2}1999): Schluckstörungen: Diagnostik und Rehabilitation. München: Urban, Fischer.

Breckow, J. (1995): Gerontologie und Sprachheilarbeit. In: *Grohnfeldt, M.* (Hrsg.): Sprachtherapie im sonderpädagogischen Bezugssystem. Handbuch der Sprachtherapie. Band 8 (420-442). Berlin: Spiess.

Crystal, D. (1995): Die Cambridge-Enzyklopädie der Sprache. Frankfurt: Campus.

Davis G.A., Holland A. L. (1981): Age in Understanding and Treating Aphasia. In: *Beasley, D.S., Davis, G.A.* (eds.): Aging. Communication Processes and Disorders (207-228). New York, USA: Grune, Stratton.

Davis, G.A., Baggs, T.W. (1985): Rehabilitation of Speech and Language Disorders. In: *Jacobs-Condit, L.* (ed.): Gerontology and Communication Disorders (185-235). Rockville, USA: ASHA.

Fiehler, R., Thimm, C. (Hrsg.) (1998): Sprache und Kommunikation im Alter. Opladen, Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

Frantzen, N. (1998): Lohnt sich logopädische Therapie in der Geriatrie wirklich? Forum Logopädie 4, 5-10.

Geschwind N. (1980): Language and Communication in the Elderly. An Overview. In: *Obler, L.K., Albert, M.L.* (eds.): Language and Communication in the Elderly. Clinical, Therapeutic, and Experimental Issues (205-209). Massachusetts, USA: Lexington Books.

Kausler, D.H. (1988): Cognition and Aging. In: Shadden, B. (ed.) (1988): Communication Behavior and Aging. A Sourcebook for Clinicians. Baltimore, USA: Williams, Wilkins.

Köpf, G. (2003): Das Alzheimer-Sprach-Training. In: *Füsgen, I.* (Hrsg.): Sprech- und Schluckstörungen – Problemfeld in der Demenztherapie. 9. Workshop des „Zukunftsforum Demenz". 22./23. August 2003 in Bad Nauheim. Dokumentationsreihe (Band 5) 29-34.Wiesbaden: Medical Tribune Verlagsgesellschaft.

Kohrt, M., Kucharczik, K. (1988): ´Sprache´ – unter besonderer Berücksichtigung von ´Jugend' und 'Alter'. In: *Fiehler, R., Thimm, C.* (Hrsg.) (1998): Sprache und Kommunikation im Alter. Opladen; Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

Lonczewski, M. (1993): Geriatrische Fragen. Möglichkeiten und Grenzen bei älteren Aphasikern. In: *Grohnfeldt, M.* (Hrsg.): Zentrale Sprach- und Sprechstörungen. Handbuch der Sprachtherapie. Band 6 (354-366). Berlin: Spiess.

Neubart, R., Palm, S., Steiner, J. (1998): Sprachtherapie im Rahmen der geriatrischen Rehabilitation. Sprache, Stimme, Gehör 22, 77- 83.

Obler, L.K., Albert, M.L. (1981): Language and Aging. A Neurobehavioral Analysis. In: Beasley, D.S., Davis, G.A. (eds.): Aging. Communication Processes and Disorders (107-121). New York, USA: Grune, Stratton.

Ryan, E.B., Kwong See, S.T. (1988): Sprache, Kommunikation und Altern. In: *Fiehler, R., Thimm, C.* (Hrsg.) (1998): Sprache und Kommunikation im Alter. Opladen; Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

Shadden, B. (ed.) (1988): Communication Behavior and Aging. A Sourcebook for Clinicians. Baltimore, USA: Williams, Wilkins.

Sinz, E. (2003): Begleitende Sprachtherapie bei Alzheimer-Demenz. In: *Füsgen, I.* (Hrsg.): Sprech- und Schluckstörungen – Problemfeld in der Demenztherapie. 9. Workshop des „Zukunftsforum Demenz". 22./23. August 2003 in Bad Nauheim. Dokumentationsreihe (Band 5) 35-42. Wiesbaden: Medical Tribune Verlagsgesellschaft.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (1998): Gesundheitsbericht für Deutschland. Krankenhausbehandlungsdauer, Alter- und krankheitsspezifisch http://www.gbe-bund.de/pls/gbe/ergebnisse.prc, 16.07.2005.

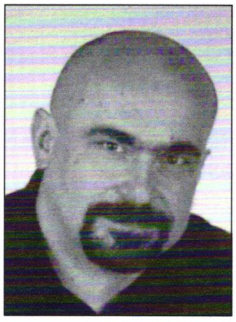
Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2003): Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Patientinnen und Patienten. Eckdaten.http://www.destatis.de/basis/d/gesu/gesutab10.php, 16.07.2005.

Steiner, J. (2000): Kommunikationsbeeinträchtigungen im Alter. Einblicke in eine pädagogische Theorie und Praxis. Die Sprachheilarbeit 45, 20-25.

Anschrift der Verfasserin:

Eva Ojeda
Walter-Koch-Weg 8
21079 Hamburg
evaluna_hb@yahoo.de

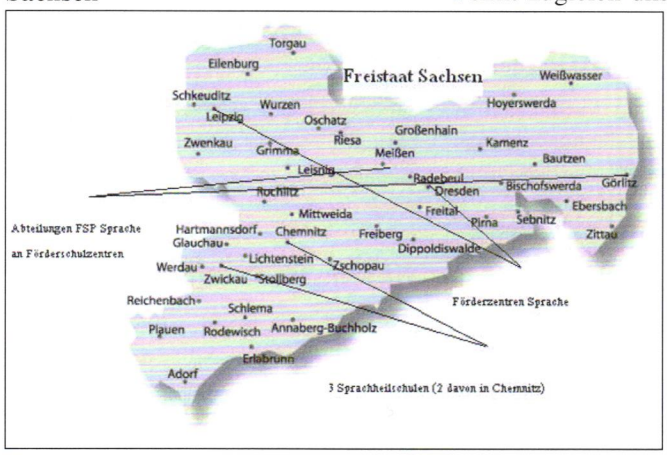
Eva Ojeda absolvierte ihre Ausbildung zur Diplom-Sprachheilpädagogin an der Universität Bremen. Sie ist seit 2002 als Sprachtherapeutin in der Waldklinik Jesteburg, Therapiezentrum für Neurologie und Orthopädie und Fachklinik für neurologische Frührehabilitation, tätig. Bis vor kurzer Zeit arbeitete sie darüber hinaus in einer Logopädischen Praxis in Hittfeld. Neben ihrer Tätigkeit ist sie Lehrbeauftragte der Universität Bremen.



Uwe Hempel, Großnaundorf; Antje Leisner, Dresden

Förderzentrum Sprache – Sprachheilschule Dresden

Institution Sprachheilschule: Sachsen



Amtliche Bezeichnung
Sprachheilschule bzw. Förderzentrum Sprache

★ Standorte:
3 Sprachheilschulen (Chemnitz 2, Zwickau)
2 Förderzentren (Dresden und Leipzig)
2 Abteilungen von Förderschulzentren (Görlitz, Radebeul)

davon 1 als Haupt- und Realschule
1 als Hauptschule
1 Klassenstufe 1-6
alle anderen Klassenstufen 1 bis 4.

WER wir sind

Seit ihrer Gründung unter dem Schulleiter Dr. Hilmar *Kießling* im September 1952 ist die Sprachheilschule Dresden eine überregionale Bildungsstätte für sprachbehinderte Kinder und Jugendliche. Anlässlich der Festwoche zum 50-jährigen Bestehen erhielt sie 2002 die Bestätigung als Förderzentrum mit dem Förderschwerpunkt Sprache, womit zugleich unsere Bemühungen zur Entwicklung eines Schulkonzeptes schulpolitische Anerkennung fanden. Seitdem ist unter der Trägerschaft des Schulverwaltungsamtes zusammengefasst, was für die Bildung und Erziehung sprachbehinderter Schüler an den verschiedensten Förderorten der Stadt notwendig ist: ein Stammhaus mit einem System von sechs förderpädagogischen Beratungsstellen, drei Außenstellen an Dresdner Grundschulen sowie eine kooperierende Mittelschule. Ergänzt wird dieses Angebot durch Ganztagsbetreuung im Hort und ein Heim für sprachbehinderte Kinder, welche sich in freier Trägerschaft beim Jugendsozialhilfewerk Nordhausen e.V. befinden.

Gegenwärtig lernen an unserer Schule 312 Kinder in den Klassen 1 bis 6 unter der Anleitung von 39 Kolleginnen und 2 Kollegen (zur Ermunterung dieser Minderheit und besseren Lesbarkeit benutzen wir nachfolgend nur die männliche Form). Sie bemühen sich täglich im Spannungsfeld zwischen sonderpädagogischem Förderbedarf und Lehrplananforderungen der Allgemeinen Schulen. Die sprachheilpädagogische Aus- und Weiterbildung genießt dabei im Kollegium einen hohen Stellenwert. Unsere Stundentafel orientiert sich, wie auch der Lehrplan, an der Allgemeinen Schule in Sachsen und wird pro Klasse durch acht Förderstunden ergänzt, die für Sprachtherapie, Fachförderung, Bewegungserziehung, Klassenteilung, Beratung, Diagnostik und Integration genutzt werden können. Als „Durchgangsschule" bieten wir unseren Schülern sonderpädagogische Förderung in den Bereichen Laut- und Schriftsprache, Wahrnehmung, Hörverarbeitung und Motorik an. Im Grundschulbereich lernen maximal 12, in den Klassen 5 und 6 jeweils bis zu 16 Kinder in einer Klasse. Der Übergang eines Schülers in die Allgemeine Schule kann zu jedem Schuljahr erfolgen. Die Verweildauer richtet sich nach Art und Umfang des sonderpädagogischen Förderbedarfes,

Schuljahresabschlussfeier 2004/05 des Kollegiums der Sprachheilschule Dresden

der zu jedem Schuljahr im individuellen Förderplan beschrieben wird. „Nebenbei" betreut die Sprachheilschule gemäß der sächsischen Schulintegrationsverordnung gegenwärtig mehr als 60 Kinder mit sprachheilpädagogischem Förderbedarf an ihren Heimatgrund- und –mittelschulen.

MIT WEM wir zusammenarbeiten

Die Arbeit mit den Eltern unserer Schüler ist uns am wichtigsten. Neben Elternabenden und Sprechtagen werden sie regelmäßig durch Elternbriefe über aktuelle Schulereignisse informiert und üben in der Schulkonferenz ihr Recht auf Mitgestaltung unserer Schule aus.

Sehr enge Partner der Schule sind im Tagesablauf unserer Kinder auch die Kollegen aus Ganztagsbetreuung und Heim, die am Nachmittag die Freizeit unter dem Aspekt der Sprachförderung gestalten oder den Kindern, für die ein täglicher Schulweg zu weit ist, in der Woche ein Zuhause bieten.

Eine gute Zusammenarbeit verbindet uns mit den Schulen, in denen sich die Sprachheilschul-Außenstellen befinden. Hier lernen die Kinder in gemeinsamen Projekten, im Werkstattunterricht und in enger Kooperation mit den Grundschülern ihrer Klassenstufe. Teamfähigkeit und Kooperationsbereitschaft sind wichtige Voraussetzungen, um in diesem integrativen Rahmen für unsere Schule zu arbeiten. Darüber hinaus ergibt sich beim jährlich stattfindenden „Verfahren zur Feststellung des sonderpädagogischen Förderbedarfs" die Kooperation mit Regelschulen, mit Kindertageseinrichtungen, auch mit anderen Förderschulen in und um Dresden. Beispielhaft für künftige Entwicklungen dürfte die kürzlich abgeschlossene Vereinbarung mit der Kindertagesstätte „Gompitzer Spatzennest" sein, die der gegenseitigen Weiterbildung dient sowie betroffenen Eltern Mut machen soll, sich bei Sprachproblemen ihrer Kinder rechtzeitig an die zuständigen Fachleute zu wenden.

Mit letzteren, wie zum Beispiel den Sprachheilpädagogen und Logopäden in freier Praxis, dem sozialpädiatrischen Zentrum Dresden (SPZ) oder der Familientagesklinik am Universitätsklinikum, verbindet uns ebenfalls in vielen Fällen eine für die Kinder entwicklungsfördernde Zusammenarbeit.

Eine weitere wichtige Aufgabe unseres Förderzentrums ist die Fortbildungstätigkeit für Kollegen aus den unterschiedlichsten pädagogischen Tätigkeitsbereichen in unserer Lehrerlernwerkstatt. Wir ermöglichen Studenten des Fachgebietes Sprachheilpädagogik Praktika und Hospitationen in unserer Schule. Letztere werden auch gern durch die Schüler der Logopädenschule der Bavaria-Klinik in Kreischa für die Ausbildung genutzt.

Viele Kollegen unserer Schule begreifen ihren Beruf als Ansporn zum lebenslangen Lernen. Sie nutzen Angebote der berufsbegleitenden Studiengänge an den Universitäten Leipzig und Dresden oder arbeiten aktiv in der dgs mit. Einige Sprachheilpädagogen sind gefragte Referenten in heilpädagogischen Ausbildungsprogrammen des Landesjugendamtes, an der Sächsischen Akademie für Lehrerfortbildung (SALF) oder bei pädagogischen Tagen anderer Schulen. Zeitweise nehmen sie Lehraufträge an der TU Dresden, an der Universität Leipzig oder am Staatlichen Lehrer-Seminar wahr. Die Betreuung von Referendaren (die in Sachsen *Auszubildende* heißen) ist für unsere Schule in jedem Jahr von besonderer Bedeutung und wird mittlerweile von vielen Kollegen mehr als Lust, denn als Last empfunden.

Natürlich vergessen wir bei allen inhaltlichen Aufgaben auch die nicht, die uns sächliche und personelle Grundlagen für die tägliche Arbeit zur Verfügung stellen: die Mitarbeiter des Schulverwaltungsamtes und des Regionalschulamtes Dresden. In diesem Jahr haben wir allen Grund für ein besonderes „Dankeschön" an unseren Schulträger: Wir sind nach einer Generalsanierung des Stammhauses wieder wie neu … und starten so im Schuljahr 2005/06 unser Projekt *Ganztagsschule*.

Gebäude des Förderzentrums Dresden nach der Sanierung 2005

WAS unsere Arbeit ausmacht

Die Verlegung unserer Einrichtung im Jahre 1999 in den Albertpark zu Dresden nahmen wir zum Anlass, unsere Konzeption zu überdenken und Schwerpunkte für die weitere Arbeit festzulegen. Ausgehend von der Tatsache, dass in Sachsen, wie auch in den anderen Bundesländern, eine besorgniserregende Zunahme von Sprachstörungen bei Kindern zu verzeichnen war und ist, stellten wir die „klassische Sprachheilschule" mit folgender Begründung in Frage:

- Die Aufnahmekapazitäten reichen bei weitem nicht aus, um dem notwendigen Förderbedarf als in sich geschlossene Institution gerecht zu werden.
- Der Wunsch der Eltern nach wohnortnaher Beschulung unter den Bedingungen der Allgemeinen Schule nimmt zu und ihm muss verantwortungsvoll Rechnung getragen werden.
- Isolierte Sprachstörungen nehmen mehr und mehr ab. Immer häufiger werden Störungen der Sprache von Störungen der Wahrnehmung, des Lernens und des Verhaltens begleitet.

- Aufklärung, Beratung, Fortbildung, vor allem auch als präventive Maßnahmen gewinnen immer mehr an Bedeutung.
- Das bisher vorhandene Angebotsspektrum der Sprachheilschule wird den gesellschaftlichen Bedingungen nicht mehr voll gerecht.

Ausgehend von diesen Fakten richtet unsere Schule ihr Augenmerk auf diese sieben „Säulen":

1. Ein von allen akzeptiertes Anforderungsprofil des Sprachheilpädagogen

Wir gehen davon aus, dass nur Lehrer, denen klar ist, was von ihnen erwartet wird, zielgerichtet arbeiten können. Was die dgs-Arbeitsgruppe Qualitätssicherung und -entwicklung schulischer Sprachheilpädagogik als Anforderungsprofil des Sprachheilpädagogen in Bezug auf Kenntnisse und Fertigkeiten zu den Schwerpunkten Sprache – Sprechen – Kommunikation, Bilden und Erziehen, Lehren und Lernen sowie Beraten und Kooperieren definiert hat (vgl. *Lüdtke/Bahr* 2000 in „Die Sprachheilarbeit" 45, 148-154, wurde von uns übernommen und auf unsere Bedingungen angewendet. Besonders froh sind wir darüber, dass inzwischen für alle Förderschwerpunkte ausgebildete Fachkräfte zur Verfügung stehen.

2. Ein Unterricht, der trotz Parallelen zur Allgemeinen Schule ein Besonderer ist

Die geringere Schülerzahl und mehr Förderstunden als an allgemeinen Schulen sind auch für uns von entscheidender Bedeutung, ermöglichen sie doch eine wesentlich intensivere individuelle Förderung. Der Entwicklung der Bereiche Hören, Sehen, Bewegung und Bewegungsempfindung, aber auch dem Beziehungsaufbau als Grundlagen für erfolgreiches Sprechen schenken wir dabei besonderes Augenmerk. Die Lage unserer Schule, mitten in der Dresdener Heide, kommt uns dabei besonders entgegen. Lernen in direktem Kontakt zur Natur bietet für die Ausprägung der kindlichen Wahrnehmung fast unbegrenzte Möglichkeiten.

Einen speziellen Arbeitsschwerpunkt stellt die Entwicklung eines Lese-Rechtschreiblehrganges durch Kollegen unseres Hauses für die Klassenstufen 1 und 2 auf der Grundlage des Kieler Leseaufbaus dar. Dieser Lehrgang macht es auf der Basis von umfangreichem Schüler- und Lehrermaterial möglich, unter intensiver Beachtung der mit dem Sprechen, Lesen und Schreiben verbundenen Wahrnehmungsprozesse das Lesen und Schreiben innerhalb der ersten beiden Schuljahre zu erlernen. Diesen lang anmutenden Zeitraum gegenüber früheren Vorgehensweisen gönnen wir uns und unseren Schülern ganz bewusst, wobei gleich anzumerken ist, dass es bei manchem Schüler auch schneller gehen darf. Fakt ist, dass wir uns mit diesem Lehrgang (ein Beitrag dazu ist für 2006 vorgesehen) von vielen Allgemeinen Schulen unterscheiden, die z.T. den Eindruck vermitteln, das Erlernen von Lesen und Schreiben sei eine Art Wettbewerb, bei dem die Schnellsten die Sieger sind.

3. Sprachheilschule als Ganztagsschule

Sprechen ist keine vormittägliche Angelegenheit! Unsere Schüler befinden sich in der Regel zwischen 07:30 Uhr und 15:30 in der Einrichtung, die Heimkinder sogar ganztägig. Als Ganztagsschule haben wir gemeinsam mit unseren Partnern aus Hort und Heim die Möglichkeit, Sprachförderung im umfassendsten Sinne täglich über längere Zeiträume zu betreiben. Unterrichtliche und außerunterrichtliche Aktivitäten verfolgen das Ziel, kommunikative Sprechanlässe, Wahrnehmungs- und Lernfelder zu schaffen, die entwicklungsstimulierend, herausfordernd und lebensbedeutsam sind. Neben Angeboten verschiedener Interessengruppen bzw. Arbeitsgemeinschaften sind es die große Bewegungsbaustelle, Kletterwände und -gerüste, das Taekwondo-Training und die Dresdener Heide, die den Kindern Beschäftigung bieten.

4. Förderdiagnostik

In Sachsen wurde in den zurückliegenden drei Jahren durch eine Arbeitsgruppe mit Förderschulpädagogen ein Handbuch sowie ein so genannter Handwerkskoffer zum Thema Förderdiagnostik erarbeitet und veröffentlicht. Seitdem ist das Verfahren zur Feststellung des sonderpädagogischen Förderbedarfs landesweit vereinheitlicht. Diese ressourcenorientierte Diagnostik spielt für uns eine entscheidende Rolle. Für Schulanfänger dauert das Feststellungsverfahren, das einer ständigen Überprüfung und Anpassung unterliegt, derzeit zwei Tage. Es beinhaltet eine Lern- und Spielewerkstatt, Verfahren zur Feststellung des lautsprachlichen Status, Überprüfungen der Wahrnehmungsfähigkeit, der Grundintelligenz und andere diagnostische Verfahren, aber auch ein intensives Elterngespräch. Kinder, die bereits Schüler einer Schule sind, werden von uns prinzipiell in ihrer eigenen Einrichtung diagnostiziert.

Seit diesem Schuljahr haben wir uns darauf verständigt, die Feststellungsverfahren nicht mehr nur von der Diagnostikgruppe durchführen zu lassen, sondern dass alle Kollegen daran teilnehmen, also selbst diagnostizieren und die entsprechenden Gutachten formulieren. Die Diagnostikgruppe leitet die Kollegen bei ihrer Arbeit an und berät sie. Diese Erweiterung ihres Arbeitsspektrums wurde von allen befürwortet.

5. Integration

Sprachbehinderte Kinder zu integrieren, war schon vor dem Erscheinen der Schulintegrationsverordnung 1999 unser Anliegen. Bereits 1992 begannen wir an drei Grundschulstandorten, sprachbehinderten Schülern die wohnortnahe Beschulung zu ermöglichen. Seither sind unsere Außenstellen zu einem festen Bestandteil der Dresdener Schullandschaft geworden. Teamarbeit zwischen Grund- und Förderschullehrern ermöglicht gemeinsame Projekte mit Grundschülern, die der verbesserten Kommunikationsfähigkeit ebenso zugute kommen, wie der sozialen Integration.

In unserem Projekt *Mittelschule* werden derzeit je eine fünfte und sechste Klasse unterrichtet. In diesen Klassen befinden sich Schüler, deren sonderpädagogischer Förderbedarf nach Abschluss der Grundschule noch erheb-

lich war und die noch weiter intensiver sprachheilpädagogischer Förderung bedürfen. In dieser Zeit geschieht so etwas wie eine langsame Entwöhnung von der Sprachheilschule, denn fast alle Schüler werden nach Abschluss des sechsten Schuljahres in die Mittelschule wechseln. Mehrere Mittelschullehrer sind in dieses Projekt eingebunden und begleiten unsere Schüler gleichberechtigt mit den Förderschullehrern.

6. Präventionsarbeit

Um den ständig steigenden Zahlen an sprachbehinderten Kindern entgegenwirken zu können, dürfen Früherkennung und Frühförderung nicht erst mit Schulbeginn einsetzen. Das Sächsische Sozialministerium hat im letzten Jahr diesbezüglich wichtige Maßnahmen ergriffen. So führen die Kinder und Jugendärzte obligatorisch bei 3- und 4-jährigen Kindern in den Kindergärten ein Screening zur Früherkennung von sprachlichen Auffälligkeiten durch, in dessen Folge die Eltern der betroffenen Kinder informiert und gebeten werden, weitergehende Maßnahmen einzuleiten. An der Entwicklung dieses Screenings war die dgs-Sachsen federführend beteiligt.

Fortbildner unseres Hauses entwickelten ein dreiwöchiges Blockseminar für Kindergärtnerinnen, in denen diese mit dem Komplex Sprachentwicklung/ Sprachstörungen bekannt gemacht werden, um deren Sensibilität für diese Thematik zu erhöhen und sie als Ansprechpartner in den Kindergärten zu gewinnen. Ein ähnliches Curriculum wird durch uns über die Sächsische Lehrerakademie im Bereich der Schulen angeboten. Ebenso entstand in unserem Haus unter dem Titel „Sprechen wir gleich richtig?!“ ein Handbuch zur sprachlichen Entwicklung der Kinder, welches durch das Sozialministerium allen Kindergärten Sachsens zur Verfügung gestellt wird. Da in Sachsen weit mehr als 90 % aller Kinder den Kindergarten besuchen, halten wir diesen zur sprachheilpädagogischen Prävention für sehr geeignet. Deshalb wurden im zurückliegenden Jahr mehr als 40 Elternveranstaltungen an Kindergärten von uns durchgeführt, die sehr große Resonanz erfahren haben.

7. Öffnung der Schule nach außen

Unser Förderzentrum ist eine offene Schule im wahrsten Sinne des Wortes. Offen, weil wir als „Durchgangsschule“ geradezu gezwungen sind, ständigen Kontakt zu anderen Schulen zu halten, offen, weil wir andere (Eltern, Lehrer, Schüler) nicht nur in den Beratungsstellen beraten und weil wir uns Hospitationswünschen in der Regel nicht verschließen. Wenn wir sagen, wir sind offen, meinen wir aber auch, dass wir nicht auf die Rückmeldungen von Besuchern, Eltern, Kollegen verzichten möchten.

Dazu gehört, dass wir unsere Arbeit regelmäßig auf den Prüfstand stellen. Dabei verwenden wir Mittel und Methoden der Eigen- und Fremdevaluation. So wurden wir in der allgemeinen Organisationsentwicklung zwischen 2000 und 2003 von Beratern der Sächsischen Akademie für Lehrerfortbildung begleitet. 2002 gab es eine umfangreiche Befragung durch den Lehrstuhl Sprachbehindertenpädagogik der Ludwig–Maximilians–Universität München, die sich u. a. mit der Zufriedenheit der Eltern mit unserer Einrichtung befasste. Deren Ergebnisse gingen in den Festvortrag von Prof. Dr. *Grohnfeldt* zum 50-jährigen Bestehen der Sprachheilschule ein. Darin beschäftigte er sich mit den Entwicklungstendenzen in der Sprachheilpädagogik, was er knapp und bis heute gültig mit „Die Sprachheilschule vor neuen Herausforderungen“ übertitelte („Die Sprachheilarbeit“ 3, 2003, 105-113). In diesem Sinne führen wir bis heute regelmäßig, meist schulintern, ähnliche Formen der Evaluation durch.

WAS wir uns vornehmen

Mit der Aussicht auf neue Lern- und Arbeitsbedingungen im neuen Schuljahr (Computerraum, Hör-Sprach-Labor) können wir uns nur vornehmen, den begonnenen Weg kontinuierlich weiterzugehen.

P.S.: Als Schulleitung fällt uns beim Korrekturlesen dieser Zeilen noch etwas ein, was wir uns schon lange vorgenommen hatten: Was wären wir ohne Euch, liebe Kolleginnen und Kollegen der Sprachheilschule in Dresden?! Wir sagen „Danke für die tägliche Kleinarbeit und all' die großen Dinge, die Ihr leistet!“

Uwe Hempel & Antje Leisner

Anschriften der Verfasser:

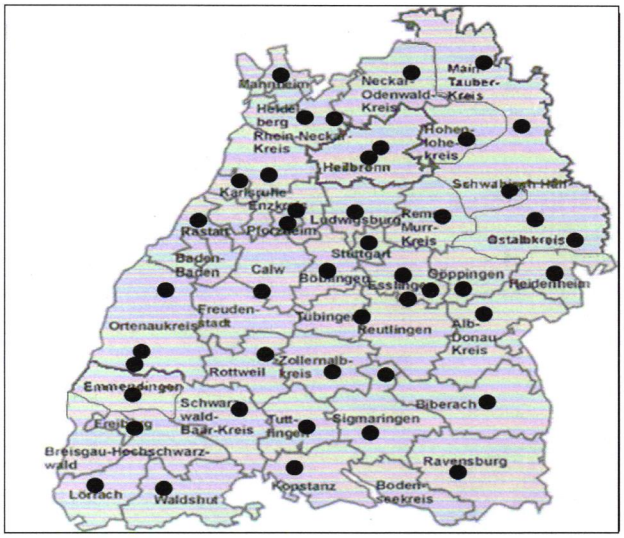
Antje Leisner
Rethelstr. 7c
01139 Dresden

Uwe Hempel
Lomnitzer Str. 12a
01936 Großnaundorf

Peter Arnoldy, Heilbronn

Die Gebrüder-Grimm-Schule für Sprachbehinderte in Heilbronn

Institution Sprachheilschule: Baden-Württemberg



Amtliche Bezeichnung:
Sonderschule für Sprachbehinderte
● Standorte, Anzahl insgesamt 45
davon

- voll ausgebaut bis Klasse 9 Hauptschule: 9 mit Heimsonderschulen zusätzlich: Hauptschulzug von Klasse 7-9 an Internatsschule (Heilbronn) zusätzlich: Realschule f. Sprachbehinderte, Kl. 5 – 10 an Internatsschule (Heilbronn)
- Klasse 1-6: 18
- Klasse 1-4: 18

43 Schulen unterrichten nach den Bildungsplänen der allgemeinen Schulen, 2 Schulen nach dem Bildungsplan der Förderschule (Internatsschule priv. Schulträger). In der Regel werden alle Schulen als Ganztagsschulen geführt. Alle Schulen haben eine Beratungsstelle für sprachbehinderte Kinder und Jugendliche. Beratungsstellen sind auch an Förderschulen eingerichtet.
An 34 Schulen ist ein Schulkindergarten für sprachbehinderte Kinder eingerichtet.

0. Vorbemerkung

Die Gebrüder-Grimm-Schule in Heilbronn ist eine der insgesamt 45 Schulen für Sprachbehinderte in Baden-Württemberg, die ein flächendeckendes Netz von Sprachheilschulen bilden. Zur Zeit werden in unserem Bundesland in 511 Klassen insgesamt 5.399 Schüler unterrichtet. Von diesen Schulen erfahren 5.172 Kinder sonderpädagogische Frühförderung durch Beratungsstellen. 2.480 Kinder erhalten sonderpädagogische Unterstützung an der allgemeinen Schule.

In Heilbronn gibt es neben der Gebrüder-Grimm-Schule noch die Lindenparkschule, die einen Hauptschulzug (Klasse 7-9) und einen Realschulzug (Kl. 5-10) für Sprachbehinderte besitzt.

1. Wer wir sind

Die Gebrüder-Grimm-Schule ist eine öffentliche Schule des Landes Baden-Württemberg. Sie wurde 1979 gegründet und bezog im Stadtkern von Heilbronn das ehemalige Gebäude einer Mädchen-Realschule zusammen mit der Sonderschule für Sehbehinderte. Der ursprünglich vorgesehene Raumbedarf reichte wegen der explosionsartigen Zunahme der Schülerzahlen schon bald nicht mehr aus. Die Stadt Heilbronn als Schulträger entschloss sich (nachdem die Sehbehindertenschule ausgelagert wurde) zur Generalsanierung der vorhandenen Gebäude.

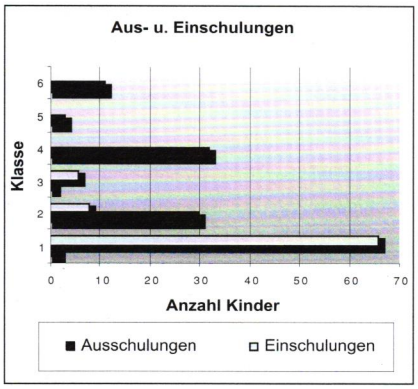


Abb. 1: Aus- und Einschulung

Die Sprachheilschule versteht sich als Durchgangsschule für den gesamten Stadt- und Landkreis Heilbronn. Es gibt drei „große" Ausschulungstermine: nach Klasse 2, nach Klasse 4 und nach Klasse 6.

Bei den Einschulungen sind die Erstklässler am stärksten vertreten. Dies ist uns erst in den letzten Jahren nach intensiven Fortbildungsmaßnahmen in den allgemeinen Kindergärten und verstärkter Öffentlichkeitsarbeit gelungen.

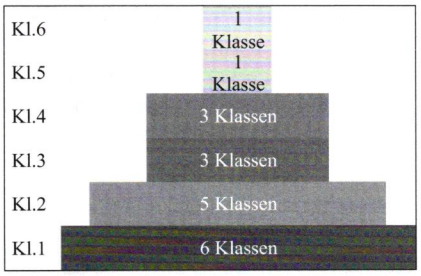


Abb. 2: Der Pyramidenaufbau

Die Gebrüder-Grimm-Schule unterrichtet von Klasse 1 bis Klasse 6 nach den Bildungsplänen der Grund- und Hauptschule und dem Bildungsplan der Schule für Sprachbehinderte in kleinen Klassen (ca. 12 Kinder) in einer Ganztagsschule.

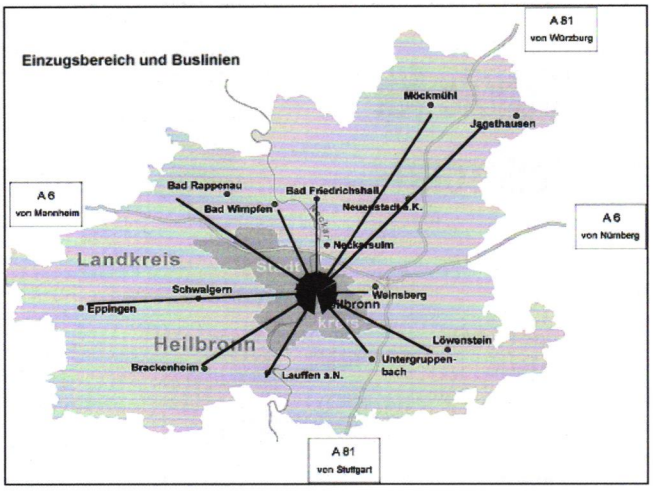


Abb. 3: Einzugsbereich und Buslinien

Der Pyramidenaufbau der Schule ist typisch: viele Klassen und Schüler im 1. und 2. Schuljahr, wenige Klassen und Schüler in den Klassen 5 und 6. Der Einzugsbereich der Schule erstreckt sich über den gesamten Stadt- und Landkreis Heilbronn. Die jüngeren Kinder kommen in eigenen Schulbuslinien, die älteren fahren mit öffentlichen Verkehrsmitteln zur Schule. Die Verweildauer der Schüler an der Schule beträgt 2 – 3 Jahre, ehe sie wieder in die allgemeinen Schulen zurückgeschult werden.

Die Stundentafel ist erweitert durch Rhythmik, Spiel- und Übungsstunden und sprachheilpädagogische Fördermaßnahmen in Einzel- und Gruppentherapie (SHF), z.B. Myofunktionelle Therapie, Psychomotorik, Stottertherapie. Englisch gibt es, wie in allgemein bildenden Schulen auch, bereits ab Klasse 1.

In 19 Klassen werden 237 Schüler von 36 Sonderschullehrern, 9 Grund- u. Hauptschullehrern und 3 Referendaren mit insgesamt 819 Lehrerwochenstunden (LWS) unterrichtet.

Wie sind die Unterrichtszeiten?

Die Schule wird als Ganztagsschule geführt. Der Unterricht beginnt jeden Tag um 8:20 Uhr. Für die Grundschüler ist an 2 Nachmittagen Unterricht. Die Hauptschüler und die Grundschüler, die an einer AG teilnehmen, verbringen 3 Nachmittage an der Schule. An diesen Tagen gibt es ein warmes Mittagessen.

Die Klassen werden im Co-Lehrersystem betreut. Neben dem „normalen" sprachtherapeutischen Unterricht erhalten die Kinder zusätzlich individuelle Sprachtherapie. Die SHF-Stunden können aber auch für gemeinsames Unterrichten in Kleingruppen genutzt werden.

Abb. 4: Gemeinsames Mittagessen

Für die gesamte Schule werden zusätzlich noch 39 klassenübergreifende Stunden für spezifische Gruppentherapien (Stottertherapie, myofunktionelle Therapie, Lese-Rechtschreibförderung usw.) angeboten. Außerdem stellt die Schule noch 26 LWS für besondere Projekte bereit, die neue Reize setzen und Anregungen für Erfahrungen schaffen (z.B. Reiten, Tauchen, Zaubern, Chor und Intrumentalgruppen).

2. Mit wem wir zusammenarbeiten

Die Gebrüder-Grimm-Schule versteht sich als eine Sprachheilschule in einem gestuften System. Dazu gehören die Beratungsstelle, die Frühförderung, die Kooperation mit allgemeinen Schulen und der angeschlossene Schulkindergarten für Sprachbehinderte.

Abb. 5: Sprachheilschule in einem gestuften System

Die Eltern stellen ihre Kinder mit sprachlichen Auffälligkeiten in der *Beratungsstelle* vor und erhalten dort Rat und Hilfe für das weitere Vorgehen.

Kinder im vorschulischen Alter werden im Rahmen der Frühbetreuung einzeln

Klasse:	**1**	Lehrer/innen		
Anzahl der Schüler:	12	L 1	L 2	Ref
Anwesenheit/Wochenstunden	31			
Grund-, Hauptschul-Stundentafel:	24	8	14	2
Mehrbedarf Ganztagssch. (SÜB) Spiel- und Übungsstunden:	7	2	3	2
Sprachheilpädagogische Förderung (SHF)	9	7	2	
notwendiger Stundenbedarf:	40	17	19	4

Tab. 1: Beispiel Lehrerwochenstunde (LWS)

oder in Gruppen, z.B. wegen Sprachentwicklungsstörungen oder Stotterns, therapiert. Für Beratung und Frühbetreuung von ca. 80 Kindern im vorschulischen Alter stehen der Schule 66 LWS zur Verfügung.

Die Gebrüder-Grimm-Schule unterstützt Grund- und Hauptschulen durch *Kooperation* mit 22 LWS bei Schülern, die leichte Sprachauffälligkeiten zeigen und in der allgemeinen Schule bleiben können.

Der *Schulkindergarten für Sprachbehinderte* an der Gebrüder-Grimm-Schule nimmt Kinder mit erheblichen Sprachbehinderungen auf und betreut sie in 2 Gruppen zu je 12 Kindern im Alter von 4 – 6 Jahren. Die Betreuung erfolgt durch eine Heilpädagogin, eine Erzieherin, zwei Praktikantinnen und zwei Sonderschullehrerinnen mit insgesamt 16 LWS.

Innerhalb des sonderpädagogischen Förderkonzeptes im Schulamtsbezirk Heilbronn haben wir als Sprachheilschule das Ziel, eine offene, faire und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit unterschiedlichsten Einrichtungen zu praktizieren. Dazu gehören z.B. die Stadt Heilbronn als Schulträger, das Staatliche Schulamt Heilbronn, die allgemeinen Schulen und vorschulischen Einrichtungen des Stadt- und Landkreises Heilbronn, soziale Dienste des Stadt- und Landkreises Heilbronn (Jugendamt, Erziehungsberatungsstelle usw.), andere Sonderschulen und sonderpädagogische Dienste, Logopäden und Sprachtherapeuten, Ergotherapeuten, Heilpädagogen, niedergelassene Ärzte (Kinderärzte, HNO-Ärzte und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie), stationäre Einrichtungen (Kinderklinik, Kinderzentrum Maulbronn, Kinder- und Jugendpsychiatrie etc.), die Presse u.v.a.

Mit dem Seminar für Lehrerausbildung in Stuttgart und den Pädagogischen Hochschulen Ludwigsburg und Heidelberg steht die Schule wegen der Ausbildung der Lehramtsanwärter und der Studenten in engem Kontakt.

Der Elternarbeit wird an unserer Schule besondere Bedeutung beigemessen (Auszug aus dem Leitbild der Schule): „Die Eltern, vertreten durch ihre gewählten Vertreter, verstehen sich als Teil der Schule und unterstützen die Schulleitung und die Lehrer bei der umfassenden Förderung der Kinder. Wichtige Prinzipien für die Zusammenarbeit zwischen Eltern und Lehrern sind:

- Eltern und Lehrer gehen auf die besondere Situation sprachbehinderter Kinder ein und sind für die Förderung der Kinder gemeinsam verantwortlich. Auch bei unterschiedlicher Sichtweise von Lehrer und Eltern bleibt die bestmögliche Förderung des Kindes gemeinsames Ziel.
- Die Schule ist offen für die Mitarbeit durch die Eltern und bietet ihnen dazu Gestaltungsräume (z.B. in Klassenpflegschaft, Elternbeirat, Schulkonferenz, Förderverein), Informationen, Anleitung und Begleitung an.
- Die Eltern setzen sich im Rahmen ihrer Möglichkeiten dafür ein, die für eine pädagogisch sinnvolle Förderung der Kinder notwendigen personellen und finanziellen Ressourcen an der Schule zu erhalten und auszubauen."

An der Schule besteht ein Förderverein, der von Eltern organisiert ist und die schulische Arbeit inhaltlich, organisatorisch und finanziell unterstützt.

3. Was unsere Arbeit ausmacht

3.1 Überprüfungsverfahren zur Feststellung der Sonderschulbedürftigkeit

Schulen und Eltern selbst können Kinder zum Überprüfungsverfahren anmelden. Die Überprüfung wird von einem Sonderschullehrer durchgeführt, der vom Schulaufsichtsamt dazu die Beauftragung erhält. Folgende sechs „Bausteine" zur umfassenden Beschreibung der individuellen Ausgangslage des Kindes sind dabei zu berücksichtigen: 1. Sprachliche und kommunikative Kompetenz, 2. Kognitive Kompetenz, 3. medizinisch-diagnostische Aussagen, 4. Persönlichkeitsstruktur und Sozialverhalten, 5. Familiäre Situation und 6. Wahrnehmungsfähigkeit und lebenspraktische Fähigkeiten.

Zur Erfassung der Sprachbehinderung werden zusätzlich zu informellen Sprachaufgaben (freies Erzählen, Nacherzählen, Nachsprechen usw.) vollständige standardisierte Verfahren durchgeführt, z.B. Sprachentwicklungstest, Intelligenztestverfahren usw.. Grundsätzlich gehören zur Diagnose eine ausführliche Anamnese und Exploration, die vorliegende medizinische Erkenntnisse und Beobachtungen und Diagnosen von Eltern, Erzieherinnen und Lehrerinnen einbeziehen sowie eine Beschreibung des Allgemeinverhaltens und des Eindrucks vom jeweiligen Kind.

Eine Zusammenschau aller oben angeführten Bausteine im Sinne einer systemischen Betrachtungsweise ist bei der Personenkreisbeschreibung für jeden Einzelfall erforderlich. Unterschiedliche individuelle Ausprägung und Schwere der Störungsbilder in den Bereichen aller sechs Bausteine ist möglich. Bei Vorliegen einer Spracherwerbsstörung ergeben sich in deren Folge häufig auch Probleme im Schriftspracherwerb.

Ein schriftlicher Untersuchungsbericht soll die Entscheidungsgrundlage für die Feststellung des Förderbedarfs durch die Schulaufsichtsbehörde sein. Ausschlusskriterien sind fester Bestandteil des Untersuchungsberichtes, insbesondere bei Grenzfallkindern. Sie tragen dazu bei, die Personkreisbeschreibung präziser zu fassen, z.B. Ausschluss einer Lernbehinderung, einer Indikation für Erziehungshilfe. Große Unsicherheiten ergeben sich immer wieder bei Kindern mit Migrationshintergrund. (Die Probleme stellen sich nicht bei den klar sprachbehinderten Kindern, sondern bei Grenzfällen.)

3.2 Unterricht nach dem neuen Bildungsplan

Mit den neuen Bildungsplänen wird ein grundlegender Paradigmenwechsel in den verbindlichen Vorgaben für den Unterricht an unseren Schulen vollzogen: Während frühere Bildungsplange-

nerationen vorrangig auswiesen, was zu unterrichten ist, schreiben die neuen Bildungspläne vor, welche Kompetenzen Kinder und Jugendliche erwerben müssen. Hiermit wird ein Wechsel von einer Input- zu einer Outputsteuerung vollzogen. Die Etappen werden in den unterschiedlichen Schularten anhand von Bildungsstandards ausgewiesen. In der Schule für Sprachbehinderte hat der *Fächerverbund Mensch, Natur und Kultur* eine zentrale Stellung. Die Umwelt muss auch sprachlich erfahren und ausgedrückt werden. Die Stundentafel wird diesem Ziel gerecht, indem an der Sprachheilschule eine Stunde zusätzlich aufgenommen wird. Die Auswahl der Themen richtet sich nach der Lernumgebung und den individuellen Voraussetzungen der Kinder. Den sozialorientierten Themen kommt hierbei eine besondere Bedeutung zu.

Gesang, Sprache und Instrumentalspiel fördern besonders die sprachliche und psychomotorische Ausdrucksfähigkeit und dienen der Entwicklung der Gesamtpersönlichkeit. Bei sprachbehinderten Kindern ist sehr häufig auch eine motorische Einschränkung vorhanden. *Der Fächerverbund Bewegung, Spiel und Sport (BSS)* ist darum unverzichtbarer Bestandteil einer ganzheitlichen Bildung und Erziehung der Kinder. An der Sprachheilschule gehört in diesen Fächerverbund auch die rhythmisch-musikalische Erziehung. Sie basiert auf der Integration von Bewegung, Musik und Sprache und verfolgt eine ganzheitliche und grundlegende Förderung sprachbehinderter Schülerinnen und Schüler.

Sprachheilpädagogische Fördermaßnahmen (SHF) finden sowohl klassenintern als auch klassenübergreifend in Kleingruppen und/oder in Einzeltherapie statt, z.B. Stottergruppe, myofunktionelle Therapie (mundmotorisches Training), Psychomotorik usw. *Spiel-u. Übungsstunden (SÜB)* sind im Ganztagsschulbetrieb als zusätzliche, angeleitete Stunden vorgesehen. Sie ergänzen sowohl das unterrichtliche als auch das therapeutische Angebot und stellen einen entscheidenden Nachteilsausgleich für die sprachauffälligen Kinder dar.

Im *Englischunterricht* wird die Grundlage für das Erlernen von Fremdsprachen gelegt. Im Vordergrund der Klasse 1/2 wird primär Wert gelegt auf „Sprache verstehen" und „Sich verständlich machen"; dies geschieht überwiegend in spielerischer Form. Ab Klasse 3 kommt der schriftliche Bereich hinzu. Durch das Fach Englisch lernen auch sprachentwicklungsverzögerte Kinder bewusster mit Sprache umzugehen. Das Erlernen einer Fremdsprache bietet ihnen eine neue Chance für einen unverkrampften, unbelasteten Umgang mit Sprache.

3.3 Besondere Angebote

Themorientierte Projekte ergänzen den sprachtherapeutischen Unterricht an der Sprachheilschule, z. B. Chor, Tanz, Theaterspiel, Orff-Instrumenten-Gruppe, Zaubern, Computer, Reiten, Spiel und Sport, Tauchen.

Abb. 6: Projekt „Tauchen"

In jedem Jahr (Mitte Juli) findet ein *Schulfest statt.*

Das Schulhoffest bildete 2005 den Abschluss und den Höhepunkt des vorangegangenen Projektes „Kinder der Welt" an der Sprachheilschule. Elemente anderer Länder und Kulturen in eigene Gestaltungen einbeziehen, Medien herstellen, gestalten und Informationen aus ihnen entnehmen, Besonderheiten, Unterschiede und Gemeinsamkeiten vertrauter und fremder Länder und Kulturen selbst erfahren, waren die unterrichtlichen Schwerpunkte der letzten Wochen.

Abb. 7: Sommerfest

Am Beginn eines jeden Schuljahres werden die neuen Erstklässler in einer *Schulaufnahmefeier* von Schülern und Lehrern mit einer Theateraufführung der „ehemaligen" Erstklässler herzlich begrüßt. Im Rahmen außerunterrichtlicher Veranstaltungen sind weitere klassenbezogene Aktivitäten erwähnenswert. Alle ersten Klassen haben die Möglichkeit, bei der Aktion „Schule im Grünen" der Stadt Heilbronn teilzunehmen. In dieser Zeit findet der „Unterricht" am Stadtrand im Freien statt und soll den Kindern die Natur näher bringen. Am Ende der Klasse 2, 4 und 6 werden Schullandheimaufenthalte von bis zu einer Woche in Baden-Württemberg durchgeführt.

Abb. 8: Schulwoche im Grünen

3.4 Kooperation

Schüler, die in allgemein bildende Schulen ausgeschult werden, werden im Rahmen der Kooperation von der Gebrüder-Grimm-Schule nachbetreut, um den Übergang problemloser zu gestalten. Neben individuellen Fördermaßnahmen stehen systemische Beratungen der Grund- und Hauptschullehrer im Vordergrund.

4. Was wir uns vornehmen

Bei der Arbeit mit dem Bildungsplan sind wir z. Zt. dabei, das Kern- und das

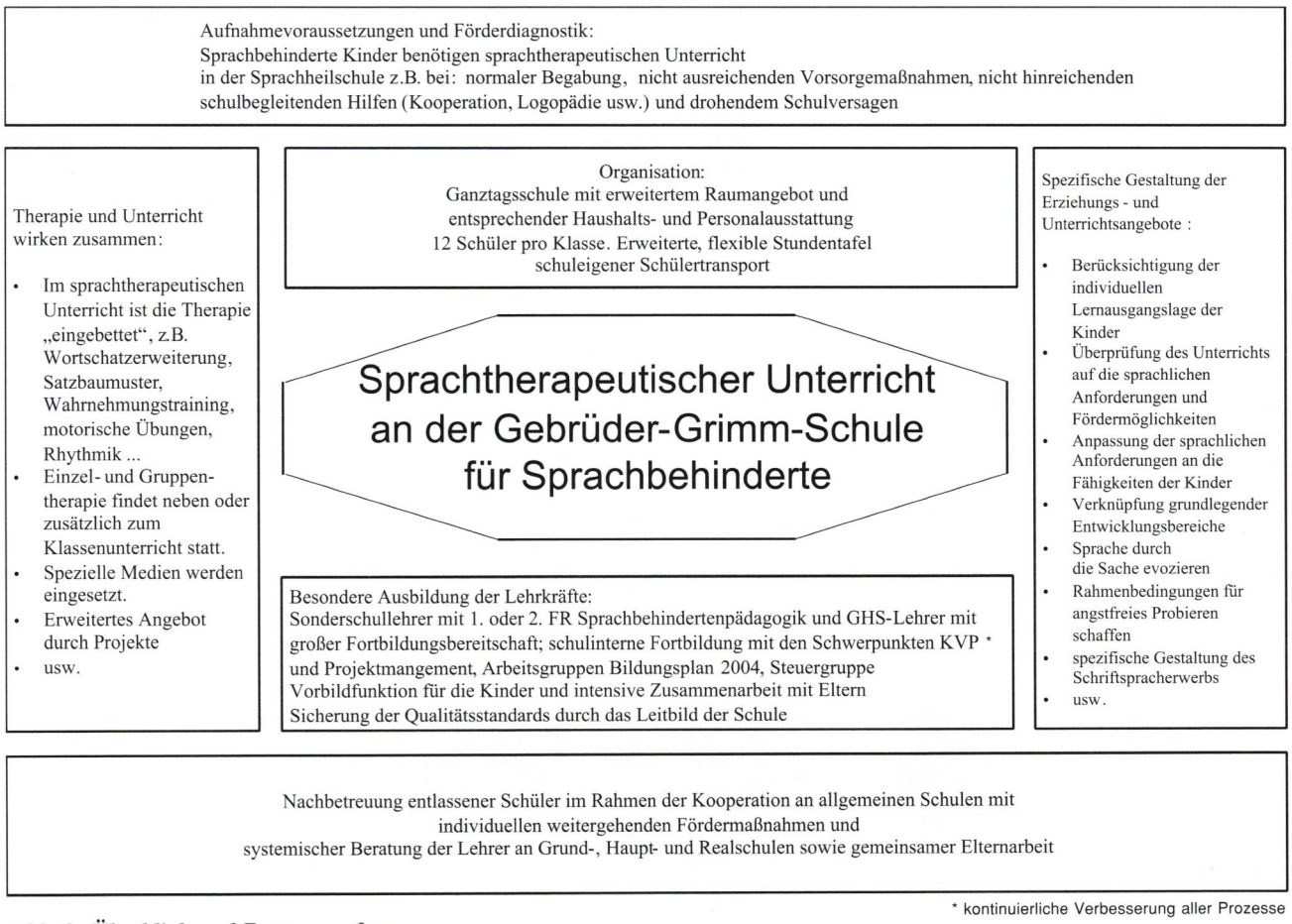


Abb. 9: Überblick und Zusammenfassung

Inhalte / Gruppe	Ziele
Fach Deutsch (Kl. 1-4)	Durchgehende Unterrichtsprinzipien (z.B. Grundwortschatz)
Selbständiges Lernen	Wie führe ich die Schüler vom Schuleintritt an zu selbständigem Lernen?
Bewegung, Spiel und Sport	Möglichkeiten fächerverbindenden Arbeitens mit Fächern/-verbünden, Möglichkeiten der Einbeziehung schulexterner Projekte (z.B. Kooperation mit Vereinen), Trendsportarten, Reiten, Tauchen usw.
Prinzipien des Unterrichts und Verzahnung von Fachgruppen	Erweiterung des Schulcurriculums um „Methodenlernen" (Lern- und Arbeitstechniken, elementare Gesprächs- und Kooperationsmethoden)
Elternarbeit	Eltern für die aktive Mitarbeit am Schulleben gewinnen; Unterstützung und Information der Eltern in therapeutischen und erzieherischen Fragen
Methoden	Erstellung eines Methodenkataloges zur Effektivierung der Unterrichtsarbeit von Klasse 1-6

Tab. 2: Geplante Arbeitsvorhaben

Schulcurriculum der Gebrüder-Grimm-Schule schärfer zu fassen. Das Kerncurriculum soll dabei die definierten Kompetenzen des Bildungsplanes auf der Grundlage des besonderen Bedarfs sprachbehinderter Kinder unter Berücksichtigung des sprachtherapeutischen Unterrichts aufnehmen. Das eigene Schulcurriculum der Gebrüder-Grimm-Schule berücksichtigt darüber hinaus die Besonderheiten unserer Schule als Sprachheilschule (Leitbild, Ganztagsschule, Elternarbeit, spezielle sprachtherapeutische Angebote, Förderverein, außerunterrichtliche Veranstaltungen, Schulfeste usw.).

Große Sorgen bereitet uns die zunehmende Anzahl von Schülern mit Sprachauffälligkeiten und den daraus resultierendem Förderbedürfnissen. Die Gebrüder-Grimm-Schule hat in den letzten Jahren eine sehr hohe Akzeptanz bei der Bevölkerung erreicht, doch eine befriedigende Versorgung der Kinder kann wegen der Ressourcenbeschränkung, die das Land Baden-Württemberg hinsichtlich des Sprachheilschulwesens verfolgt, nicht alleine durch die Sprachheilschule erfolgen. Eine noch stärkere Zusammenarbeit mit allen Kooperationspartnern ist deshalb erforderlich und wird von uns intensiv verfolgt. Darüber hinaus versuchen wir durch interne, schulorganisatorische Umstrukturierungen dem steigenden Bedarf möglichst gerecht zu werden. Dazu gehören z.B. verstärkte Früherfassung von Kindern im Einschulungsalter, um die Zahl der „Quereinsteiger" (Schüler der Klassenstufe 2 – 4) deutlich zu reduzieren. Auch an nur eine Kombinationsklasse im Hauptschulbereich ist gedacht (statt wie bisher je eine Klasse 5 und 6).

Anschrift des Verfassers:

Peter Arnoldy
Sonderschulrektor
Hundsbergstr. 48
74076 Heilbronn

Anzeige

Lernprogramme www.etverlag.de Eugen Traeger Verlag
Hoher Esch 52 49504 Lotte Tel/Fax: 05404 -71858

Hilfe bei Legasthenie

UniWort Große Hilfe beim Schreiben lernen, mit Blitzwort, Fehlbuchstabe, Abschreiben, Greifspiel, Hören und Schreiben usw. erweiterbar. 49,90 €

das Auto
das Aut_

Hören-Sehen-Schreiben
Alle wichtigen Funktionen: Lesen, Schreiben, Hören, auditives Zuordnen, Erinnern, auch für die Aphasietherapie. 49,90 €

die Hummel
das Rehkitz
der Dachs
der Affe
der Papagei
die Maus

Wortbaustelle
zur Bearbeitung von Silben, Signalgruppen, Morphemen, erweiterbar. 47,00 €

der Ankleideraum
der An-klei-

Gedächtnisdiktat und Bilderdiktat
Texte erinnern und eingeben, trainiert das Erinnerungsvermögen. 49,90 €
Bilderdiktat als Wort- und Satzdiktat mit Bildern aus Alltagssituationen für die Aphasietherapie.

Wahrnehmung
Visuelle Wahrnehmungsdifferenzierung, visuelles u. auditives Gedächtnis- und Reaktionstraining, Hörtest, Puzzles... 51,- €

1. Verbinden
2. Vergleichen
3. Auswählen
4. Puzzle
5. Geisterjagd
6. Reaktionstraining
7. Gleiche Reihen
8. Vervollständigen
9. Bild suchen
0. Erinnern

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

Hilfen zum Lesen lernen

Lesen + Schreiben lernen
Von Konsonant-Vokal-Verbindungen bis zu ganzen Sätzen, inkl. Gleitzeile, erweiterbar, für den Förderunterricht. 47,- €

men räu auf
Setze die Silben richtig zusammen!
auf_

Elektroblinker 49,90 €
Kreative Leseanlässe, Zuordnungsspiele: Text zu Text, - zu Bild, - zu Sprache, fördert das Sprachverständnis.

Das Kaninchen trinkt Milch.
Das Kaninchen sucht ein Osterei.
Das Kaninchen trinkt Wasser.
Das Kaninchen weint.

dgs – Aktuelles, Informationen, Nachrichten

Fortbildungsangebote der dgs-Landesgruppen

LG Berlin

Fr. 21. bis So. 23. Oktober 05, Wochenend-Workshop im Wannsee-Forum, Hohenzollernstr. 14, 14109 Berlin
Dr. *Kwiatkowsky*, Seminar und Übungen: **„Gut bei Stimme" - die Feldenkraismethode im stimmlichen Alltag.**
Infos und Anmeldung unter helmut.beek@addcom.de

LG Brandenburg

Sa. 04. November 2005, 10 – 18 Uhr, 3. Brandenburger Sprachheiltag im Oberstufenzentrum I, Sielower Str. 10, 03046 Cottbus
Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten – ein unvermeidliches Phänomen?

- Wissenschaft im Widerstreit mit praktischen Konsequenzen – eine Bestandsaufnahme (Dr. K. *Röhner-Münch)*
- Erfassen von Leseaufgaben mit Hilfe von Knuspels Leseaufgaben (Prof. Dr. H. *Marx)*
- Richtiges und falsches Üben (Dr. K. *Röhner-Münch)*
- Lernprozessbeobachtungen beim Schriftspracherwerb von Schülerinnen am Schulanfang und Konsequenzen für die Förderung (Jutta *Schwenke)*
- Richtig schreiben lernen – Schritt für Schritt. Einführung in das Konzept der Rechtschreibwerkstatt von Norbert Sommer-Stumpenhorst (Claudia *Rother)*
- Schreiben- und Lesenlernen leicht gemacht – durch gezielte Vorbereitung im Kindergarten (Dr. E. *Seemann)*
- Förderung von Schülern mit LRS in der Sekundarstufe (Maren *Bullerjahn)*

Info. und Tagesprogramm unter www.dgs-ev.de /brandenburg, Anmeldung unter Tel./Fax: 0355-23020 oder m-s.dallmeier@t-online.de

LG Hamburg

Sa. 26. November 2005, 9 – 16.30 Uhr, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistraße, Erikahaus
Interdisziplinäres Symposion: Frühe Diagnostik und Therapie bei Sprachentwicklungsstörungen mit den Referenten Prof. Fox, Prof. Dr. *Rothweiler*, Dr. *Kothe*, PD Dr. *Schade*, A. *Breitfuß*, I. *Groos*, D. *Möller*, C. *Lutz*, S. *Reif*, J. *Siegmüller*, M. *Spreen-Rauscher*; Leitung: Prof. Dr. M. M. *Hess*, Direktor der Poliklinik für Hör-, Stimm- und Sprachheilkunde
Teilnahmegebühr 90 €
Anmeldung bis 26. 10. 05 unter Tel.: 040-42803-2865 Fax: 40-42803-6814

LG Mecklenburg-Vorpommern

Sa. 05. November 2005, 9 - 15 Uhr, Sprachheilpädagogisches Förderzentrum Schule, Am Alten Markt, 18055 Rostock
6. Sprachheilpädagogischer Tag: **Frühe sprachliche Förderung im Kontext eines komplexen Störungsbildes und der sich verändernden Rahmenbedingungen.**

- Wortbedeutungserwerb in der kindlichen Sprachentwicklung (Brigitte *Schulz)*
- Spracherwerb im ganzheitlichen Prozess der Frühförderung von 0- 6 (Urte *Brenmöhl)*
- Die Förderung metaphonologischer Fähigkeiten mit Hilfe des Würzburger Trainingsprogramms (Kathrin *Mahlau)*
- Frühförderung: Bewegung und Sprache (Barbara *Holzapfel)*
- Dyskalkulie und Sprache (Frau Dr. *Lorenz)*
- Probleme mit dem Problemlösen? (Frau Dr. *Haubold)*
- Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen AVWS (Barbara *Stoll)*
- Häufigkeit von Zahn- und Kieferstellungsanomalien bei Kindern mit Sprachbehinderung (Frau *Voß)*
- Hilf mir, es selbst zu tun! Montessori-Pädagogik als Begleitung zum Selbsttätigsein ... im Rahmen von Schule (Andrea *Hentzschel)*

Das genaue Programm unter: www.dgs-ev.de/mecklenburg-vorpommern
Anmeldung: dgsmv-diehl@mitteninrostock.de

LG Westfalen-Lippe

Sa. 29. Oktober 2005, **5. „Tag der Sprachheilpädagogik" – genaue Info siehe unten**

Fr. 11. bis Sa. 12. November 2005 in Hamm
Dr. Patricia *Sandrieser*: **Mini-KIDS, Direkte Therapie mit stotternden Kindern.**

ACHTUNG: Die Veranstaltungen finden nicht mehr im Congress Center, sondern künftig alle **im Kurhaus Bad Hamm,** Ostenallee 87, 59071 Hamm, statt.
Genauere Information und Anmeldung unter www.dgs-doppelpunkt.de

Tag der Sprachheilpädagogik

„Sprache und Entwicklung: Diagnostik als Prozess"

Das Fortbildungsinstitut der dgs-Landesgruppe Westfalen-Lippe e.V. lädt am Samstag, dem 29. Oktober 2005, zum inzwischen 5. „Tag der Sprachheilpädagogik" ein. In diesem Jahr richtet sich der Focus auf aktuelle Fragestellungen auf dem Gebiet „sprachheil"-pädagogischer und -therapeutischer Diagnostik.

Im Rahmen von Fachvorträgen und Praxisseminaren (in Verbindung mit einem Medienmarkt) laden folgende Themen zur Information, Vertiefung und interdisziplinären Diskussion ein:

- Zu den Illusionen einer (Förder-) Diagnostik (Prof. Dr. Jörg *Schlee)*

- Warum „will" ein Säugling sprechen lernen? Theorien zur neurolinguistischen Entwicklung im frühen Kindesalter bei gesunden und bei gehörlos geborenen Kindern (PD Dr. med. Petra *Zeitler*)
- Früherkennung von Sprachentwicklungsstörungen (Steffi *Sachse*)
- Stimmentwicklung und Stimmstörungen (Prof. Dr. Dr. med. Tamás *Hacki*)
- Diagnostik und Evaluation in der Aphasietherapie (Prof. Dr. Kerstin *Bilda*)
- Lemo – Einzelfalldiagnostik bei Aphasie, Dyslexie und Dysgraphie (Bente *von der Heide*)
- Früherkennung und Prävention von Legasthenie (Inge *Palme*)
- Gesprächsbasierte Kommunikationsdiagnostik bei neurologischen Patienten (Dr. Matthias *Moriz*)
- Entwicklungsorientierte Diagnostik als Grundlage einer entwicklungsorientierten Sprachförderung in Therapie und Unterricht (Dr. habil. Ulrich *von Knebel*)
- Die normale und auffällige Sprachentwicklung im Vorschulalter. Chancen der Früherkennung und Fördermöglichkeiten (Dr. Christian *Trumpp*)
- Förderdiagnostik konkret- Unterrichtssequenzen zur Beobachtung und Analyse sozial-kommunikativer Verhaltensweisen (Gabriele *Frontzek*, Susanne *Freisen*, Monika *Pfeiffer*)
- Aspekte der Diagnose, Therapie und Förderung bei Kindern mit Auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen (Werner *Behrens*, Manfred *Flöther*)
- Sprachdiagnostik für deutsche und mehrsprachige Kinder (Barbara *Cárdenas*)

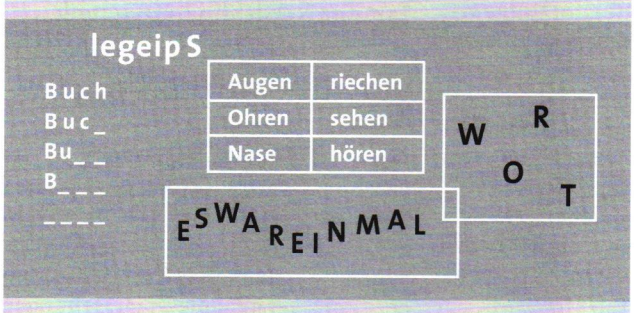
Ausführliche Veranstaltungsinformationen sind zu beziehen über die

„doppelpunkt"- Geschäftsstelle Hamm
c/o Gabriele *Frontzek*
Prof.-Haindorf-Straße 17
59063 Hamm
Tel.: 02381-598954
Fax.: 02381-598955
E-Mail: info@dgs-doppelpunkt.de

Das vollständige Programm incl. Möglichkeit zur Online-Anmeldung findet sich auch unter der Rubrik „TdS 2005" auf der Homepage des Fortbildungsinstitutes unter der Adresse www.dgs-doppelpunkt.de.

Anzeigen

www.ZARB.de
Ein ideales Hilfsmittel für die Logopädie
ZARB erstellt Übungen zu Textverständnis und -reproduktion, zu Phonologie, zu Syntax/Morphologie oder auch Wortfindung.



In Microsoft Word integriert stellt die Software über 50 Funktionen zur Verfügung: Rätsel, Wortformen- und Zuordnungsübungen, Geheimschriften, Lücken- und Umstellübungen entstehen aus beliebigen Texten ganz einfach per Mausklick.

hans zybura software
Waldquellenweg 52 • 33649 Bielefeld
Fon 0521.9 45 72 90 • Fax 0521.9 45 72 92
info@zarb.de • www.zarb.de

Auditive Wahrnehmungsförderung:
Musik und Sprache verbinden

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

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

AUDIVA Hören und Bewegen

Seminare 2005
Stein (bei Nürnberg) • Kandern • Hannover • Königstein (b. Frankfurt)
2006: Torgau • Meißen • Tutzing

Tipp: • neue Musik-CDs optimal zusammengestellt
• Verleihprogramm
Neu: DichoTrainer sprechendes Sprachtrainingsgerät mit großem Silben- und Wortvorrat. Ermöglicht dichotisches Hörtraining in guter Qualität.

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

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

Anzeigenschluss für Heft 6/2005 ist der 3. November

dbs – Beruf und Politik im Verband

Liebe Leserin, lieber Leser,

wie berichtet, ist der *dbs* vor einiger Zeit Mitglied in der Deutschen Liga für das Kind geworden und es ergaben sich bereits Gelegenheiten für eine Kooperation – Grund genug, Ihnen die Liga mit ihrem Anliegen und interessanten Informationsangebot einmal ausführlicher vorzustellen.
Rot anzustreichen bitten wir Sie den Termin im Januar 2006 für das VII. wissenschaftliche Symposium des dbs. Und auch die Fortbildungen – so finden wir – verdienen wieder Ihre Aufmerksamkeit. Viel Spaß beim Lesen!

Ihre Ulrike de Langen-Müller

Kontakt: Dr. phil. U. *de Langen-Müller,*
Mozartstr. 16, 94032 Passau
Tel.:/Fax: 0851-9346361 / 9666974
e-mail: delangen-mueller@dbs-ev.de

Nachbarschaften

„Kinder haben eine Lobby" Die Deutsche Liga für das Kind

Die Deutsche Liga für das Kind ist ein bundesweit tätiges Netzwerk zahlreicher Verbände und Organisationen aus dem Bereich der frühen Kindheit (0-6 Jahre). Zu den mehr als 250 Mitgliedsorganisationen des 1977 gegründeten, gemeinnützigen Verbandes gehören wissenschaftliche Gesellschaften, kinderärztliche und -psychologische Vereinigungen, Familien- und Jugendhilfeverbände und zahlreiche Service-Clubs. Ziel der Liga ist es, die seelische Gesundheit von Kindern zu fördern und ihre Rechte und Entwicklungschancen in allen Lebensbereichen zu verbessern. Unter dem Motto „Kinder haben eine Lobby – die Deutsche Liga für das Kind" setzt sich der Verband im politischen Raum für die Bedürfnisse und Rechte von Kindern ein und nimmt auf gesetzgeberische Maßnahmen aktiv Einfluss.

In der Deutschen Liga für das Kind arbeiten Fachleute aus den Bereichen Gesundheit, Erziehung, Sozialwissenschaften und Recht zusammen und ermöglichen einen intensiven Kontakt zu Wissenschaft, Praxis und Politik. Dabei stehen folgende Aufgabenbereiche im Mittelpunkt:

Kinder brauchen starke Eltern

Die Elternverantwortung zu stärken, bedeutet nicht nur, öffentlich auf die unverzichtbare Rolle der Eltern hinzuweisen, sondern auch, Eltern selbst Aufklärung und Unterstützung anzubieten.

Kinder brauchen Schutz und Förderung

Kinder haben ein Recht auf die Förderung ihrer natürlichen Begabungen. Das gilt nicht nur für den rechtlichen Schutz, sondern auch für familienergänzende, wenn nötig familienersetzende Angebote für Kinder.

Kinder brauchen Beteiligung

Schon von Geburt an muss die eigenständige Persönlichkeit des Kindes sowohl im rechtlichen als auch im psychologischen Sinne Anerkennung finden. Hierzu gehört auch, die Interessen von Kindern und Familien im politischen Raum zu stärken.

Kinder brauchen materielle Gerechtigkeit

Die Entscheidung für ein Kind gehört heute zu den größten Armutsrisiken. Der Beitrag, den die Erziehung von Kindern in der gesellschaftlichen Gesamtrechnung leistet, wird in unserem Steuer- und Rentensystem in einer nicht länger hinzunehmenden Weise unterbewertet. Eine Korrektur dieses Missstandes ist überfällig.

Kinder brauchen bessere Lebensbedingungen

Beim Wohnungsbau, der Stadt- und Regionalplanung und in allen anderen Feldern, die zur Lebensqualität von Familien beitragen, müssen Bedingungen geschaffen werden, die ein Leben mit Kindern erstrebenswert machen. Dies gilt auch für die Arbeitsplatz- und Arbeitszeitgestaltung der Eltern.

Die Deutsche Liga für das Kind beobachtet aufmerksam alle wichtigen Entwicklungen innerhalb und außerhalb der Familie. Sie folgt einem für Wandlungen offenen, am Wohl des Kindes orientierten Familienbild. Die Liga hebt die von Familien erbrachten Leistungen ins öffentliche Bewusstsein und vertritt die Interessen und Rechte von Kindern und Familien im politischen Verteilungskampf. Als Sachverständige wird sie von politischen Entscheidungsträgern angehört und ist unter anderem Mitglied in der „National Coalition" für die Umsetzung der UN-Kinderrechtskonvention und der „World Association For Infant Mental Health" (WAIMH).

Zu den Erfolgen, an denen die Liga Anteil hat, gehören die Einführung von Erziehungsgeld und Elternzeit, die rentenrechtliche Berücksichtigung von Erziehungszeiten, zahlreiche Reformen des Kindschaftsrechts und des Kinder- und Jugendhilfegesetzes zum Nutzen von Kindern und Familien und die Umsetzung der UN-Kinderrechtskonvention in Deutschland.

Die Liga wird von einem interdisziplinär zusammengesetzten Vorstand geführt, in dem namhafte Kinderärzte, Psychologen, Pädagogen, Familiensoziologen und Juristen vertreten sind. Amtierender Präsident ist Prof. Dr. Franz *Resch*, Ordinarius für Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Universität Heidelberg. Vorsitzende des Kuratoriums ist Dr. Lore Maria *Peschel-Gutzeit*, Justizsenatorin a.D. in Hamburg und Berlin. Die Geschäftsstelle mit Sitz in Berlin wird von dem Geschäftsführer Dr. Jörg *Maywald* geleitet. Zu den aktuellen Leistungen und Vorhaben der Liga gehören:

Faltblatt „Ein guter Start ins Leben"

Bundesweite Verteilung des Faltblatts „Ein guter Start ins Leben" (jährliche Auflage 500.000 Exemplare) an Mütter auf Entbindungsstationen.

Info-Pakete

Versand von Info-Paketen (gegen Kostenbeteiligung) an Eltern „Rund um die Geburt und das erste Lebensjahr" mit Informationen u.a. über staatliche Leistungen für Eltern, Entwicklungs-, Gesundheits- und Impfkalender, Hinweisen zum Stillen, Elternbriefe zum ersten Lebensjahr, Informationen zur gewaltfreien Erziehung und zur Verhütung von Unfällen, Adressenliste und Probeexemplar der Zeitschrift *frühe Kindheit*.

Film „Kinder sind unschlagbar!"

Bundesweiter Vertrieb in Kindergärten, Schulen und Ausbildungsstätten des Films „Kinder sind unschlagbar! Keine Gewalt in der Erziehung" zum Recht von Kindern auf gewaltfreie Erziehung.

Empfehlungsliste „Filme zur frühen Kindheit"

Vertrieb einer Empfehlungsliste mit rund 60 Filmen zu den Themen Geburt und Geburtsvorbereitung, Stillen und Ernährung, Entwicklung, besondere Belastungssituation, Tagesbetreuung und Bildung sowie Kinderrechte; einige Filme sind über die Geschäftsstelle ausleihbar.

Zeitschrift *frühe Kindheit*

Sechs Ausgaben 2005: Sprachentwicklung und Sprachstörungen (1/05); Wohnen mit Kindern (2/05); Umgang bei Trennung und Scheidung (3/05); Kinder und Musik (4/05); Beteiligung von Kindern an Entscheidungen (5/05); Kinder im erweiterten Europa (Dokumentation der Jahrestagung 2005) (6/05).

Elektronischer Newsletter

Wöchentliche Herausgabe eines elektronischen Newsletters mit aktuellen Informationen rund um das Thema Kind-Familie-Gesellschaft; Anmeldung über die Liga-Website möglich (www.liga-kind.de).

Kindergarten *plus*

Entwicklung und Umsetzung eines Programms gemeinsam mit den deutschen Lions Clubs zur Stärkung der Persönlichkeit und zur Förderung der sozialen und emotionalen Kompetenzen von Kindern im Kindergarten; Informationen unter www.kindergarten plus.de.

Film „Über die Ausbildung emotionaler Intelligenz"

Produktion und Vertrieb eines Dokumentarfilms zur Bedeutung der Entwicklung und Förderung emotionaler und sozialer Kompetenzen in der frühen Kindheit.

National Coalition

Vertretung der Liga in der National Coalition für die Umsetzung der UN-Kinderrechtskonvention in Deutschland (Wahrnehmung der Rolle des Sprechers durch den Geschäftsführer).

Internet-Präsenz der Liga

Pflege des Internet-Auftritts der Liga (Informationen für Eltern und Fachleute) www.liga-kind.de.

Informationen zum Stillen im Internet

Bereitstellung von Informationen zum Stillen im Internet unter www.stillen-info.de (in Kooperation mit der Nationalen Stillkommission).

Politikberatung

Stellungnahme zu Gesetzentwürfen der Bundesregierung, soweit diese Bezug zu Kindern und Familien haben; Mitarbeit im Bundesforum Familie.

Zu dem Thema „Kinder im erweiterten Europa" findet am 28./29.10.2005 in Frankfurt (Oder) die diesjährige wissenschaftliche Jahrestagung der Liga statt. Ziel der Tagung ist es, das Wissen um die Situation von Kindern in Europa zu vertiefen, Problembereiche zu erkennen, Möglichkeiten der länderübergreifenden Zusammenarbeit zu erörtern und politische Initiativen auf europäischer Ebene anzuregen. Dabei werden Fragen der Bildung, (seelischen) Gesundheit, Sicherung des Lebensunterhalts und des Gewaltschutzes behandelt. Wichtige Bezugspunkte sind die UN-Kinderrechtskonvention und die in der EU-Grundrechtecharta aufgenommenen Kinderrechte. Im Zentrum der Aufmerksamkeit steht die Situation der Kinder in den neuen EU-Mitgliedsstaaten. (s.a. Hinweis in der Sprachheilarbeit 4/05)

Deutsche Liga für das Kind
Chausseestr. 17, 10115 Berlin
Tel.: 030 – 28 59 99 70, Fax: 030 – 28 59 99 71

E-Mail: post@liga-kind.de
www.liga-kind.de

„Aphasietherapie zeigt Wirkung"
VII. wissenschaftliches Symposium des *dbs* in Potsdam

Am 20. und 21. Januar 2006 findet vor der alljährlichen Mitgliederversammlung das VII. Symposium des *dbs* zum Thema „Aphasietherapie zeigt Wirkung" statt. Als Tagungsort wurde das Auditorium Maximum in den historischen Gebäuden am Neuen Palais unmittelbar am Park Sanssouci ausgewählt. Die Tagung wendet sich vorrangig an klinisch tätige Sprachtherapeuten und will aktuelle Themen auf dem Gebiet der Aphasietherapie und deren Evaluation aufgreifen. Ein besonderes Anliegen ist dabei, eine Brücke zwischen Forschung und Praxis zu schlagen. Das Programm enthält daher neben Vorträgen zur Aphasie,

Aphasiediagnostik und Evaluation auch exemplarische Therapiestudien, die dem praktisch tätigen Therapeuten Wege in eine evidenzbasierte therapeutische Intervention aufzeigen sollen.
Das wissenschaftliche Programm wird im kommenden Jahr vom Verband für Patholinguistik (vpl) gestaltet.

Jenny Postler

dbs-Fortbildungen

Objektive und subjektive Stimmdiagnostik und ihre Relevanz für die Therapie von Stimmstörungen

Im Rahmen der Weiterbildung am 02. und 03.12.2005 in Greifswald werden die für eine umfassende und aussagekräftige Stimmdiagnostik notwendigen Untersuchungsmethoden vorgestellt. Die Stimme wird aus verschiedenen Blickwinkeln - auditiv, objektiv und subjektiv - betrachtet. Referentin ist Frau Dr. Susanne *Voigt-Zimmermann,* Universität Heidelberg.

Die Teilnehmer erlernen die subjektiv-auditive Beurteilung durch das RBH-System. Weiterhin wird ein objektives Untersuchungsverfahren, die Bestimmung des Dysphonie Schweregrad Index (DSI), vorgestellt. Dabei wird gleichzeitig auf das Stimmfeld Bezug genommen. Die eigene subjektive Beurteilung des Patienten wird mit dem Voice Handicap Index (VHI) erfasst.

Die Teilnehmer erfahren theoretische Hintergründe zu den verschiedenen Untersuchungen und trainieren anhand von praktischen Beispielen die Anwendung der Methoden. Auch die Stroboskopie und die klinische Befunderhebung werden als Baustein zur Weiterbildung gehören.

Darüber hinaus werden aktuelle Studien und Forschungsergebnisse bezüglich der Relevanz und Anwendbarkeit der Verfahren in der Praxis dargestellt.

Auch im Dezember haben die Ostsee und die Hansestadt Greifswald ihre Reize: Hafen, Fisch vom Feinsten, das Pommersche Landesmuseum, der Markt, der Greifswalder Dom. Das alles sind Gründe, nicht nur wegen der anspruchsvollen Weiterbildung in den Norden der Republik zu fahren. (Entfernungen mit Auto und Bahn: Stralsund 30 Min., Rostock 1 Std. und Usedom ca. 45 Min.).

Jetzt *dbs*-Fortbildungsprogramm 2006 bestellen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

im Oktober erscheint das dbs-Fortbildungsprogramm für das Jahr 2006. Darin finden Sie unter anderem Seminare zu folgenden Themen:

- Aktuelle Verfahren der Früherkennung und Frühförderung bei Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen, Down-Syndrom, LKGS-Fehlbildungen, Hörstörungen/CI-Versorgung
- Neuropädiatrie
- HNO- und phoniatrische Diagnoseverfahren
- Dysphagietherapie bei Kindern und Erwachsenen, PNF, FOTT
- Aktuelle Verfahren der Aphasie-, Dysarthrie- und Apraxietherapie
- Spezifische Methoden der Stimmdiagnostik und -therapie bei Kindern und Erwachsenen sowie der Singstimm-Therapie
- Aktuelle Verfahren der Stotter- und Poltertherapie, Intensivtherapie bei stotternden Jugendlichen
- Fortgeschrittenen- bzw. Aufbau-Seminare zu allen Störungsbildern

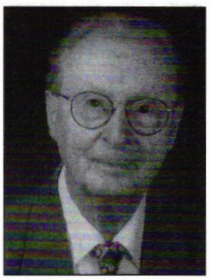
dbs-Mitglieder erhalten das Programm per Post. Alle anderen finden es auf der *dbs*-Homepage oder können es in der *dbs*-Geschäftsstelle anfordern. Anmeldungen können mit dem im Heft abgedruckten Anmeldeformular erfolgen oder online von der Fortbildungsseite aus.

Viel Spaß im neuen Fortbildungsjahr,

Claudia Iven

Immer erreichbar:
www.dbs-ev.de

Persönliches



Nachruf für Otto-Friedrich *von Beneckendorff und von Hindenburg*

Die Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik trauern um ihr Ehrenmitglied Otto-Friedrich *von Beneckendorff* und *von Hindenburg*.
Herr *von Hindenburg* wurde am 27. Februar 1913 in Frankenberg in Hessen geboren.
Er verstarb am 16. Juli 2005 in Hannover.
Seine pädagogische Laufbahn begann er 1946 in Hannover mit der Ausbildung zum Sprecherzieher. Ein Studium an der Pädagogischen Hochschule Hannover folgte, das er als Sprachheillehrer abschloss.
Von 1952 bis 1976 war er Lehrer an der Sprachheilschule in Hannover und wirkte dort seit 1970 als Konrektor. Berufsbegleitend absolvierte er eine Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.
Mit seinem Wissen und seiner Kreativität veränderte er die Arbeit in der Sprachheilschule.
Er verstand es, seine Kolleginnen und Kollegen zu begeistern. Er hatte schon früh erkannt, dass sprachliche Förderung im Vorschulalter beginnen muss. So richtete er schon 1959 Gruppen für Kinder im Vorschulalter ein. Aufgrund der guten Erfolge dieser Arbeit wurde 1973 in Hannover eine heilpädagogische Kindertagesstätte für sprach- und hörgeschädigte Vorschulkinder eingerichtet, die er als Psychotherapeut betreute. In dieser Einrichtung wurden

auch Integrationsmodelle erfolgreich erprobt.
Otto Friedrich *von Hindenburg* trat 1957 in die Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik ein. Er zählte zu den Gründungsmitgliedern der Landesgruppe Niedersachsen und gehörte über 25 Jahre dem Landesvorstand an, davon 10 Jahre als 1. Vorsitzender. Die Entwicklung des Sprachheilwesens in Niedersachsen ist entscheidend von der Landesgruppe und ihrem Vorstand mitgetragen worden. Herr *von Hindenburg* hat daran wesentlichen Anteil.

Die Weiterentwicklung des Berufsbildes des Sprachheilpädagogen, das er nicht auf den Sprachheillehrer im Schuldienst beschränkt sehen wollte, lag ihm am Herzen. Er forderte eine Arbeitsgemeinschaft im Hauptvorstand, die sich mit dem Berufsfragen befassen sollte.

Als dieser Ausschuss auf der Delegiertenversammlung 1980 in Saarbrücken beschlossen wurde, übernahm er die organisatorische Leitung. Dieser Ausschuss leistete wichtige Vorarbeiten, die später zur Gründung der Arbeitsgemeinschaft der Freiberuflichen und Angestellten Sprachheilpädagogen (AGFAS) als Vorläufer des Berufsverbandes dbs führte.

Das gesamte Lebenswerk von Herrn *von Hindenburg* wurde auch von staatlichen Stellen gewürdigt. 1979 wurde ihm das Verdienstkreuz am Bande des Landes Niedersachsen verliehen. Zwanzig Jahre später überreichte ihm Bundespräsident Roman *Herzog* das Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland.

In den Begründungen für die Auszeichnungen wurde auch die ehrenamtliche Tätigkeit in den verschiedenen Funktionen in der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik gewürdigt.
Der Verstorbene war uns Kollege und Freund, wir werden ihn in ehrenvoller Erinnerung behalten. Unser Mitgefühl gilt seiner verehrten Gattin und der Familie.

Der Geschäftsführende Vorstand
(i.A. Wolfgang Scheuermann)

Termine

Jahrestagung des Landesverbandes Bayern für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V.

Spätestens seit der Diskussion um die Wachkomapatientin Teffi *Schiavo* ist auch der breiten Öffentlichkeit klar, dass Sondenernährung das Überleben vieler schwerstbehinderter Menschen sichert. Aber wie sieht die Situation in Sachen Sondenernährung bei uns aus? Ein Drittel aller künstlich ernährten Menschen bekommen, laut einer Studie aus Sachsen-Anhalt, zu wenig Kalorien. Auch die Debatte, ob Sondennahrung als reguläre Leistung der Krankenkassen gestrichen werden soll, ist noch nicht beendet. Das beunruhigt viele Menschen mit Behinderungen, die sich nicht anders ernähren können.

Leben pur – Ernährung

Was bedeutet Ernährung für Menschen mit schwersten Behinderungen und Lebenseinschränkungen?

Unsere Tagung *Leben pur* **am 28./29. Oktober 2005** in Wartaweil bei Herrsching am Ammersee steht unter diesen aktuellen Vorzeichen! Aber nicht nur – denn das Thema Ernährung bedeutet für Menschen mit schwersten Behinderungen mehr als das Pro und Contra von künstlicher Ernährung: Essen ist Kulturhandlung, wichtige soziale Interaktion und auch eine Bildungssituation. Essen ist für Menschen mit Schluckproblemen oft eine langwierige Tortur. Und zum Essen gehören Verdauung und Ausscheidung, zwei Tabuthemen, die bei dieser Tagung nicht ausgeklammert bleiben. Die Besonderheit: Medizin, Ernährungswissenschaft und Pädagogik kommen bei unserer Tagung miteinander ins Gespräch. Sowohl Referenten als auch Teilnehmende entstammen den verschiedensten Bereichen.

Kontakt: Tel.: 089/3574 81 - 18 oder
E-Mail: maier@forumwartaweil.de

Schwerpunkte in der medizinischen und therapeutischen Rehabilitation von Kindern mit Lippen-Kiefer-Gaumensegel-Spalten

Donnerstag, 10. November 2005, 10-17 Uhr

Referentin: Dr. Ulrike *Wohlleben* Logopädin, Klinische Linguistin, Castillo Morales-Lehrtherapeutin. Teilnehmer-Gebühr 50,- Euro / schriftliche Anmeldung erforderlich

Stottern – interdisziplinär betrachtet

Donnerstag, 8. und Freitag, 9. Dezember 2005, jeweils 10-17 Uhr

Referentinnen: Marianne *Gutmann*, Logopädin und Christina *Wasshuber*, Diplom-Psychologin; Teilnehmer-Gebühr 100,- Euro. Schriftliche Anmeldung erforderlich.

Beide Fortbildungen finden statt im Fortbildungsraum der Arbeitsstelle Frühförderung Bayern, Medizinische Abteilung, in 80335 München, Seidlstr. 4, Tel. 089 - 54 58 98 -30, Fax 089 - 54 58 98 -39

Weitere Informationen finden Sie unter www. fruehfoerderung-bayern. de

Vorankündigung 5. November im Landesbildungszentrum für Hörgeschädigte Osnabrück

Landestagung 2005 des BDH Niedersachsen

„Veränderte Anforderungen in der Hörgeschädigtenpädagogik"
– in Ausbildung und Schule –

Referenten:
- Frau Prof. Dr. Ursula *Horsch*, Heidelberg
- Herr Dr. Peter *Wachtel*, Hannover
- 4 Arbeitsgruppen zu aktuellen Themen

Nähere Informationen:
BDH-Landesverband Niedersachsen
j.harke@t-online.de
U_ROEH@gmx.de

Erste gemeinsame Fortbildung von dgs und vds

Es war ein viel versprechender Auftakt. Zu einer gemeinsamen Fortbildungsveranstaltung hatten erstmals die dgs und der vds im Saarland eingeladen. Referentin war Inge *Holler-Zittlau*, die hessische vds-Landesvorsitzende, langjähriges dgs-Mitglied und nicht zuletzt auch überregional bekannte Dozentin an der Universität Gießen. Sie war zuletzt auch Referentin auf dem Sprachheilkongress in Heidelberg.
Die Fortbildungsveranstaltung in der Staatl. Schule für Sprachbehinderte in Sulzbach-Neuweiler war der Beginn einer Zusammenarbeit, die sich weiterpflanzen soll. Frank *Kuphal* als Vorsitzender der dgs und Erich *Schwarz*, vds-Landesvorsitzender, vereinbarten, diese gemeinsamen Fortbildungsveranstaltungen zu einer festen Größe werden zu lassen.
Es ist auch sicherlich im Sinne aller Mitglieder der beiden saarländischen Verbände, mit der Schule für Sprachbehinderte auf eine weitere feste Größe für Fortbildungsveranstaltungen zurückgreifen zu können.

Die Veranstaltung in Sulzbach-Neuweiler war von etwa 40 Kollegen/Innen besucht, insofern auch von der Teilnehmerzahl sehr ermutigend. Inge *Holler-Zittlau* ging auf die Erziehungs- und Sozialisationsbedingungen der Kinder mit Migrationshintergrund ein und versuchte, deren Lebensgeschichte und -umstände sowie den sprachlichen und familiären Hintergrund zu beleuchten. Fazit am Ende: Es ist ein großes Problem zu bewältigen und Sprachheillehrer sind mit ihrer Fachkompetenz sozusagen prädestiniert, diesen Kindern zu helfen.

Es war sicherlich für viele eine informative Fortbildungsveranstaltung und es wurden auch am Rande der Veranstaltung viele Gespräche geführt und neue Kontakte geknüpft. Erich *Schwarz* und Frank *Kuphal* waren sich einig: „Wir werden die gute Kooperation fortsetzen".

Erich Schwarz

Migration wird das Thema der Zukunft

Landespsychologentag in Freiburg fordert mehr interkulturelle Kompetenz aller Beteiligten – Psychologen räumen mit Integrations-Illusionen auf

Unter dem Titel „(Im)Migration – Isolation – Integration" fand am 18. Juni in Freiburg der Landespsychologentag Baden-Württemberg statt. Referenten und Teilnehmer aus Deutschland, Österreich, der Schweiz und Liechtenstein folgten der Einladung der baden-württembergischen Landesgruppe des Berufsverbands Deutscher Psychologen (BDP).
Vor dem Hintergrund der wachsenden Migrationsströme in und nach Europa einerseits und der Krise in der EU nach Ablehnung der europäischen Verfassung andererseits wurde über kulturelle Identitäten, ihren Wandel und die enorme psychische Arbeit gesprochen, die Migranten überall auf der Welt leisten müssten. Mit zunehmender Globalisierung sei es unerlässlich, die daraus erwachsenden Probleme nicht länger zu unterschätzen, sondern sich ihnen zu stellen. Aufgaben von Psychologen seien dabei u.a. die Beratung von Unternehmen mit internationalem Personal. Für psychologische Psychotherapeuten stellten sich u.a. das Problem der Paartherapie bei binationalen Paaren sowie der Traumatherapie bei Flüchtlingen unter Berücksichtigung kulturspezifischer Aspekte. Einiges darüber wisse man bereits, vieles sei noch wissenschaftlich zu untersuchen. Die Bedeutung interkultureller Kompetenz bei allen, die mit Migranten zu tun haben – angefangen vom Beamten, der einen Asylantrag bearbeitet, über Sozialarbeiter, Polizisten bis zu Therapeuten –, unterstrich Stefan *Schmidt* von der Universität Regensburg, die in engem Kontakt mit dem Bundesamt für Migration und Flüchtlinge Kurse zu diesem Thema anbietet.

Die Teilnehmer setzten sich für mehr Angebote von Psychotherapie in der Muttersprache sowohl im Interesse der Patienten als auch aus Kostengründen ein. Zu oft und zu lange würden Patienten ohne Erfolg therapiert, weil der Zugang über die Sprache nicht gelinge. Der BDP habe mit seinen mehrsprachigen Mitgliedern dafür gute Kapazitäten.

Während Politiker über EU-Erweiterung und Globalisierung redeten, blieben vielerorts die täglichen Probleme des Zusammenlebens von Menschen verschiedener kultureller Identitäten auf der Strecke. In diesem Zusammenhang wurden die Auszeichnung Stuttgarts für besonders gute Integrationsarbeit und die Wahl eines Migrantenbeirats in Freiburg gewürdigt.

Vorträge und Workshops förderten zum Teil überraschende Ergebnisse von Studien zutage. So räumten Referenten mit der Illusion auf, dass die Integration von Generation zu Generation fortschreite und von daher z.B. Migranten der dritten Generation türkischer Einwanderer bereits gut integriert seien. Wahr sei vielmehr, dass in dieser Generation (dazu gehören etwa 600 000 junge Menschen) eine Besinnung auf die eigene Kultur stattfinde. Man verstehe sich als Minderheit, die in ihrer eigenen Kultur leben wolle. Einer Berliner Studie unter Mädchen zwischen 14 und 16 Jahren zufolge gebe es eine starke Identifikation mit den von den Eltern vermittelten Normen und Werten. Gerade aufgrund der Erfahrung von Ausgrenzung in der Gesellschaft werde die Familie als emotionaler Rückhalt erlebt. Die meisten verstünden sich als Türkinnen und nicht als türkischstämmige Deutsche.

Christa Schaffmann

Echo

Aus Anlass der Trennung der Berufsverbände dgs und dbs:

Professionalisierung schulischer Sprachheilarbeit durch bewusste Zielbestimmung und innovative Institutionalisierungsimpulse eines (einzigen) durchsetzungsfähigen Berufsverbandes

1. Einführung

Fachspezifische Inhalte können am wirksamsten über breit gefächerte starke Berufsverbände durchgesetzt werden. Insofern war für mich die Kombination dgs und dbs ein Glücksfall. Statt sich zu einer integrativen Mitgliedschaft der beiden Interessengemeinschaften durchzuringen, ist aus der „zwangsweisen" Doppelmitgliedschaft des dbs in der dgs eine „freiwillige" geworden, also eine unverbindliche. Die Tatsache des Auseinanderbrechens von organisatorischer Interessensbündelung in schulische und außerschulische Sprachheilpädagogik ist meines Erachtens Ausdruck einer um fachliche Anerkennung im Rahmen gesetzlicher Möglichkeiten ringenden Berufsgruppe zum einen und einer etablierten, nicht mehr innovativ im Schulsystem agierenden Berufsgruppe auf der anderen Seite. Nimmt man hinzu, dass seit PISA (2001) die Leistungsfähigkeit des Schulsystems nicht mehr im nationalen Maßstab (schon gar nicht im regionalländerbezogenen), sondern im internationalen gemessen wird, erstaunt es, innerhalb der dgs berufs- und verbandspolitische Entwicklungen und Entscheidungen dieses Ausmaßes lediglich in der Verbandszeitschrift in dem Bericht des Geschäftsführenden Vorstandes der dgs (Die Sprachheilarbeit 4/2004) abgewickelt zu sehen. Hätte doch die Möglichkeit bestanden, beim zeitlich in Verbindung stehenden dgs-Kongress in Heidelberg darüber zu informieren und auch zu streiten. Um es vorweg zu nehmen: Für mich bedeutet die Aufkündigung der formalen dgs-Mitgliedschaft seitens des dbs der Beginn des Absinkens der dgs in die schulische Bedeutungslosigkeit.

Ich werde versuchen, diese sich schon seit einigen Jahren andeutende schleichende Entwicklung am Beispiel Hessen zu verdeutlichen – als eine, wie sich die Sprachheilschulen (orientierungslos) mehr und mehr in das allgemeine Schulsystem einpassen, ohne seitens des Berufsverbandes wichtige akzentuierende Impulse zu geben.

2. Zur institutionellen Einordnung

Die Akzeptanz, die die Sprachheilschule vor allem bei den Eltern hat, gründet in der Regelung des Hessischen Schulrechts (§ 22, VO über die sonderpädagogische Förderung vom 22.12.1998), wonach unterschieden wird zwischen Sonderschulen, die „mit entsprechender Zielsetzung" und solchen, die als „Schulen mit abweichender Zielsetzung" arbeiten. Mit anderen Worten: Die Sprachheilschule unterrichtet nach den Lehrplänen der Allgemeinschule, während die Lernbehinderten-Schule (seit einigen Jahren Lernhilfe-Schule genannt) und die Praktisch Bildbaren-Schule je eigene Lehrpläne haben.

Die Verpflichtung, sich nach den Lehrplänen der Regelschule zu orientieren, macht die Sprachheilschule als Schulform „unselbstständig", obwohl das Prinzip „Durchgangsschule" an sich strukturelle Bedeutung hat und in jedem Fall haben sollte. Inhaltlich liegt dieser „Nähe" zur Grundschule ein Unterrichtungskonsens zugrunde, der dort wie hier von einem jahrgangsbezogenen Klassenpensum ausgeht. Nun stimmt in der Grundschule schon seit langem nicht mehr die Jahrgangsleistungshomogenität der Klassen, in der Sprachheilschule ist eher von heterogenen Klassengemeinschaften zu sprechen. Individuelles Lernen ist also nur begrenzt möglich. Die Sprachheilschule glaubt, sie könne von der klassenbezogenen Leistungsorientierung insofern abweichen, als sie die Entwicklungsmöglichkeit des Kindes durch schulische und therapeutische Maßnahmen für gegeben hält. Wer von Entwicklung spricht und wer im schulischen Rahmen Entwicklung zulassen will, der muss das Kunststück vollbringen, den Zeitfaktor mit der Entwicklung des Kindes zusammen zu bringen und diesen lernorientierend – zum Vorteil des Schülers – einzusetzen. Die Berücksichtigung des Zeitfaktors bewirkt, die Möglichkeit zur Entwicklung zu haben und den geschaffenen Entwicklungsraum zur Unterrichtung nutzen zu können.

Nun ist die Sprachheilschule nicht nur durchlässig zur Grundschule hin, sie öffnet sich auch nach „unten" zur Lernhilfe-Schule. Das verstärkt den Eindruck der „Unselbstständigkeit" im institutionellen Anspruch auf Eigenständigkeit der Sprachheilschule. Es bleibt die Frage, wie viel Spielraum hat sie tatsächlich, mit dem Entwicklungspotential des Kindes zu arbeiten.

2.1 Welche Kinder kommen in die Sprachheilschule?

In dem „kopierten Muster" der Grundschularbeit offenbart sich, dass bei 4-klassigen Sprachheilschulen nur wenig unterrichtsgestaltender Spielraum für sprachentwicklungsverzögerte Kinder verbleibt. 4-klassige Schulen wurden seit Anfang der 90er Jahre vermehrt in Hessen als „Abteilungen an allgemeinen Schulen" geschaffen, während die länger bestehenden 6- beziehungsweise 9-klassigen selbständigen Sprachheilschulen mehr Gestaltungsspielraum hatten, sofern die jeweilige Schule ihn unterrichtswirksam zu nutzen wusste.

Zu dem auf 4 Klassen begrenzten sprachheilpädagogischen Unterricht kam also die Abhängigkeit in der Organisationsform als „Abteilung" von einer Grundschule, die den Spielraum

---

Die in der *Sprachheilarbeit* abgedruckten und mit dem Namen der Autoren gekennzeichneten Artikel stellen deren unabhängige Meinung und Auffassung dar und brauchen nicht mit den Ansichten der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik ev. (dgs), der Redaktion oder des Beirates übereinzustimmen.

weiter einengte, individuelle Entwicklungen fördernde Akzente zu setzen. Diejenigen Kinder, die schon ausreichend eigene Kraft entwickeln konnten, mit den anderen mitzuhalten, kamen weiter, die anderen wurden, wie das an Grundschulen üblich ist, für die Lernhilfe-Schule vorgeschlagen.

Es fehlte beziehungsweise fehlt dieser Abteilungsschule das, was die alteingesessenen Sprachheilschulen für ihre Arbeit als selbstverständliche Rahmenbedingungen in Anspruch nahmen und nehmen: Mehr Zeit für das Unterrichten.

2.2 Die schulische Sprachheilarbeit – aber mit welchem Ziel?

Eine Zielorientierung, die lese- und schreibschwachen Kindern zu einem bewussteren Sprachgebrauch verhilft, um einen „sprachlich" guten Hauptschulabschluss zu erreichen, konnte ich in keiner der Schulen beobachten.

In meinem kürzlich erschienenen Buch habe ich im Zusammenhang mit der Klassifizierung der Sprachheilschule als Durchgangsschule folgende Frage gestellt und dazu ausgeführt: „Hat das Schielen zur einen Seite der oberen Bandbreite, der Zielgleichheit des Unterrichts mit der Regelschule, und das zur anderen Seite, ab wann nicht mehr zielgleich unterrichtet werden kann, die Zielsetzung der sprachheilpädagogischen Arbeit verschwommen gemacht oder gar in Vergessenheit geraten lassen? Das formelle Ziel der Sprachheilschule ist ein qualifizierter Hauptschulabschluss, das materielle eine zumindest ausreichende Beherrschung der Sprache in Wort und Schrift. Das eine ist vom anderen nicht zu trennen. Nur durch die Sprachbeherrschung ist es möglich, in Beruf und Gesellschaft zu bestehen. Die sprachliche Kommunikationsfähigkeit des Schülers, immer wieder als Qualifikationsziel der Sprachheilschule genannt, ist nur in der schriftsprachlichen Kommunikationsfähigkeit des Heranwachsenden realisierbar. Die besondere Kunst der Lehrkräfte der Sprachheilschule ist beziehungsweise sollte sein, Methoden zur Verfügung zu stellen, die dem Einzelnen helfen, erfolgreich zunehmend sprachliche Kompetenz erwerben zu können. Es scheint wie allgemein in therapeutischen Prozessen so zu sein: Je klarer dem Lehrer für jedes Kind das Ziel der Unterrichtsarbeit vor Augen ist, eine desto deutlichere Orientierung erlangen die Kinder im Erwerb der Sprachfertigkeiten und wie sie an ihrer Verbesserung zunehmend selbsttätig arbeiten könnten" (*Fink* 2003, sprachlos, Münster: LITVerlag). Erst der Blick nach vorne, und zwar über die 4. Klasse hinaus, eröffnet im „weiträumigen" Gebrauch der institutionellen Möglichkeiten, sich auf individuelle Entwicklungsprozesse zu konzentrieren und zur gegebenen Zeit, Übergänge in die Allgemeinschule – und nur in diese – vorzubereiten. Nur so kann gewährleistet werden, dass sprachliche Schwierigkeiten, die zur Aufarbeitung längerer Zeit bedürfen, ohne Zeitdruck angegangen werden können. Durchgangsschule zu sein, kann nicht bedeuten, ein einmal als „sprachentwicklungsgestört" diagnostiziertes Kind an eine Lernhilfe- oder gar Praktisch-Bildbaren-Schule abzugeben. „Das würde nicht nur dem Prinzip der Verlässlichkeit der einmal getroffenen Zusage widersprechen, sondern auch dem Prinzip des Vertrauens in die (diagnostische) Kompetenzfähigkeit der an der Sprachheilschule arbeitenden Lehrer. Es kommt also weiterhin die Verantwortlichkeit der Schule dazu, ein einmal aufgenommenes Kind erfolgreich bis zum Ende seiner Schulzeit zu begleiten" (*Fink* 2003).

3. Zur Stützung sprachtherapeutischer Unterrichtsarbeit fehlt ein starker, durchsetzungsfähiger Berufsverband

Die Vereinzelung der Lehrer im Allgemeinen – der ambulant, in Integrationsmaßnahmen und in kleinen Kollegien arbeitenden Sprachheillehrer an der Allgemeinschule im Besonderen – ist bekannt. Deshalb ist es wichtig, dass diese Kolleginnen und Kollegen in schulorganisatorisch umschriebene sprachheilpädagogische Zentren eingebunden sind, beziehungsweise werden. Sprachheilschulen als sogenannte „Abteilungen an allgemeinen Schulen", („Die Sonderschulen können als selbstständige Schulen errichtet oder als Zweige, Abteilungen oder Klassen allgemeiner Schulen eingerichtet werden" – HSchG, § 53, Abs. 1 –) stehen in organisatorischer Abhängigkeit zur Grundschule. Was (leider!) mit Duldung und später auch Zustimmung der dgs-Landesgruppe Hessen im breiten Stil im Besonderen bei Sprachheilschulen seitens des Kultusministeriums geschah, stärkte die schulische Sprachheilarbeit lediglich quantitativ.

Um die Vereinzelung überwinden und die besondere Zielsetzung schulischer sprachheilpädagogischer Arbeit durchsetzen zu können, erscheint es mir hingegen bedeutsam, einen Grundkonsens über die qualitative Förderung sprachbehinderter Schüler unter den am gleichen Ziel arbeitenden Fachkräften zu finden. Ob dies gelingen kann, steht in einem engen Zusammenhang zur „Professionalisierung" des den Berufsstand vertretenden Berufsverbandes beziehungsweise der Berufsverbände. Mir fehlten, als ich die Möglichkeit erhielt, maßgebliche Aufbauarbeit an einer Sprachheilschule zu leisten, im Umgang mit dem institutionellen Apparat „Schule" naturgemäß Erfahrungswerte. Ich erhoffte mir Rückhalt durch die dgs, die mich in meinen fachbezogenen Überlegungen stützen und in meiner Verhandlungsführung gegenüber den Schulbehörden hätte stärken können – leider vergebens. Doch die Stärke zur Durchsetzung fachlicher Notwendigkeiten ist in einem starr gegliederten Schulsystem unabdingbar, um über ein partielles Aufbrechen der Struktur und des dadurch eingeleiteten Dynamisierungsprozesses überhaupt pädagogische Arbeit, das heißt Entwicklungsarbeit, leisten zu können.

Mir fehlt ein „gewichtiger" Berufsverband, der bei Verhandlungen mit dem Kultusministerium, dem Schulträger etc. Hilfestellung gibt und der aufzeigt, was unter fachlichen Prämissen erforderlich ist. Sprachheilarbeit braucht klare institutionelle Konturen, sie braucht eine eigene professionelle Identität.

Ein Berufsverband, der ausschließlich

von Lehrern getragen wird, steht in Abhängigkeit zum Schulsystem und kann von daher nicht sehr einflussreich sein. Er muss sich öffnen für Mitglieder, die sich professionell um die gleichen Belange mühen. Ideen, fachliche Impulse sind notwendig und können nur von außen kommen. Erste Voraussetzungen waren durch den Zusammenschluss von dgs und dbs gegeben. Die Verbände unterschieden sich in der Satzungsstruktur: Der eine war dezentral, der andere zentral ausgerichtet. Eine enge Verzahnung bestand nur auf Vorstandsebene. „Erst wenn es selbstverständlich geworden ist, dass eine qualifizierte Ausbildung aller Sprachheilpädagogen gleichermaßen Grundwissen zur Sprachentwicklung einschließlich Schriftspracherwerb wie auch zur Sprachpathologie vermittelt, und die Einübung in Therapieformen für alle verpflichtend ist, wird es möglich sein, selbstbewusst in einem souveränen Berufsverband die Gestaltung von Arbeitsbedingungen in der Schule mitzubestimmen und sich gegen einengende Formen der Arbeitsausübung zu schützen" (*Fink* 2003).

4. Perspektiven

Die damals im Bezug auf dgs und dbs gemachten Aussagen haben auch nach der formalen Trennung der beiden Berufsverbände nicht ihre Gültigkeit verloren. Nur wird es schwieriger werden, alles das, was in außerschulischen Berufsfeldern arbeitende Kolleginnen und Kollegen an fachlichen Aspekten sozusagen Tür an Tür in die Verbandsarbeit einbrachten, in einem reinen Lehrerverband noch wahrzunehmen und ins schulische Arbeitsfeld zu transportieren.

Die föderale Struktur muss, und das wird durch das Ausscheren Niedersachsens aus der KMK deutlich, zunächst und vor allem im Sonderschulwesen zugunsten zentraler, das heißt nationaler Leistungs- und Unterrichtsmaßstäbe verändert und im internationalen Vergleich gesehen werden. Die verbandspolitischen Herausforderungen der Zukunft werden durch einen ehrenamtlich arbeitenden Vorstand nicht mehr zu bewältigen sein. Warum sollte man nicht für „rückendeckende" und die schulische Sprachheilarbeit vorantreibende Verbandsarbeit unter Umständen tiefer in die Tasche greifen?

Vor allem brauchen wir eine Verbandsstruktur, die statt hierarchischer Mitgliedschaft von Fachverbänden eine partnerschaftliche ermöglicht und einen Weg zum Zusammenschluss (diesmal umgekehrt) mit dem dbs (neu) weist. Was könnte den Sprachheillehrern Besseres passieren, als vielleicht schon bald nach einigen Jahren Berufstätigkeit im Schuldienst (als Angestellte) in ein anderes (außerschulisches) Tätigkeitsfeld wechseln zu können?

Anschrift des Verfassers:

Martin Fink
Lutherstraße 5
61231 Bad Nauheim

Martin Fink ist Sozialarbeiter, Sonderschul- und Heilpädagoge mit Montessori-Diplom. Er arbeitete als Sprachheillehrer an den Sprachheilschulen Darmstadt und Friedberg-Dorheim, zuletzt als Abteilungsleiter. Seit seinem Ausscheiden aus dem Schuldienst (1998) hat er eine Sprachtherapeutische und Heilpädagogische Praxis. In seiner Publikation (2003) sowie durch seine Arbeit kämpft er gegen den trotz Schule noch weit verbreiteten Analphabetismus in Deutschland.

Stellungnahme zum Leserbrief von Martin Fink

In seinem Leserbrief beschäftigt sich Kollege Martin *Fink* in vielen Passagen mit Vergangenem. Er schildert die schulische Situation in Hessen aus einer Zeit vor sieben bis zehn Jahren in einer eher subjektiv erlebten Problematik, obwohl ihn schon der damalige Aufbau weiterer Abteilungen Sprachheilschule widerlegte. Manch andere seiner Ziele (z.B. mehr Zeit ...) sind durchaus Forderungen der dgs (z.B. im Positionspapier für die Ganztagsschule).

Bezüglich der Probleme beim Ausbau der heute erfolgreich und anerkannt arbeitenden Abteilungen Sprachheilschule teilt der dgs-Landesvorstand Hessen seine Auffassung nicht und widerspricht auch seiner Beschreibung. Der Vorstand weist auch den darin ausgesprochenen Vorwurf gegen den Landesverband zurück, denn seit der damaligen Aufbauphase hat die dgs speziell für die neuen Abteilungen einen Arbeitskreis für alle Abteilungsleiterinnen und Abteilungsleiter eingerichtet. Hier wurden in zahlreichen Konferenzen und unter Hinzuziehung des Referenten aus dem Kultusministerium, Herrn MinDir *Brede*, Vereinbarungen und Zielvorgaben für die Abteilungen formuliert, die heute noch anerkannt sind. Herr Martin *Fink* hat daran zeitweise teilgenommen und auch dem Papier auf der Mitgliederversammlung zugestimmt.

Aktualisierungen in Folge von Evaluation sind sicher geboten. Sie werden auch vom Vorstand und im zuständigen Arbeitskreis diskutiert. Doch das Grundkonzept eines gestuften Systems, in dessen Zentrum die (Abteilung) Sprachheilschule steht, soll nicht verlassen werden.

Fritz *Schlicker*
1.Vorsitzender
dgs Landesgruppe Hessen e.V.

Medien

Roland W. Wagner: Grundlagen der mündlichen Kommunikation.
Sprechpädagogische Bausteine für alle, die viel und gut reden müssen. 9., erweiterte Auflage, bayerischer verlag für sprechwissenschaft, Regensburg 2004. 248 Seiten, 16,- € (ISBN 3-922757-80-4)

Noch ein Buch zur Kommunikation? Um es vorwegzunehmen: Es ist eine

sehr begrüßenswerte, sehr praxisorientierte und aus der täglichen lehrenden Praxis des Autors erwachsene Publikation. Ich kann sie sowohl Studierenden als auch Lehrenden aus den Bereichen Pädagogik, Therapie, Sprechkunst (auch Schauspielern und Sängern) nur empfehlen, ebenso Politikern und anderen Personen, die sich darauf vorbereiten wollen, in einer kommunikativen Situation sicherer zu bestehen. Dem Verfasser ist es gelungen, durch Präzisierungen und Erweiterungen die neueste Auflage auf den gegenwärtigen Stand der Fachwissenschaft zu heben. Das beweisen nicht zuletzt die umfangreichen Literaturlisten am Ende eines jeden Kapitels („Bausteins") und die Auswahlbibliographie (Baustein 23); die Angaben reichen bis ins Jahr 2003! Hinzu kommt, dass das Buch bei aller wissenschaftlichen Exaktheit sehr gut lesbar ist, ja sogar teilweise humorvoll geschrieben ist, wozu auch die lustigen Zeichnungen von Karin *Schmurr* beitragen. *Wagner* realisiert das, was er für die Sprechsprache fordert, auch in seiner Schreibe.

Diese Forderungen sind das grundsätzliche Handwerkszeug (*Wagner* S. 8: die „mundwerklichen ... Grundlagen"), über das jeder/e der o.g. Sprecher/innen in einem gewissen Maß verfügen sollte und das sie sich, wie der Autor mehrfach betont, nicht nur durch Lesen der Bausteine, sondern durch praktische Übungen aneignen müssen.

An den Anfang stellt der Verfasser Gedanken über „Ziele und Möglichkeiten der Sprechpädagogik" (Baustein 1), wobei er „Sprechpädagogik" synonym für den gebräuchlicheren Terminus „Sprecherziehung" verwendet und über „Modelle und Leitsätze zur Kommunikation" (Baustein 2). Schon hier werden wissenschaftliche Akribie und kritische Einstellung mit verständlicher Diktion und Kürze der Darstellung sehr gut verknüpft.

In den nächsten 19 Kapiteln geht es dann um die Regeln beim Sprechen in den verschiedensten kommunikativen Situationen. Sehr schön ist schon der Baustein 3: „Kriterien zur Beurteilung von Sprech- und Redeleistungen", einschließlich einer Liste von Adjektiven, die zur Beurteilung verwendet werden (können), von „abwechslungsreich" bis „zynisch". Weiter geht es mit den Ursachen, Symptomen und helfenden Maßnahmen beim Lampenfieber (Sprechängstlichkeit, Baustein 4). Die Ausführungen zur Progressiven Muskelentspannung, zum Autogenen Training und zur systematischen Desensibilisierung helfen nicht nur Schauspielern, Rednern oder Stellensuchenden im Bewerbungsgespräch, sondern auch vielen Patienten mit Kommunikationsstörungen (Baustein 5). In diesem Kapitel hätte sich der Rezensent allerdings eine klarere Warnung an Nichtärzte und Nichtpsychologen vor dem Einsatz der „Bauchübung" (Sonnengeflecht) im Rahmen des autogenen Trainings gewünscht.

Sehr wichtig ist wiederum der Baustein 6 zur „Nonverbalen Kommunikation", die für eine moderne Kommunikationstherapie unverzichtbar ist. Ebenso sind die grundsätzlichen Bemerkungen zu den folgenden Bausteinen über den Kreis der allgemein Interessierten hinaus zumindest für Studierende und Berufsanfänger in kommunikationstherapeutischen Bereichen eine einfache Nachschlagequelle: Atmung und Atemübungen (7), Stimmgebrauch (8), Artikulation einschließlich Lautschriftzeichen und Wesenszüge der deutschen Standardaussprache (9), Intonation und Leselehre (10), allgemeine Hinweise zum verständlichen Formulieren (11) und anschaulichen Erzählen (12), Regeln zur Rhetorik und für Gesprächsbeiträge (13 bis 18), Regeln zur Moderation (19) und zur nondirektiven Gesprächsführung (20), eine kurze Einführung in die Sprechtherapie (22) und das neu aufgenommene Kapitel Hilfen für erfolgreiche Prüfungsgespräche (21).

Zur besseren Nutzung möchte ich den Verfasser ermuntern, die nächste Auflage mit Ringbindung herauszubringen. Aber alles in allem: Ein preiswertes, sehr zu empfehlendes Buch zu Problemen der angewandten Kommunikation, dem ich auch zukünftig eine weite Verbreitung wünsche.

Volkmar Clausnitzer

Sandrieser, P.; Schneider, P.: Stottern im Kindesalter. 2. erweiterte Auflage. Thieme, Stuttgart 2004, 198 Seiten.

Kindliches Stottern – wegen der fachliterarisch so oft belegten psychischen Komponente oftmals ein Stiefkind in der Sprachtherapie, das von Therapeuten aus Unsicherheit häufig gemieden wird. Umso erfreulicher, dass ein Buch auf den Markt gekommen ist, das aufräumen will mit alten Vorurteilen und das ganz pragmatisch zeigen möchte, wie man eine Diagnostik durchführt, über therapeutische Interventionen entscheidet und anschließend ggf. die passende Therapie konzipiert. Der Blick ins Inhaltsverzeichnis verspricht bereits einen detaillierten und systematischen Aufbau des Fachgebiets „Kindliches Stottern". Beim Lesen der einzelnen Kapitel werden die gehegten Erwartungen auch keineswegs enttäuscht. Nach ausführlicher Darstellung der theoretischen Grundlagen, von Abgrenzung des Störungsbildes, über die Definition von Sprechunflüssigkeit, bis hin zur Diskussion über die Ätiologie und die Faktoren zur Aufrechterhaltung des Phänomens Stottern, erfolgt die sehr differenziert beschriebene Diagnostik. Es wird das standardisierte und somit normierte Diagnostikverfahren Stuttering Severity Instrument (SSI-3) *von Riley* (1994) vorgestellt, das von Sandrieser und Schneider übernommen, übersetzt und um weitere von den Autoren eigens entwickelte und standardisierte Untersuchungsbögen (QBS, RSU und RKS) ergänzt wurde. Die Diagnostik umfasst neben der Anamnese die Bereiche Sprech- und Stotterverhalten (qualitative und quantitative Auswertung sowie Schweregradbestimmung), psychi-

sche Reaktionen auf Stottern sowie den sehr wichtigen Aspekt der Risikofaktoren zur Aufrechterhaltung der Symptomatik. Die Befunderhebungsbögen und das Diagnostikmaterial können im Anhang eingesehen werden, so dass der Diagnostikablauf noch anschaulicher und für die Praxis schnell nutzbar wird. Nach Explikation der Untersuchungen werden die Auswertung und die daraus zu ziehenden Konsequenzen erläutert: Diagnose, Beratung der Eltern und ggf. therapeutische Intervention. Abschließend wird anhand eines Patientenbeispiels eine konkrete Befunderhebung (Bericht an den Arzt) vorgestellt, die als gute Musterschablone für spätere eigene Berichte dienen kann. Im Anschluss erfolgt die Darstellung der Therapieverfahren, wobei im Besonderen zwei auf *Van Riper* beruhende und von Sandrieser und Schneider kindgerecht modellierte Therapieansätze, nämlich „MiniKids" (für 2-6 jährige Kinder) und „Schul-Kids" (für Schulkinder), im Vordergrund stehen und detailliert beschrieben werden. Beide Therapieansätze haben ungefähr den gleichen strukturellen Rahmen, sind aber bezüglich der Vorgehensweise jeweils dem Alter des Kindes angepasst: Im Vorfeld erfolgt die Vertragsschließung mit Eltern und dem Kind bzw. ab der 5./6. Klasse nur mit dem Kind, in der die Ziele und der Ablauf offengelegt werden. Die eigentlichen Therapiephasen sind dann, wie auch bei Van Riper, die Desensibilisierung, wozu nach Sandrieser/Schneider vor allem das Pseudostottern der Therapeutin beiträgt und folgend die Identifikation, die Modifikation bis hin zur Generalisierung. Hervorgehoben wird von den Autoren immer wieder die entscheidende Rolle der Elternarbeit mit möglichst beiden Erziehungsberechtigten. Es werden klärende Gespräche auch ohne Anwesenheit des Kindes vor und während der Therapie durchgeführt, in denen die Symptomatik und die Reaktionen der Eltern auf das kindliche Stottern thematisiert und das Verhalten sowie die Fortschritte des Kindes zu Hause und in der Umwelt besprochen werden. Darüber hinaus wird angestrebt, das Verhalten der Eltern dem Kind gegenüber zu modellieren und zusätzlich die Eltern als Co-Therapeuten anzuleiten. Ein weiteres Gewicht wird auf den Transfer der Therapieinhalte auf Alltagssituationen gelegt (In-vivo Therapie). Die Therapeutin sucht mit dem Kind Lokalitäten außerhalb des Therapieraumes auf, um die erlernten Strategien zu festigen bzw. um zu prüfen, ob und wie das Kind diese überhaupt anwendet. Voraussetzung dafür ist jedoch, dass die Therapeutin das Pseudostottern vorher selbst vor den Eltern und in der Öffentlichkeit vor dem Kind angewendet hat. Bezüglich der beiden zuletzt genannten Schwerpunkte der Therapie nach *Sandrieser/Schneider* erhebt sich allerdings die Frage der Umsetzungsmöglichkeit im sprachtherapeutischen Praxisalltag. Beim klinischen Aufenthalt, wo ausreichend Zeit zur Verfügung steht, ist diese therapeutische Vorgehensweise sicher gut umsetzbar. Innerhalb einer Praxis ist jedoch fraglich, ob die zur Verfügung stehende Therapiezeit und Rezeptfrequenz ausreicht, um verschiedene Lokalitäten außerhalb des Therapieraumes aufzusuchen, mehrere Elternstunden und zusätzlich noch Elterngruppen sowie ggf. aufklärende Vorträge im Kindergarten oder in der Schule durchzuführen. Fraglich bleibt auch, ob es wirklich realistisch ist, beide Elternteile bei den Gesprächen anwesend zu haben. Der Arbeitsalltag verhindert dies in den meisten Fällen. Das Problem ist und bleibt, dass Sprachtherapeuten meist mit ungünstigen Rahmenbedingungen zurechtkommen und trotzdem eine effektive Therapie durchführen müssen. Die beschriebenen therapeutischen Maßnahmen und Gewichtungen sind von diesen Gesichtspunkten aus als ein anzustrebendes, aber wahrscheinlich schwer zu erreichendes Ideal anzusehen. Nichtsdestotrotz kann der Therapeut auch mit eingeschränkten Möglichkeiten sehr gut davon profitieren, indem er einen Therapierahmen schafft, der möglichst nahe an das vorgestellte Therapiekonzept von Sandrieser und Schneider herankommt.

Summa summarum ein empfehlenswertes Buch, nicht nur für Neueinsteiger in das Gebiet des kindlichen Stotterns, sondern auch für erfahrene Therapeuten, Kinderärzte und Kinderpsychologen, die sich mit diesem Werk auf den neuesten Forschungs- und Diskussionsstand setzen können (und eigentlich auch sollten). Dieses Buch ist ein „Muss" für alle Personen, die mit kindlichem Stottern zu tun haben!

Astrid Arnhold

Reihe von Informationsheften über Sprachstörungen

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

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

Heft 1: Stimmstörungen bei Kindern

Heft 2: Stimmstörungen bei Jugendlichen und Erwachsenen

Heft 3: Störungen des Spracherwerbs

Heft 4: Förderung des Spracherwerbs

Heft 5: Aphasietherapie

Heft 6: Myofunktionelle Therapie

Heft 7: Dysarthrophonie

Heft 8: Stottern bei Kindern

Heft 9: Stottern bei Jugendlichen und Erwachsenen

Heft 10: Gestörter Schriftspracherwerb

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

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

Bernd-Blindow-Schulen in Leipzig
Anerkannte Fortbildung

- P.N.F. in der Logopädie
  Leitung: Ulrich Engelbach (IKK anerkannter P.N.F.-Fachlehrer)
- Autogenes Training[1]
- Feldenkrais • Rückenschule[1]
- Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson[1]

Bitte fordern Sie unser Fortbildungsprogramm an:

Comeniusstraße 17, 04315 Leipzig
Tel: (03 41) 6 99 47 24, Fax: 6 49 08 34

Ermäßigung für Rohrbach-/ Blindow-Schüler

[1] Zertifikat berechtigt zur Abrechnung bei den Kostenträgern

www.blindow.de weiterbildung@blindow.de

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

eine/n Sprachheilpädagogin oder Logopäde/in

gerne auch Berufsanfänger, auch als Fachbereichs-Leiter zur Anstellung in Voll- oder Teilzeit in Sprachtherapeutischer Praxis in Leverkusen.

Ich biete: Leistungsgerechte Bezahlung, Therapie aller Störungsbilder, Supervision, gutes Betriebsklima im interdisziplinären Team, interne und externe Fortbildung.

Ich freue mich auf Ihre Bewerbung.

Sprachtherapeutische Praxis
Annette Herweg • Ludwig-Erhard-Platz 1 • 51373 Leverkusen
Tel.: 0214/4044456 oder 02175/5433
praxis-herweg@gmx.de • www.praxis-herweg.de

farbensatt.de

Aus dem eigenen Erleben den Zugang zur Kreativität finden und kreatives Schaffen zur persönlichen Weiterentwicklung nutzen.

Berufsbegleitende Weiterbildung
an Wochenenden in Wiesbaden und dem Rheingau

Kunsttherapeutischer Kreativtrainer
psychoanalytisch und gestaltungstherapeutisch orientiert

Inhalte: Kunsttherapeutische Selbsterfahrung, Kunstunterricht, kunsttherapeutische Bildinterpretation, Methoden des kunsttherapeutischen Kreativtrainings, Praxisanleitung, Co-Training

*farben***satt** Arbeitsgemeinschaft Kunst, Kreativität und Kunsttherapie
Marcobrunnerstr. 7, 65197 Wiesbaden
Tel.: 0611 / 9406220, Fax: 0611 / 446431, www.farbensatt.de

Albert-Schweitzer-Einrichtungen für Behinderte gGmbH
Postfach 10 05 53, 46525 Dinslaken
(Nikolaus-Groß-Str. 4 • 46535 Dinslaken)

Wir sind eine Einrichtung der Behindertenhilfe und suchen zum nächstmöglichen Termin für unsere **Frühförderstelle** in Duisburg eine/n

Sprachheilpädagogen/in
oder
Logopäden/in

als Teilzeitkraft mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 19,25 Std.

Die Frühförderstelle orientiert sich an einem familiennahen, ganzheitlichen Ansatz. Die Betreuung der Kinder (in einer Altersspanne von Geburt bis zur Einschulung) erfolgt überwiegend ambulant innerhalb eines interdisziplinären Teams.

Wir erwarten eine/n Mitarbeiter/in, die/der

- Erfahrungen mit Kindern und Familien mitbringt
- eigenverantwortlich tätig sein möchte
- neugierig auf die Arbeit in einem interdisziplinären Team ist.

Erfahrungen im Bereich der Frühförderung sind wünschenswert, aber nicht Voraussetzung.

Telefonische Auskünfte erteilt Frau Ott, ☎ 0203/47 00 71

Ihre aussagefähige Bewerbung richten Sie bitte innerhalb von 2 Wochen an die obige Anschrift z. H. der Geschäftsführung.

Holger Prüß (Bonn)
Ausbildung nach dem Konzept der Bonner

Stottertherapie
Intensiv-Fortbildung mit sehr hohem Praxisanteil

(28 Fortbildungspunkte)

- Gießen 03.02. – 05.02.06
- Bonn 17.03. – 19.03.06

Infos: www.holger-pruess.de oder
Holger Prüß, Wismarer Str. 67, 53757 St. Augustin,
Tel. 02241 / 34 29 38 • Fax: 02241 / 23 54 68

Stimmig sein - Institut
für Gesang & Sprechstimme

Fort- / Ausbildungen in der Stimmig sein - Methode®
Dysphonien durch funktionale Selbstregulation der Stimme und Integration der Psyche behandeln.
Einführungsseminare: 21.-23.10. 05 und 20.-22.01. 06
Beginn Einführungskurzblock u. Ausbildung: 18.11. 05
Infos unter: 0221 - 80 162 80, www.stimmigsein.de

In Stuttgart werden unter ärztlicher Leitung Spezialkurse durchgeführt:

Fachtherapeut(in) für Kognitives Training
mit Zertifikat

Akademie für Gedächtnistraining
nach Dr. med. F. Stengel

Bitte fordern Sie das Seminarprogramm an!

Vahlhinger Landstr. 63, 70195 Stuttgart, Tel.: 0711/6 97 98 06, Fax: 0711/6 97 98 08

Termine

2. bis 3. Dezember 2005 Halle (Saale)

Forschung im Dialog
40 Jahre Rehabilitationsforschung für Menschen mit Kommunikationsbehinderung
Information und Anmeldung:
Internet: www.fst.uni-halle.de
E-Mail: fst@paedagogik.uni-halle.de
Tel. 0345/55-23773
Fax: 0345/55-27271

Veranstalter:
Forschungsstelle zur Rehabilitation von Menschen mit kommunikativer Behinderung (FST) an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Die Sprachheilarbeit
Fachzeitschrift für
Sprachbehindertenpädagogik

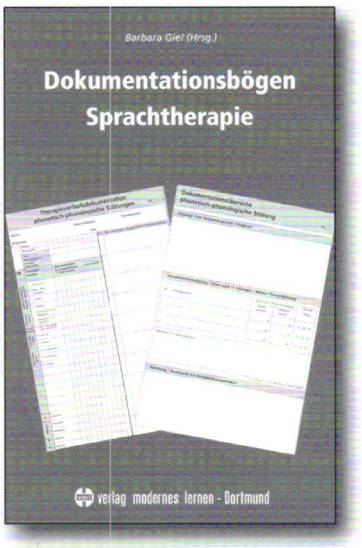
verlag modernes lernen Borgmann KG • Hohe Str. 39 • 44139 Dortmund
Postvertriebsstück, DPAG, Entgelt bezahlt

Bis 31.10.05 Vorbestellpreis nutzen!

Barbara Giel (Hrsg.)

mit CD-ROM

Dokumentationsbögen Sprachtherapie



Die „Dokumentationsbögen Sprachtherapie" stellen ein absolutes Novum für die sprachtherapeutische Arbeit dar. Sie leisten einen ökonomischen und transparenten Beitrag zur Verbesserung der Qualitätssicherung in der sprachtherapeutischen Praxis. Gesetzliche Vorgaben und Verträge verpflichten Sprachtherapeuten, jede Therapie zu dokumentieren. Einheitliche Dokumentationsverfahren sind in der Praxis im deutschsprachigen Raum jedoch kaum zu finden.
Je nach Institution und persönlichen Vorlieben variieren Form und Inhalt der sprachtherapeutischen Dokumentation erheblich. Es wird auf Karteikarten, selbst erstellten Formblättern, mit Hilfe des Computers etc. dokumentiert und auch inhaltlich werden äußerst unterschiedliche Aspekte festgehalten wie beispielsweise Therapieziele, Methoden, einzelne Übungen bis hin zum Material. Häufig sind diese Dokumentationen jedoch für Dritte nicht verstehbar bzw. weiterverwertbar.
Das Ziel des Ordners „Dokumentationsbögen Sprachtherapie" ist es, eine einheitliche Dokumentation in der Sprachtherapie zu ermöglichen. Für alle am Sprachtherapie-Prozess Beteiligten (Therapeuten, Ärzte, Patienten, Kostenträger etc.) soll die Dokumentation lesbar und verstehbar sein. Inhaltlich wurde das Ziel verfolgt, ein Dokumentationsverfahren zu entwickeln, das den Therapieverlauf und die Kooperation mit Ärzten – konzeptübergreifend – auf der Basis gängiger Diagnostik- und Therapieverfahren ermöglicht. Die einzelnen Bögen wurden wissenschaftlich entwickelt, methodisch abgesichert und einer Evaluation unterzogen.
Die Dokumentationsbögen zeichnen sich durch eine übersichtliche Struktur und eine ökonomische Handhabung sowie eine leichte Verständlichkeit aus. Das gewählte Format und die Beschränkung auf eine DIN A4 Seite für je 10 Therapiesitzungen (Vorder- und Rückseite) bietet sowohl Benutzern von Hängeregistraturen (meist DIN A4) als auch Benutzern von Karteikartensystemen (meist DIN A5) durch einmaliges Falten eine unkomplizierte und platzschonende Verwaltung.

◆ 2005, 136 S. (zusätzlich: 24 Formularvorlagen als ausdruckbare PDF-Dateien auf CD-ROM), Format DIN A4, im Ordner
ISBN 3-8080-0567-X

Bestell-Nr. 1926, Einführungspreis € 34,80 bis 31.10.05, danach € 39,00

BORGMANN MEDIA

verlag modernes lernen borgmann publishing

Hohe Straße 39 • D-44139 Dortmund • Tel. (0231) 12 80 08 • FAX (0231) 12 56 40
Ausführliche Informationen im Internet: www.verlag-modernes-lernen.de