

Die Sprachheilarbeit

Fachzeitschrift für Sprachheilpädagogik und Sprachtherapie



Sandra Neumann, Roswitha Romonath, Köln

**Kinder mit LKGS-Fehlbildung im Spiegel der ICF-CY:
Entwicklung eines sprachtherapeutischen Core Sets**

Angela Ullrich, Roswitha Romonath, Köln

**Evidenzbasierte Entscheidungsprozesse in der
sprachtherapeutischen Intervention**

5

2008

53. Jahrgang/Oktober 2008

ISSN 0584-9470

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



dgs • Bundesvorsitzender: Gerhard Zupp, Idar-Oberstein
dbS • Bundesvorsitzender: Dr. Volker Maihack, Moers

Landesgruppen:

Baden-Württemberg:

dgs • Peter Arnoldy, Hundsbergstr. 48, 74076 Heilbronn,
Fax: 0 71 31 / 17 96 38
dbS • Heide Mackert, Badgasse 7, 74821 Mosbach, Tel.:
0 62 61 / 91 73 71, Fax: 0 62 61 / 91 78 64

Bayern:

dgs • Claudia Schmauß, Lankesbergstr. 4a, 85356 Frei-
sing, Tel.: 0 81 61 / 40 29 92
dbS • Daniela Kiening, Freibadstr. 3, 85540 Haar

Berlin:

dgs • Helmut Beek, Frohnauer Str. 15, 13467 Berlin, Tel.:
0 30 / 4 04 83 23
dbS • Manfred Düwert, Ferdinandstr. 6, 16556 Borgsdorf,
Tel.: 0 33 03 / 50 11 63

Brandenburg:

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

Bremen:

dgs • Prof. Dr. Gerhard Homburg, St. Magnus-Straße 4,
27721 Platjenwerbe, Tel.: 04 21 / 63 18 59
dbS • Christiane Wellmann, Am Pferdemarkt 4, 27356
Rotenburg, Tel.: 0 42 61 / 96 34 40

Hamburg:

dgs • Prof. Dr. Alfons Welling, Universität Hamburg, Se-
danstr. 19, 20146 Hamburg, Tel.: 0 41 31 / 97 04 91
dbS • Ulrike Bunzel-Hinrichsen, Norderquerweg 148,
21037 Hamburg, Tel.: 0 40 / 7 23 83 90

Hessen:

dgs • Käthe Lemp, Arheilger Straße 57, 64289 Darm-
stadt, Tel.: 0 61 51 / 66 49 04
dbS • Barbara Jung, Bahnhofstr. 11, 34497 Korbach,
Tel.: 0 56 31 / 91 36 36

Mecklenburg-Vorpommern:

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

Niedersachsen:

dgs • Andreas Pohl, 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 • Heinz-Theo Schaus, Propsteistr. 78, 45239 Essen,
Tel.: 02 01 / 40 42 63
dbS • Dieter Schönhals, Kerpener Str. 146, 50170 Kerpen,
Tel.: 0 22 37 / 60 91 92

Rheinland-Pfalz:

dgs • Birgitt Braun, Richard-Wagner-Str. 52, 76744 Wörth
am Rhein, Tel.: 0 72 71 / 12 60 68
dbS • Dorothea Valerius, Helenenstr. 3, 54295 Trier, Tel.:
06 51 / 7 68 22

Saarland:

dgs • Anice vom Berg, Ulmenweg 41, 66482 Zweibrü-
cken, Tel.: 0 63 32 / 20 74 54
dbS • Dorothea Valerius, Helenenstr. 3, 54295 Trier, Tel.:
06 51 / 7 68 22

Sachsen:

dgs • Antje Leisner, Rethelstraße 7c, 01139 Dresden,
Tel./Fax: 03 51 / 8 48 29 86
dbS • Katrin Schubert, Rosa-Luxemburg-Str. 25, 01796
Pirna, Tel.: 0 35 01 / 52 87 70

Sachsen-Anhalt:

dgs • Antje Thielebein, Im Mühlgrund 12b, 06188 Plöß-
nitz, Tel.: 03 46 04 / 2 29 30
dbS • Beate Stoye, Ernst-König-Str. 5, 06108 Halle, Tel.:
03 45 / 5 32 39 11

Schleswig-Holstein:

dgs • Holger Kaack-Grothmann, Starnberger Str. 69a,
24146 Kiel, Tel.: 04 31 / 78 34 28
dbS • Nicola Schultheis, Schönberger Str. 114, 24148
Kiel, Tel. 04 31 / 72 52 34, Fax 04 31 / 72 52 54

Thüringen:

dgs • Christine Krause, Gothaer Landstr. 79, 99947 Hen-
ningsleben, Tel.: 0 36 03 / 84 88 94
dbS • Katrin Schubert, Rosa-Luxemburg-Str. 25, 01796
Pirna, Tel.: 0 35 01 / 52 87 70

Westfalen-Lippe:

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

Geschäftsstellen:

dgs
Goldammerstraße 34, 12351 Berlin
Telefon: 0 30 / 6 61 60 04
Telefax: 0 30 / 6 61 60 24
dgs-Homepage: www.dgs-ev.de
E-Mail-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
E-Mail-Adresse: info@dbs-ev.de

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

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

Manuskripte sind unter Beachtung der im Heft 1 eines jeden Jahrgangs niedergelegten Richtlinien in dreifacher Ausfertigung an einen der Redakteure zu senden. Die in der **Sprachheilarbeit** abgedruckten und mit dem Namen der Autoren gekennzeichneten Artikel stellen deren unabhängige Meinung und Auffassung dar und brauchen nicht mit den Ansichten der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik ev. (dgs), der Redaktion oder des Beirates überein zu stimmen.

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
Dr. Jenny von Frankenberg, Potsdam
Prof. Dr. med. Martin Ptok, Hannover
Dr. phil. Susanne Voigt-Zimmermann, Heidelberg
Prof. Dr. phil. Alfons Welling, Hamburg

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.)

Jahresabonnement Euro 40,00 (CHF 78,00) einschl. Versandkosten und 7% MwSt.

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

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

Auf ein Wort

Elisabeth Wildegger-Lack, Fürstfeldbruck

Ein Eintopf ist immer nur so gut wie die Qualität seiner Zutaten! **262**

Hauptbeiträge

Sandra Neumann, Köln

Roswitha Romonath, Köln

Kinder mit LKGS-Fehlbildung im Spiegel der ICF-CY: Entwicklung eines sprachtherapeutischen Core Sets **264**

Angela Ullrich, Köln

Roswitha Romonath, Köln

Evidenzbasierte Entscheidungsprozesse in der sprachtherapeutischen Intervention **274**

Magazin

Holger Grötzbach, Schaufing

Bottom-up oder top-down orientierte Aphasiotherapie: Welche ist besser? **284**

Aktuelles: dgs – Aktuelles, Informationen, Nachrichten **294**

 dbs – Beruf und Politik im Verband **297**

Persönliches **304**

Termine **305**

Rückblicke **311**

Medien **314**

Historisches **317**

Ausschreibung **318**

Beilagenhinweis: Dieser Ausgabe liegt ein Prospekt des Georg Thieme Verlages, Stuttgart bei. Wir bitten unsere Leser um freundliche Beachtung.

53. Jahrgang/Oktober 2008

dgs/dbs

ISSN 0584-9470



Elisabeth Wildegger-Lack, Fürstenfeldbruck

Ein Eintopf ist immer nur so gut wie die Qualität seiner Zutaten!

ICF-CY – eine tolle Abkürzung. Als ich das erste Mal davon gehört habe, dachte ich als akademische Sprachtherapeutin aus der Praxis spontan: Was soll das? Was geht mich das an!

Bleibende Störungen und Behinderungen, die insbesondere in der Rehabilitation bedeutsam sind, wurden zunächst 1980 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit der International Classification of Impairment, Disability and Handicap (ICIDH) klassifiziert. Im Jahre 2001 wurde diese nach intensiver Bearbeitung durch verschiedene professionelle Gremien durch die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) abgelöst. Seit 2007 existiert in deutscher Fassung eine spezielle Version für Kinder und Jugendliche: ICF-CY.

Wir bewegen uns hier an der Schnittstelle zwischen einerseits therapeutischem bzw. speziell sprachtherapeutischem Handeln und andererseits pädagogischem bzw. sonderpädagogischem Handeln. Und jetzt sind wir plötzlich wieder bei einer ganz alten Frage: Ist in der Sprachtherapie unser Tun therapeutisch oder pädagogisch? Die ICF unterstützt unser pädagogisches Handeln in der Therapie, ein Sachverhalt, den uns die Krankenkassen schon oft „übel“ genommen haben. Pädagogisches Handeln ist keine Kasernenleistung, pädagogisches Handeln gehört in die Schule. Mit Hilfe der ICF wird jedoch klar, dass bei Kindern mit Behinderungen therapeutisches Handeln untrennbar mit pädagogischem Handeln verknüpft ist.

Die ICF beschreibt weniger den „Defekt“. Für uns akademische Sprachtherapeuten heißt das also weniger die

isolierte sprachliche Störung, sondern es werden nun vielmehr die Möglichkeiten des Patienten erfasst, kompetent zu handeln und am Leben teilzuhaben. Die ICF klassifiziert „funktionale Gesundheit“ in einem bio-psycho-sozialen Modell. Gemäß der Philosophie der ICF lässt sich Behinderung nur im jeweiligen Lebenszusammenhang des Kindes sinnvoll verstehen und definieren. Die Mitarbeit, Unterstützung und Einstellung im direkten Umfeld des Kindes beeinflussen den sprachtherapeutischen Erfolg.

Kinder mit Mehrfachbehinderungen brauchen jahrelange Therapien. Da ist die Verordnung durch die Ärzte und die Finanzierung durch die Krankenkassen die eine Seite der Medaille, die schwierig sein kann, z. B. insbesondere dann, wenn es zu so genannten Entwicklungsplateaus kommt. Auf der anderen Seite der Medaille steht jedoch die Mitarbeit des kindlichen Umfeldes. Bezugspersonen, Eltern – oft die Mütter – müssen über Jahre oder gar Jahrzehnte wöchentlich mehrere Therapiesitzungen und Fördermaßnahmen zuverlässig wahrnehmen. Dies ist für die Betroffenen ein riesiger, bewundernswerter Aufwand, den sich Nicht-Betroffene kaum vorstellen können.

Diese verschiedenen Therapie- und Fördermaßnahmen müssen dabei koordiniert und, noch wichtiger, am Kind orientiert durchgeführt werden. Ein Beispiel aus meiner Praxis: Ein Junge wird aufgrund seines genetischen Syndroms voraussichtlich nur wenige Begriffe sicher erlernen können. Diese 20 Begriffe müssen nun alltagsrelevant sein und daher Hunger, Durst oder die Namen der Familienangehörigen oder

Betreuer repräsentieren. Es ist hier auf keinen Fall sinnvoll, abstrakte Therapiebegriffe, wie „Elefant“ oder „Tiger“, in der Sprachtherapie zu thematisieren. Auch reicht es nicht, nur mit der Mutter oder den Eltern das Gespräch über die für das Kind wichtigen Begriffe zu suchen. Mit allen für das Kind bedeutsamen Personen, d. h. Erziehern, Lehrern oder anderen Therapeuten und Betreuern, muss im gemeinsamen Gespräch über sinnvolle Begriffe für das Kind diskutiert werden. So vereinbaren wir ICF-orientierte Therapieziele, die sich an den Bedürfnissen des Kindes mit Mehrfachbehinderung orientieren.

Hierin liegt die große Chance der ICF. Laut ICF soll ein vernetztes therapeutisches Handeln der verschiedenen Fachdisziplinen stattfinden. Es darf dabei jedoch nicht zu einem Tautziehen der Disziplinen kommen. In Deutschland gibt es derzeit im ambulanten Bereich noch keine Kultur für einen „Runden Tisch der verschiedenen Fachrichtungen“. Das heißt, es gibt keine Erfahrungen damit, keine Regelungen und erst Recht noch keine gesetzliche Verankerung dieser Form der Kooperation.

Dies kann ich als akademische Sprachtherapeutin in der Praxis am Beispiel der Frühförderung ganz hautnah miterleben: Seit 2006 ist in Bayern vorgeschrieben, dass alle Therapien im Rahmen einer Komplexleistung am gleichen Standort, d. h. im gleichen Haus, durchgeführt werden müssen. Ich habe, wie viele andere Praxisinhaber in Bayern, einen Kooperationsvertrag mit der örtlichen Frühförderstelle geschlossen. Nun dürfen wir akademischen Sprachtherapeuten die Kinder der Frühförderung nicht mehr, wie früher, in

unseren Praxen behandeln, sondern nur noch im jeweiligen Haus der Frühförderung. Hier liegen die Therapiezimmer von Psychologen, Sozialpädagogen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Sprachtherapeuten direkt nebeneinander, daraus wird jedoch nicht automatisch ein interdisziplinäres Team! In manchen interdisziplinären Teamsitzungen mit den unterschiedlichen Fachleuten wird derzeit teilweise noch viel Zeit zerredet oder, besser gesagt, aneinander vorbeigeredet. So kann immer wieder Unzufriedenheit bei den Beteiligten einer solchen interdisziplinären Sitzung entstehen. Jeder spricht derzeit noch in seiner Fachsprache, weil wir eine gemeinsame Sprache noch nicht gelernt haben. Diese gemeinsame Sprache wäre, oder besser gesagt, ist durch die ICF nun vorhanden. Jetzt ist es möglich, Therapieziele bei Kindern mit Mehrfachbehinderung ICF-orientiert und damit am Kind orientiert zu formulieren.

Mit der ICF wurde eine sprachliche Ebene gefunden, die relevante Sachverhalte in allen möglichen Bereichen einigermaßen gleichförmig abbildet. Diese gemeinsame Sprache müssen wir, die verschiedenen Fachdisziplinen, lernen und an „Runden Tischen“ in interdisziplinären Sitzungen adäquat verwenden. Damit wird die Kommunikation verbessert und die Effektivität unserer Arbeit gesteigert.

Der „ICF-Sprache“ darf es nicht so ergehen, wie der Plansprache „Esperanto“, die zu wenige Menschen jemals wirklich gelernt haben und die damit in der Praxis nie wirklich verwendet wurde. In Europa hat jede Nation ihre eigene Sprache und es gibt viele Menschen, die neben der eigenen Sprache andere Sprachen sprechen und/oder wenigstens verstehen. Im Transfer bedeutet das für uns: Jeder Fachbereich hat seine Sprache und wir

verstehen teilweise die Fachsprache der anderen Disziplinen. Somit wird es für die „ICF-Sprache“, wie für Esperanto, in der Praxis schwierig. Eine einheitliche Sprache wäre auch in der EU hilfreich. Dort gibt es ein „Heer“ von Übersetzern mit tausenden Papieren in den unterschiedlichsten Sprachen. Eine analoge Papier- und Bürokratieflut der verschiedenen Fachdisziplinen mit immer wieder neuen Formularen für eine bessere Kommunikation erlebe ich bereits im Rahmen meiner interdisziplinären Arbeit in der Frühförderung. Diese Papierflut bringt uns Fachleute nicht weiter und nützt dem Kind mit Mehrfachbehinderung gar nichts. Ohne gemeinsame Sprache kostet alles viel mehr Zeit und Energie. Das sehen und erleben wir bereits in Brüssel!

Gleichzeitig ergibt sich aus einer ICF-orientierten Therapiezielformulierung auch eine Gefahr für die einzelnen Fachdisziplinen – es darf kein „interdisziplinärer Einheitsbrei“ werden, sondern das Kunststück besteht darin, einen „interdisziplinären Eintopf“ zu kochen, bei dem alle Zutaten und besonders die Hauptzutaten, eine davon ist natürlich die Sprachtherapie, noch gut erkennbar sind. Deshalb ist eine fachspezifische Diagnostik, die nicht nur ressourcenorientiert ist, überaus wichtig und unerlässlich. Ein Eintopf ist immer nur so gut wie die Qualität seiner Zutaten!

Wir wissen schon viel über die verschiedenen Sprachstörungen bei den unterschiedlichsten Störungsbildern. Auch ist eine sprachspezifische Diagnostik bei allen Kindern mit Sprachstörungen und/oder anderen Behinderungen unverzichtbarer Bestandteil der Therapieplanung. Wir müssen die spezifische Diagnostik auch bei Kindern mit Mehrfachbehinderung durchführen, um das Potenzial, das in diesen Kindern steckt, richtig einschätzen

zu können. Diese sprachspezifischen Erkenntnisse müssen dann von uns akademischen Sprachtherapeuten in die interdisziplinären Teamsitzungen am „Runden Tisch“ eingebracht und in der gemeinsamen Sprache korrekt und für alle verständlich formuliert werden.

Im ICF-Modell rückt die Umwelt als wichtiger Bedingungsfaktor von Entwicklungsprozessen ins Zentrum der Aufmerksamkeit. Das Umfeld ist für die ambulante Therapie mit behinderten Kindern damit nicht nur ein Ort, wo Interventionen ansetzen können oder Hindernisse ausgeräumt werden müssen. Daneben dürfen wir trotz der so wichtigen Interdisziplinarität unsere fachspezifische sprachtherapeutische Kompetenz nicht aus dem Blickfeld verlieren.

Der Therapieerfolg hängt nicht zuletzt davon ab, wie therapeutisch wertvoll wir unsere Therapie gestalten und wie pädagogisch wertvoll die Bezugspersonen des Kindes unsere häuslichen Übungsvorschläge umsetzen. Die ICF beschreibt unser spezifisch sprachtherapeutisches Handeln auf sonderpädagogischem Terrain.

E. Wildegger-Lack

Dr. Elisabeth Wildegger-Lack führt seit 1995 als akademische Sprachtherapeutin eine eigene Praxis für Sprachtherapie in Fürstentfeldbruck. Sie ist Beiratsmitglied des dbs. Der vorliegende Text basiert auf dem Impulsreferat zur Podiumsdiskussion auf dem 9. wissenschaftlichen dbs-Symposium „Sprachtherapie und Mehrfachbehinderung“ 2008 in Karlsruhe (vgl. Sprachtherapie aktuell, dbs-Tagungsband 2008, Köln: ProLog, im Druck).



Sandra Neumann, Köln
Roswitha Romonath, Köln

Kinder mit LKGS-Fehlbildung im Spiegel der ICF-CY: Entwicklung eines sprachtherapeutischen Core Sets

Zusammenfassung

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF 2001) gehört zu den Klassifikationssystemen der WHO und regt aufgrund ihrer Schwerpunkte der Partizipation und Teilhabe die internationale sprachtherapeutische Diskussion neu an. Die aktuelle Weiterentwicklung zur ICF-CY (WHO Nov. 2007) für Kinder und Jugendliche (0-17 Jahre) greift Komponenten der Entwicklung und entwicklungspezifische Kontextfaktoren auf. Der folgende Artikel verfolgt das Ziel, dem Leser einen Überblick über Aufbau, Ziel und Inhalt der ICF-CY zu geben und den möglichen Einsatz im sprachtherapeutischen Bereich aufzuzeigen. In Bezugnahme auf die spezielle Lebenslage von Kindern mit Lippen-, Kiefer-, Gaumen-, Segel-Fehlbildungen (LKGS-Fehlbildung/LKGSF) soll exemplarisch ein erstes LKGSF/ICF-CY Core Set für die Sprachtherapie entwickelt werden. Abschließend werden Chancen und Risiken der ICF/ICF-CY aufgezeigt.

Schlüsselwörter: LKGS-Fehlbildung, subjektive Erfahrung, ICDH, ICF, ICF-CY, Core Set

The ICF-CY with regard to children with cleft lip and palate – Development of a core set for speech language therapy

Abstract

The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF 2001) is part of the WHO classification systems. It stimulates a new focus in international discussion of Speech-Language Therapy because of its emphasis on participation and activity. The current development of the ICF-CY (WHO Nov. 2007) for children and youth (0-17 yrs.) considers explicitly developmental factors in terms of the individual as well as the environment. The purpose of the following article is to give a review of structure, purpose and content of the ICF-CY and to show the applicability to Speech-Language Therapy. A preliminary ICF-CY Core Set will be introduced pertaining to the life situation of children with cleft lip and palate. Finally chances and risks of the ICF/ICF-CY are pointed out.

Keywords: cleft lip and palate, cleft palate speech, subjective experience, ICDH, ICF, ICF-CY, Core set

1. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit – Kinder und Jugendliche (ICF-Children & Youth / ICF-CY 2007)

1.1 Von der ICDH zur ICF(-CY)

Die ‚International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)‘ wurde im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelt und im Jahre 2001 verabschiedet

(World Health Organization 2001). Die deutsche Fassung ‚Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit‘ ist seit 2002 erhältlich (DIMDI 2002). Sie fungiert für die WHO-Mitgliedstaaten verpflichtend als grundlegende Basis in Forschung, Dokumentation und Gutachtertätigkeit im medizinischen Bereich. In Deutschland ist sie daher in die Sozialgesetzgebung (IX), Rehabilitationsrichtlinien und die Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln eingegangen (Nüchtern 2005). Ende November 2007 erfolgte die Publikation der spezifizier-

ten ICF-CY für Kinder und Jugendliche von 0 bis 17 Jahren. Die ICF(-CY) hat sich in einem langen Weg aus der ‚International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps‘ (ICIDH) (WHO 1980, 2000) entwickelt und stellt einen historischen internationalen Wendepunkt im Hinblick auf das Verständnis von ‚Behinderung‘ dar (DeKleijn-DeVrankrijker 2003). Während die ICDH Schädigung und Behinderung eher innerhalb der Person ansiedelt, finden bei der ICF außerhalb der Person liegende Variablen (Aktivität, gesellschaftliche Partizipation,

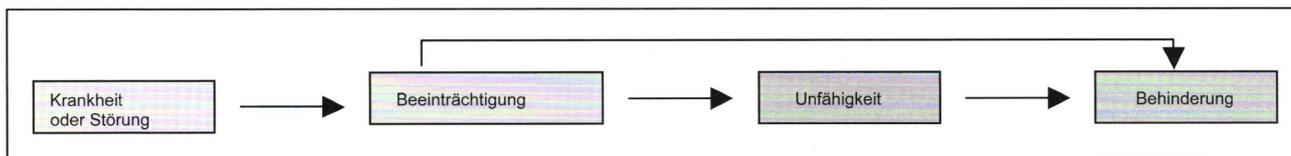


Abb. 1: Linear-kausale Dimensionen der Krankheits- bzw. Störungskonsequenzen der ICDH (1980)

Kontextfaktoren) größte Beachtung. Des Weiteren wird von der Annahme eines kausalen Bedingungsgefüges bei der Entstehung von Behinderung Abstand genommen. Behinderung wird nun durch eine interaktionale Vernetzung der o.g. Variablen charakterisiert (vgl. Abb. 1 vs. 2).

Die ICF(-CY) bietet einen holistischen psychosozialen Rahmen, der biologische, psychologische und soziologische Aspekte integriert (Romonath 2007). Sie ist „eine Klassifikation der Gesundheitscharakteristiken von Menschen im Kontext ihrer individuellen Lebenssituation und den Einflüssen der Umwelt“ (WHO 2005, 171) und stellt mehr ein konzeptuelles Bezugssystem als ein prädiktives Modell dar (Ma/Worrall Threats 2007).

Ueda/Okawa (2003) betonen, dass die ICF nicht länger eine Klassifikation der Beeinträchtigungen sei, sondern sowohl die positiven Ressourcen als auch die negativen Aspekte des menschlichen Lebens betrachte. Durch die Verwendung neutraler und/oder positiver Begrifflichkeiten sollen

Stigmatisierungen vermieden werden (WHO 2005). (Sprach)Therapeutisch ist die ‚neue‘ Zielsetzung, Betroffenen die Partizipation [Teilhabe] an individuell gewünschten Lebensbereichen trotz bestehender Beeinträchtigung zu ermöglichen (Grötzbach 2006). Die Weiterentwicklung zur **ICF-Children and Youth** (WHO 2007) für die Altersspanne von 0-17 Jahren wurde von der WHO als notwendig betrachtet, um die spezifischen Wachstums-, Reifungs-, Lern- und Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen einzubinden. Daher beinhaltet die ICF-CY zusätzliche Codes, additive Beschreibungen existierender Codes und Instruktionen zur Anwendung und Interpretation bei Kindern bzw. Jugendlichen (McLeod 2006, Threat/Worrall 2004, WHO 2007).

1.2 Ziele und Anwendungsbereiche der ICF(-CY)

Die ersten zwei Dekaden des menschlichen Lebens sind charakterisiert durch schnelle Entwicklung und signifikante Veränderungen in der physischen, sozi-

alen und psychologischen Entwicklung des Kindes und Jugendlichen. Die neue Klassifikation der ICF-CY fokussiert das Kind/den Jugendlichen mit seinen sich entwickelnden Kompetenzen, sozialer Partizipation und wachsender Unabhängigkeit innerhalb seiner beeinflussenden Umwelt (s. Abb. 3, S. 266).

Sie hat zum Ziel, die Gesundheit, Erziehung und Rechte für alle Kinder und Jugendlichen zu verbessern (WHO Work Group 2006). Daher implementiert sie erstmalig die Kinderrechte nach der UN-Konvention (UN 1989) und der UN-Konvention der Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN 2006). Die ICF(-CY) erlaubt durch ihre einheitliche Terminologie die intra- wie interdisziplinäre fachliche Kommunikation auf internationaler Ebene: Anhand ausgewählter Domänen (z. B. Kommunikation) können z. B. unterschiedliche (Sprach)-Therapiemethoden in ihrer Effektivität verglichen werden (Simmons-Mackie 2004). Wichtigstes Ziel ist jedoch „die Identifikation von Maßnahmen, welche das Maß an sozialer

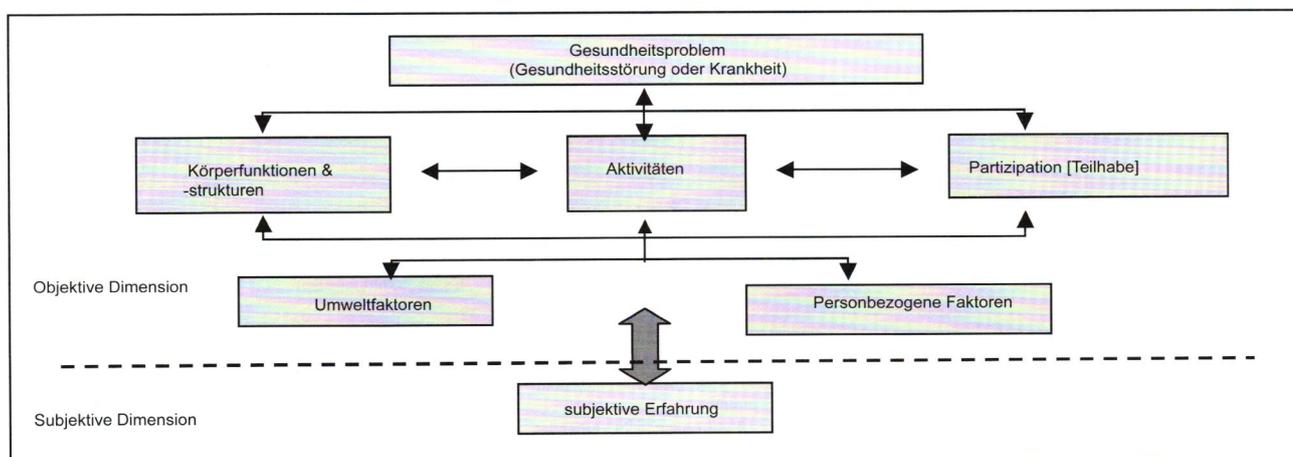


Abb.2: Interaktionale Vernetzung der Komponenten der ICF/ICF-CY inkl. der subjektiven Dimension (Ueda/Okawa 2003, in Anlehnung an: DIMDI 2005, 23)

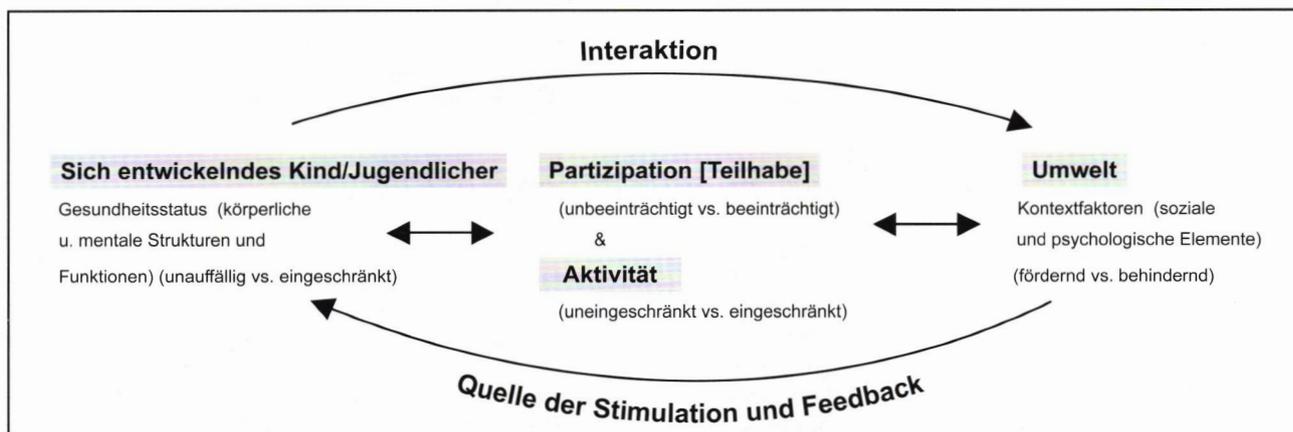


Abb. 3: Einflussfaktoren von Funktionsfähigkeit und Beeinträchtigung: Kind/Jugendlicher-Umwelt-Interaktion (in Anlehnung an Simeonsson et al. 2003b, 604)

Partizipation [Teilhabe] von Menschen mit Behinderungen erhöhen können“ (WHO 2005, 172). Hier ermöglicht die ICF(-CY) das individuelle Hauptproblem von Kindern/Jugendlichen (barrierevolle Umwelt, fehlende Förderfaktoren, eingeschränkte Leistungsfähigkeit) zu identifizieren. So können konkrete

Therapieziele formuliert und durch gezielt eingeleitete Fördermaßnahmen erreicht werden.

(Funktionsfähigkeit & Behinderung vs. Kontextfaktoren) gegliedert, die sich jeweils wieder in zwei Komponenten (s. Abb. 4) aufteilen.

1.3 Struktur und Komponenten der ICF(-CY)

Die ICF(-CY) besteht aus vier Hauptkomponenten: Sie ist in zwei Teile

Diese Komponenten sind mit einem Präfix gekennzeichnet: b= Körperfunktionen, s= Körperstrukturen, d= Aktivi-

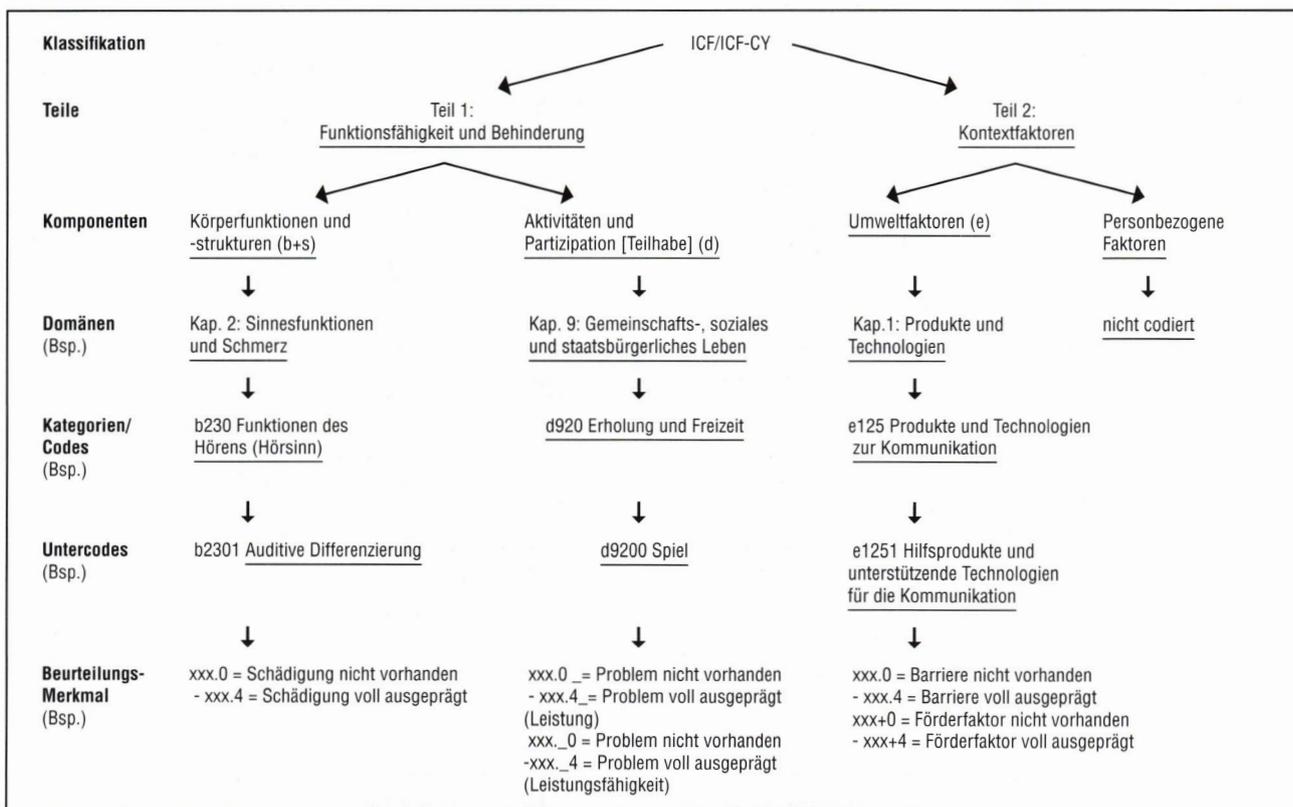


Abb. 4: Struktur der ICF/ICF-CY mit verdeutlichenden Beispielen (in Anlehnung an WHO 2005)

täten und Partizipation [Teilhabe] und e= Umweltfaktoren. Personbezogene Faktoren sind nicht weiter aufgeführt und somit auch nicht codiert (DIMDI 2005, 151ff.). Als *Domänen* werden Kapitel bezeichnet, die eine sinnvolle Menge an Items innerhalb einer Komponente zusammenfassen (z. B. d3 oder Kap.3: Kommunikation). *Kategorien* bezeichnen die Codes bzw. Unter-Codes innerhalb einer Domäne (z. B. d350 Konversation → d3500 Eine Unterhaltung beginnen). Die *Beurteilungsmerkmale* zur Kodierung des Gesundheitszustandes sind je nach Komponente unterschiedlich definiert (s. Abb. 3). Mit der Kodierung d5601.3 wäre ausgesagt, dass z. B. ein Säugling erhebliche Probleme hätte, an der Brust zu trinken. Oder mit e355+4, dass z. B. ein Kind durch Fachleute der Gesundheitsberufe (Ärzte/Therapeuten) optimal versorgt wird und somit dieser Förderfaktor voll ausgeprägt ist. Es wird nur der aktuelle Zustand/Zeitpunkt klassifiziert, um auch Verläufe beschreiben zu können. Die *ICF-CY* (WHO 2007) unterscheidet sich von der ICF in der Aufnahme von entwicklungsrelevanten Kategorien, besonders ausführlich im Bereich Aktivität und Partizipation: *Lernen und Wissensanwendung* (Kap. 1: d120-d172) und in *Bedeutende Lebensbereiche: Erziehung und Bildung* (Kap. 8: d815-d835). Als Beispiele können die Kategorien *Sprache erwerben* (d133) oder *Konzepte erwerben* (d137), *Vorschulerziehung* (d815) oder *Lesen lernen* (d140) bzw. *Schreiben lernen* (d145), dienen. In den anderen Domänen werden vereinzelt Kategorien ergänzt (b125, b163, b560, b569, d331/332, d446, d571, d816, d835) oder in Unterkategorien verdeutlicht, wie *Orientierung zu Objekten* (b1143) oder *Psychomotorische Organisation* (b1472). Nach der WHO (2007) sollen einige Ergänzungen auch in die nächste Version der ICF übernommen werden. Um eine Einschränkung in der Entwicklung aufzuzeigen, die im Entwicklungsverlauf wieder aufgeholt werden kann, wurde bei der ICF-CY das Beurteilungsmerkmal der *Verzögerung* eingeführt (WHO 2007). Es wird hierbei anhand von fünf Verzö-

gerungsgraden (0= Verzögerung nicht vorhanden bis 4= Verzögerung voll ausgeprägt) bewertet. Leider bietet die ICF-CY noch keine Erläuterungen zur genauen Kodierung in Abgrenzung zu den bisherigen Bewertungsmerkmalen. Die Basisinformationen zur Beurteilung sollen nach der WHO (2007) anhand von direkten Messungen, Beobachtung, qualitativen Interviews und/oder professioneller Einschätzung erhoben werden.

2. Kinder mit LKGS-Fehlbildung aus der Sicht der ICF-CY: Entwurf eines sprachtherapeutischen ICF-CY Core Sets

Nach internationalen Vorgaben sollen Core Sets eine evidenzbasierte Vorauswahl relevanter ICF-Kategorien für spezifische Störungsbilder beinhalten. Als Grundlage zu deren Entwicklung dienen Metaanalysen, Qualitätszirkel und Patientenbefragungen (Rapp 2006). Erst die Erstellung von Core Sets macht die Anwendung der ICF(-CY) unter Praxisbedingungen effizient einsetzbar. Für den Schwerpunkt der LKGS-Fehlbildungen existiert bisher kein international publiziertes Core Set. Im Folgenden soll parallel zur Darstellung von potenziellen Beeinträchtigungen bei Kindern mit LKGS-Fehlbildung der Transfer zur ICF-CY geleistet und der Entwurf eines ersten ICF-CY Core Sets vorgestellt werden.

2.1 Körperstrukturen

LKGS-Fehlbildungen betreffen durch ihre Veränderungen an *Haut* (s810), Muskel und Knochen primär die *Struktur des Mundes* (s320): insbesondere die Struktur des harten Gaumens (zusätzlich nach OP: Restloch), des Velums (evtl. submuköse Fehlbildung) und der Oberlippe. Der *Pharynx* (s330) kann sekundär in Oro- und Nasopharynx durch kompensatorisch hypertrophe Tonsillen bzw. Adenoide verändert sein. Die *Struktur der Kopf- und Halsregion* (s710) betrifft beim Kind mit LKGS-Fehlbildung die Gesichtsknochen

(Fehlanlage bzw. Wachstumsstörung im Oberkiefer, die zugehörige Muskulatur, M. orbicularis oris und Velummuskulatur) und deren Bänder. Die *Nase* (s310) kann im Bereich der äußeren Nase (z. B. durch Asymmetrie oder fehlende Kolumella) auffallen, eine Septumdeviation vorliegen oder die Nasenhöhle anhand einer Vomerhypoplasie vergrößert sein. Im *Mittelohr* (s250) kann es zu Vernarbungen im Trommelfell (nach chronischen Otitiden) kommen bzw. die Ohrtrumpete eine genetisch vergrößerte Eigenelastizität aufweisen. Die *Struktur des Innenohres* (s260) kann evtl. durch die zeitgleiche teratogenetische Determinationsphase beeinträchtigt. Tertiär kann es bei der *Struktur des Kehlkopfes* (s340) zu einer Veränderung der Stimmbänder i.S. von Schreiknötchen kommen (vgl. Peterson-Falzone et al. 2001).

2.2 Körperfunktionen

Körperfunktionen werden von der ICF(-CY) als die „physiologischen Funktionen von Körpersystemen einschließlich psychologischer Funktionen“ charakterisiert (WHO 2005, 51). Bei Kindern mit LKGS-Fehlbildung können folgende Funktionen individuell beeinträchtigt sein: *Heilfunktion der Haut* (b820): (Narbenbildung), *weitere Sinnesfunktionen* (b250-b270): Druck- und Berührungsempfinden (eingeschränkt durch Narben), der *Wahrnehmung* (b156): auditiv (durch Hörstörung), olfaktorisch (Mundatmung) und gustatorisch; *Funktion des Hörens* (b230): z. B. Schallwahrnehmung und auditive Differenzierung; *Funktionen der Nahrungsaufnahme* (b510): z. B. Saugen, Schlucken, Beißen (im Säuglingsalter bzw. Beibehaltung des infantilen Schluckmusters); *Funktionen der Muskeln* (b730-b740): Kraft, Tonus und Ausdauer einzelner Muskeln bzw. Muskelgruppen im orofazialen Bereich (Ermüdung der velopharyngealen Muskulatur); *Funktionen der Bewegung: Kontrolle von Willkürbewegungen* (b760) (z. B. orofaziale Dysfunktion, Zungenfehlfunktion, mimische Mitbewegungen); *Funktionen der unwillkürlichen Bewegungen*

(b765): (Tubenfunktionsstörung und velopharyngeale Insuffizienz); *Funktionen der Stimme* (b310): Stimmqualität (Hyper- bzw. Hyponasalität, Dysphonie), *Artikulationsfunktionen* (b320): (phonologisch- phonetische Aussprachestörung, nasaler Durchschlag und Turbulenz); *weitere Atmungsfunktionen* (b440- b450): Atemtiefe (claviculare Atmung, Mundatmung). Im weiteren Sinne können *Funktionen von Temperament und Persönlichkeit* (b126) eingeschränkt sein in Bezug auf das eigene Selbstvertrauen bzw. die generelle Extraversion anderen Menschen gegenüber (vgl. *Kuehn/Moller 2000, Peterson-Falzone et al. 2001, Neumann 2001*).

2.3 Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]

Aktivität wird von der ICF folgendermaßen definiert: „Eine Aktivität ist die Durchführung einer Aufgabe oder einer Handlung. Partizipation [Teilhabe] ist das Einbezogenensein in eine Lebenssituation“ (*WHO 2005, 95*). Es werden zwei Beurteilungsmerkmale eingesetzt: *Leistung* und *Leistungsfähigkeit*. *Leistung* ist charakterisiert dadurch, „was ein Mensch in seiner gegenwärtigen, tatsächlichen Umwelt tut“ (*WHO 2005, 95*). *Leistungsfähigkeit* hingegen „beschreibt die Fähigkeit eines Menschen, eine Aufgabe oder Handlung durchzuführen“ (ebd., 95). Kinder und Jugendliche mit LKGS-Fehlbildung können Probleme in folgenden Bereichen haben: *Zuhören* (d115) und *Aufmerksamkeit fokussieren* (d160), evtl. bedingt durch die Hörproblematik; *andere bewusste sinnliche Wahrnehmungen* (d120): Schmecken, Riechen (z. B. Vernachlässigung durch Schonhaltung); *Nachmachen, Nachahmen* (d130): z. B. Laute nachahmen; *Sprechen* (d330): (eingeschränkte Sprechfähigkeit/ Verständlichkeit); *non-verbale Mitteilungen produzieren* (d335): Körpersprache einsetzen, (z. B. veränderte Mimik aufgrund von mimischen Mitbewegungen); *Konversation* (d350): eine Unterhaltung beginnen, sich mit einer Person oder mit mehreren Personen unterhalten (evtl. kommuni-

kativer Rückzug); *Diskussion* (d355): Diskussion mit einer Person bzw. mit vielen Menschen (s. d350); *Kommunikationsgeräte und -techniken verwenden* (d360): (Telefonieren aufgrund von eingeschränkter Verständlichkeit meiden); *Essen* (d550) und *Trinken* (d560) auf kulturell akzeptierte Weise (z. B. Nahrungsaustritt aus der Nase bedingt durch ein palatales Restloch); *mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen* (d240): (z. B. durch vermindertes Selbstwertgefühl ist Stressschwelle herabgesetzt); *elementare interpersonelle Aktivitäten* (d710): körperlicher Kontakt in Beziehungen (evtl. Berührungsvermeidung im Gesicht/am Mund); *komplexe interpersonelle Interaktionen* (d720): Beziehungen eingehen/ Freundschaften schließen (z. B. Problem bei Partnerfindung in der Pubertät); *besondere interpersonelle Beziehungen* (d730; d740): *Mit Fremden umgehen* (d730) (z. B. Vermeiden von kommunikativen Situationen mit Fremden); *formelle Beziehungen* (d740); *Familienbeziehungen* (d760): Eltern-Kind-Beziehung (Schock, Bewältigung, Überbehütung); Kind-Eltern-Beziehung (evtl. Unselbstständigkeit); *Erziehung/Bildung* (d810-d839): *Vorschulerziehung* (d815) (evtl. kein Regelkindergarten), *Schulbildung* (d820); *Gemeinschaftsleben* (d910): Informelle Vereinigungen, Feierlichkeiten, (wie z. B. fehlende Einladungen zu Kindergeburtstagen aufgrund der Auffälligkeiten im Aussehen bzw. Sprechen); und im Bereich *Erholung und Freizeit* (d920): Spiel, Kunst und Kultur, Kindertheater/Instrumente (z. B. aufgrund eingeschränkter Fähigkeit kein Blasinstrument erlernen oder sich trauen, eine Rolle im Theaterstück zu übernehmen) (vgl. *Kuehn/Moller 2000, Neumann 2001, Peterson-Falzone et al. 2001*).

2.4 Umweltfaktoren

Umweltfaktoren müssen individuell aus der Sicht der betroffenen Person kodiert werden und alle Komponenten berücksichtigen. Sie „bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der Menschen leben und ihr

Dasein entfalten“ (*WHO 2005, 123*). Hier kommen zwei Beurteilungskriterien zum Tragen: *Barrieren* und *Förderfaktoren*. Für Kinder und Jugendliche mit einer LKGS-Fehlbildung können folgende Umweltfaktoren eine Rolle in ihrem Lebensalltag spielen: Im *engsten bzw. erweiterten Familienkreis* (e310, e315) kann die Unterstützung durch Eltern, Geschwister, Oma/Opa bzw. Onkel, Tanten groß sein oder gegenteilig fehlen. *Individuelle Einstellungen der Familie* (e410, e415) wie evtl. Trauer, Ablehnung, Schuldzuweisungen, Unsicherheit und Frustration können eine Barriere in der Entwicklung des Kindes darstellen. Für Kinder ist ein (bester) *Freund/ eine (beste) Freundin* (e320, e420) sehr wichtig und kann Halt geben. *Bekannte, Nachbarn und Peers* (e325, e425), wie Kindergartenfreunde oder eine Clique mit ihren individuellen Einstellungen, können im Umgang mit der ‚Behinderung‘ fördernd (offener Umgang), jedoch auch hinderlich einwirken (Tabuisierung). Ein *Haustier* (e350), zu dem eine enge Bindung besteht, kann zu seelischer Gesundheit beitragen. Durch *Fachleute der Gesundheitsberufe* (e355) kann eine gute Betreuung durch Ärzte, SprachtherapeutIn wie auch *LehrerIn* (e360) vorliegen und sich deren Einstellung zum Kind positiv charakterisieren. *Einstellungen von Fremden* (e445) bzw. *gesellschaftliche Einstellungen* (e460) mögen evtl. durch Vorurteile oder Vorbehalte gegenüber dem betroffenen Kind geprägt sein und wirken sich vielleicht eher als Barriere aus. Im Bereich *gesellschaftlicher Normen, Konventionen und Weltanschauungen* (e465) gelten z. B. Kommunikationsnormen, denen das Kind/der Jugendliche möglicherweise nicht entspricht. Betroffene Jugendliche und Eltern können Unterstützung durch *Vereinigungen und Organisationen* (e555), der LKGS-Selbsthilfe (Wolfgang-Rosenthal-Gesellschaft) mittels Kontaktadressen, Gruppentreffen und Fortbildungen erhalten. *Dienste des Medienwesens* (e560) werden positiv genutzt als Informationsvermittlung mittels Internet (z. B. www.cleftnet.de). *Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der sozialen Sicherheit* (e570)

garantieren eine Anerkennung des Grades der Behinderung (GdB), Ausgleichszahlungen und Steuervergünstigungen in den ersten Lebensjahren. Das *Gesundheitswesen* (e580) stellt die Medizinische Versorgung, Rehabilitation und Therapie der Kinder und Jugendlichen sicher (z. B. MKG-Chirurgie, KfO, Sprachtherapie, Stillberatung). Im Bereich des *Bildungs- und Ausbildungswesens* (e585) stehen Fragen des Förderortes (z. B. Förderung des Kindes im Sprachheilkindergarten oder in einer Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache) im Mittelpunkt der Betrachtung (vgl. *Neumann* 2003).

2.5 Personbezogene Faktoren

Personbezogene Faktoren bezeichnen den speziellen Hintergrund des Lebens und der Lebensführung des betroffenen Kindes/Jugendlichen. Sie sind aufgrund ihrer immensen soziokulturellen Heterogenität nicht in der ICF klassifiziert (*WHO* 2005, 14, 22 u. 146). Es werden folgende Einflüsse impliziert: Merkmale der Person, Alter, Geschlecht, sozialer Status, Lebenserfahrung, ethnische Zugehörigkeit, Fitness, Lebensstil, Gewohnheiten, Erziehung, Bewältigungsstile, Bildung und Ausbildung, Beruf, vergangene bzw. gegenwärtige Erfahrungen, Charakter, Verhaltensmuster, psychisches Leistungsvermögen (*WHO* 2005, 22). Personbezogene Faktoren werden von außenstehenden Personen (Ärzte, Therapeuten) betrachtet und eingeschätzt. Sie spiegeln demnach nicht die subjektive Erfahrung und Empfindung einer Beeinträchtigung wider. Bei Kindern mit LKGS-Fehlbildung sollten personbezogene Faktoren in Bezug auf die Beeinflussung ihrer kommunikativen Möglichkeiten in Aktivität und Partizipation [Teilhabe] erkannt und analysiert werden, um eine optimale individuelle Therapie einleiten zu können. Ansatzpunkte könnten sein: Grad des Selbstbewusstseins, Bewältigung bei den Eltern junger Kinder/Säuglingen (hier greift die ICF-CY auf die Eltern zurück), z. B. ethnische Zugehörigkeit und daraus entstehender besonderer Umgang (z. B. positive

Einstellung) mit der Fehlbildung (vgl. *Kuehn/Moller* 2000).

2.6 Subjektive Erfahrung

Die *subjektive* Einschätzung des Leidensdrucks aufgrund einer Beeinträchtigung oder partizipatorischen Einschränkungen in diversen Lebensbereichen wird in der ICF nicht explizit mit aufgenommen. Die aktuelle ICF-CY betont jedoch die Wichtigkeit der Einbeziehung der Patienten/Angehörigen durch Interviews (*WHO* 2007). *Ueda* und *Okawa* fordern schon 2003 den Einbezug der subjektiven Dimension durch die Komponenten *Bedeutsamkeit* und *Zufriedenheit* in Bezug auf alle anderen Komponenten (9 Ebenen, ebd. 2003, 600-601), insbesondere der Aktivität und Partizipation [Teilhabe]. Sie definieren ‚Subjektive Erfahrung‘ als eine Reihe kognitiver, emotionaler und motivationaler Gemütszustände einer Person. Sie sei eine interaktive Antwort (s. Abb. 2) auf die objektiven Dimensionen, wie z. B. negative Kontextfaktoren und umfasse aktive Reaktionen begründet in der individuellen Persönlichkeit und psychischen Verfassung, wie eigenes Wertesystem, Selbstbild, Ideale, Glauben, Lebenssinn und Coping-Strategien (*Ueda/Okawa* 2003, 599). Durch deren Einbezug würde die ICF nach Ansicht der Autoren eine wirklich umfassende Klassifikation (ebd., 598). *Duchan* (2004) unterstützt diese Sichtweise. Die subjektive Dimension sei jedoch nicht unter die personbezogenen Faktoren zu fassen, da letztere von objektiver Art seien und eher Backgroundfaktoren beinhalten. *Ueda* und *Okawa* (2003) unterstreichen den großen Nutzen der Bewusstmachung der subjektiven Erfahrung für den Therapeuten wie für den Betroffenen selbst. Den Fachleuten gelinge ein besseres Verständnis für die Probleme und Gefühle ihrer Klienten. Betroffenen würde durch die Selbsteinschätzung geholfen, ihre Selbstbestimmung, Autonomie und Empowerment (wieder) zu erlangen und eine größere Motivation zu entwickeln. Hierzu werden aktuell Fragebögen entwickelt, die auf die subjektiv erfahrene Lebenssituation von

Kindern mit LKGS-Fehlbildung abzielen („LKGS komplex“ *Neumann*, in Entwicklung). Folgende Aspekte wären bei Kindern/Jugendlichen mit LKGS-Fehlbildung relevant: Umgang mit der Gesichtsfehlbildung in ästhetischer Hinsicht, Leidensdruck bezüglich der Aussprachestörung/Unverständlichkeit, individuelle Lebensqualität, Gefühl der Integration. In Tabelle 1 (S. 270f.) werden beispielhaft subjektive Einschätzungen in Bezug auf die jeweiligen Komponenten der ICF-CY eines Kindes mit LKGS-Fehlbildung dargestellt.

2.6 Entwurf eines ICF-CY Core Sets für den Bereich der LKGS-Fehlbildungen

Hier wird ein erster Entwurf eines ICF-CY Core Sets für den Bereich der LKGS-Fehlbildungen vorgestellt, der allerdings keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt und somit den Anwender nicht von der Verantwortung entlastet, individuell relevante Kategorien zu berücksichtigen und zu integrieren. Aus Komplexitätsgründen wird hier nur die Klassifikation der zweiten Ebene aufgeführt, die detaillierte Vollversion kann jedoch bei den Autorinnen per mail oder fax angefordert werden. Zur Verdeutlichung der verwendeten Kategorien wird die Lebenssituation von Jan (4;6 Jahre) betrachtet und beschrieben (s. Tabelle 1, S. 270f.).

Das hier vorgelegte ICF-CY Core Set bietet eine Zusammenstellung der wichtigsten Domänen, Komponenten und Kategorien für Kinder und Jugendliche mit LKGS-Fehlbildung. Dieser erste Entwurf entspricht jedoch aufgrund der Art seiner Erarbeitung noch nicht den bereits genannten Entwicklungsstandards, könnte jedoch als Basis fungieren. Zudem kann eine eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit alle Aspekte des Lebens beeinflussen, so dass die vorgeschlagenen Kategorien je nach Alter des Kindes/Jugendlichen noch zu erweitern wären (*McLeod/McCormack* 2007). Bei betroffenen Erwachsenen werden daneben weitere Kategorien in Aktivität/Partizipation (Politisches Leben und Staatsbürgerschaft), bei den Umweltfaktoren (Dienste des Ar-

Entwurf eines ICF-CY Core Sets für den Bereich der LKGS-Fehlbildungen		
Code	Beschreibung	Bsp.: Jan (4;6 Jahre) zum jetzigen Zeitpunkt
Körperstrukturen		
s250	Struktur des Mittelohres	Trommelfellnarben aufgrund früherer Parazentesen, häufige Otitiden
s260	Struktur des Innenohres	--
s310	Struktur der Nase	Abgeflachtes linkes Nasenloch, Septumdeviation, Muschelhyperplasie
s320	Struktur des Mundes	Nichtanlage des Incisivi (22) in primärer Dentition linksseitige totale LKGS-Fehlbildung, nach OP: verkürzte Oberlippe und Velum, spröde Lippen, Nichtanlage des Philtrums
s330	Struktur des Pharynx	Hypertrophe Tonsillen
s340	Struktur des Kehlkopfes	--
s710	Struktur der Kopf- und Halsregion	Fehlbildung der Gesichtsknochen, des M. orbicularis oris superior und der velopharyngealen Sphinktermuskulatur (Zustand nach OP)
s810	Struktur der Hautregionen	Zustand nach OP an Oberlippe und äußerer Nase
Körperfunktionen		
b126	Funktionen von Temperament und Persönlichkeit	Geringeres Selbstvertrauen, eher skeptisch Fremden gegenüber
b156	Funktionen der Wahrnehmung	Durch Mundatmung eingeschränkte Geruchswahrnehmung
b230	Funktionen des Hörens	Eingeschränkte auditive Differenzierungsfähigkeit
b250	Funktionen des Schmeckens	
b255	Funktionen des Riechens	s. b156
b270	Sinnesfunktionen bzgl. Temperatur und anderer Reize	Geringes Berührungsempfinden an Oberlippennarben
b310	Funktionen der Stimme	Leichte Hypernasalität
b320	Artikulationsfunktionen	Nasaler Durchschlag, phonologisch-phonetische Aussprachestörung (z. B. glottale Rückverlagerungen)
b440	Atmungsfunktionen	
b450	Weitere Atmungsfunktionen	Mundatmung tags/nachts
b510	Funktionen der Nahrungsaufnahme	Leichte Hypersalivation, infantiles Schluckmuster
b730	Funktionen der Muskelkraft	
b735	Funktionen des Muskeltonus	Hypotonus in Zunge und Lippen
b740	Funktionen der Muskelausdauer	
b760	Funktionen der Kontrolle von Willkürbewegungen	Orofaziale Dysfunktion (Zunge/Lippen)
b765	Funktionen der unwillkürlichen Bewegungen	Tubenfunktion eingeschränkt (s. s250)
b820	Heilfunktion der Haut	Narben
Aktivität & Partizipation [Teilhabe]		
d115	Zuhören	
d120	Andere bewusste sinnliche Wahrnehmungen	
d130	Nachmachen, nachahmen	
d160	Aufmerksamkeit fokussieren	Eingeschränkt (s. b230)
d240	Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen	Schnell emotional belastbar
d330	Sprechen	
d335	Non-verbale Mitteilungen produzieren	Problematisch durch mimische Mitbewegungen bei Artikulation
d350	Konversation	In geschütztem Raum unproblematisch, bei Fremden sehr zurückhaltend
d355	Diskussion	s.o.
d360	Kommunikationsgeräte und -techniken verwenden	Telefoniert schon alleine mit Freunden
d550	Essen	
d560	Trinken	
d660	Anderen helfen	
d710	Elementare interpersonelle Aktivitäten	
d720	Komplexe interpersonelle Interaktionen	Hat einen besten Freund
d730	Mit Fremden umgehen	
d740	Formelle Beziehungen	
d760	Familienbeziehungen	Sehr gute emotionale Beziehung
d815	Vorschulerziehung	Geht in Regelkindergarten
d820	Schulbildung	--
d910	Gemeinschaftsleben	Wird eingeladen zu Kindergeburtstagen
d920	Erholung und Freizeit	Ist oft verabredet, spielt Fußball im Verein

	Umweltfaktoren	Umweltfaktoren
e115	Produkte und Technologien zum persönlichen Gebrauch im täglichen Leben	--
e125	Produkte und Technologien zur Kommunikation	--
e310	Engster Familienkreis	Optimale Unterstützung durch Eltern, Einzelkind
e315	Erweiterter Familienkreis	Von Gesamtfamilie akzeptiert
e320	Freunde	Beste(r) Freund(in) aus Kindergarten
e325	Bekannte, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und andere Gemeindemitglieder	Kinder in der Nachbarschaft (J. ist integriert)
e350	Domestizierte Tiere	Hat einen Hund
e355	Fachleute der Gesundheitsberufe	Gute Betreuung durch Spalteam und Sprachtherapeutin
e360	Andere Fachleute	Erzieherinnen im KIGA
e410	Individuelle Einstellungen der Mitglieder des engsten Familienkreises	Optimal
e415	... der Mitglieder des erweiterten Familienkreises	Optimal
e420	... von Freunden	Optimal
e425	... von Bekannten, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und anderen Gemeindemitgliedern	Nicht negativ
e445	... von Fremden	Wird häufig wg. seiner Narben angeschaut
e450	... von Fachleuten der Gesundheitsberufe	Förderlich
e455	... von anderen Fachleuten	Förderlich
e460	Gesellschaftliche Einstellungen	Stigmatisierung i.S. von „Anderssein“
e465	Gesellschaftliche Normen, Konventionen und Weltanschauungen	Gesicht als wichtiger Part der Selbstidentifikation, hohe Kommunikationsnormen
e555	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze von Vereinigungen und Organisationen	Hilfe durch LKGS-Selbsthilfe (Wolfgang-Rosenthal-Gesellschaft)
e560	... des Medienwesens	www.cleftnet.de, www.lkgs.net
e570	... der sozialen Sicherheit	Ausgleichszahlungen GdB, Steuervergünstigungen
e580	... des Gesundheitswesens	Eher negativ behaftet
e585	... des Bildungs- und Ausbildungswesens	Wohnortnaher Kindergartenbesuch möglich
	Personbezogene Faktoren	Personbezogene Faktoren
	Merkmale der Person, Alter, Geschlecht, sozialer Status, Lebenserfahrung, ethnische Zugehörigkeit, Fitness, Lebensstil, Gewohnheiten, Erziehung, Bewältigungsstile, Bildung und Ausbildung, Beruf, vergangene bzw. gegenwärtige Erfahrungen, Charakter, Verhaltensmuster, psychisches Leistungsvermögen	Mittelschicht, gesunder Lebensstil (viel an frischer Luft, gesunde Ernährung), schüchtern, partnerschaftliche Erziehung, nicht sehr ausgeprägtes Selbstbewusstsein, fröhliches Kind, bei Fremden eher zurückhaltend, partielle Erfahrung des „Nicht-verstanden-werdens“, liebt Tiere und Fußball
	Subjektive Erfahrungsebene	Subjektive Erfahrungsebene
	Körperstrukturen	Findet seine Nase nicht so schön; mag seine trockenen Lippen nicht
	Körperfunktionen	Ist sich seiner Aussprachestörung bewusst und möchte gerne so sprechen wie alle
	Aktivität & Partizipation [Teilhabe]	Spricht nicht so gern mit Fremden aus Angst nicht verstanden zu werden
	Umweltfaktoren	Fühlt sich wohl und verstanden im Kindergarten und im Fußballverein

Tab. 1: Entwurf eines ICF-CY Core Sets für den Bereich der LKGS-Fehlbildungen

beits- und Beschäftigungswesens) und personenbezogenen Faktoren (Lebenserfahrungen) relevant.

3. Die ICF/ICF-CY – Implikationen, Chancen und Risiken für die Sprachtherapie

3.1 Kritische Betrachtung der ICF(-CY)

Die ICF (2001) ist ein reines Klassifikations-Instrument, kein Diagnos-

tikmaterial und als solches auch nicht einzusetzen (McLeod 2006, Threats/Worral 2004). Die Anwendung der ICF als Klassifikationshilfe für diverse Auffälligkeiten bei Menschen in ihrem Umfeld ist aufgrund der Vielzahl der Codes im Praxisalltag zeitlich nicht leistbar. Die Anwendung von Core Sets ist zeitökonomischer, birgt jedoch die Gefahr der reduzierten Vorauswahl in sich. Diese können individuell-relevante Kontextfaktoren außer Acht lassen oder sich wie gewohnt auf personenzentrierte Merkmale wie Körperstrukturen und/

oder -funktionen konzentrieren, da es aufgrund (noch) fehlender Materialien zur Einschätzung der Aktivität und Partizipation schwierig ist, diese Bereiche zu analysieren. Die Klassifikation von Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen bei Kindern erweist sich zusätzlich als problematisch, da die Bereiche der Kommunikation bzw. des Spracherwerbs nur sehr grob eingeteilt sind und keine genaue Beschreibung erlauben (Romonath 2007, McLeod/McCormack 2007, Threats/Worral 2004).

3.2 Implikationen für die Sprachtherapieforschung

Der Einsatz der ICF und der ICF-CY im Gesundheitsbereich impliziert für den Bereich der Sprachtherapie eine endgültige Abkehr von der rein sprachpathologischen Betrachtungsweise von Sprachstörungen. Zukünftige Aufgaben für die Sprachtherapieforschung werden in der *Entwicklung ICF-orientierter Assessments und Therapieverlaufs- und Ergebnisdokumentationen* für den deutschsprachigen Bereich liegen (McConachie et al. 2006, Simmeons-son et al. 2005). Internationale Materialien (z. B. SPAA-C/McLeod 2003 bzw. Aus TOMs/Perry/Skeat 2004) können hierbei sinnvoll als Anregung dienen. Zuvorderst besteht allerdings die Notwendigkeit der Erforschung und Bestimmung von Kontextfaktoren und personenbezogenen Faktoren, die im starken Maße (kindliche) Kommunikation beeinflussen (Ma, Worrall Threats 2007).

3.3 Zukünftige Chancen für sprachtherapeutisches Handeln

Internationale Entwicklungen in der Sprachtherapie zeigen erste Ansätze, therapeutische Ziele auf das kommunikative Umfeld auszuweiten (Kagan 1998, Lubinski 2001). Westby (2007) sieht die zukünftige Aufgabe von Sprachtherapeuten darin, die Differenz zwischen dem kindlichen Leistungsvermögen („capacity“) und dessen reale Umsetzung („performance“) im Alltag mit und ohne Hilfestellung („assistance“) zu erkennen und daraus Therapieziele abzuleiten, die die (sprachliche) Handlungsfähigkeit des Kindes zu Hause, in der Schule und in seinem persönlichen Umfeld erweitern. Threats und Worrall (2004) fordern den systematischen Einbezug von Selbst- oder Angehörigenberichten und direkte Beobachtung zur Einschätzung der Partizipation in die Therapiekonzeption. Für den sprachtherapeutischen Bereich impliziert dies nach Westby (2007) bspw. den Rückgriff auf Spontansprachanalysen im natürlichen Umfeld des Kindes (z. B. beim Spielen mit Gleichaltrigen), Eltern-Checklisten

zur Kommunikation (Bishop 1998) oder Screenings für die Schule/Lehrer (Fenson et al. 2007). Hier ist auch in Deutschland ein Umdenken erforderlich. Die konsequente Übernahme der ICF in den Therapiealltag impliziert jedoch eine (Re-) Organisation der interprofessionellen Teamarbeit auf interdisziplinärer Basis. „Eine hierarchische Organisationsform, die vom Arzt dominiert wird und in der die Therapeuten lediglich nach Anweisung arbeiten, wird diesem Anspruch nicht gerecht“ (Grötzbach 2006, 1). Die ICF-CY ermöglicht die Subsummierung von validen und reliablen Daten und sichert somit die Evidenzbasierung auch im sprachtherapeutischen Bereich (WHO 2005). Wünschenswert wäre eine Modifikation der Heilmittelrichtlinien unter Einbezug der ICF durch die Krankenkassenverbände. Insbesondere die Aufnahme von Therapiezielen im Bereich der Aktivität/Partizipation und Kontext-Faktoren würde den sprachtherapeutischen Alltag positiv verändern (Threats/Worrall 2004, Boles 2004). Auch die Implementierung der ICF in die Praxis-Richtlinien der sprachtherapeutischen Berufsverbände, wie sie bei den von der ASHA publizierten ‚Preferred Practice Patterns‘ zu finden ist (Westby 2007), kann dazu beitragen. Erst mit einer Akzeptanz auf gesundheitspolitischer und wissenschaftlicher Ebene kann sich die ICF auf Dauer in der Praxis als bedeutsam für das betroffene Kind behaupten, ohne nur eine deskriptive Klassifikation zu bleiben.

Literatur

Bishop, D. V. M. (1998): Development of the Children’s Communication Checklist (CCC): method for assessing qualitative aspects of communicative impairment in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 39, 879-891.

Boles, L. (2004): The ICF language of numeric adjectives. *Advances in Speech-Language Pathology* 6 (1), 71-73.

De Kleijn-De Vrankrijker, M. W. (2003): The long way from the International Classifications of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) to the International Classification of Functioning, Disability

and Health (ICF). *Disability and Rehabilitation* 25 (11-12), 561- 564.

DIMDI (2002): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). <http://www.dimdi.de> (24.01.2008).

DIMDI (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Genf: WHO.

Duchan, J. F. (2004): Where is the person in the ICF? *Advances in Speech-Language Pathology* 6 (1), 63-65.

Fenson, L., Marchman, V. A., Thal, D. J. Dale, P. S. Reznick, S. Bates, E. (2007): *MacArthur Bates Communicative Development Inventories*. Baltimore: M.-D. Brookes.

Grötzbach, H. (2006): Klinische Umsetzung der ICF am Beispiel Aphasie. http://cplol2006.de/de/fobi_abstracts.php#9 (24.01.2007).

Kagan, A. (1998): Supported conversation for adults with aphasia: Methods and resources or training conversational partners. *Aphasiology* 12, 816-830.

Kuehn, D., Moller, K. T. (2000): Speech and language issues in the cleft palate population: The state of the art. *Cleft Palate-Craniofacial Journal* 37, 348-1 – 348-35.

Lubinski, R. (2001): Environmental systems approach to adult aphasia. In: Chapey, R. (Ed.): *Language intervention strategies in aphasia and related neurogenic communication disorders* (269-296). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.

McConachie, H., Colver, A. F., Forsyth, R. J., Jarvis, S. N., Parkinson, K. N. (2006): Participation of disabled children: how should it be characterised and measured. *Disability and Rehabilitation* 28 (18), 1157-1164.

McLeod, S. (2003): Speech participation and activity of children (SPAA-C), <http://www.athene.riv.csu.edu.au/~smcleod/SPAAC2.pdf> (22.01.2008).

McLeod, S. (2006): A holistic view of a child with unintelligible speech: Insights from the ICF and ICF-CY. *Advances in Speech-Language Pathology* 8 (3), 293-315.

McLeod, S., McCormack, B. (2007): Application of the ICF and ICF-Children and youth in children with speech impairment. *Seminars in Speech and Language* 28 (4), 254-264.

- Neumann, S. (2001): Rhinophonie (Näseln). In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie, Bd. 2 (253-277). Stuttgart: Kohlhammer.
- Neumann, S. (2003): Frühförderung bei Kindern mit Lippen-Kiefer-Gaumen-Segel Fehlbildung. Die Möglichkeit der Prävention von Sprechauffälligkeiten. Idstein: Schulz Kirchner.
- Nüchtern, E. (2005): Die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) in der vertragsärztlichen Versorgung. Neurologie und Rehabilitation 11, 227-235.
- Peterson-Falzone, S. J., Hardin-Jones, M. A., Karnell, M. P. (2001): Cleft palate speech. Philadelphia: Mosby.
- Rapp, M. (2006): Stottern im Spiegel der ICF – Neue Maßstäbe für Assessment und Therapie. Das Bremer Modell, Bd. 4. Bremen: Logo.
- Romonath, R. (2007): Suggestions for applying the ICF in developmental dyslexia in adolescents. Vortrag auf dem 27. Kongress der International Association of Logopedics and Phoniatrics (IALP) 2007 in Kopenhagen.
- Simeonsson, R. J., Leonardi, M., Lollar, D., Björk-Akesson, E., Hollenweger, J., Martinuzzi, A. (2003a): Applying the ICF to measure childhood disability. Disability and Rehabilitation 23 (2), 49-63.
- Simeonsson, R. J., Leonardi, M., Lollar, D., Björk-Akesson, E., Hollenweger, J., Martinuzzi, A. (2003b): Applying the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) to measure childhood disability. Disability and Rehabilitation 25 (11-12), 602-610.
- Simeonsson, R. J., Leonardi, M., Björk-Akesson, E., Hollenweger, J., Martinuzzi, A., Huib Ten Napel (2005): The ICF-CY: a derived classification for children and youth. WHO Fic Network Meeting, <http://www.who.int/classifications/apps/icd/meetings/tokyomeeting/documentlist.htm> (24.01.2008).
- Simmons-Mackie, N. (2004): Cautiously embracing the ICF. Advances in Speech-Language Pathology 6 (1), 67-70.
- Threats, T., Worral, L. (2004): The ICF is all about the person, and more: A response to Dunchan, Simmons-Mackie, Boles and McLeod. Advances in Speech-Language Pathology 6 (1), 83-87.
- Ueda, S., Okawa, Y. (2003): The subjective dimension of functioning and disability: what is it and what is it for? Disability and Rehabilitation 25 (11-12), 596-601.
- UN (1989): UN-Kinderrechtskonvention im Wortlaut. <http://www.kidweb.de/kiko.htm> (23.01.2008).
- UN (2006): Konvention der Rechte von Menschen mit Behinderungen. <http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml> (23.01.2008).
- UNESCO (1994): The Salamanca Statement and Framework for Action on Special Needs Education. http://www.unesco.org/education/pdf/SALAMA_E.PDF (24.01.2008).
- Westby, C. (2007): Application of the ICF in Children with Language Impairments. Seminars in Speech and Language 28 (4), 265-272.
- WHO Work Group (2006): ICF-CY: representing children's and adolescents' functioning, disability and health. <http://www.venetosociale.it/icf-cy> (24.01.2008).
- WHO (1980): International Classifications of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) (Nachdruck 1993), Geneva: WHO.
- WHO (2000): International Classifications of Functioning and Disability (ICIDH-2), Geneva: WHO.
- WHO (2001): International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), Geneva: WHO.
- WHO (2002): Towards a common language for Functioning, Disability and Health (ICF), Geneva: WHO.
- WHO (2007): International Classification of Functioning, Disability and Health. Version for Children and Youth (ICF-CY), Geneva: WHO.

Anschrift der Verfasserinnen:

Sandra Neumann
Prof. Dr. Roswitha Romonath
Universität zu Köln
Humanwissenschaftliche Fakultät
Department Heilpädagogik und Rehabilitation
Lehrstuhl: Pädagogik und Therapie bei Sprech- und Sprachstörungen
sandra.neumann@uni-koeln.de
fax: 0221-4707209
Klosterstraße 79 b
50931 Köln



Angela Ullrich, Köln
Roswitha Romonath, Köln

Evidenzbasierte Entscheidungsprozesse in der sprachtherapeutischen Intervention

Zusammenfassung

Entscheidungen über die Wahl von Diagnostikverfahren und Therapiemethoden in der sprachtherapeutischen Intervention müssen im Sinne der Qualitätssicherung mehr denn je auf der Grundlage wissenschaftlicher Kriterien basieren. Gleichzeitig sieht man sich in der Praxis mit äußerst heterogenen Störungsbildern und vielfältigen individuellen Variablen der Kommunikationsstörung konfrontiert, die eine Modifikation der Methoden für den einzelnen Patienten erforderlich machen.

Eine Möglichkeit für die Implementierung qualitätssichernder sprachtherapeutischer Entscheidungen bietet hier das Konzept der evidenzbasierten Praxis, das die drei Komponenten (1.) systematische Forschung, (2.) Patientenerwartungen und -bedürfnisse, sowie (3.) klinische Expertise integriert (Sackett et al. 1996, Reilly et al. 2004).

Im Folgenden werden zunächst diese drei Grundkomponenten evidenzbasierter Praxis vorgestellt. Als Beispiel für die konkrete Umsetzung in der sprachtherapeutischen Praxis wird dann der von Parzolt et al. (2003) postulierte und von Gillam/Gillam (2006) modifizierte siebenschrittige evidenzbasierte Entscheidungsprozess dargestellt. Abschließend wird dieser exemplarisch anhand einer therapeutischen Fragestellung aus dem Bereich der Therapie phonologischer Störungen erläutert.

Schlüsselwörter: Evidenzbasierte Praxis, Qualitätsmanagement, klinische Entscheidungsprozesse, phonologische Störungen

Evidence-based clinical decision-making in speech and language intervention

Abstract

In terms of quality management, decisions on selection of assessment tools and therapy methods in speech and language intervention must meet scientific criteria. At the same time clinicians are confronted with very heterogenous disorders and individual differences in communication impairment which necessitate adapting methods to the individual.

An opportunity for making decisions that meet quality standards is the concept of evidence-based practice, which integrates the following three components: systematic research, client expectations, clinical expertise (Sackett et al. 1996, Reilly et al. 2004).

In the following these three main components of evidence-based-practice will be introduced.

The seven-step evidence-based decision-making process proposed by Parzolt et al (2003) and modified by Gillam & Gillam (2006) will be provided as an example of implementation in speech and language intervention.

In conclusion this process will be demonstrated on the basis of a clinical question concerning intervention in the case of a phonologically impaired child.

Keywords: Evidence-based practice, quality management, clinical decision-making, phonological impairment

Einleitung

Forderungen nach Qualitätsmanagement mit einem effizienten Einsatz der zur Verfügung stehenden Ressourcen und einer Kundenorientierung, wie sie in anderen Dienstleistungsbereichen bereits längst selbstverständlich sind,

werden auch im Gesundheitswesen – und damit im Bereich der Sprachtherapie – seit einigen Jahren zunehmend lauter. Ein Rahmengerüst für qualitätssicherndes sprachtherapeutisches Handeln bietet das Konzept der Evidenzbasierung. Dieses ist – obgleich es erst seit Beginn des neuen Jahrtausends

verstärkt in der Sprachtherapie auftaucht – kein Novum. In der Medizin finden bereits seit Anfang der 1970er-Jahre erste Auseinandersetzungen mit evidenzbasierter Medizin statt, wobei die Wurzeln bis in die Mitte des 19. Jahrhunderts zurückreichen (Reilly et al. 2004, Dodd 2007). Mittlerweile

ist die evidenzbasierte Medizin längst zum Standard in der Ausbildung von Ärzten avanciert. Zahlreiche Webseiten und Fachzeitschriften beschäftigen sich ausschließlich mit der evidenzbasierten Versorgung von Patienten. Auch andere medizinische Disziplinen wie etwa Physiotherapie oder Geburtshilfe richten heute ihr Handeln nach den Standards der Evidenzbasierung aus. Dass evidenzbasierte Therapie zu einer Verbesserung der Patientenversorgung führt, konnte im medizinischen Bereich vielfach wissenschaftlich nachgewiesen werden (Sackett et al. 1996). Schmacke (2000) führt die Evidenzbasierte Medizin gar als eine der tragenden Säulen des Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen auf, da Kernkomponenten desselben in einer an Evidenzbasierung ausgerichteten Therapie aufgegriffen werden.

Mit den verstärkt auftretenden Forderungen nach Qualitätsmanagement gewann das Konzept der Evidenzbasierung auch in der Sprachtherapie an Bedeutung und wurde im deutschsprachigen Wissenschaftsraum beispielsweise von Beushausen (2005) vorgestellt. Evidenzbasiertes therapeutisches Vorgehen fordert „den gewissenhaften, ausdrücklichen und vernünftigen Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten“ (Sackett et al. 1996, 71). Als Dienstleistungserbringer sind Sprachtherapeuten den Patienten, Kostenträgern und Kooperationspartnern gegenüber verpflichtet, die optimale Behandlung zu gewährleisten, die eben die vom SGB V postulierte Forderung erfüllt, „dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis zu entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht zu werden“ (SGB V 2008, §135a.).

Ein an den Prinzipien der Evidenzbasierung ausgerichtetes therapeutisches Handeln ermöglicht es dem Therapeuten, den Interventionsprozess unter den Gesichtspunkten des Qualitätsmanagements zu organisieren, zu strukturieren und zu reflektieren (Ullrich et al. 2007). So verpflichtet auch die *American Speech-Language and Hearing Associ-*

ation (ASHA) in ihrem Positionspapier *Evidence-Based Practice in Communication Disorders* ihre Mitglieder, nach den Prinzipien evidenzbasierter Praxis zu handeln, um so die höchste Versorgungsqualität zu gewährleisten (ASHA 2005/1).

Wurde dieser dynamische Prozess vor 10 Jahren noch durch einen Mangel an evidenzbasierten Leitlinien sowie fehlende Effektivitätsstudien erschwert (Hansen 1996), finden sich heute erste Bemühungen, die vorhandene Diagnostik- und Therapieverfahren auf ihre Effektivität zu überprüfen und entsprechende Leitlinien zu entwickeln. So veröffentlicht beispielsweise die Arbeitsgemeinschaft der Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) Leitlinien für das therapeutische Vorgehen in verschiedenen medizinischen Disziplinen, ansatzweise auch für den Bereich der Sprachtherapie. Die im Bereich Phoniatrie und Pädaudiologie zusammengefassten Leitlinien für die Störungsbilder Sprachentwicklungsstörung, Stimmstörung, Poltern, Stottern, Aphasie, Dysarthrophonie, Dysphagie und Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung befinden sich derzeit jedoch noch in der ersten der drei geforderten Entwicklungsstufen und bilden aufgrund fehlender Details nur eine grobe Orientierungshilfe.

Nach wie vor steht der einzelne Therapeut vor der Herausforderung, bei äußerst heterogenen Störungsbildern Diagnostikinstrumente und Therapieprogramme so auszuwählen, dass sie einerseits den wissenschaftlichen Ansprüchen der Validität und Reliabilität entsprechen, andererseits aber auf die Bedürfnisse des individuellen Patienten zugeschnitten sind (Baker/McLeod 2004). Entscheidend ist die Kombination seiner „individuellen klinischen Expertise mit der besten verfügbaren externen Evidenz aus systematischer Forschung“ (Sackett et al. 1996, 71). Die drei Komponenten systematische Forschung, Patientenforderungen und klinische Expertise konstituieren dabei das Rahmengerüst evidenzbasierter Praxis.

1. Komponenten evidenzbasierter Praxis

Der DUDEN definiert Evidenz, abgeleitet vom lateinischen „evidentia, Augenscheinlichkeit“ (DUDEN 2007, 205) als „Deutlichkeit, vollständige, überwiegende Gewissheit oder einleuchtende Erkenntnis.“ Es wird oftmals synonym zum Begriff Beweis gebraucht.

Im Kontext evidenzbasierter Praxis sucht man zunächst nach externen Evidenzen für die Effektivität oder Effizienz von Diagnostikverfahren oder Therapiemethoden (Reilly et al. 2004). Ebenso zahlreich wie die Art der Evidenzen sind dabei die Quellen, aus denen sie abgeleitet werden. So liefern unsystematische klinische Beobachtungen ebenso Evidenzen wie wissenschaftliche Studien. Umgekehrt gelten durch Tradition überlieferte Meinungen und Gebräuche nicht als Evidenzquellen. Ein Therapeut, der sein klinisches Handeln allein nach diesen Komponenten ausrichtet, arbeitet nicht nach den Bedingungen der Evidenzbasierung.

Neben der besten zur Verfügung stehenden externen Evidenz bilden die Patientenwünsche und -erwartungen sowie die klinische Expertise des Therapeuten als interne Evidenzen die drei Hauptkomponenten evidenzbasierter Praxis. Obwohl die Notwendigkeit der Integration aller drei Komponenten unumstritten ist, belegen unterschiedliche Autoren die jeweiligen Komponenten mit verschieden starker Gewichtung. Bis heute fehlen Studien darüber, in welchem Maße der klinische Entscheidungsprozess im sprachtherapeutischen Handlungsfeld von systematischer Forschung, klinischer Expertise oder durch Patientenwünsche bestimmt wird bzw. sein sollte.

1.1 Systematische Forschung

Das Konzept der Evidenzbasierung basiert per Definition zunächst auf der „besten verfügbaren externen Evidenz“ (Sackett et al. 1996, 71). Dies impliziert, dass nicht alle Evidenzen die gleiche

Level I stärkste Evidenz	Randomisierte Kontrollstudien, systematischer Review aller veröffentlichten randomisierten Kontrollstudien
Level II	Kontrollstudie ohne Randomisierung, Multiple-Baseline Designs
Level III	Studien mit mehreren Fällen, die die gleiche Behandlung erhalten
Level IV	Einzelfallstudien
Level V schwächste Evidenz	Meinung anerkannter Experten, basierend auf klinischer Erfahrung, beschreibende Studien oder Berichte von Expertenkommissionen

Tabelle 1: Evidenzhierarchie des Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (2001)

Aussagekraft haben und zwangsläufig einige Evidenzen besser sind als andere (Reilly et al. 2004). Pionierarbeit leisteten hier Sacket und Guyatt (1992), die im Kontext der Evidenzbasierten Medizin geleitet durch das Ziel der Trennung wissenschaftlicher von nicht-wissenschaftlicher Evidenz maßgeblich an der Entwicklung so genannter Evidenzhierarchien beteiligt waren, in denen Evidenzen systematisch nach wissenschaftlichen Kriterien eingestuft und sortiert werden.

In der vom Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (2001) adaptierten Evidenzhierarchie (s. Tab. 1) werden der untersten von fünf Evidenzstufen die Meinung anerkannter Experten, ebenso wie die Berichte von Expertenkommissionen zugeordnet. Es folgen auf der vierten Stufe Einzelfallstudien, in denen in strukturierter und detaillierter Weise Symptomatik und methodisches Vorgehen bei der Intervention eines einzelnen Patienten dokumentiert und diskutiert werden. Auf der dritten Stufe sind Studien anzusiedeln, in denen mehrere Fälle untersucht wurden, die unter gleichen Bedingungen dieselbe Behandlung erhalten haben. Kontrollstudien ohne Randomisierung auf der zweiten Stufe der Evidenzhierarchie umfassen neben den Multiple Baseline Designs beispielsweise auch Kohorten und Fallkontrollstudien. Im Rahmen von Multiple Baseline Designs fungieren die Teilnehmer gleichzeitig als ihre eigenen Kontrollfälle, indem die gleiche Intervention an dem gleichen Probanden zeitversetzt unter verschiedenen Bedingungen durchgeführt wird, um damit eine Replikation der Interven-

tionswirkung zu erhalten. Vergleichende Beobachtungsstudien werden als Kohortenstudien bezeichnet, im Rahmen derer prospektiv oder retrospektiv Personen (Kohorten) mit bzw. ohne Intervention über einen definierten Zeitraum beobachtet werden, mit dem Ziel, Unterschiede im Auftreten der untersuchten Krankheit festzustellen. Unter einer Fallkontrollstudie versteht man eine retrospektive Beobachtungsstudie, bei der eine Gruppe von Personen mit einer definierten Erkrankung und eine Gruppe von Personen ohne diese Erkrankung auf das Vorhandensein von Expositionsfaktoren (Risiko- oder protektive Faktoren) verglichen werden. Als ‚Goldstandard‘ der Evidenzbasierung und demnach der Stufe 1 mit der stärksten Evidenz zugeordnet, werden randomisierte Kontrollstudien bezeichnet, bei denen eine zufällige (z. B. computergenerierte) Verteilung der Patienten auf eine Therapie- und eine Kontrollgruppe erfolgt, womit sichergestellt werden soll, dass alle Teilnehmer die gleiche Chance haben, der einen oder anderen Gruppe zugeordnet zu werden. Ziel ist es, so die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, dass sich bekannte wie unbekannte Risiko- und Prognosefaktoren ausgleichen und auf beide Gruppen verteilen. Zeigt sich am Ende der Studie ein Unterschied zwischen beiden Gruppen, so kann dieser auf die Intervention zurückgeführt werden.

Im systematischen Review, einer der Sekundärforschung zuzuordnenden Methode, werden nach Definition einer spezifizierten Forschungsfrage alle verfügbaren Primärstudien syste-

matisch und nach expliziten Methoden identifiziert, ausgewählt und kritisch bewertet. Ergebnisse werden extrahiert und deskriptiv oder quantitativ mit Rückgriff auf statistische Methoden zusammengefasst. Im Idealfall entstammt die beste Evidenz somit aus den in diesen systematischen Reviews durchgeführten Metaanalysen.

1.2 Patientenerwartungen

In Übereinstimmung mit einem kundenorientierten Qualitätsbegriff nehmen die Patientenwünsche und -erwartungen im Rahmen evidenzbasierter Praxis eine zentrale Rolle ein. Hier gilt es insbesondere, die in der *International Classification of Functioning, Disability and Health* (WHO 2001) betonten personenbezogenen Faktoren des Patienten und seine individuellen Kontextfaktoren bei Entscheidungen über das sprachtherapeutische Vorgehen zu berücksichtigen.

Eine Einbeziehung des Patienten in den Entscheidungsprozess, die auch von Donabedian (1980) im Rahmen seiner Überlegungen zur Prozessqualität gefordert wird, setzt zudem voraus, dass Beratung und Aufklärung über das vorliegende Störungsbild sowie das geplante therapeutische Vorgehen in ausreichendem Maß geleistet wird. Während einige Interventionsprogramme eigens darauf ausgerichtet sind, Patienten und Angehörige aktiv in den Interventionsprozess einzubinden und ihnen gar eine tragende Rolle zuzusprechen, fehlt es im Allgemeinen jedoch bislang an Studien zur praktischen Umsetzung und Wirksamkeit der Patienten-

einbindung (Dodd 2007). Bemühungen wie die der *Cochrane Collaboration*, die im Rahmen der Cochrane Library seit 1992 alle auf Englisch publizierten, systematischen Reviews in der Medizin sammelt und eine laienverständliche Kurzzusammenfassung jedes Reviews bietet, könnten, wenn sie verstärkt auf den Bereich der Sprachtherapie ausgeweitet würden, langfristig zumindest die Patienteninformation optimieren, vorausgesetzt, Patienten verfügten über einen entsprechenden Internet-Zugang und basale Fähigkeiten im Umgang mit elektronischen Ressourcen. Im deutschsprachigen Raum arbeitet das *Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)* derzeit an der Nutzungsbewertung sprachtherapeutischer Diagnostik- und Therapieverfahren bei Sprachentwicklungsstörungen, sowie der Entwicklung evidenzbasierter Interventionsleitlinien (IQWiG 2007).

1.3 Klinische Expertise

Entscheidend für die Umsetzung evidenzbasierter Praxis ist die Verbindung externer Evidenzen aus aktueller Forschung und interner Evidenzen im Hinblick auf Patientenerwartungen und -bedürfnisse mit der klinischen Expertise des individuellen Therapeuten. Der Begriff der klinischen Expertise wird von Sackett et al. (1996) als Fertigkeit und Urteilsfähigkeit definiert, die der einzelne Therapeut durch klinische Erfahrung und klinische Praxis erwirbt. Legt man Donabedians (1980) Qualitätsbegriff zugrunde, so setzt sich diese klinische Expertise aus den technischen und interpersonellen Fähigkeiten des Therapeuten zusammen. Neben dem fachlichen Grundlagenwissen umfassen technische Kompetenzen Wissen und Fähigkeiten in Bezug auf systematische Beobachtung, Identifikation und Messung von Ergebnissen sowie auch die Fähigkeit, Therapieziele auszuwählen, und Therapievorgehen und Therapiefortschritt zu kontrollieren, dokumentieren und analysieren (Dodd 2007). Von ebensolcher Bedeutung für die klinische Expertise sind aber auch die interpersonellen Fähigkeiten, die Kerneigenschaften wie Authentizität,

Wärme und Empathie, Sensibilität und Respekt gegenüber den Patienten, Glaubhaftigkeit, Fähigkeit zur Selbstreflexion, Verantwortungsbewusstsein und Verlässlichkeit umfassen (Bray/Ross/Todd 1999). Auch Hansen (1996, 166) betont neben der wissenschaftlichen, technischen Seite des therapeutischen Handelns ebenfalls das „zwischenmenschliche Interaktionsgeschehen“, das er in Anlehnung an Donabedian (1980) als „eine Art von Kunst“ bezeichnet, „die phantasievoll, kreativ, einfühlsam und auf der Grundlage ethischer Verpflichtungen, moralischer Ansprüche und nicht objektivierbarer, implizierter Einstellungen und Erfahrungen ausgeübt und wirksam wird“.

Insbesondere in den Fällen, in denen zu einer spezifischen Problemstellung keinerlei Evidenzen aus systematischer Forschung vorliegen, muss der einzelne Therapeut sich ausschließlich auf seine klinische Expertise verlassen und präzedenorientiert versuchen, durch Dokumentation und fokussierte Beobachtung Evidenzen aus dem laufenden Interventionsprozess abzuleiten.

2. Evidenzbasierte sprachtherapeutische Entscheidungsprozesse

Nachdem die Grundlagen evidenzbasierter Praxis dargestellt wurden, stellt sich die Frage, wie der einzelne Therapeut die verschiedenen Komponenten in der Praxis integrieren und umsetzen kann. Straus und Sackett (1998) postulieren hier einen fünfstufigen Prozess, der von Porzolt et al. (2003) modi-

fiziert und um zwei weitere Schritte erweitert wurde (vgl. auch Gillam/Gillam 2006). Er beginnt (1.) mit der Fähigkeit, ein klinisches Bedürfnis in eine beantwortbare Frage umzuwandeln, (2.) die zur Beantwortung der Frage notwendige Evidenz zu suchen und zu finden, (3.) dieselbe kritisch zu betrachten und auszuwerten, (4.) interne Evidenzen im Hinblick auf Klientenfaktoren und (5.) klinische Expertise und strukturelle Rahmenbedingungen zu identifizieren und zu bewerten, um dann (6.) die gefundenen externen und internen Evidenzen in der Entscheidung zu integrieren, und schließlich (7.) die Ergebnisse der Entscheidung hinsichtlich Therapieerfolg oder -misserfolg zu evaluieren (s. Tab. 2). Nachfolgend werden die von Porzolt et al. (2003) vorgeschlagenen Schritte unter Berücksichtigung der Herausforderungen für den einzelnen Therapeuten beschrieben und diskutiert.

Schritt 1: Entwicklung einer spezifischen Fragestellung

Eine klar formulierte und fokussierte Frage bildet das Fundament für eine erfolgreiche und effiziente Implementierung eines evidenzbasierten Entscheidungsprozesses. Im Gegensatz zu klinischer Forschung, in der sich die Fragestellung in der Regel auf eine größere Population richtet, sollte in der evidenzbasierten Praxis die Frage klientenspezifisch auf den individuellen Patienten und seine Bedürfnisse abzielen, um bereits hier die Komponente der Patientenwünsche und -erwartungen zu integrieren (Schlosser et al. 2007). Dennoch ist es möglich, auch hier eine

1. Entwicklung einer spezifischen Fragestellung
2. Suchen und finden externer Evidenz
3. Kritische Bewertung der gefundenen Evidenz
4. Bewertung interner Evidenz – Klientenfaktoren
5. Bewertung interner Evidenz – Therapeutenfaktoren
6. Integration interner und externer Evidenz
7. Evaluation der Implementierung

Tabelle 2: Porzolt et al. (2003): 7 Schritte des evidenzbasierten Entscheidungsprozesses

weiter gefasste Frage zu stellen, die eine eingegrenzte Gruppe von Patienten umfasst. Hilfestellung bietet das von Richardson et al. (1995) entwickelte PICO-Gerüst. Das Akronym steht für die Komponenten **P**atients, **I**ntervention, **C**omparison und **O**utcomes, die in der Fragestellung berücksichtigt werden müssen. Mit Hilfe des Modells kann die Fragestellung so spezifiziert werden, dass alle für die Intervention relevanten Variablen erfasst werden. So gilt es zunächst, den Patienten mit seinen aktuellen sprachlichen Schwierigkeiten, ggf. außerdem mit seinen Umweltbedingungen und potenziellen Kommunikationspartnern, zu identifizieren (P). Bei einer breiter angelegten Fragestellung kann die Komponente der Patienten auch mit einer so weit wie möglich homogenen Population belegt werden, beispielsweise Schulkinder mit Defiziten im Bereich des aktiven Wortschatzes. Die Therapiemethode (I), für deren Wirksamkeit man nach Evidenzen sucht, muss ebenso in der Frage enthalten sein, wie eine mögliche alternative Intervention, mit der man erstere vergleichen kann (C). Die alternative Intervention kann entweder eine weitere Therapiemethode umfassen, oder aber den Vergleich mit dem Ergebnis bei nicht erfolgreicher Intervention. Schließlich muss das von der Intervention gewünschte Ergebnis integriert werden (O). Eine mögliche Fragestellung könnte also beispielsweise lauten: Welche Intervention – Satzmustertraining (I) oder handlungsorientierte Therapie (C) – bei Vorschulkindern mit Spezifischer Sprachentwicklungsstörung (P) resultiert in der größten Verbesserung im Hinblick auf den Aufbau komplexer Syntax (O)?

Schritt 2: Suchen und finden externer Evidenz

Nach der Frageformulierung folgt im nächsten Schritt das Suchen und Finden entsprechender externer Evidenzen. Dies stellt in mehrfacher Hinsicht eine Herausforderung dar: der Umfang der in Fachzeitschriften veröffentlichten Evidenz hat in den letzten Jahren rapide zugenommen. Etwa 2 Millionen für die Sprachtherapie relevante Artikel

erscheinen nach Reilly et al. (2004) jährlich. Im Rahmen dieser Informationsexplosion müssen Therapeuten mehr denn je über die Fähigkeit verfügen, Literaturrecherchen mit Hilfe effizienter Suchstrategien durchzuführen. Datenbanken wie *Pubmed* oder *Psycinfo* liefern bei der Eingabe präziser Suchbegriffe alle relevanten Veröffentlichungen in Fachzeitschriften, auf die zumindest stellenweise ein direkter elektronischer Zugriff möglich ist.

Weitere potenzielle Evidenzquellen umfassen neben den Fachzeitschriften und Fachbüchern auch Weiterbildungsveranstaltungen, oder fachspezifische Mitteilungsblätter, aber ebenso Fachkonferenzen im Bereich der Sprachtherapie, Linguistik oder Psychologie (Reilly et al. 2004, ASHA 2004).

Schritt 3: Kritische Bewertung der gefundenen Evidenz

Auch für die kritische Betrachtung und Filterung der gefundenen Evidenzen sind spezielle Fähigkeiten notwendig. Die Einordnung der Studien in die Evidenzhierarchie erfordert Sicherheit im Umgang mit statistischer Fachterminologie, ebenso wie statistische Grundkenntnisse zur Beurteilung von Studiendesigns und der daraus folgenden Aussagekraft der Ergebnisse.

Doch selbst bei ausreichenden methodischen Fähigkeiten lassen die von den Kostenträgern vorgegebenen strukturellen Rahmenbedingungen eine extensive Auseinandersetzung mit der aktuellen Forschungsliteratur nur sehr eingeschränkt zu. Eine zeiteffiziente Alternative bieten hier so genannte vorgefilterte Evidenzen, wie sie in Review-Zeitschriften und speziellen Zeitschriften zur Evidenzbasierung zu finden sind. Unter vorgefilterter Evidenz versteht man die durch einen Experten vorgenommene Bewertung der methodisch stärksten Daten zu einem bestimmten Themenkomplex (Guyatt/Rennie 2002). In systematischen Reviews werden alle verfügbaren Primärstudien systematisch und nach expliziten Methoden identifiziert, ausgewählt und kritisch bewertet. Die Ergebnisse werden extrahiert und deskriptiv oder mit Hilfe statistischer Methoden

quantitativ zusammengefasst. Die seit Anfang 2007 erscheinende Zeitschrift *Evidence-based Communication Assessment and Intervention* (Informa Healthcare) veröffentlicht solche Reviews mit dem Ziel, Therapeuten die neuesten Forschungsergebnisse zu Diagnostikverfahren und Therapiemethoden bei einzelnen Störungsbildern zugänglich zu machen, um sie bei einer evidenzbasierten Vorgehensweise im Interventionsprozess zu unterstützen. In diesem Rahmen werden Studien mit hohem Evidenzwert zu Diagnostik, Therapie und Prognose spezifischer Störungsbilder aus über 60 Fachzeitschriften des Gebiets der Sprachtherapie und relevanten Nachbarwissenschaften ausgewählt und auf ihre Aussagekraft hin bewertet. Auch Bemühungen, wie die des IQWiG, Diagnostik- und Therapieleitlinien auf der Grundlage externer Evidenzen zu entwickeln, werden langfristig die Umsetzung evidenzbasierter sprachtherapeutischer Interventionen erleichtern.

Schritt 4: Bewertung interner Evidenz – Klientenfaktoren

Neben der externen Evidenz aus systematischer Forschung fordert ein evidenzbasierter Entscheidungsprozess die Bewertung interner Evidenzen, die sich auf den Klienten beziehen.

Damit integriert der vierte Schritt des evidenzbasierten Entscheidungsprozesses die Komponente der Patientenerwartungen und -bedürfnisse. Gillam und Gillam (2006) postulieren hier in Anlehnung an Evidenzhierarchien für systematische Forschung (vgl. Abschnitt 1.1) eine ebenso hierarchische Anordnung der internen patientenbezogenen Evidenzen.

Auf der untersten, fünften Stufe siedeln sie den Glauben des Patienten an die Wirksamkeit einer Therapiemethode an, die beispielsweise durch Massenmedien propagiert wurde, jedoch nicht der besten Evidenz aus systematischer Forschung entspricht. Möglichkeiten der Mitarbeit und Einbindung des Patienten oder der Eltern sind der vierten Stufe zuzuordnen, da einige Therapieprogramme, wie beispielsweise das PACT-Programm (Parents and Children

Together, *Bowen/Cupples* 2004), ein starkes Eigenengagement des Patienten voraussetzen. Kann dieses aus Sicht des Patienten nicht geleistet werden, ist die Durchführung eines solchen Therapieprogramms selbst bei starker Evidenz aus systematischer Forschung nicht zu empfehlen.

Finanzielle Ressourcen der Familie ordnen *Gillam* und *Gillam* (2006) auf der dritten Stufe an. In Anbetracht der derzeitigen noch sehr umfassenden gesundheitlichen Versorgung in Deutschland, im Rahmen derer Sprachtherapie in den Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenkassen fällt und nicht vom Patienten selber finanziert werden muss, ist dieser Punkt zunächst zu vernachlässigen.

Konform mit den Zielen der ICF (WHO 2001) sind auf der Stufe der zweithöchsten Evidenz Aktivitäten und Partizipation des Patienten angesiedelt. Die Auswahl von Therapiemethoden sollte zum einen Aktivitäten berücksichtigen, die den Patienten motivieren und seinen Interessen entsprechen, zum anderen gilt es die natürlichen Kommunikationssituationen aufzugreifen, in denen der Patient durch seine Kommunikationsbeeinträchtigung die größten Schwierigkeiten erfährt.

Die stärkste Evidenz auf der ersten Stufe, die den therapeutischen Entscheidungsprozess maßgeblich beeinflusst, sprechen *Gillam* und *Gillam* (2006) schließlich den kulturellen Werten und Glaubenseinstellungen des Patienten und seiner Familie zu. Insbesondere die Tatsache, dass heute ein großer Teil der sprachtherapeutischen Klientel einen multikulturellen Hintergrund aufweist, erfordert die Einbeziehung und Respektierung des kulturellen Wertesystems der Betroffenen in der sprachtherapeutischen Intervention.

Schritt 5: Bewertung interner Evidenz – Therapeutenfaktoren

Als letzte Evidenzquelle sind in den Entscheidungsprozess Faktoren einzubeziehen, die die klinische Expertise des Therapeuten als dritte Hauptkomponente evidenzbasierter Praxis sowie die strukturellen Rahmenbedingungen betreffen. Demnach werden Therapie-

ten bei ihren therapeutischen Entscheidungen von ihrer eigenen beruflichen Ausbildung, den strukturellen Rahmenbedingungen ihrer Einrichtung, den über den Patienten gesammelten formellen und informellen Informationen, ihrer theoretischen Orientierung sowie dem professionellen Austausch mit Kollegen beeinflusst. *Gillam* und *Gillam* (2006) nehmen auch hier eine hierarchische Anordnung der einzelnen Faktoren vor. Sie siedeln den Austausch mit Kollegen parallel mit der Expertenmeinung auf der untersten Evidenzstufe an. Danach folgen auf Stufe vier die bereits gesammelten Informationen über den aktuell zu behandelnden Patienten gleichrangig mit dem sprachtherapeutischen Erfahrungswissen, das durch die Behandlung von Patienten mit ähnlichem Störungsbild erworben wurde. Die strukturellen Rahmenbedingungen der Einrichtung im Speziellen und des Gesundheitssystems im Allgemeinen sind auf Stufe drei der Hierarchie angeordnet. Der beruflichen Aus- und Weiterbildung des Therapeuten sprechen *Gillam* und *Gillam* auf Stufe zwei die höchste interne Evidenz zu. Da ihrer Meinung nach keinem Therapeutenfaktor soviel Gewicht zufallen sollte, wie der externen Evidenz aus randomisierten Kontrollstudien oder den internen Evidenzen im Hinblick auf die kulturellen Werte des Patienten, lassen sie die erste Stufe der Hierarchie unbesetzt.

Schritt 6: Integration externer und interner Evidenzen

Nach der Sammlung und Bewertung externer und interner Evidenzen gilt es im sechsten Schritt des evidenzbasierten Entscheidungsprozesses, diese zusammenzuführen und die Entscheidung über das weitere therapeutische Vorgehen im Hinblick auf die zuvor formulierte Fragestellung zu treffen. Im Idealfall sind die internen Evidenzen der Patienten- und Therapeutenfaktoren kongruent zu den Ergebnissen der Auswertung der besten externen Evidenz aus systematischer Forschung. Sprechen interne Evidenzen hinsichtlich der Patientenfaktoren gegen eine Implementierung der wissenschaftlich

am als besten bewerteten Therapiemethode, muss abgewogen werden, ob eine alternative Methode unter den individuellen Bedingungen zu einem gleichermaßen optimalen Therapieergebnis führen könnte.

Schritt 7: Evaluation der Implementierung

Im Sinne der Ergebnismessung (*Frattali* 1998) wird schließlich im letzten Schritt die evidenzbasierte Intervention evaluiert, um die Wirksamkeit der Intervention und damit den Erfolg oder Misserfolg der therapeutischen Entscheidung zu überprüfen und Konsequenzen für das weitere therapeutische Handeln abzuleiten. Entscheidend ist die Frage, ob das in der Ausgangsfragestellung formulierte Therapieziel erreicht wurde. Die Messung kann mit im Idealfall standardisierten Verfahren auf einer isolierten sprachlichen Ebene geschehen (z. B. nur im Bereich der grammatischen Fähigkeiten). Überprüft werden sollten zudem die Effekte der sprachtherapeutischen Intervention im Hinblick auf die sprachliche Performanz, also der Transfer des Therapieziels auf die funktionale Kommunikation des Betroffenen in die alltägliche Lebenssituation (*Frattali* 1998, *Dodd* 2007).

3. Evidenzbasierte klinische Entscheidung am Beispiel phonologischer Störungen

Nachfolgend wird der zuvor skizzierte siebenstufige evidenzbasierte Entscheidungsprozess exemplarisch auf eine konkrete therapeutische Fragestellung übertragen. Bei dem Fallbeispiel handelt es sich um den vierjährigen Jungen Paul mit phonologischer Störung. Die Ergebnisse der Auswertung der Nicht-linearen phonologischen Diagnostik (NILPOD, *Ulrich/Bernhardt*, noch nicht erschienen) für die prosodische und segmentale Ebene sind in der untenstehenden Tabelle zusammengefasst. Die Berechnung des Quotienten der korrekt produzierten Konsonanten nach *Shriberg* und *Kwiakowski* (1982) ergab einen Gesamt PCC-Wert von 42,91%,

	Prosodische Ebene	Segmentale Ebene
Stärken	Wortlängen: 2-3 Silben Wortstrukturen: KV, KVK	Labiale & coronale Plosive (/p/, /b/, /t/, /d/) Nasale (/m/, /n/) Liquid (/l/)
Bedürfnisse	Drei- und mehrsilbige Wörter KK in allen Positionen	Dorsale Plosive (/k/, /g/) Labiale Frikative (/f/, /v/) Coronale Frikative (/s/, /z/, /ʃ/) Dorsaler Frikativ (/ʁ/)

Table 3: Ergebnisse der phonologischen Diagnostik NILPOD

womit Paul quantitativ betrachtet in die Gruppe der Kinder mit schweren phonologischen Störungen fällt.

Schritt 1: Entwicklung einer spezifischen Fragestellung

Aus den oben beschriebenen Ergebnissen der phonologischen Diagnostik ergibt sich für das weitere therapeutische Vorgehen folgende Fragestellung bei der Auswahl der Therapieziele: Welcher Ansatz, der entwicklungsorientierte Ansatz (I) oder der Markiertheitsansatz (C), führt bei Paul (P) zu einem optimalen und schnellen Therapieerfolg im Hinblick auf die Verbesserung der Verständlichkeit (O)?

Schritt 2: Suchen und finden externer Evidenz

Der nächste Schritt fordert das Suchen externer wissenschaftlich begründeter Evidenzen für die Wirksamkeit des entwicklungsorientierten Ansatzes im Vergleich zur Wirksamkeit des Markiertheitsansatzes. Hierzu wurden die Suchbegriffe „phonological treatment“ und „target-selection“ in die Datenbank PubMed eingegeben. Die Recherche ergab 9 Treffer, von denen 3 relevante Studien eingegrenzt werden konnten: *Rvachew/Nowak (2001)*, *Gierut et al. (1987)* und *Gierut et al. (1996)*. Deutschsprachige Studien zur Effektivität der Therapiezielwahl befanden sich nicht unter den Treffern, auch wenn bereits mehrere Studien zur Effektivität konkreter Therapieansätze existieren (vgl. *Bräger et al. 2007*, *Teutsch/Fox 2004*).

Als weitere Evidenzquelle wurde das Buch *Phonological Disorders in Children. Clinical Decision Making in Assessment and Intervention (Kamhi/Pollock 2005)* hinzugezogen, in dem dezidiert verschiedene Ansätze zur Auswahl von Therapiezielen in der phonologischen Intervention diskutiert werden.

Schritt 3: Kritische Bewertung der gefundenen Evidenz

Aus der Literatursichtung können folgende wichtigen Bestandteile der beiden theoretischen Grundperspektiven zusammengefasst werden: Im Rahmen des entwicklungsorientierten oder traditionellen Ansatzes (*Rvachew/Nowak 2001*) werden Segmente und Wortstrukturen entsprechend der Abfolge des normalen phonologischen Erwerbs behandelt. Berücksichtigt wird insbesondere die Stimulierbarkeit fehlender Laute, da davon ausgegangen wird, dass stimulierbare Laute leichter zu erlernen sind, da das betroffene Kind über diese bereits ein großes phonologisches Wissen erworben hat (*Hodson/Paden 1991*). Stimulierbarkeit meint die Fähigkeit des Kindes, diejenigen Laute zu imitieren, die nicht in seinem phonetischen Inventar etabliert sind (*Miccio 2005*). Außerdem sollen die Laute gewählt werden, über die das betroffene Kind bereits über ein maximales phonologisches Wissen verfügt. Dabei bezieht sich das maximale phonologische Wissen auf solche Laute, die zwar noch nicht im Inventar des Kindes enthalten sind, von denen aber

bereits möglichst viele phonologische Merkmale im Rahmen vorhandener Laute erworben sind.

Dahingegen fokussiert der Markiertheits- oder nicht-traditionelle Ansatz (*Barlow/Gierut 1999*, *Gierut 1998*) von Anfang an komplexe, markierte phonologische Formen, um die Generalisierung auf einfache, unmarkierte Formen zu unterstützen. Im Gegensatz zum entwicklungsorientierten Ansatz sollen zudem diejenigen Laute gewählt werden, über die das Kind erst ein minimales phonologisches Wissen erworben hat. Diesem Ansatz ist die Annahme inhärent, dass nicht stimulierbare Laute zu einem frühen Zeitpunkt in der Therapie adressiert werden sollten, da eine Verbesserung ohne Intervention unwahrscheinlich sei. Bereits vorliegende Beobachtungen bei stimulierbaren Lauten dagegen konnten eine schnelle Generalisierung feststellen (*Miccio 2005*).

Die Bewertung der gefundenen Studien anhand wesentlicher statistischer und methodischer Faktoren ist in der nachfolgenden Tabelle 4 zusammengefasst. Da in allen drei Studien ausschließlich Vorschulkinder die Probandengruppe bilden, sind sie im Hinblick auf die Population als Vergleichsmaßstab für Paul geeignet. Während *Gierut et al. (1987)* und *Gierut et al. (1996)* keine Angaben zum Schweregrad der phonologischen Störung der teilnehmenden Kinder machen, sind die Teilnehmer aus der Studie von *Rvachew und Nowak (2001)* mit moderater bis schwerer phonologischer Störung im Hinblick

	<i>Gierut et al. 1987</i>	<i>Gierut et al. 1996</i>	<i>Rvachew/Nowak 2001</i>
Ansatz	Markiertheitsansatz	Markiertheitsansatz	Entwicklungsorientierter Ansatz
Kontrollgruppe	ja	nein	ja
Randomisierung	nein	nein	ja
Anzahl Probanden	6	3	48
Alter der Probanden	Vorschulalter	Vorschulalter	Vorschulalter
Schweregrad der Störung	keine Angabe	keine Angabe	moderat bis schwer
Vergleichbarkeit der Gruppe	ja	ja	ja
Blindstudie	nein	nein	ja
Statistische Signifikanz	ja	ja	ja
Praktische Signifikanz	ja	ja	ja
Gesamt	7/10	6/10	10/10

Tabelle 4: Vergleich methodisch relevanter Variablen für die gefilterten Studien

auf den Schweregrad auch vergleichbar mit Paul.

In den Studien von *Gierut et al. (1987)* und *Gierut et al. (1996)* wurde die Wirksamkeit des Markiertheitsansatzes im Rahmen von Multiple Baseline Designs untersucht und sind somit auf dem zweiten Level der Evidenzhierarchie anzusiedeln. Beide Studien umfassen mit 6 und 3 Kindern jedoch eine relativ geringe Anzahl an Probanden, die eine Generalisierung der Ergebnisse auf eine große Gruppe erschweren. Dessen ungeachtet kommen die Autoren zu dem Ergebnis, dass eine Therapiezielwahl auf der Grundlage des Markiertheitsansatzes eine sinnvolle Strategie bildet, die die wünschenswerte effiziente Generalisierung auf andere unbehandelte Laute des phonologischen Systems bewirkt.

Das Forschungsdesign der Studie von *Rvachew und Nowak (2001)*, die darauf abzielt, die Wirksamkeit des entwicklungsorientierten Ansatzes nachzuweisen, implementiert das Blinddesign, sowie eine randomisierte Zuweisung der Probanden auf eine Experimental- und eine Kontrollgruppe. Für die Kinder in der Experimentalgruppe wurden die Therapieziele auf der Grundlage des entwicklungsorientierten Ansatzes ausgewählt, für die der Kontrollgruppe dagegen auf Basis des Markiertheitsansatzes. Die behandelnden Therapeuten wussten nicht, welcher Gruppe das jeweilige Kind zugewiesen war. Dieser Umstand und die Größe der Proban-

dennguppe erlauben die Einordnung der Studie in die oberste Studie der Evidenzhierarchie. *Rvachew und Nowak (2001)* kommen zu dem Ergebnis, dass Kinder der Experimentalgruppe signifikant schnellere Therapieerfolge erzielten als die Kinder in der Kontrollgruppe. Im Hinblick auf die Generalisierung auf andere nicht behandelte Laute konnten sie hingegen keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen nachweisen. Der entwicklungsorientierte Ansatz bildet damit die Methode mit der besten zur Verfügung stehenden externen Evidenz für einen effizienten Therapiefortschritt und sollte für die Intervention bei Paul nach Möglichkeit implementiert werden.

Schritt 4: Bewertung interner Evidenz – Klientenfaktoren

Hinsichtlich der internen Faktoren, die den Interventionsprozess beeinflussen können, finden sich bei Paul keine Bedingungen im Hinblick auf kulturelle Werte, die mit der Anwendung eines entwicklungsorientierten Ansatzes interferieren könnten. Pauls personenbezogene Faktoren, die seine kommunikative Aktivität und Teilhabe negativ beeinflussen, umfassen Schüchternheit, ein hohes Störungsbewusstsein sowie eine niedrige Frustrationstoleranz in gescheiterten Kommunikationssituationen. *Bernhardt (2005)* betont in diesem Zusammenhang explizit, dass Kinder mit schwachem Selbstbewusstsein und

hohem Störungsbewusstsein bessere und schnellere Erfolge bei entwicklungsorientierten, weniger komplexen Therapiezielen zeigen. Auch in dieser Hinsicht, ebenso wie im Hinblick auf unterstützende Umweltfaktoren seitens der Eltern, ist die Anwendung eines entwicklungsorientierten Ansatzes demnach konform mit der internen Evidenz.

Schritt 5: Bewertung interner Evidenz – Therapeutenfaktoren

Interne Evidenzen im Hinblick auf die Therapeutenfaktoren sind bei dem vorliegenden Fallbeispiel als unterstützend anzusehen. Der behandelnde Therapeut hatte eine gute linguistische Grundausbildung, verfügte über Kenntnisse in der Implementierung beider Ansätze und zudem über mehrjährige therapeutische Erfahrung in der Behandlung phonologischer Störungen. Auch die Durchführung von einer Therapiesitzung pro Woche konnte in Anlehnung an die Studie von *Rvachew und Nowak (2001)* realisiert werden, da dies den Bedingungen der Kassenleistungen entsprach.

Schritt 6: Integration externer und interner Evidenzen

Die gesammelten und bewerteten externen wie internen Evidenzen müssen in diesem Schritt vom Therapeuten zusammengeführt werden, um zu entscheiden, welcher der beiden theoretischen Ansätze zur Auswahl der Therapieziele

für Paul am meisten Erfolg verspricht. Da für den entwicklungsorientierten Ansatz die besten externen Evidenzen nachgewiesen werden konnten und die internen Evidenzen bezüglich der Patientenfaktoren wie auch der Therapeutenfaktoren den Ansatz stützen, bildet ein weniger komplexer, in der Erwerbsreihenfolge früh auftretender Laut, wie beispielsweise /f/, ein potenzielles erstes Therapieziel. Aufgrund der hohen funktionalen Belastung des Lautes im deutschen Lautsystem ist zudem eine deutliche Verbesserung der kommunikativen Verständlichkeit zu erwarten.

Schritt 7: Evaluation der Implementierung

Eine Evaluation der Therapieergebnisse fand in Form einer erneuten Durchführung der Diagnostik NILPOD nach 10 Sitzungen statt. Bei der hier geforderten Benennung von 105 Items produzierte Paul den Laut /f/ in allen Wortpositionen korrekt. Die Dokumentation der Spontansprache in natürlichen Spielsituationen zeigte ebenfalls, dass Paul zu 80% die korrekte Produktion verwendete und damit ein Transfer von der Therapie in die Alltagssprache erfolgt war. Damit gilt der behandelte Laut als erworben und das in der Ausgangsfragestellung formulierte Therapieziel somit als erreicht. Zusätzlich konnte eine Generalisierung auf /v/ beobachtet werden. Das schnelle Erfolgserlebnis stärkte Pauls Selbstbewusstsein, sodass die in der ICF propagierte Komponente der Partizipation in alltäglichen Kommunikationssituationen (wie beispielsweise das Erzählen im Morgenkreis des Kindergartens) positiv beeinflusst wurde.

Zusammenfassung

Das Konzept der evidenzbasierten Praxis bietet Sprachtherapeuten die Chance, ihre therapeutischen Entscheidungen zu strukturieren und an den Maßstäben der Qualitätssicherung zu orientieren. Der vorgestellte siebenstufige Prozess ermöglicht eine relativ zeiteffiziente Implementierung evidenzbasierter Entscheidungen. Trotz der großen Popularität und den unbestrittenen Mög-

lichkeiten der evidenzbasierten Praxis stößt das Konzept auch auf Kritik, die sich nicht nur auf die verwendete Forschungsmethodik (randomisierte Kontrollstudien) bezieht, sondern insbesondere auch auf die Barrieren der praktischen Umsetzung im klinischen Alltag (Beecham 2004).

So stellen die derzeitigen strukturellen Rahmenbedingungen, unter denen Sprachtherapeuten, in Deutschland praktizieren, ein Hindernis für die Implementierung evidenzbasierter Praxis dar. Vallino-Napoli/Reilly (2004) kamen bei einer Befragung unter australischen Sprachtherapeuten zu dem Ergebnis, dass der zeitliche Faktor eine entscheidende Barriere insbesondere im Hinblick auf dezidierte Literaturrecherchen darstellt. Hinzu kommt, dass die Datenbank PubMed für jeden frei zugänglich, der Zugriff auf spezielle Datenbanken wie PsycInfo jedoch lediglich in öffentlichen Bibliotheken gewährleistet ist und somit ihre Nutzung eine zusätzliche zeitliche Belastung darstellt. Trotz dieser derzeit bestehenden Barrieren bleibt Rückgriff auf andere Evidenzquellen, wie beispielsweise Weiterbildungsveranstaltungen. Die dort vermittelten Evidenzen müssen, ebenso wie Evidenzen aus Fachartikeln, vom Therapeuten auf ihre Aussagekraft und Validität hin überprüft werden, stellen jedoch eine zeiteffiziente Möglichkeit dar, um theoretische wie praktische Informationen über neueste Forschungsergebnisse zu erhalten. Zudem werden Bemühungen, wie die des IQWiG, evidenzbasierte Leitlinien auf der Grundlage sorgfältiger und umfassender Literaturrecherchen zu entwickeln, langfristig einen schnelleren Zugriff auf externe Evidenzen ermöglichen.

Die Auseinandersetzung mit den Prinzipien der Evidenzbasierten Praxis im Hinblick auf ein qualitätssicherndes, an aktuellen Forschungsergebnissen ebenso wie an individuellen Patientenbedürfnissen ausgerichtetes, sprachtherapeutisches Handeln bildet jedoch bei allen praktischen und ökonomischen Erschwernissen der Umsetzung ein unverzichtbares Desiderat für Therapeuten, Forscher wie auch für Kostenträger, die alle gleichermaßen dem Wohl eines

von Sprachstörung betroffenen Menschen verpflichtet sind.

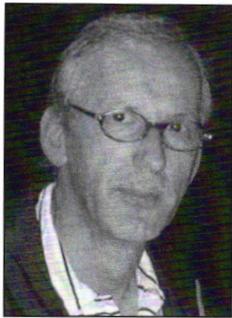
Literatur

- American Speech-Language-Hearing Association (2004): Preferred Practice Patterns for the profession of speech-language pathology. Rockville, MD: Author.
- American Speech-Language-Hearing Association (2005/1): Evidence-Based Practice in Communication Disorders [Position Statement]. Verfügbar unter <http://www.asha.org/members/deskcre-journals/deskref/default>.
- Arbeitsgemeinschaft der Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (2008): Verfügbar unter: <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/11/index.html>.
- Baker, E., McLeod, S. (2004): Evidence-based management of phonological impairment in children. Child Language Teaching and Therapy, Vol. 20, 261-285.
- Barlow, J., Gierut, J. (1999): Optimality theory in phonological acquisition. Journal of Speech, Language, and Hearing Research 42, 1482-1498.
- Beecham, R. (2004): Power and practice: A critique of evidence-based practice for the profession of speech-language pathology. Advances in Speech-Language-Pathology 6, 131-133.
- Beushausen, U. (2005): Evidenz-basierte Praxis. Mythos und Realität. Forum Logopädie 19, 7-12.
- Bernhardt, B. (2005): Selection of phonological goals and targets: not just an exercise in phonological analysis. In: Alan Kamhi & Karen Pollock, Phonological Disorders in Children. Clinical Decision Making in Assessment and Intervention. Baltimore: Paul H. Brookes, 109-120.
- Bowen, C., Cupples, L. (2004): The role of families in optimizing phonological therapy outcomes. Child Language Teaching and Therapy, Vol. 20, 221-244.
- Bräuer, B., Nicolai, A., Günther, T. (2007): Therapieeffektivität der Psycholinguistisch orientierten Phonologie Therapie (P.O.P.T.). Eine Therapieeffektstudie mit Kindern unter 6 Jahren. Sprach-Stimme-Gehör 31, 170-175.
- Bray, M., Ross, A., Todd, C. (1999): Speech and Language Clinical Process and Practice. Baltimore: Whurr Publishers Ltd.

- Dodd, B. (2007): Evidence-Based Practice and Speech-Language Pathology: Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats. *Folia Phoniatrica et Logopaedica* 59 118-129.
- Donabedian, A. (1980): Explorations in quality assessment and monitoring, Volume I: The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor: Health Administration Press
- Dudenredaktion (2007): Duden – Das große Fremdwörterbuch. (4. überarbeitete Auflage). Mannheim: Bibliographisches Institut.
- Frattali, C. (1998): Outcomes Measurement: Definitions, Dimensions, and Perspectives. *Carol M. Frattali: Measuring Outcomes in Speech-Language Pathology* New York: Thieme, 1-27.
- Gillam, S., Gillam, R. (2006): Making Evidence-Based Decisions About Child Language Intervention in Schools. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools* 37, 304-315.
- Gierut, J. (1998): Phonological complexity and language learnability. *American Journal of Speech-Language Pathology* 16, 6-17.
- Gierut, J., Elbert, M., Dinnsen, D. (1987): A functional analysis of phonological knowledge and generalization learning in misarticulating children. *Journal of Speech and Hearing research* 30, 462-479.
- Gierut, J., Morrisette, M., Hughes, M., Rowland, S. (1996): Phonological treatment efficacy and developmental norms. *Language, Speech and Hearing Services in Schools* 27, 215-230.
- Guyatt, G., Rennie, D. (2002): A User's Guide to Medical Literature: A Manual for Evidence-Based Clinical Practice. Chicago: American Medical Association.
- Hansen, D. (1996): Sprachbehindertenpädagogik als empirische Wissenschaft: Einige kritische Überlegungen zur Theorie, Praxis und akademischen Lehre. *VHN* 65, 160-173.
- Hodson, B., Paden, E. (1991): Targeting Intelligible Speech: A Phonological Approach to Remediation. Texas: ProEd.
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2007): Früherkennungsuntersuchung auf umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache. Berichtsplan S06-01 (Version 1.0). Köln: IQWiG.
- Kamhi, A., Pollock, K. (2005): Phonological Disorders in Children. *Clinical Decision Making in Assessment and Intervention*. Baltimore: Paul H. Brookes ,
- Miccio, A. (2005): A Treatment Program for Enhancing Stimuability. In: *Alan Kamhi/ Karen Pollock. Phonological Disorders in Children. Clinical Decision Making in Assessment and Intervention*. Baltimore: Paul H. Brookes , 163-174.
- Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (2001): Levels of evidence and grades of recommendation. Zugriff am 20.02.08 auf http://www.Cebm.net/levels_of_evidence.asp
- Porzolt, F., Ohletz, A., Gardner, D., Ruatti, H., Meier, H., Schlotz-Gorton, N., Schrott, L. (2003): Evidence-based decision-making: The 6-step approach. *American College of Physicians Journal Club*, 139, 1-6.
- Reilly, S., Douglas, J., Oates, J. (2004): Evidence-based practice in speech pathology. London: Whurr Publishers Ltd
- Richardson W, Wilson C, Nishikawa J, Hayward R. (1995): The well-built clinical question: a key to evidence-based decisions. *ACP Journal Club* 123, 1-12.
- Rvachew, S., Nowak, M. (2001): The Effect of Target-Selection Strategy on Phonological Learning. *Journal of Speech, Language, and Hearing research* 44, 610-623.
- Sackett, D., and Guyatt, G. (1992): Evidence-Based Medicine: A New Approach to the Teaching of Medicine. *Journal of the American Medical Association* 268, 2420-2425.
- Sackett, D., Rosenberg W., Gray, J., Haynes R., Richardson W. (1996): Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal* 312, 71-72.
- Schlosser, R., Koul, R., Costello, J. (2007): Asking well-built questions for evidence-based practice in augmentative and alternative communication. *Journal of Communication Disorders* 40, 225-238.
- Schmacke, N. (2000): Qualitätssicherung in der Medizin: Hintergründe einer aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion. In: *Gerhard Homburg, Claudia Iven/ Volker Maihack (Hrsg.): Qualitätsmanagement in der Sprachtherapie. Kontrollmechanismus oder Kompetenzgewinn*. Köln: Prolog.
- Shriberg, L. und Kwiatkowski, J. (1982): Phonological Disorders III: A procedure for assessing severity of involvement. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 40, 708-722.
- SGB V – Öffentliches Gesundheitswesen. München: DTV-Beck.
- Straus, S., Sackett, D. (1998): Using research findings in clinical practice. *British Medical Journal* 317, 339-342.
- Deutsch, A., Fox, A. (2004): Vergleich der Effektivität von artikulatorischer vs. Phonologischer Therapie in der Behandlung kindlicher phonologischer Störungen. *Sprache-Stimme-Gehör* 28, 178-185.
- Ullrich, A., Bernhardt, B. M. (in Vorbereitung): Nichtlineare phonologische Diagnostik (NILPOD). Köln: ProLog.
- Ullrich, A., Romonath, R., Bernhardt, B. (2007): Implications of evidence-based practice for selecting targets in phonological intervention. Präsentiert auf der Konferenz der International Association of Logopedics and Phoniatrics (IALP), Kopenhagen/ Dänemark.
- Vallino-Napoli, L., Reilly, S. (2004): Evidence-based health care: A survey of speech pathology practice. *Advances in Speech-Language Pathology* 6, 107-112.
- WHO (2001): ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health Geneva: WHO, 2001.

Anschrift der Verfasserinnen:

Angela Ullrich
 Prof. Dr. Roswitha Romonath
 Universität zu Köln
 Humanwissenschaftliche Fakultät
 Department Heilpädagogik und Rehabilitation
 Lehrstuhl: Pädagogik und Therapie bei Sprech- und Sprachstörungen
angela.ullrich@uni-koeln.de
 Fax: 0221-4707209
 Klosterstraße 79 b
 50931 Köln



Holger Grötzbach, Schauffling

Bottom-up oder top-down orientierte Aphasie-therapie: Welche ist besser?

Zusammenfassung

Für den Zielsetzungsprozess in der Aphasie-therapie stehen zwei Methoden zur Verfügung: Zum einen der traditionelle bottom-up Ansatz und zum anderen das neuere top-down Vorgehen. Während der Schwerpunkt des bottom-up Ansatzes auf den Funktionsstörungen der Patienten liegt, stehen im top-down Vorgehen die Beeinträchtigungen der Teilhabe und Aktivitäten im Mittelpunkt des Interesses. Da sowohl der Gesetzgeber als auch die Patienten als Ergebnis der Aphasie-therapie eine Verbesserung der sprachlichen Aktivitäten und dadurch auch der Teilhabe erwarten, sollte die top-down orientierte Aphasie-therapie bevorzugt werden. Sie führt in ihrer Anwendung zu der Konsequenz, nicht wie bislang einzelne sprachliche Funktionen isoliert zu therapieren, sondern sprachliche Aktivitäten in Alltagsroutinen einzubetten. Einige Belege deuten darauf hin, dass die alltagsbezogene (Sprach)-Therapie der funktionsorientierten theoretisch und empirisch überlegen ist.

Schlüsselwörter: bottom-up Ansatz, top-down Vorgehen, ICF-Modell, Zielsetzungsprozess, alltagsorientierte Aphasie-therapie

1. Einleitung

Wenn Patienten gefragt werden, was sie sich von ihrer Rehabilitation erhoffen, erhält man nahezu immer die Antwort, dass alles wieder so werden müsse, wie vor der Erkrankung. Personen mit einer Aphasie meinen damit, dass ihre sprachlichen Fähigkeiten wiederhergestellt werden müssen. Ihr Ziel ist es, die Laut- und Schriftsprache wieder wie gewohnt verwenden zu können. Um das zu erreichen, stehen zwei Methoden zur Verfügung. Bei der ersten handelt es sich um den bottom-up Ansatz, der eine lange Tradition in der Rehabilitation hat. Die zweite Methode besteht aus dem top-down Vorgehen, das sich aus der Anwendung des Modells der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF; WHO 2005) ergibt. Das top-down Vorgehen stellt in der (neurologischen) Rehabilitation eine Neuerung dar und versteht sich als Alternative zum bottom-up Ansatz (Fries 2007). Beide Methoden sollen im Folgenden mit ihren Vor- und Nachteilen vorgestellt werden, um die Frage zu beantworten, welche sich besser für die Aphasie-therapie eignet.

2. Der bottom-up Ansatz

Ausgangspunkt für den bottom-up Ansatz sind die Funktionsstörungen, die mit Hilfe von (neuropsychologischen) Tests diagnostiziert werden (Fries et al. 2005, Fries 2007, Frommelt/Grötzbach 2007a). So können beispielsweise bei einem Patienten¹ nach den Ergebnissen des Aachener Aphasie Tests (Huber et al. 1983) eine amnestische Aphasie mit ausgeprägten Wortfindungsstörungen vorliegen. In der Regel wird dann als Ziel der Sprachtherapie eine Verbesserung der Wortfindung angegeben. Hinter diesem Ziel steht die Annahme, dass eine erfolgreiche Behandlung der Wortfindungsstörungen zu einer Verbesserung der sprachlichen Aktivitäten im Alltag führt. Bei Therapieende, so ist die Hoffnung, wird sich der Betroffene (wieder) mit seinen Angehörigen unterhalten können. Dadurch sollte es ihm möglich sein, in seine gewohnte Rolle

als Familienoberhaupt zurückzukehren. Dies entspräche nicht nur der Erwartung des Patienten, sondern würde auch den Auftrag des Gesetzgebers erfüllen, die „gleichberechtigt Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern“ (SGB IX, §1). Unter „gleichberechtigter Teilhabe“ ist zu verstehen, dass erkrankte Personen am Ende ihrer Rehabilitation diejenigen sozialen Rollen (wieder) einnehmen können, die ihnen wichtig sind. Mit dem bottom-up Ansatz wird also eine Behandlungskette von unten nach oben geknüpft: Durch eine Reduktion der Funktionsstörungen werden zunächst die Aktivitätsbeeinträchtigungen und darauf folgend die Behinderungen der Teilhabe minimiert (s. Abbildung 1, S. 285).

Der bottom-up Ansatz wird nicht nur schwerpunktmäßig in der Ausbildung gelehrt, sondern er entspricht auch dem üblichen Vorgehen in der neurologischen Rehabilitation. Daher wundert es auch nicht, dass sehr viele Therapien das Ziel verfolgen, eine Funktionsstörung zu reduzieren (Bühler et al. 2005). In der Aphasie-therapie stellen Funktionsziele vor allem zu Beginn der Rehabilitation mit einer Häufigkeit von

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Angabe beider Genera verzichtet.

Modell	Beispiel
Teilhabebehinderung	Rolle als Familienoberhaupt ist gefährdet
↑	↑
Aktivitätsbehinderung	Unterhaltungen sind beeinträchtigt
↑	↑
Funktionsstörung	Wortfindungsstörungen

Abbildung 1: Bottom-up-Modell (nach Fries et al. 2005)

über 80% die Mehrzahl aller definierten Ziele dar (Glindemann et al. 2004).

Die Dominanz der Funktionsziele ist auf zwei Gründe zurückzuführen. Zum einen hängt sie mit der Vorstellung zusammen, dass sich einzelne (oft „basal“ genannte) kognitive Funktionen isoliert therapieren lassen (Frommelt et al. im Druck, Grötzbach 2008). In der Sprache bestehen die einzelnen Funktionen z. B. aus dem phonologischen, semantischen oder syntaktischen Wissen. Für jede von ihnen gibt es im Falle einer Störung mehrere Therapieansätze (s. Tesak 1999; Wehmeyer/Grötzbach 2006). So werden beispielsweise zur Reduktion phonematischer Paraphasien lexikalische Entscheidungsaufgaben, Reimwörter-Suchaufgaben oder Wort-Bild-Zuordnungsaufgaben mit Minimalpaaren durchgeführt. Den verschiedenen Aufgaben ist gemeinsam, dass sie keinen Bezug zu Alltagssprachlichen Aktivitäten haben. Wie die Ergebnisse einiger Meta-Analysen zeigen (Bhagal et al. 2003a, 2003b, Robey 1998), sind die Therapieansätze effektiv: Sie führen im Vergleich zur Spontanremission zu signifikant größeren Verbesserungen. Für eine therapeutische Skepsis (Greener et al. 2002, Grond et al. 2004) besteht daher kein Anlass.

Zum anderen basiert die beherrschende Rolle der Funktionen darauf, dass Patienten ihre Funktionsstörungen (z. B. Probleme mit der Wortfindung) wahrnehmen und eine Beseitigung erwarten. Gestützt auf Erfahrungen aus der kurativen (heilenden) Medizin gehen sie in der Regel davon aus, dass eine vollständige Beseitigung – auch wenn sie längere Zeit in Anspruch nehmen sollte – möglich ist. In der neurologischen Rehabilitation, die

sich überwiegend mit chronischen oder sogar progredient verlaufenden Erkrankungen beschäftigt, wird ihre Erwartung jedoch nur selten erfüllt. Selbst wenn in der Aphasietherapie evidenzbasiert wirksame Faktoren wie Intensität, Repetition oder „shaping“ beachtet werden (Grötzbach 2005), resultiert daraus zwar eine Verbesserung, aber keineswegs immer eine komplette Beseitigung der sprachlichen Symptome. Hinzu kommt, dass

- die erreichten (sprachlichen) Verbesserungen im Zeitverlauf häufig wieder verloren gehen (Grötzbach 2007),
- sich die funktionellen Fortschritte zwar in der Therapiesituation, nicht jedoch auch im Alltag zeigen (d. h. Transfereffekte bleiben aus),
- sich die (sprachlichen) Verbesserungen in der Regel auf therapierte Funktionen beschränken (d. h. eine Generalisierung auf untherapierte Funktionen findet nicht statt).

Die Hoffnung, dass eine erfolgreiche Bewältigung der Funktionsziele zu einer (anhaltenden) Verbesserung der Aktivität und damit auch der Teilhabe führt, ist also trügerisch. Offenbar ist der Zusammenhang zwischen den Funktionen und Aktivitäten geringer ausgeprägt als angenommen (s. auch

Häußler 2007). Es stellt sich daher die Frage, ob es sinnvoll ist, die neurologische Rehabilitation von unten her zu beginnen. Möglicherweise ist es besser, wenn der Rehabilitationsprozess oben, also mit der Teilhabe, startet.

3. Das top-down Vorgehen

Bei dem top-down Vorgehen stehen zunächst diejenigen Lebensbereiche im Vordergrund, an denen ein Patient wieder teilnehmen möchte (Fries et al. 2005, Fries 2007, Frommelt/Grötzbach 2007a). Zu ihnen kann der Wunsch gehören, die liebgewordene Rolle als Großmutter wieder ausüben zu können. Ausgehend von dem jeweiligen Teilhabeziel ist dann zu klären, welche Aktivitätsbehinderungen die gewünschte Teilhabe erschweren oder sogar verhindern (Grötzbach 2004a). So mag es z. B. der Fall sein, dass die Ausübung der Großmutterrolle daran scheitert, dass den Enkelkindern aufgrund einer Alexie die gewohnte Gute-Nacht-Geschichte nicht mehr vorgelesen werden kann. In einem abschließenden Schritt sind diejenigen Funktionsstörungen zu bestimmen, die zu den Aktivitätsbehinderungen führen. Beispielsweise kann eine Verwechslung formähnlicher Buchstaben für die Alexie der Großmutter verantwortlich sein. Der top-down Ansatz sowie das Beispiel sind in Abbildung 2 dargestellt.

Die Teilhabe ist nach dem ICF-Modell immer vor dem Hintergrund des Kontextes zu sehen. Er ist als die „materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der Menschen leben und ihr Dasein entfalten“ (dimdi 2002, 112) definiert. Der Kontext kann sich sowohl förderlich (Förderfaktoren)

Modell	Beispiel
Teilhabebehinderung	Rolle als Großmutter ist nicht möglich
↓	↓
Aktivitätsbehinderung	Vorlesen von Märchen gelingt nicht
↓	↓
Funktionsstörung	Formähnliche Buchstaben werden verwechselt

Abbildung 2: Top-down Modell (nach Fries et al. 2005)

als auch hinderlich (Barrieren) auf eine angestrebte Teilhabe auswirken. Wenn die Enkel z. B. den Kontakt zur Großmutter vermeiden, weil sie mit der Aphasie nicht zurechtkommen, dann liegt eine Barriere vor. Sie beeinflusst unabhängig davon, welche Ergebnisse in der Alexithherapie erzielt werden, die Teilhabe negativ. Denn selbst wenn die Großmutter im günstigsten Fall wieder fehlerfrei vorlesen kann, so nützt dies wenig, wenn ihr die Zuhörer fehlen. Im top-down Vorgehen wird daher neben den Teilhabezielen auch nach dem Kontext gefragt, um mögliche Barrieren identifizieren zu können. Natürlich geht es auch um die Feststellung von Förderfaktoren. Ein Förderfaktor für die Großmutter könnte darin bestehen, dass die Enkelkinder durch ihre Eltern angeleitet werden, mit den besonderen Bedürfnissen ihrer Großmutter adäquat umzugehen.

Da Teilhabeziele umfassend sind, ist es eher unwahrscheinlich, dass sie sich innerhalb einer drei- bis sechswöchigen Rehabilitation erreichen lassen. Vielmehr stellen sie langfristige zu erreichende Ziele dar. Für die (Aphasie-)Rehabilitation sind sie daher als übergeordnete Ziele zu verstehen, von denen die mittel- und kurzfristig zu bewältigenden Aktivitäts- und Funktionsziele abgeleitet werden. Im Unterschied zu den Funktionszielen

beziehen sich die Aktivitätsziele in der Aphasiotherapie auf sprachliche Funktionen und ihre Verwendung im Alltag (vgl. Glindemann et al. 2004). Beispiele für Funktions- und Aktivitätsziele sind in Tabelle 1 aufgelistet.

Die Teilhabe- und Aktivitätsziele, die persönliche Werte und Präferenzen der Patienten widerspiegeln, können weder mit Hilfe von (Aphasie-)Tests noch mit Therapieziellisten (Junde et al. 2007, Netz 2005) in Erfahrung gebracht werden. Sie erschließen sich nur über ein (Anamnese-)Gespräch (Frommelt, Grötzbach 2007b, Frommelt et al. im Druck), bei dem insbesondere drei Dinge zu beachten sind:

- Für das Gespräch sollte ausreichend Zeit zur Verfügung stehen. Wenn ein Patient seine Geschichte im Mittel nicht länger als 28 Sekunden erzählen darf und dabei bereits nach durchschnittlich 18 Sekunden unterbrochen wird (Heath 2005), so ist das vor allem für Patienten mit einer Aphasie völlig unzureichend.
- Das Gespräch ist dann absurd, wenn kein Interesse daran besteht, die Patienten als Experten für ihre Ziele zu akzeptieren. In der Praxis kommt das durchaus vor: Wie eine Untersuchung aus der Physiotherapie zeigt, wurden von 74 analysierten Interventionen 66 ohne und nur 8 mit einer Zielsetzung durch-

geführt (Parry 2004). Von den 8 Therapien mit einem Ziel wurde lediglich ein einziges mit dem betroffenen Patienten abgesprochen. Ebenso wenig wie die Patienten scheinen auch die Angehörigen in den Therapieprozess eingebunden zu werden. Sie beklagen in einer Befragung, nur unzureichend über die Ziele und Inhalte der Sprachtherapie informiert worden zu sein (Hönig/Steiner 2002).

- Das Gespräch bleibt erfolglos, wenn es bei der bloßen Frage nach dem Ziel der Rehabilitation stehen bleibt (Grötzbach 2004a). Denn auf diese Frage geben Patienten fast stereotyp zur Antwort, dass sie wieder gesund werden möchten. Wird jedoch danach gefragt, was „gesund sein“ für einen Patienten bedeutet, werden häufig diejenigen (sprachlichen) Aktivitäten aufgezählt, die für einen Betroffenen im Vordergrund stehen (Goerg/Tesak 2007).

Eine Methode, um in einem Gespräch Ziele standardisiert zu erarbeiten, ist das „goal attainment scaling“. Es hat sich in der psychometrischen Prüfung als reliabel, valide und sensitiv erwiesen (Hurn et al. 2006). Seine Durchführung wird daher in Tabelle 2 erläutert. Mit dem „goal attainment scaling“ können vor allem Aktivitätsziele erfragt

Funktionsziele	Aktivitätsziele
Ziel der Therapie ist es,	Ziel der Therapie ist es,
fünf sprachliche Floskeln kontextadäquat verwenden zu können;	mit den Angehörigen telefonieren und sie über den Gesundheitszustand informieren zu können;
alle Phoneme in ihre entsprechenden Grapheme überführen zu können;	den durchschnittlichen Benzinverbrauch des Autos ausrechnen zu können;
50 Alltagsobjekte benennen zu können;	ein Gespräch mit einer fremden Person beginnen zu können;
zwischen 20 richtig oder falsch geschriebenen Einsilbern sicher unterscheiden zu können;	im Internet eine Bestellung aufgeben zu können;
in zehn Lückensätzen mit einem engen semantischen Kontext das jeweils gesuchte Zielwort einsetzen zu können.	eine Banküberweisung ausfüllen zu können.

Tabelle 1: Beispiele für sprachliche Funktions- und Aktivitätsziele

Schritt	Inhalt
1. Schritt	Gemeinsam mit dem Patienten werden drei bis fünf Ziele festgelegt.
2. Schritt	Die Ziele werden gewichtet. Das Ziel mit der höchsten Priorität nimmt den Wert 100, das Ziel mit der geringsten Wertigkeit nimmt den Wert 0 an.
3. Schritt	Für jedes Ziel wird das Therapieergebnis festgelegt.
4. Schritt	Es werden die Zeitabstände bestimmt, in denen die Therapieergebnisse überprüft werden.
5. Schritt	In den definierten Zeitabständen findet die Überprüfung der Therapieergebnisse statt.
6. Schritt	Das Therapieergebnis wird mit einer Skala von -2 über 0 bis +2 bewertet. Die Null bedeutet, dass ein Ziel genau erreicht worden ist. Die Pluszahlen spiegeln Leistungen wider, die besser als das definierte Ziel sind, während die Minuszahlen schlechtere Ergebnisse wiedergeben.

Tabelle 2: Durchführung des „goal attainment scaling“ (Hurn et al. 2006)

und nach ihrer Wichtigkeit geordnet werden. Außerdem eignet es sich als verbindende Klammer für das interdisziplinär arbeitende Team (Hurn et al. 2006), da es sicherstellt, dass die verschiedenen therapeutischen Professionen keine partikulären, sondern gemeinsam zu erreichende Ziele verfolgen. Das „goal attainment scaling“ hat letztlich den Vorteil, dass es die Evaluation einer Therapiemaßnahme als verbindlichen Schritt vorsieht.

Die Forderung, Ziele in einem Gespräch festzulegen, und die Tatsache, dass bei einem Patienten eine Aphasie vorliegt, widersprechen sich nur selten. Denn

- die Betroffenen sind trotz ihrer Aphasie häufig nicht „sprachlos“;
- Mimik, Gestik und Prosodie vermitteln Informationen, Absichten und Gefühle;
- mitgebrachte Dinge berichten über Interesse, Neigungen oder Hobbys;
- Therapieunterlagen spiegeln den bereits zurückgelegten Weg wider;
- Angehörige erzählen von Erfolgen und Misserfolgen.

In der Regel ist es damit auch bei Personen mit einer ausgeprägten Aphasie möglich, Informationen über ihre Lebensziele zu erhalten.

Zusammenfassend haben die Therapeuten im top-down Vorgehen drei Aufgaben: Erstens ermitteln sie mit Hilfe geeigneter Fragen die Teilhabe- und

Aktivitätsziele der Patienten. Zweitens bestimmen sie mit ihrem Wissen Art und Ausmaß derjenigen funktionellen Störungen, die Beeinträchtigungen der gewünschten Aktivitäten verursachen. Drittens erfassen sie den Kontext der Patienten, um über die individuellen Förderfaktoren und Barrieren informiert zu sein.

Im Vergleich zum bottom-up Ansatz nimmt das top-down Vorgehen mehr Zeit in Anspruch, da zusätzlich zur Diagnostik die Bereiche Teilhabe, Aktivität und Kontext zu erfragen sind. Selbstverständlich ist der höhere Zeitaufwand nur dann gerechtfertigt, wenn das top-down Vorgehen zu besseren Ergebnissen als der bottom-up Ansatz führt. Wie sich zeigen wird, ist das der Fall.

4. Bottom-up oder top-down?

Während im bottom-up Ansatz der Schwerpunkt der Behandlung auf den Funktionsstörungen liegt, stehen im top-down Vorgehen die Beeinträchtigungen der Teilhabe und Aktivitäten im Vordergrund. Die Therapie von (sprachlichen) Funktionsstörungen entspricht zwar den Erwartungen der Patienten, im Sozialgesetzbuch IX wird der Rehabilitation jedoch die Aufgabe zugewiesen, die Teilhabe zu verbessern (Bihr et al. 2006). Bleiben die Therapieergebnisse allein auf den Nachweis funktioneller Fortschritte beschränkt, besteht somit die Gefahr, dass die The-

rapie nicht (mehr) bezahlt wird (Fries 2007). Allein aus diesem Grund ist dem top-down Vorgehen der Vorzug zu geben. Ergänzend kommt hinzu, dass die Wünsche der Patienten mit dem top-down Vorgehen übereinstimmen: Sie erwarten zwar eine Besserung der Aphasiesymptome („ich möchte die Wörter wieder finden können“), ihre Ziele sind dennoch typischerweise auf der Ebene der Aktivitäten angesiedelt. Es geht ihnen z. B. darum, dass sie wieder telefonieren, Kreuzworträtsel lösen oder ihre Einkäufe erledigen können (Goerg/Tesak, 2007). Den Aktivitäten kommt damit auch aus der Sicht der Patienten eine größere Bedeutung zu als den Funktionen. Diese Gewichtung wird im top-down Vorgehen berücksichtigt.

Mit dem top-down Vorgehen ändert sich die Arbeitsweise der Sprachtherapeuten. Statt isolierte Funktionen der Sprache zu behandeln, geht es darum, alltagsorientierte Therapien durchzuführen. Nur dadurch ist der Auftrag einer verbesserten Teilhabe zu erfüllen. Wie einige Ergebnisse aus der Sonderpädagogik (Mann 1979), Frühförderung (Häußler 2007), Neuropädiatrie (Ylviskaker et al. 2005) und Neurorehabilitation (Fries et al. 2007, Goldenberg et al. 2002, Zänglein et al. 2007) zeigen, werden die alltagsbezogenen Therapien dem Auftrag gerecht: Sie sind den funktionell orientierten Therapien sowohl theoretisch als auch empirisch überlegen. Dies liegt vor

allem daran, dass in der Alltagstherapie von Anfang an auf einen Transfer der Therapieinhalte geachtet wird (Grötzbach 2008). Neben der Alltagsorientierung sollten in der Aphasietherapie die Selbstwahrnehmung, das Selbstmanagement und die Umstellungsfähigkeit der Patienten gestärkt werden. Dadurch kann es auch Personen mit einer ausgeprägten Aphasie ermöglicht werden, in das Berufsleben zurückzukehren (Fries 2005).

Aus dem top-down Vorgehen ergeben sich jedoch nicht nur Veränderungen für die Therapeuten, sondern auch für die Patienten. Indem sie die Ziele ihrer Behandlung vorgeben, übernehmen sie einen großen Teil der Verantwortung dafür, dass die vereinbarten Ziele auch tatsächlich erreicht werden (vgl. Fries 2007). Dazu genügt es nicht, die Aphasietherapie wie ein Medikament einzunehmen. Anstatt sich ein Mal pro Tag eine Dosis Sprachtherapie abzuholen, ist es notwendig, sich mehrmals am Tag aktiv mit den Therapieinhalten auseinanderzusetzen (Grötzbach 2004b). Ein Patient muss die dafür notwendigen Ressourcen zur Verfügung stellen und bereit sein, die Rolle eines passiven „Konsumenten“ von Therapien aufzugeben. Im top-down Vorgehen ist der Patient nicht länger der „Erleidende“ (Patiens), sondern ein Handelnder (Aktor).

5. Diskussion

Im Vergleich zum bottom-up Ansatz haben die Patienten im top-down Vorgehen eine sehr viel größere Autonomie, da sie die Therapieplanung mit ihren Zielen steuern (Grötzbach 2004a). Dabei ist es nach eigenen Erfahrungen eine unbegründete Sorge, dass unrealistische Ziele aufgestellt werden. Sobald das Globalziel „ich will wieder gesund werden“ verlassen wird, formuliert die Mehrheit der Patienten Aktivitätsziele („ich möchte wieder eine Bestellung aufgeben können“), die realistisch zu erreichen sind. Auch das Problem der Anosognosie, definiert als „das mit einer Hirnschädigung einhergehende Nichterkennen von Krankheit“ (Kar-

nath 2006, 210), spielt nach eigenen Erfahrungen in der Praxis keine Rolle. Dies liegt daran, dass sich die Anosognosie meist sehr rasch (häufig noch in der Akutphase der Erkrankung) wieder zurückbildet. In der Regel können die Patienten bereits nach einigen Tagen ihre Störungen adäquat einschätzen (Karnath 2006). Außerdem tritt eine Anosognosie für aphasisch bedingte Beeinträchtigungen nur sehr selten auf.

Ein Problem sowohl für den bottom-up Ansatz als auch für das top-down Vorgehen stellen jedoch Ziele dar, die sich widersprechen. Ein Behandlungsteam befindet sich beispielsweise in einer misslichen Lage, wenn Angehörige als Teilhabeziel eine Rückkehr in den Beruf vorgeben, der Betroffene jedoch davon ausgeht, dass er nicht mehr arbeiten kann. Noch komplizierter wird es, wenn der Rentenversicherer die berufliche Leistungsfähigkeit abstrakt beurteilt haben möchte und die Arbeitsagentur aufgrund des Beurteilungsergebnisses keine Vermittelbarkeit des Patienten sieht. Patentrezepte zur Lösung derartiger Konflikte gibt es nicht. Sie können vermutlich dann am besten bewältigt werden, wenn das behandelnde Team interdisziplinär arbeitet, Entscheidungen transparent macht und die Patienten sowie ihre Angehörigen von Anfang an in Entscheidungen einbindet.

Ein weiteres Problem vor allem für das top-down Vorgehen stellen Patienten dar, die keine (Teilhabe)-Ziele formulieren können. Dabei kann es sich um akut erkrankte oder dauerhaft schwer beeinträchtigte Personen handeln, die (noch) nicht in der Lage sind, sich mit den Zielen ihrer Behandlung auseinanderzusetzen. In diesen Fällen werden es die Angehörigen zusammen mit den Therapeuten übernehmen müssen, Ziele festzulegen. Trotzdem ist auch dann ein top-down Vorgehen möglich. Als Teilhabeziel bietet sich beispielsweise die Selbstständigkeit im Alltag an. Davon können Aktivitätsziele abgeleitet werden, wie z. B. ein adäquater Gebrauch von Zustimmung und Ablehnung, um Grundbedürfnisse (Hunger, Durst, Schmerz) ausdrücken

zu können. Das top-down Vorgehen ist also keine Methode, die sich nur für die weiterführende Rehabilitation eignet.

Einige Patienten können im top-down Vorgehen auch Probleme mit der ihnen zugeordneten Rolle als bestimmende Akteure haben. Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken stellen machtvolle Institutionen dar, in denen die Wünsche des Einzelnen häufig nur wenig oder gar nicht interessieren. Daran gewohnt, dass für sie entschieden wird, reagieren daher einige Patienten überrascht, wenn sie nach den Teilhabe- und Aktivitätszielen ihrer Behandlung gefragt werden. Nach eigenen Erfahrungen verwandelt sich ihre Überraschung jedoch sehr rasch in Zustimmung, wenn die Rationale des top-down Vorgehens erklärt wird. Nur in Ausnahmefällen können Betroffene nicht zur Mitarbeit an dem gemeinsamen Zielsetzungsprozess gewonnen werden.

6. Schluss

Unabhängig davon, ob der traditionelle bottom-up Ansatz oder das neuere top-down Vorgehen bevorzugt wird, ist insbesondere dem Zielsetzungsprozess in der (Aphasie)-Therapie besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Dafür gibt es mehrere Gründe. Erstens verbinden Ziele Patienten und Therapeuten, indem sie gemeinsam zu erledigende Aufgaben definieren. Zweitens verbessern Ziele, die von den Patienten (mit-)bestimmt werden, das Rehabilitationsergebnis (Frommelt et al. im Druck, Hart, Evans 2006, Levack et al. 2006). Drittens ermöglichen nur exakt formulierte Ziele eine Evaluation der Therapien (Blanco/Mäder 1999). Viertens stärken richtig gewählte Ziele, die in einem überschaubaren Zeitraum zu erreichen sind, das Selbstbewusstsein der Patienten. Sie fördern dadurch auch die Motivation, sich neuen Herausforderungen zu stellen. Fünftens gibt es einen engen Zusammenhang zwischen der Einstellung von Patienten und therapeutischen Zielen: Ist ein Betroffener fest davon überzeugt, dass er das jeweilige Ziel meistern kann, wird er die vor ihm liegende Aufgabe auch

Faktor	Entscheidung
Theorie hinter dem Zielsetzungsprozess	bottom-up oder top-down (traditionell oder ICF-basiert)
Zielebene	Teilhabe, Aktivität oder Funktion
zeitliche Dimension	kurz-, mittel- oder langfristiges Ziel
Grad der Schwierigkeit	leicht oder schwer zu erreichendes Ziel
Grad der Überprüfbarkeit	eher global oder genau definiertes Ziel
Organisation hinter dem Zielsetzungsprozess	multi-, inter- oder transdisziplinär organisierte Teamarbeit
Beteiligung der Patienten und ihrer Angehörigen an Entscheidungen	ohne oder mit Einbindung der Patienten und ihrer Angehörigen

Tabelle 3: Faktoren für den Zielsetzungsprozess (nach Frommelt/Grötzbach 2007a)

mit einer hohen Wahrscheinlichkeit erfolgreich bewältigen. Sechstens führen schwer zu erreichende Ziele zu signifikant besseren Therapieergebnissen als leicht zu erreichende (Gauggel/Billino 2002). Siebtens steigen die Chancen für einen therapeutischen Erfolg, wenn das Therapieziel genau, messbar, erreichbar, zeitlich bestimmt und für den jeweiligen Patienten von Bedeutung ist (McGrath im Druck).

Trotz der vielen Gründe für eine sorgfältige Zielplanung wird das Thema „Ziele“ in Lehrbüchern zur Neurorehabilitation entweder gar nicht (Frommelt, Grötzbach 1999, Nelles 2004, Welter/Schönle 1997) oder nur am Rande behandelt (van Cranenburgh 2007). Abschließend werden daher in Tabelle 3 diejenigen Faktoren, über die bei der Zielsetzung zu entscheiden ist, zusammengefasst.

Mit den Entscheidungshilfen in Tabelle 3 sowie mit dem top-down Vorgehen werden

- die Präferenzen der Patienten (und ihrer Angehörigen),
- das bislang zur Verfügung stehende Wissen zur Definition von Therapiezielen und
- die Forderung der Kostenträger nach der Evaluation von Therapien

berücksichtigt. Insbesondere die Ausrichtung der Therapie nach den Vorgaben der Patienten entspricht der Philosophie der ICF, in der es weniger um Symptome und Syndrome und dafür mehr um die Aktivitäten und

Teilhabe geht (Grötzbach 2006). Diese Neuerung, von Tesak (2007) auch als Paradigmenwechsel bezeichnet, wird vom Gesetzgeber ausdrücklich eingefordert: Als Ergebnis der Rehabilitation soll den Patienten eine „Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbstständige und selbst bestimmte Lebensführung“ (Sozialgesetzbuch IX, §4) ermöglicht werden. Die bisher favorisierten Therapien, die mehrheitlich aus einer Behandlung von sprachlichen Funktionen ohne Bezug zur Teilhabe bestehen, erfüllen den gesetzlichen Auftrag kaum. Der Paradigmenwechsel bedeutet daher nicht nur eine veränderte Rehabilitationsphilosophie (vom bottom-up Ansatz zum top-down Vorgehen), sondern auch eine Neuausrichtung der Therapien (Ablösung der symptom-orientierten Aphasietherapie durch die kontext-sensitive). Die zunehmende Bedeutung der kontext-sensitiven Aphasietherapie spiegelt sich inzwischen in einigen Beiträgen wider (Coopmans 2007, Glindemann 2002, Grötzbach 2008, Lamprecht 2007), wobei dies nur ein Beginn sein kann. Zukünftig wird es darum gehen müssen, weitere diagnostische und therapeutische Ansätze zu entwickeln, die der Methode des top-down Vorgehens folgen.

Literatur

Bhogal, S. K., Teasell, R. W., Speechley, M. R. (2003a): Intensity of aphasia therapy: Impact on recovery. *Stroke* 34, 987-993.

Bhogal, S. K., Teasell, R. W., Foley, N. C., Speechley, M. R. (2003b): Rehabilitation of aphasia: More is better. *Topics in Stroke Rehabilitation* 10, 66-76.

Bihr, D., Fuchs, H., Krauskopf, D. (2006): SGB IX – Kommentar und Praxishandbuch. St. Augustin: Asgard.

Blanco, J., Mäder, M. (1999): Dokumentation, Messung und Qualitätsmanagement. In: Frommelt, P., Grötzbach, H. (Hrsg.): *NeuroRehabilitation* (629-644). Berlin: Blackwell.

Bühler, S., Grötzbach, H., Frommelt, P. (2005): ICF-basierte Zieldefinition in der Neurorehabilitation. *Neurologie & Rehabilitation* 11, 204-211.

Coopmans, J. (2007): Alltagsrelevante Aphasietherapie. *Forum Logopädie* 21, 6-13.

dimdi (2002): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). www.dimdi.de

Fries, W. (2005): Neuropsychologische Rehabilitation nach erworbener Hirnschädigung in der Welt von ICF und SGB IX: Wie weit reicht der Therapieauftrag? In: Wendel, C., Heel, S., Lucius-Hoene, G., Fries, W. (Hrsg.): *Zukunftswerkstatt Klinische Neuropsychologie* (73-87). Regensburg: Roeder.

Fries, W. (2007): Reha-Philosophie: Konzepte und Strukturen für eine Teilhabe-orientierte ambulante und wohnortnahe Rehabilitation. In: Fries, W., Lössl, H., Wagenhäuser, S. (Hrsg.): *Teilhabe!* (7-16). Stuttgart: Thieme.

Fries, W., Dustmann, D., Fischer, S., Lojewski, N., Ortner, K., Petersen, C., Pott, C., Rehbein, M., Scholler, I. (2005): Projektarbeit: Therapeutische Strategien zur Umsetzung von ICF und SGB IX in der ambulanten wohnortnahen neurologischen Rehabilitation zur Verbesserung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. *Neurologie & Rehabilitation* 11, 218-226.

Fries, W., Lössl, H., Wagenhäuser, S. (2007): *Teilhabe!* Stuttgart: Thieme.

- Frommelt, P., Grötzbach, H. (1999): NeuroRehabilitation. Berlin: Blackwell.
- Frommelt, P., Grötzbach, H. (2007a): Zielsetzung in der Schlaganfallrehabilitation. In: *Detmers, Ch., Büllau, P., Weiller, C.* (Hrsg.): Schlaganfall Rehabilitation (121-133). Bad Honnef: Hippocampus.
- Frommelt, P., Grötzbach, H. (2007b): Die ICF und das Modell einer kontextsensitiven Neurorehabilitation. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 78, 210-216.
- Frommelt, P., Grötzbach, H., Kühne, W. (im Druck): Narrative in the reconstruction of the self after brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation*.
- Gauggel, S., Billino, J. (2002): The effects of goal setting on the arithmetic performance of brain-damaged patients. *Archives of Clinical Neuropsychology* 17, 283-294.
- Glinde mann, R., Ziegler, W., Kilian, B. (2002): Aphasie und Kommunikation. In: *Goldenberg, G., Pössl, J., Ziegler, W.* (Hrsg.): *Neuropsychologie im Alltag* (78-97). Stuttgart: Thieme.
- Glinde mann, R., Pössl, J., Ziegler, W., Goldenberg, G. (2004): Erfahrungen mit individuellen Therapiezielen bei Patienten mit Aphasie. *Die Sprachheilarbeit* 49, 298-305.
- Goerg, K., Tesak, J. (2007): Die Selbstsicht aphasischer Personen mit Bezug auf das neoklassische Aphasiekonzept und die ICF. In: *Tesak, J.* (Hrsg.): *Arbeiten zur Aphasie* (99-103). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Goldenberg, G., Pössl, J., Ziegler, W. (2002): *Neuropsychologie im Alltag*. Stuttgart: Thieme.
- Greener, J., Enderby, P., Whurr, R. (2002): Speech and language therapy for aphasia following stroke. *The Cochrane Library*, 3.
- Grond, M., Busch, E., Diener, H.-C. (2004): Versorgung von Schlaganfallpatienten auf der Stroke Unit. In: *Diener, H.-C., Hacke, W., Fersting, M.* (Hrsg.): *Schlaganfall* (28-35). Stuttgart: Thieme.
- Grötzbach, H. (2004a): Zielsetzung in der Aphasiotherapie. *Forum Logopädie* 18, 12-16.
- Grötzbach, H. (2004b): Zur Effektivität von Aphasiotherapie. *Neurologie & Rehabilitation* 10, 1-5.
- Grötzbach, H. (2005): Evidenzbasierte Aphasiotherapie. *Forum Logopädie* 19, 6-11.
- Grötzbach, H. (2006): Die Bedeutung der ICF für die Aphasiotherapie in der Rehabilitation. *Forum Logopädie* 20, 26-31.
- Grötzbach, H. (2007): Ergebnisse der stationären neurologischen Rehabilitation. In: *Fries, W., Ludwig, L.* (Hrsg.): *Rehabilitation und Nachsorge nach Schädelhirnverletzung* (40-51). Bad Honnef: Hippocampus.
- Grötzbach, H. (2008): Kontext-sensitive Aphasiotherapie. *L.O.G.O.S interdisziplinär* 16, 26-31.
- Hart, T., Evans, J. (2006): Self-regulation and goal theories in brain injury rehabilitation. *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 21, 142-155.
- Häußler, M. (2007): Die Rolle der ICF-CY in Sozialpädiatrischen Zentren. *Frühförderung interdisziplinär* 26, 173-180.
- Heath, I. (2005): Auf der Spur von Krankengeschichten: Versorgungskontinuität in der Hausarztpraxis. In: *Greenhalgh, T., Hurwitz, B.* (Hrsg.): *Narrative-based Medicine – Sprechende Medizin* (115-125). Bern: Huber.
- Hönig, G., Steiner, J. (2002): BREAK – Belastung und Ressourcen im (Gesprächs-) Erleben von Angehörigen schwer kommunikativ beeinträchtigter Menschen. In: *Steiner, J.* (Hrsg.): *Von Aphasie mitbetroffen* (13-37). Leverkusen: Steiner.
- Huber, W., Poeck, K., Weniger, D., Willmes, K. (1983): *Der Aachener Aphasie Test*. Göttingen: Hogrefe.
- Hurn, J., Kneebone, I., Cropley, M. (2006): Goal setting as an outcome measure: A systematic review. *Clinical Rehabilitation* 20, 756-772.
- Junde, I., Schwer, B., Voigt-Radloff, S. (2007): Das Logopädische Assessment: Struktur, ICF-Orientierung und Bedeutung für das Qualitätsmanagement. *Forum Logopädie* 21, 14-19.
- Karnath, H.-O. (2006): Anosognosie. In: *Karnath, H.-O., Hartje, W., Ziegler, W.* (Hrsg.): *Kognitive Neurologie* (210-215). Stuttgart: Thieme.
- Lamprecht, G. (2007): Wege aus der Sprachlosigkeit: Kommunikation mit Hindernissen – Mut zum trotzdem Sprechen. In: *Fries, W., Lössl, H., Wagenhäuser, S.* (Hrsg.): *Teilhaben!* (89-97). Stuttgart: Thieme.
- Levack, W. M. M., Taylor, K., Siegert, R. J., Dean, S. G., McPherson, K. M., Weatherall, M. (2006): Is goal planning in rehabilitation effective? A systematic review. *Clinical Rehabilitation* 20, 739-755.
- Mann, L. (1979): *On the trail of process*. New York: Grune and Stratton.
- McGrath, J. (im Druck): Interdisciplinary goal planning in neurological rehabilitation. In: *Frommelt, P., Grötzbach, H.* (Hrsg.): *Neurorehabilitation*. Springer: Heidelberg.
- Nelles, G. (2004): *Neurologische Rehabilitation*. Stuttgart: Thieme.
- Netz, J. (2005): Konstruktion und Praxiserprobung einer ICF-orientierten Therapiezielliste und Outcome-Messung in der ambulanten Neurorehabilitation. *Neurologie & Rehabilitation* 11, 227-235.
- Parry, R. H. (2004): Communication during goal setting in physiotherapy treatment sessions. *Clinical Rehabilitation* 6, 668-682.
- Robey, R. (1998): A meta-analysis of clinical outcomes in the treatment of aphasia. *Journal of Language and Hearing Research* 41, 172-187.
- Tesak, J. (1999): *Grundlagen der Aphasiotherapie*. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Tesak, J. (2007): ICF und Aphasie. In: *Tesak, J.* (Hrsg.): *Arbeiten zur Aphasie* (91-97). Idstein: Schulz-Kirchner.
- van Cranenburgh, B. (2007): *Neurorehabilitation*. München: Elsevier.
- Wehmeyer, M., Grötzbach, H. (2006): *Aphasie – Wege aus dem Sprachdschungel*. Heidelberg: Springer.
- Welter, F. L., Schönlé, P. W. (1997): *Neurologische Rehabilitation*. München: Fischer.
- WHO (2005): *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Neu-Isenburg: Medizinische Medien.
- Ylvisaker, M., Adelson, D., Braga, L. W., Burnett, S. M., Glang, A., Feeney, T., Moore, W., Rummey, P., Todis, B. (2005): Rehabilitation and ongoing support after pediatric TBI. *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 20, 95-109.
- Zänglein, M., Hornauer, R., Böss, R., Weber, R. (2007): Alltagsorientierte Therapie bei Patienten mit kognitiven Einschränkungen, Beeinträchtigungen der Motorik und schweren Aphasien. *Neurologie & Rehabilitation* 13, 213-217.

Anschrift des Verfassers:

Holger Grötzbach, M. A., Asklepios Klinik Schaufling, Abteilung Sprachtherapie Hausstein 2, 94571 Schaufling, e-Mail: h.groetzbach@asklepios.com

Holger Grötzbach ist Neurolinguist und leitet seit vielen Jahren die Abteilung Sprachtherapie in der Asklepios Klinik Schaufling. Er unterrichtet als Dozent an den Berufsfachschulen für Logopädie in München, Straubing und Rostock sowie am Institut für Psychologie der Universität Regensburg. Seine Arbeitsschwerpunkte umfassen die Bereiche Aphasie, ICF und interdisziplinäre Teamarbeit. Er hält regelmäßig Vorträge, bietet eine Reihe von Fortbildungen an und ist Autor mehrerer Fachpublikationen.



DynaVox
KOMMUNIKATION
MIT VIELEN NEUEN
MÖGLICHKEITEN.

REHA VISTA
Hilfsmittel zur Kommunikation,
PC-Bedienung und Umfeldsteuerung

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



Wir nehmen uns Zeit
und beraten Sie gern.
Über unsere kostenfreie Telefonnummer
erreichen Sie uns bundesweit: 0800 7 34 28 47.

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

ZARB

Ein ideales Hilfsmittel für die Logopädie

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

legeip S

Buch	Augen	riechen	W O R T
Buc _	Ohren	sehen	
Bu _ _	Nase	hören	
B _ _ _			

ESWAR EINMAL

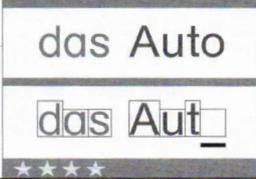
In Microsoft Word integriert stellt die Software über 60 Funktionen zur Verfügung: Rätsel, Wortformen- und Zuordnungsübungen, Geheimschriften, Lücken- und Umstellübungen entstehen aus beliebigen Texten ganz einfach per Mausclick.

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

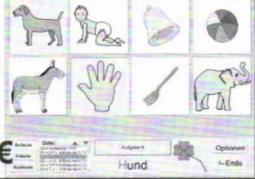
Förderprogramme

www.etverlag.de
Eugen Traeger Verlag Tel/Fax: 05404 -71858

X UniWort Pro
Zur Erlangung von Schrift- und Sprachkompetenz sowie zur Behandlung von LRS- u. Aphasie. **69,90 €**



X Laute unterscheiden
Anlaute, Inlaute, Auslaute bestimmen, Buchstaben, Zahlen, Farben, Bilder auditiv/visuell ordnen. **59,90 €**



X Hören-Sehen-Schreiben
Schriftsprachtraining für Kinder u. Erwachsene mit Schwächen im auditiven und/oder visuellen Bereich, erweiterbar. **69,90 €**



X Audio 1 fördert die auditive Unterscheidungsfähigkeit auf Geräusch- und Lautebene, **89,90 €** inkl. Richtungshören.



X Elektrobliker
Leseanlässe für Silben, Wörter, Sätze, fördert Sprachverständnis und Konzentration. **59,90 €**



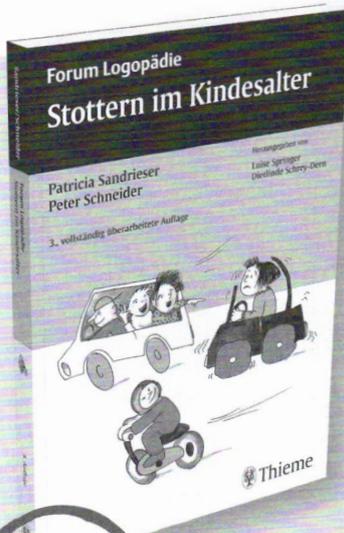
Ich schneide eine Banane.
Ich schneide einen Apfel.
Ich schneide in meinen Finger.
Ich schneide eine Salatgurke.

X Merkfähigkeit und Kognition

1. Merkfähigkeit steigern
2. Reihenfolgen ordnen
3. Kategorien bilden
4. Logisches Ergänzen **59,90 €**



Verstehen – erkennen – erfolgreich behandeln



Stottern im Kindesalter
Sandrieser/Schneider
3., vollst. überarb. A. 2008.
232 S., 12 Abb., kart.
ISBN 978 3 13 118453 5
39,95 € [D]

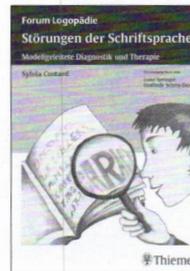
- Das Standardwerk zum Stottern im Kindesalter
- Ausgewählte Therapieansätze
- Methoden der Erfolgskontrolle
- Anschaulich durch viele Fallbeispiele
- Kopiervorlagen für die Protokollbögen der Diagnostik

Neu in der 3. Auflage:
• Kapitel Schul-KIDS
komplett neu



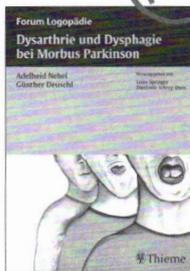
Phonologische Bewusstheit und Schriftspracherwerb
Schnitzler
2008. 192 S., 24 Abb., kart.
ISBN 978 3 13 138221 4
34,95 € [D]

- Speziell für den logopädisch-sprachtherapeutischen Bereich konzipiert
- Ausführlich dargestelltes Fallbeispiel
- Für Vorschulkinder und Kinder im Schulalter



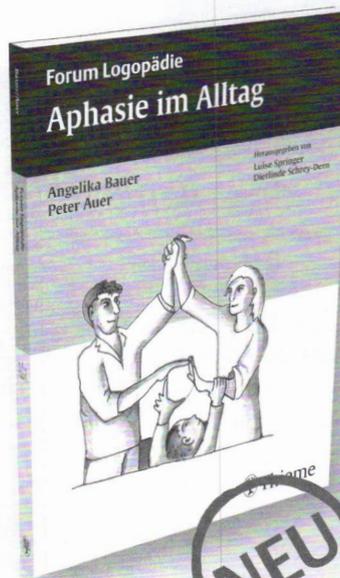
Störungen der Schriftsprache
Costard
2007. 188 Seiten, 15 Abb., kart.
ISBN 978 3 13 139641 9
34,95 € [D]

- Systematische Einführung in die Störungen des Leseprozesses, Ursachen, Diagnostik und Therapie
- Das einzige deutschsprachige Buch, das sowohl Entwicklungsdyslexien als auch erworbene Dyslexien behandelt



Dysarthrie und Dysphagie bei Morbus Parkinson
Nebel/Deuschl
2008. 184 Seiten, 32 Abb., kart.
ISBN 978 3 13 144731 9
39,95 € [D]

Erste komprimierte Darstellung von Sprech- und Schluckstörungen bei Morbus Parkinson



Aphasie im Alltag
Bauer/Auer
2008. 184 Seiten, 22 Abb., kart.
ISBN 978 3 13 142431 0
39,95 € [D]

- Hintergrundwissen über aphasische Kommunikation im familiären Kontext mit Beschreibung der Adaptation an Aphasie im Alltag.
- Aphasie als alltägliches und soziales Problem, von dem die gesamte Familie betroffen ist.
- Anschauliche Hinweise für Betroffene und Angehörige zum Aphasie-Management.
- Wichtig für Therapeuten: Einführung in das konversationsanalytische Denken und die Stärken dieses Ansatzes.



Sprechapraxie im Kindes- und Erwachsenenalter
Lauer/Birner-Janusch
2007. 184 Seiten, 17 Abb., kart.
ISBN 978 3 13 142451 8
34,95 € [D]

Systematische Einführung ins Thema Sprechapraxie mit Darstellung des einzigen verfügbaren Testverfahrens

Preisänderungen und Irrtümer vorbehalten. Lieferung zzgl. Versandkosten. Bei Lieferungen in (D) betragen diese 3,95 € pro Bestellung. Ab 50 € Bestellwert erfolgt die Lieferung versandkostenfrei. Bei Lieferungen außerhalb (D) werden die anfallenden Versandkosten weiterberechnet.

☎ Telefonbestellung:
0711/89 31-906

FAX Bestellung:
0711/89 31-901

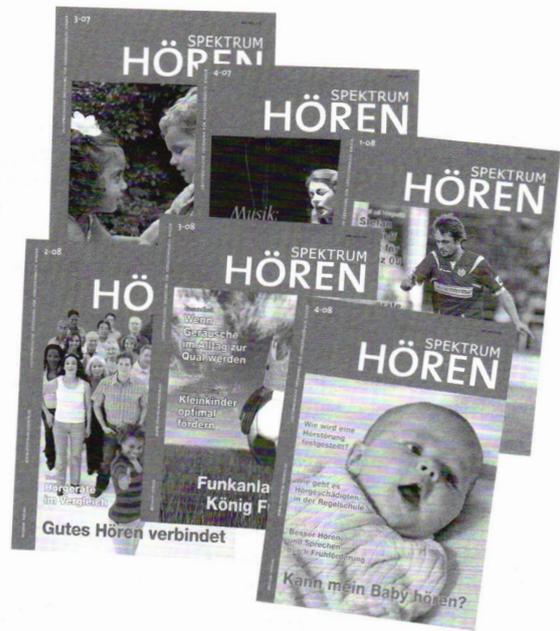
@ Kundenservice
@thieme.de

🌐 www.thieme.de

 **Thieme**

Darüber spricht man ...!

SPEKTRUM HÖREN ist die Zeitschrift für Menschen mit Hörproblemen sowie ihre Therapeuten



IDEAL ZUM AUSLEGEN IM WARTEZIMMEREBEREICH

→ SPEKTRUM HÖREN

- ★ mit Reportagen, Fachbeiträgen, Interviews
- ★ informiert über die jüngsten Forschungsergebnisse zur Hörsystemtechnik, Audiologie, Medizin, Psychologie und Pädagogik
- ★ stellt neue Hörsysteme samt Zubehör vor
- ★ Techniktipps von Hörgeräte-Akustikern helfen, alltägliche Anwenderprobleme zu beheben

Im Probeabo
testen:
3 Ausgaben
nur 9,90 Euro

MACHEN SIE AUF SICH AUFMERKSAM

→ auf www.spektrum-hoeren.de

können Sie kostenlos

- ★ mit Ihrer Adresse im »Quickfinder«, dem Adressverzeichnis rund ums Hören, für sich werben und
- ★ Ihre Veranstaltungen im Kalender eintragen

Probeabo: 3 Ausgaben für nur 9,90 Euro (zzgl. 2,50 Euro Versand). Wünschen Sie danach keine weiteren Ausgaben, genügt eine kurze Nachricht an den Median-Verlag. Andernfalls brauchen Sie nichts weiter zu tun und Sie erhalten automatisch SPEKTRUM HÖREN zum Jahresbezug von 22,50 Euro (zzgl. 5 Euro Versand). Telefon: (06221) 90 50 915 oder per E-Mail an vertrieb@median-verlag.de

SPEKTRUM HÖREN im Internet: www.spektrum-hoeren.de

Median-Verlag von Killisch-Horn GmbH

Postfach 10 39 64 • 69029 Heidelberg; Telefon: 0 62 21/90 509 15;
E-Mail: vertrieb@median-verlag.de; Internet: www.median-verlag.de

Aus den Landesgruppen

Landesgruppe Saarland

Das Saarländische Ministerium für Bildung, Familie, Frauen und Kultur reagiert auf die bei der Einschulung stetig zunehmende Zahl sprachauffälliger Schülerinnen und Schüler. Zu den schon bestehenden Sprachförderklassen werden zum kommenden Schuljahr 2008/2009 in drei weiteren Landkreisen des Saarlandes Sprachförderklassen eingerichtet. Damit sind in fünf von sechs Landkreisen Sonderklassen mit dem Förderschwerpunkt Sprache installiert. Den Schülerinnen und Schülern mit anerkanntem sonderpädagogischen Förderbedarf im Bereich der Sprache sollen durch diese wohnortnahe Unterrichtung lange Anfahrtswege zu der einzigen Förderschule Sprache des Landes erspart werden.

wird von einer Sonderschullehrkraft mit der Lehrbefähigung „Sprachheilpädagogik“ erteilt. Die Sonderklasse arbeitet sowohl hinsichtlich des Unterrichts als auch im Hinblick auf den außerunterrichtlichen Schulbereich mit den übrigen Klassen der betreffenden Schule der Regelform zusammen. Die Schüler werden zielgleich – nach dem Lehrplan der Grundschule – unterrichtet. Der Unterricht erfolgt in einzelnen Fächern gemeinsam mit den Schülern der Regelklasse. Um den sprachlichen Auffälligkeiten gerecht zu werden, nimmt ein Teil der Schüler der Sprachförderklasse integrativ am Unterricht der Regelschulklasse teil, während der andere Teil sprachheiltherapeutisch betreut wird. Wenn es die sprachlichen Auffälligkeiten erfordern, findet eine therapeutische Maßnahme auch im Einzelunterricht statt (z. B. bei der Anbahnung eines Lautes).

terrichtet und danach an die zuständige Grundschule zurückgeschult. In vielen Fällen kann der Förderbedarf aufgehoben werden.

Durch die Möglichkeit der wohnortnahen Unterrichtung in einer Sprachförderklasse des Landkreises bleiben den Kindern lange Anfahrtswege mit allen Nachteilen, die sich für ein Schulkind daraus ergeben, erspart.

Aufgaben und Ziele

Aufgabe einer Sprachförderklasse sind neben der Vermittlung des Unterrichtsstoffes sprachheilpädagogische Maßnahmen, die sich aus dem jeweiligen Störungsbild ergeben. Bei Bedarf können während des Unterrichts sprachheiltherapeutische Maßnahmen ergriffen werden. Außerdem werden gezielte Förderstunden bezüglich der individuellen Beeinträchtigungen angeboten.

Die Schüler haben die Möglichkeit den Unterrichtsstoff in einer kleineren Gruppe, in der auf die Bedürfnisse des einzelnen Schülers besser eingegangen werden kann, zu erlernen. Darüber hinaus findet der Unterricht in bestimmten Fächern in den Parallelklassen der zuständigen Grundschule statt, so dass sich die Kinder auch an den Unterricht in großen Klassenverbänden gewöhnen. Die Erziehung zur Selbstständigkeit und zu eigenverantwortlichem Handeln ist dadurch gegeben.

In der alltäglichen Grundschulpraxis zeigt sich immer wieder ein enger Zusammenhang zwischen Sprachauffälligkeit in der Anfangsklasse und späterer oder bereits bestehender Lese- und Rechtschreibschwäche.

Sprachauffällige Kinder werden nicht nur durch eine isolierte Auffälligkeit im sprachlichen Bereich beeinträchtigt, oft sind auch Beeinträchtigungen unter anderem in den Bereichen der Wahrnehmung, Kognition und Motorik festzustellen. Dieser Problematik wird im Unterricht einer Sprachförderklasse besonders Rechnung getragen.

Landkreise	Schulort
Merzig-Wadern	Grundschule Merzig
	Grundschule Losheim
Saarlouis	Grundschule Dillingen
	Grundschule Saarlouis-Lisdorf
St. Wendel	Grundschule Obertreis St. Wendel (neu)
Neunkirchen	Grundschule Wemmetsweiler (neu)
Saarpfalzkreis	Grundschule Homburg Sonnenfeld (neu)

Definition

Die Sprachförderklasse arbeitet als integrative Klasse an einer Schule der Regelform. Die Schüler werden hierbei in den ersten beiden Schuljahren zielgleich nach dem Lehrplan der Grundschule unterrichtet. Der Unterricht erfolgt – in Absprache – teilweise integrativ in der parallelen Grundschulklasse.

Organisation

Sprachbeeinträchtigte Kinder werden innerhalb einer Schule der Regelform in einer Sonderklasse – Sprachförderklasse – unterrichtet. Der Unterricht

Nach Absprache unterrichten in den Hauptfächern Regelschullehrer und Sprachheillehrer die beiden Klassen auch gemeinsam. Ziel für die Schüler der Sprachförderklasse ist es, sich in der großen Gruppe ohne Sprechanst zu äußern zu können. Die in der kleineren Gruppe der Sprachförderklasse erworbenen Kompetenzen und die häufig wieder gewonnene Sprechfreude sollen in den größeren Klassenverband übertragen werden.

Das betreffende Schulkind wird in aller Regel während der Klassenstufen 1 und 2 in der Sprachförderklasse un-

Kooperation mit anderen Einrichtungen

Der Lehrer einer Sprachförderklasse arbeitet in der Regel eng mit anderen Einrichtungen zusammen. Hierbei handelt es sich unter anderem um logopädische Praxen, Beratungsstellen, HNO-Ärzte, dem Landesarzt Saarland für Hör- und Sprachgestörte, die pädaudiologische Beratungsstelle der Staatlichen Förderschule für Gehörlose und Schwerhörige „Ruth-Schaumann-Schule“ in Lebach, Ergotherapeuten und Frühförderstellen.

Möglichkeiten der Unterrichtung beim vorliegenden Förderbedarf im Bereich der Sprache

Das Saarländische Ministerium für Bildung, Familie, Frauen und Kultur sieht drei Möglichkeiten der Unterrichtung von Schülerinnen und Schülern mit sonderpädagogischem Förderbedarf im Bereich der Sprache vor:

- integrativer Unterricht an der zuständigen Regelschule
- Unterricht in einer Sprachförderklasse während der ersten beiden Schuljahre oder
- Schulbesuch an der Staatlichen Förderschule Sprache in Sulzbach-Neuweiler.

Welche der drei möglichen Formen der Unterrichtung jeweils sinnvoll ist, entscheidet der Schweregrad der sprachlichen Auffälligkeit.

Susanne Staub
Hans-Georg Witzel

Landesgruppe Bayern

Vorankündigung zum 10. Forum der Sprachheilpädagogik

Sprachheilpädagogik im Wandel

Wenn Forschung Praxis verändert

10. Wissenschaftliches Forum

zu Ehren des 60. Geburtstags von Prof. Dr. Manfred Grohfeldt

am 07.02.2009 an der Ludwig-Maximilians-Universität München

Bereits neunmal wurden im Forum der Sprachheilpädagogik verschiedene

Themen diskutiert. Zu Ehren des 60. Geburtstags von Prof. Dr. Manfred Grohfeldt soll ein Thema im Mittelpunkt stehen, das eng mit seiner Person verbunden ist: Sprachheilpädagogik im Wandel. Anlässlich dieser Feierlichkeit lädt der Lehrstuhl Sprachheilpädagogik Sie herzlich zu folgenden Themen ein:

- ❖ Meilensteine im Leben von Prof. Dr. Manfred Grohfeldt (Dr. V. Maihack, Prof. Dr. J. Kahlert, Prof. Dr. E. Leiss)
- ❖ Sprachheilpädagogik im Wandel (Prof. Dr. H.-J. Motsch, Dr. F. M. Dannenbauer)
- ❖ Verbindung von Forschung und Praxis in mehreren Vorträgen zu praxisrelevanten Forschungsprojekten (Dr. I. Eicher, Prof. Dr. Ch. Glück, D. Kiening, K. Reber, Dr. P. Stumpf, Ch. Woithon)



Das genaue Programm ist ab Herbst auf der Homepage des Lehrstuhls Sprachheilpädagogik zu finden: <http://www.paed.uni-muenchen.de/~sbp>.

Teilnehmerbeiträge 40 € (Studenten die Hälfte).

Anmeldungen per E-Mail an: forum.sprachheilpaedagogik@edu.lmu.de

DGSS tagt 2009 in Bochum

Die Deutsche Gesellschaft für Sprechwissenschaft und Sprecherziehung ist ein als gemeinnützig anerkannter Verein mit ca. 800 Mitgliedern. Die meisten sind im Bereich der mündlichen Kommunikation tätig. Mitglieder sind auch Studierende der Sprechwissenschaft / Sprecherziehung sowie an

der Arbeit der DGSS Interessierte. Die DGSS setzt sich ein für die

- Erforschung, Lehre und Pflege der mündlichen Kommunikation
- Verbindung von Sprechwissenschaft und sprecherzieherischer Praxis
- Aus- und Fortbildung
- Entwicklung und Förderung universitärer Studiengänge
- Entwicklung berufspolitischer Konzepte

Traditionell bestehen enge inhaltliche und auch persönliche Verbindungen zwischen der DGSS und der dgs. Von daher möchten wir Sie freundlich bitten, den nächsten Kongress der DGSS zu beachten und sich gegebenenfalls dort anzumelden:

76. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde e. V. (DGSS)

Veranstaltungsdatum:
26. – 29. März 2009 in Bochum

Tagungsort:
Hörsaalzentrum der Ruhr-Universität

Campus St.-Josef-Hospital
Gudrunstr. 56, 44791 Bochum

Tagungsleitung:

Kongresspräsident:

Dr. med. H. J. Radü
St. Elisabeth-Hospital
Facharzt für HNO-Heilkunde
Abt. Phoniatrie und Pädaudiologie
Bleichstr. 15; 44787 Bochum
Tel.: 0234 / 612-464

Fax: 0234 / 612-393

E-Mail: h.radue@klinikum-bochum.de

Hauptthema:

„Stimme und Sprache in Erziehung und Bildung“

Der Kongress umfasst Workshops und auch eine Fachausstellung. Anmeldungen richten Sie per FAX an Herrn Dr. med. Radü (s.o.). Es werden ca. 200 Teilnehmer erwartet.

Falls Sie sich als Aussteller beteiligen möchten, wenden Sie sich an die COCS – Congress Organisation C. Schäfer, Franz-Joseph-Str. 38, 80801

München, Telefon: 089 / 307 10 11, Telefax: 089 / 307 10 21, E-Mail: heike.esmann@cocs.de

Weitere Informationen über die Deutsche Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde erhalten Sie auf der Seite www.dgss-ev.org.

Dr. Reiner Bahr, Pressereferent

12. Aachener Kolloquium zur Logopädie

Am 28. und 29. November 2008 findet das 12. Aachener Kolloquium zur Logopädie am Universitätsklinikum der RWTH Aachen statt. Die Absolventen des interfakultativen Diplomstudiengangs Lehr- und Forschungslogopädie stellen die Ergebnisse Ihrer Diplomprojekte vor.

Die Bandbreite der Themen erstreckt sich von vorsprachlicher Entwicklung über typische Entwicklung von Erst- und Zweitsprache im Kindesalter sowie nicht-typischer Entwicklung von Sprache bis hin zu entwicklungsbedingten und erworbenen Dyslexien. Weitere Themenbereiche sind Gehirn und Sprache sowie Stimme.

Die Kolloquiumstage werden durch zwei Gastvorträge eröffnet. Frau Dr. Annette *Baumgärtner* des Instituts für Systemische Neurowissenschaften des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf berichtet über „Sprache und Gehirn: Schlussfolgerungen für eine neurolinguistisch begründete Aphasie-therapie“. Frau Linda *Schrey-Dern* des Referats Sprachförderung des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie e.V. spricht über „Sprachförderung –

Sprachtherapie: zwei Seiten derselben Medaille? Versuch einer Standortbestimmung der Logopädie“.

Während des Kolloquiums wird eine Kinderbetreuung durch das Eltern-Kind-Service-Büro der RWTH angeboten. Um vorherige Anmeldung per E-Mail: eltern@rwth-aachen.de wird gebeten.

Die Teilnahme am Kolloquium ist kostenlos. Das Programm kann im Sekretariat der Abteilung Neurolinguistik angefordert werden.

Sekretariat: Frau *Hentschel*

Telefon: 0241-8088426

Telefax: 0241-8082598

E-Mail: neurolinguistik@ukaachen.de

<http://www.neurolinguistik.ukaachen.de> (Aktuelle Hinweise)

Delegiertenversammlung beschließt gemeinsame Herausgabe der SHA

Auf ihrer Delegiertenversammlung, am 24. September, hat die dgs weitreichende Änderungen für die Herausgabe und das Erscheinungsbild der Sprachheilarbeit beschlossen. Auf Antrag des Hauptvorstandes sollen dgs und dbs zukünftig gemeinsam die Herausgeber der Fachzeitschrift sein. Um dies inhaltlich zu gewährleisten, wird zukünftig eine sechsköpfige Redaktion im Interesse beider Verbände die Herausgabe leiten. Gerhard *Zupp*, wiedergewählter, 1. Bundesvorsitzender der dgs, bezeichnete die Möglichkeiten durch die neue Herausgeberbschaft als „innovative Weiterentwicklung“ und „große Chance“ für „Die Sprachheilarbeit“, sich weiterhin auf dem Markt als ein führendes Fachblatt für Sprachheilpädagogik und Sprachtherapie zu behaupten. Dabei sei der die Verbände verbindende Charakter sehr wichtig und ganz im Sinne der dgs. Nach einer Übergangsphase wird voraussichtlich mit Ausgabe 4/2009 die „neue“ Sprachheilarbeit erscheinen. Wir wünschen viel Erfolg!

Fritz Schlicker

2. Bundesvorsitzender dgs



Der neue Geschäftsführende Vorstand mit Redaktion und Referenten (v.l.n.r.):

Frau Skupio (Geschäftsführerin)

Herr Beckmann (Rechnungsführer)

Herr Pohl (Schriftführer)

Herr Schlicker (2. Vorsitzender)

Herr Zupp (1. Vorsitzender)

Frau Dr. Lüdtke (dgs-Redakteurin)

Herr Dr. Maihack (1. Vorsitzender des dbs)

Herr Prof. Braun (dgs-Redakteur)

Herr Prof. Glück (Referent für Hochschulfragen)

Herr Dr. Förster (dgs-Redakteur)

Grußkarten mit klarer Botschaft: Sprachtherapie lohnt sich.

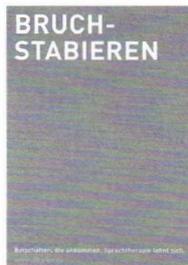
Neue Werbe-Postkarten des **dbS** erschienen



Sprachtherapie hilft, die richtigen Worte richtig zu sagen.
Sprachtherapie lohnt sich.



Sprachtherapie hilft, den Alltag zu meistern.
Sprachtherapie lohnt sich.



Sprachtherapie vermittelt Sicherheit im schriftlichen Ausdruck.
Sprachtherapie lohnt sich.



Sprachtherapie unterstützt flüssiges Sprechen.
Sprachtherapie lohnt sich.

Preis je Satz: (2 X 4 Karten) = 2,- € zzgl. Versandkosten • Die Broschüren und Postkarten können Sie in der dbS-Geschäftsstelle bestellen: Tel: 02841/988 919, Fax: 02841/988 914, info@dbS.de

dbS – Beruf und Politik im Verband



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

mit Freude darf ich Ihnen mitteilen, dass unsere Öffentlichkeitsarbeit einen entscheidenden Schritt weiter gekommen ist: auf dem 28. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (dgs) Ende September in Cottbus haben dgs und dbS „Die Sprachheilarbeit – Fachzeitschrift für Sprachheilpädagogik und Sprachtherapie“ zu ihrem offiziellen gemeinsamen Publikationsorgan erklärt. Am 24.9. unterschrieben der erste Vorsitzende der dgs, Gerd Zupp, und der erste Bundesvorsitzende des dbS, Dr. Volker Maihack (jeweils links im Bild), den Kooperationsvertrag, der die zukünftige gemeinsame Herausgabe der „Sprachheilarbeit“ regelt.

Vorausgegangen waren in den letzten Monaten intensive Gespräche und Verhandlungen innerhalb der Verbände, zwischen ihren Vorständen und der Redaktion. Der entstandene Vertrag berücksichtigt nun in hohem Maße den „Wunsch Katalog für eine neue SHA“, den wir in Karlsruhe formuliert hatten, und enthält einen vertretbaren Kompromiss bzgl. der finanziellen Beteiligung des dbS an der SHA. So haben sich die dbS-Landesgruppenvertreter auf ihrer Sitzung am 18./19.9. in Hannover, nach einer erneuten Diskussion der Vor- und Nachteile einer verbändeübergreifenden Fachzeitschrift und geringfügigen Änderungen im Vertragsentwurf, einstimmig mit einer Enthaltung dafür entschieden. Auch auf der Delegiertenversammlung der dgs in Cottbus



Sprachförderung in den Ländern

Sprachförderung oder Sprachtherapie – welche Hilfe braucht das Kind? Jedes Bundesland geht auf seine Weise mit dem PISA-Schock um, entwickelt Sprachstandserhebungsverfahren und Sprachförderprogramme und verändert die Gesetze im Sozial- und Kindertagesstättenwesen (Lüdtke/Kallmeyer, SHA 5/07). Seit der Sprachförderaktionismus die deutschen Kindergärten erreicht hat, scheint die Antwort auf die Frage eindeutig zu sein. Sprachförderung im Kindergarten braucht das Kind. Doch was ist mit den Kindern, die auch eine Sprachtherapie brauchen? *Wer* erkennt sie und *wann* werden sie erkannt? Dafür zu sorgen, dass Kinder mit Therapiebedarf nicht monatelang mit allgemeinen Sprachförderprogrammen vertröstet werden, sondern die erforderliche Diagnostik und Sprachtherapie erhalten, ist eine interdisziplinäre Aufgabe des Bildungs- und Gesundheitswesens. Deshalb tritt der dbs immer wieder an Landesregierungen und Projektgruppen mit seinem Angebot zur Kooperation heran – oder umgekehrt.

In manchen länderspezifischen Konzepten und Projekten wird das Bemühen erkennbar, die Förderung deutlicher von der Therapie abzugrenzen und die Durchlässigkeit des Systems für therapiebedürftige Kinder sicher zu stellen. Das hat wohl nicht nur mit der Verbandspolitik und Öffentlichkeitsarbeit des dbs zu tun, denn es trifft auf zwei der neuen Bundesländer zu, die offensichtlich an andere Ausbildungsgrundlagen von Erzieherinnen anknüpfen und sich an die Vorteile eines lückenlosen Diagnostik- und Fördersystems aus der Zeit vor der Wende erinnern können. Aber eins ist auch gewiss: Kooperation ist nur dort möglich, wo Fachleute sie suchen. Nutzen Sie deshalb die Printmedien und das Internet regelmäßig, um in der Sozial- und Bildungspolitik Ihres Bundeslandes auf dem Laufenden zu sein und ggfs. Kooperationen frühzeitig anzubahnen. Der dbs unterstützt Sie dabei.

UdLM

Landesmodellprojekt des Freistaates Sachsen:

„Sprache fördern – Erprobung und Multiplikation von Methoden der Sprachförderung“

Laufzeit des Projektes: vom 01.10.2007 bis 30.09.2011



Landesmodellprojekt
„Sprache fördern“



gefördert durch
den Freistaat
Sachsen

Seit mehreren Jahren liefern die Schulinganguntersuchungen und das 4-Jährigen-Screening der Kinder- und Jugendärztlichen Dienste der sächsischen Gesundheitsämter hohe Zahlen an Kindern, die sprachliche Auffälligkeiten aufweisen. Diese Zahlen entsprechen auch der „subjektiven“ Einschätzung vieler im Elementarbereich beschäftigter pädagogischer Fachkräfte.

Um dem zu begegnen, wurde neben anderen Maßnahmen des Freistaates Sachsen das Modellprojekt „Sprache fördern“ initiiert.

Das Landesmodellprojekt „Sprache fördern“ positioniert sich insofern klar, als es sich nicht als Überbringer oder Fortbilder zu bestimmten Sprachförderprogrammen oder Materialsammlungen versteht, sondern den inhaltlichen Schwerpunkt auf die Schulung der Handlungskompetenz der Erzieherin legt. Anliegen des Projektes ist es, die Sprachförderkompetenz von Erzieherinnen so auszubauen, dass allen Kindern einer Kindertageseinrichtung bestmögliche sprachliche Entwicklungschancen geboten werden. Sprachförderung wird damit zu einem im Kindergartenalltag verwurzelten, integralen Anteil des Handelns. Das Projekt setzt dabei methodisch u.a. auf die Schulung einer gezielten Anwendung intuitiver Sprachlehrstrategien und der Verbesserung der sprachbezogenen Selbstreflexion der Erzieherinnen. Damit wird

wurden der Antrag auf gemeinsame Herausgeberschaft und der Kooperationsvertrag mit großer Mehrheit (101 Ja-, 6 Nein-Stimmen, 10 Enthaltungen) angenommen.

Damit ist der Weg frei, die begonnene Entwicklung der SHA weiter voran zu treiben: hin zu einer Fachzeitschrift, die im Haupt- und im Magazinteil die Interessen der Leser aus dgs, dbs und dessen Mitgliedsverbänden berücksichtigt, die durch Synergieeffekte ihre erreichte Marktposition als wissenschaftlich anerkanntes Fachorgan sichert und Sie, liebe Leserin, lieber Leser, ab Ausgabe 4/09 mit einem modernen Erscheinungsbild begrüßen und hoffentlich neugierig machen wird. Nähere Informationen unter www.dbs-ev.de.

Ihre Ulrike de Langen-Müller

Kontakt:

Dr. phil. U. de Langen-Müller

Tel./Fax: 0851-96 66 979 / 96 66 974

E-mail: delangen-mueller@dbs-ev.de



Abb.: Sprachfördersituation mit einer Erzieherin in einer Modell-Kindertagesstätte des Projektes

„das Können“ der Erzieherin (= ihre Handlungskompetenz im Bereich der Sprachförderung) zum Dreh- und Angelpunkt des Projektes.

Mittels einer vom Projekt konzipierten Fortbildungsreihe sollen die Erzieherinnen u.a. auf den Sprachstand der Kinder sensibilisiert werden und erkennen können, wann bestimmte sprachliche Meilensteine vom Kind nicht erreicht werden (= erhöhtes Risiko). Mit ihrem Fachwissen über den Sprachentwicklungsstand des Kindes soll die Erzieherin in die Kommunikation mit den Eltern treten und ggf. eine ärztliche/therapeutische Abklärung anregen. Die Erzieherin soll darin gestärkt werden, eine fachlich fundierte Diagnostik und gezielte sprachliche Intervention in Experten Hände (z. B. von akademischen Sprachtherapeut/inn/en, Logopäd/inn/en etc.) abzugeben.

Weitere Ziele des Projektes liegen im Ausbau von Angeboten zur Elternbildung und tragfähigen Netzwerkstrukturen, die die Kitas in ihrer Sprachförderungsaufgabe unterstützen und entlasten.

Träger des Projektes ist das Berufsbildungswerk Leipzig für Hör- und Sprachgeschädigte gGmbH (BBW Leipzig), eine diakonische Einrichtung, die neben der Berufsausbildung hör- und sprachgeschädigter Jugendlicher

auch die Trägerschaft von zehn Kindertageseinrichtungen ausübt.

Die Arbeit des Projektteams wird von einem Beirat begleitet, der sich aus Vertretern verschiedener sächsischer Ministerien und anderer Institutionen zusammensetzt. Wissenschaftlich begleitet wird das Projekt „Sprache fördern“ vom „Bielefelder Institut für frühkindliche Entwicklung und Intervention e. V.“ unter der Leitung von Univ.-Prof. Hannelore Grimm. Zu den Aufgaben der wissenschaftlichen Begleitung gehören sowohl die Überprüfung der Wirksamkeit des Förderkonzeptes als auch die Evaluation der Fortbildungsmodulare.

Das Landesmodellprojekt veranstaltet eine **erste Fachtagung am 28.11.2008** in Dresden. Hierbei sollen sächsische Erzieherinnen, Entscheidungsträger aus Politik und Bildungswesen sowie Kinder- und Jugendärzte ihr Wissen über Sprachentwicklung, Sprachstandsverfahren und Sprachförderung vertiefen können sowie das Landesmodellprojekt „Sprache fördern“ mit seinen Zielen und seinem aktuellen Stand vorgestellt bekommen. Interessierte Sprachtherapeut/inn/en und Logopäd/inn/en sind ebenfalls herzlich eingeladen! Neben grundlegenden Vorträgen wie „Meilensteine der Sprachentwicklung – Risiken

und Handlungsmöglichkeiten“ (Frau Prof. Grimm) und „Sprache und Persönlichkeit – ein Blick auf Systeme“ (Herr Hempel) werden spezielle Workshops zur Sprachförderung bei mehrsprachigen Kindern oder zur Rolle von Kinderärzten bei der Früherkennung von Sprachentwicklungsstörungen angeboten. Das vollständige Tagungsprogramm ist auf der Internetseite des Projektes veröffentlicht.

Die erste Projektphase „Die Analyse des Ist-Zustandes“ ist bereits abgeschlossen und kann in Form des Ist-Berichtes unter www.sprache-foerdern-sachsen.de nachgelesen werden. Für weiterführende und aktuelle Informationen zum Landesmodellprojekt siehe ebenfalls www.sprache-foerdern-sachsen.de.

Ulrike Kopinke

Pathologin und Projektleiterin

Nachbarschaften



Bundesverband
für die Rehabilitation
der Aphasiker e.V.

– Bundesverband Aphasie –

Aphasie bei Kindern: Info-Abende für Therapeuten, Eltern-Kind-Seminare für Betroffene

Seit einiger Zeit finden Sie in Ihrer Fachzeitschrift regelmäßig Informationen zu dem Projekt der ZNS-Hannelore Kohl Stiftung und des Bundesverbandes für die Rehabilitation der Aphasiker e. V. (BRA) „Aphasie bei Kindern“ (vgl. *Die Sprachheilarbeit* 3 und 4/08). Wir hoffen damit, dem Missstand, dass selbst Fachleuten die Symptome der kindlichen Aphasie nicht vertraut sind und etliche der betroffenen Kinder noch ohne therapierelevante Diagnose sind und in der Folge unspezifische Rehabilitations- und Beschulungsmaßnahmen erhalten, entgegenzuwirken.

Im Rahmen der zweiten Phase des Projektes „Beschulung aphasischer

Kinder“ plant der BRA nun halbjährlich Informationsabende für Therapeuten zum Thema „Aphasie bei Kindern und Jugendlichen“. Zudem bietet er alle halbe Jahre bundesweit ein kostenloses Eltern-Kind-Seminar für Betroffene an. Ihnen als Therapeut/inn/en kommt dabei eine wichtige Rolle als Multiplikatoren zu. Bitte weisen Sie Betroffene, die bei Ihnen in Behandlung sind, auf das Angebot hin.

UdLM

Informationsabend zum Thema „Aphasie bei Kindern und Jugendlichen“



Die ZNS-Hannelore Kohl Stiftung und der Bundesverband für die Rehabilitation der Aphasiker e. V. laden im Rahmen des Projekts „Beschulung aphasischer Kinder“ Therapeuten und Interessierte herzlich zu folgendem Informationsabend zum Thema „Aphasie bei Kindern und Jugendlichen“ ein:

München, 20. Oktober 2008

Frau Melanie Kubandt, Leiterin des Projekts „Beschulung aphasischer Kinder“, wird zum Thema „Aphasie bei Kindern und Jugendlichen – aktueller Forschungsstand“ referieren sowie das Thema Beschulung diskutieren.

Veranstaltungsort:

Ludwig-Maximilians-Universität München
Hörsaal M 110 (1.OG)

Geschwister-Scholl-Platz 1
Leopoldstr. 13
80539 München

Weitere Informationen zur Örtlichkeit sowie die Termine erhalten Sie beim Bundesverband Aphasie e. V. oder unter www.aphasiker-kinder.de

Wir würden uns freuen, wenn Sie dieses kostenlose Angebot nutzen und diese Information an Ihnen bekannte Therapeuten weitergeben.

Kontakt:

Dipl.-Päd. Melanie Kubandt, M.A.
Bundesverband Aphasie e. V.
Wenzelstraße 19
97084 Würzburg
Tel: 0931-25 01 30-0
kubandt@aphasiker.de

Wochenendseminar für Familien von aphasischen Kindern und Jugendlichen



Vom 29. bis zum 30. November 2008 findet in Heggen, NRW, das zweite kostenlose Eltern-Kind-Seminar für Familien von aphasischen Kindern und Jugendlichen statt. Dies erfolgt im Rahmen des Projekts „Beschulung aphasischer Kinder“ der ZNS-Hannelore Kohl Stiftung, das vom Bundesverband Aphasie e. V. durchgeführt und betreut wird.

Wir möchten Sie bitten, diese Information an von Ihnen betreute Familien von aphasischen Kindern und Jugendlichen weiterzugeben, die sich beim Bundesverband Aphasie e. V. anmelden können. Weitere Informationen zu Ort und Programm sowie einen Rückmel-

debogen finden Sie auf der Homepage www.aphasiker-kinder.de

Kontakt:

Dipl.-Päd. Melanie Kubandt, M.A.
Bundesverband Aphasie e. V.
Wenzelstraße 19
97084 Würzburg
Tel: 0931-25 01 30-0
kubandt@aphasiker.de

Daten und Zitate aus Fach- und Tagespresse

- **Denkschrift Aphasie: Prominente Vertreter der deutschen Aphasie-Selbsthilfebewegung entwickeln Perspektiven für die Kooperation zwischen Selbsthilfe und professionellem System.** Quelle: E. Rieger & H. Teichmann (2008): *Geschichte, Gegenwart und Zukunft der Selbsthilfebewegung der Aphasiker. Eine Denkschrift.* 30-seitige Broschüre im Selbstverlag.



Vernetzung, Teilhabe und Ganzheitlichkeit sind populäre Begriffe des modernen Rehabilitationswesens. Doch wie sieht es mit ihrer Wirklichkeit aus? In seinem Beitrag „Erfahrungen aus 30 Jahren Selbsthilfearbeit als Aphasiker“ hält Dr. Erich Rieger, promovierter Jurist, von Aphasie Betroffener und jahrelanger Geschäftsführer des Bundesverbandes für die Rehabilitation der Aphasiker e. V. (BRA), Therapeuten, Klinik-Verwaltungen, Gesetzgebern und anderen „Profis“ schonungslos den Spiegel vor. Wer setzt die Prioritäten bei den Therapie-Inhalten? Gelingt es

Betroffenen, vorgesehene Hilfen wie Kommunikationsassistenten auch in Anspruch zu nehmen? Erfolgt für Fahrten zur Selbsthilfegruppe die Kostenübernahme durch die Krankenversicherer? Berücksichtigen Selbsthilfegruppen in ihrer Gremienarbeit verlängerte Redezeiten und verkürzte Verarbeitungskapazitäten ihrer aphasischen Mitglieder? Anhand dieser und ähnlicher Fragen beschreibt *Rieger* sein kämpferisches Wirken in der eigenen Rehabilitation sowie in der Aphasie-Selbsthilfe und begründet so die Entstehung des „Tutorensystems für Aphasiker“ als sinnvolle Erweiterung der bisherigen Selbsthilfearbeit. In ihm unterstützen seit 2006 Aphasiker, die schon länger mit der Erkrankung leben, neu oder schwerer Betroffene. Etwa zeitgleich verabschiedete die Generalversammlung der Vereinten Nationen ihr internationales Übereinkommen zum Schutz der Rechte von Menschen mit Behinderungen – die Grundgedanken des Tutoren-Konzeptes findet *Rieger* in der Konvention präzise wieder.

Prof. Dr. habil. Helmut *Teichmann*, ehemaliger Professor für Philosophie und freier Journalist, fragt in seinem Beitrag: „Auf welche gesellschaftlichen Problemfelder muss sich die Selbsthilfe der Aphasiker in Gegenwart und Zukunft objektiv ausrichten?“ Der ebenfalls selbst von Aphasie betroffene Leiter des Kommunikationszentrums für Aphasiker und Angehörige in Kreischa bei Dresden verweist auf die soziale Kraft, zu der die Selbsthilfe geworden ist – mit eigenständigen Beiträgen zur Durchsetzung der Interessen und zur Teilhabe am sozialen Leben. Selbsthilfearbeit habe sich von ihren überwiegend therapeutischen und krankheitsbewältigenden Aufgaben zur politischen Verbandsarbeit weiter entwickelt. Nun müsse sie ihre Wirkprinzipien analysieren, ihre Methoden bewerten und Arbeitsweisen verallgemeinern, um zu mehr Professionalität zu gelangen. Es gelte, Qualitätsstandards zu definieren und die Zusammenarbeit mit der Wissenschaft zu entwickeln. *Teichmann* fordert Wirksamkeitsnachweise und Leitlinien für Aphasiezentren, Bera-

tungstätigkeit und Tutoren-Systeme. Er mahnt ein Gleichgewicht von Selbsthilfe und fremder Hilfe, ehrenamtlich Tätigen und Fachleuten sowie Spontaneität und systematischen Qualitätsanforderungen an, ohne dass dabei aber die Selbsthilfe als „kostenfreie“ professionelle Leistung missbraucht werden dürfe. Selbsthilfe müsse zur festen Größe in der Weiterentwicklung des professionellen Versorgungssystems werden. Dass es dabei nicht nur um die Selbstveränderung von Subjekten, sondern um gesellschaftliche Veränderungen geht, macht *Teichmann* zum einen anhand der Geschichte der Selbsthilfe deutlich und zum anderen anhand seiner sozial-philosophischen Betrachtungen der objektiven Voraussetzungen unserer Gesellschaft.

Die Denkschrift Aphasie ist eine theoretische Auseinandersetzung mit der Vergangenheit und Zukunft der Aphasie-Selbsthilfe, die auf einem hohen Maß an Expertenwissen basiert – juristischem, philosophischem und Expertenwissen „der anderen Seite“ – Therapeuten sollten ihr theoretisch erworbenes Fachwissen um diese Blickrichtung erweitern und dabei die Konfrontation mit den Unzulänglichkeiten des bislang einseitigen professionellen Systems nicht scheuen.

Kontakt: rieger@aphasikerzentren.de oder christl.eisele@arcor.de

(UdLM)

- „Integrative Berufliche Rehabilitation für Personen mit Aphasie (IBRA)“. Konzept und Erfolge eines neuen Leistungsangebotes des Berufsförderungswerks Nürnberg.



Von Hendrik *Faßmann*, Institut für empirische Soziologie, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Bemühungen von Berufsförderungseinrichtungen, Aphasiker/inn/en eine Teilhabe am Arbeitsleben zu ermöglichen, erwiesen sich bisher zumeist als inadäquat. Mit IBRA wurde nunmehr ein neues Teilhabeleistungsangebot für aphasische Menschen von *BFW Nürnberg* und *Kiliani-Klinik Bad Windsheim* gemeinsam entwickelt und mit Förderung von *BMAS* und *BayStMinAS* erprobt. Die Ergebnisse der Begleitforschung wurden nun in einem Bericht des *Instituts für empirische Soziologie an der Universität Erlangen-Nürnberg* vorgelegt.

Das Förderungsprogramm beginnt mit einem eingehenden, aphasiker/inn/enspezifischen Assessment, gefolgt von einem sechsmonatigen Reha-Vorbereitungslehrgang, der zur Hälfte in einer eigenständigen Aphasiker/inn/engruppe absolviert wird, bevor entschieden werden kann, ob die Rehabilitand/inn/en anschließend an einer Umschulung oder einer Individualmaßnahme teilnehmen. Flankiert wird die Berufsförderung durch besondere, am Bedarf der Adressat/inn/en orientierte Hilfen (Logopädie, Trainingsmaßnahmen etc.) sowie professionelles Reha- und Case Management. IBRA zeichnet sich durch interdisziplinäre Kooperation von Fachkräften, die für ihre Aufgaben besonders qualifiziert wurden, aus.

In die Evaluation konnten zwischen Sommer 2004 und Frühjahr 2008 47 Aphasiker/inn/en einbezogen werden, die eine wissenschaftliche Begleitung zuließen. 41 Personen wurden im RehaAssessment als für die Maßnahme geeignet beurteilt. Von ihnen brachen lediglich 15 % die Maßnahme (zum Teil vorübergehend) ab, 15 % wechselten in andere Berufsförderungseinrichtungen; 22 % befanden sich zum Projektende noch in einem Abschnitt von IBRA. 20 Personen (49 % der Geeigneten) beendeten IBRA regulär; von ihnen

- wurde eine Person berentet, nachdem ihre Arbeitssuche erfolglos war,
- waren sieben Personen arbeitssuchend, von denen fünf im Rahmen der Nachsorge von der Case-Managerin betreut wurden,

- hatten dreizehn an einer Abschlussprüfung teilgenommen, von denen zwölf (92 %) die Prüfung erfolgreich absolvierten,
- waren zwölf Personen (29 % der Geeigneten bzw. 60 % der regulären Abgänger/inn/en) erfolgreich in den Arbeitsmarkt eingegliedert.

Die geringe Abbruchquote, die hohe Prüfungserfolgsquote und die hohe Eingliederungsquote der regulären Absolvent/inn/en müssen – auch im Vergleich mit anderen Rehabilitationsmaßnahmen in BFW – als hervorragende Ergebnisse des Modellprojekts angesehen werden. Berücksichtigt man, dass die meisten der nunmehr erfolgreich in das Arbeitsleben Eingegliederten ohne Teilnahme an IBRA berentet würden, dann wird deutlich, dass die Teilhabeleistung auch wirtschaftlich erfolgreich ist.

Diese positiven Untersuchungsergebnisse haben entscheidend dazu beigetragen, dass IBRA nunmehr in das Regelangebot des BFW Nürnberg übernommen wurde. Auch die Rehabilitationsträger haben zugesagt, die Inanspruchnahme der Teilhabeleistung weiterhin zu fördern.

Der ausführliche Projektbericht, der auch über die Struktur- und Prozessqualität von IBRA informiert, ist unter dem Titel *Evaluation des Modellprojekts „Integrative Berufliche Rehabilitation von Personen mit Aphasia (IBRA)“* als Heft 4/2008 der *Materialien aus dem Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg* erschienen und kann kostenlos von der Website des Instituts (http://www.ifes.uni-erlangen.de/pub/pdf/m_4_2008.pdf) heruntergeladen oder gegen eine Schutzgebühr von 36,- € (print on demand) erworben werden.

Korrespondenzadresse:

Berufsförderungswerk Nürnberg
Susanne Hüttlinger, Case-Managerin
Schleswiger Straße 101
90427 Nürnberg
Tel. 0911-938-7369
Fax: 0911-938-7106

E-Mail: susanne.huettlinger@bfn-nuernberg.de

Aus der dbs-Geschäftsstelle

- Termine und Hinweise zu den **dbs-Fortbildungsveranstaltungen** finden Sie im Fortbildungskalender im hinteren Teil dieser Ausgabe der *Sprachheilarbeit*.
- Bitte beachten Sie auch die Ankündigung des **dbs-Symposiums 2009** auf der S. 301.
- **Ansprechpartner in der dbs-Geschäftsstelle:** Wissen Sie eigentlich, mit wem Sie es zu tun haben, wenn Ihnen die freundliche dbs-Mitarbeiterin am anderen Ende des Telefons Auskunft zur Fortbildung oder zum fälligen Mitgliedsbeitrag gibt? Hier sind die Bilder zu den Stimmen, die Ihnen unter der Rufnummer 02841 - 988919 montags bis donnerstags in der Zeit zwischen 9.30 und 16.30 Uhr Ihre Fragen beantworten:

(Von links) *Petra Kother*, Versicherungskauffrau und Wirtschaftswissenschaftlerin, obliegen die *Aufgaben des Bankwesens* wie zum Beispiel die Überprüfung sämtlicher Zahlungseinkünfte und -ausgänge oder die Buchung der Hotels für dbs-Veranstaltungen. Seit November 2007 arbeitet die Mutter von drei Kindern halbtags für den dbs und

schätzt die Vielseitigkeit ihrer Aufgaben, zu denen auch das *Infoschreiben* gehört. Parallelen zu Ihrem früheren Studienschwerpunkt „Marketing – Aufbau und Entwicklung des Meswesens“ hat sie mit Freude bei der Mitorganisation des Karlsruher Symposiums entdeckt.

Melissa Peters, seit August 2007 beim dbs, hat das erste Jahr ihrer Ausbildung zur Kauffrau für Bürokommunikation hinter und noch zwei weitere vor sich. In ihrer Rolle als *Auszubildende* muss sie in alle Aufgabenbereiche der dbs-Geschäftsstelle hinein schnuppern. Es gefällt ihr aber, dass sie mit der *Mitgliederverwaltung* auch einen festen Zuständigkeitsbereich hat. Dabei ist ihre Lieblingstätigkeit ganz im Sinne des dbs: Aufnahmeanträge bearbeiten.

Kristin Berner absolvierte ihre Ausbildung zur Kauffrau für Bürokommunikation beim Deutschen Kinderschutzbund in Essen. Seit März 2007 hat sie beim dbs die Aufgaben der *Fortbildungsverwaltung* übernommen. Hierzu gehören sämtliche Formalia und Rahmenbedingungen rund um die Organisation des umfangreichen Fortbildungsangebotes. Sie ist geduldige *Ansprechpartnerin für die Teilnehmer und Referenten* und berät gerne in allen Fragen von der Buchung über den Ablauf bis zur Teilnahmebescheinigung.

Immer erreichbar:
www.dbs-ev.de





10. Wissenschaftliches Symposium

23. und 24. Januar 2009 in Hannover

Sprachtherapie lohnt sich?!

Zum aktuellen Stand der Evaluations- und Effektivitätsforschung in der Sprachtherapie

Freitag, 23.01.2009

Eröffnung und Grußworte zum 10-jährigen Bestehen des dbS

14.00 Dr. Volker *Maihack*
Bundesvorsitzender des dbS

1999 – 2009: Ein Jahrzehnt in der Reflexion der (Sprachtherapie-) Wissenschaften

- 14.30 Prof. Dr. Claudia *Iven*, Idstein
**Beim Stottern nichts Neues?
Aktuelle Evaluationsergebnisse und
ICF-basierte Methodenkritik**
- 15.15 Prof. Dr. Ute *Ritterfeld*, Amsterdam
**Sprachentwicklungsstörungen zwischen
Forschung und Interventionspraxis: ein (zuge-
geben subjektives) Resumé**
- 16.00 Kaffeepause
- 16.45 Prof. Dr. Walter *Huber*, Aachen
**Standards und Perspektiven der Aphasie-
therapie**
- 17.30 Dr. Gudrun *Bartolome*, München
**Die funktionelle Dysphagietherapie – eine
Herausforderung für den Sprachtherapeuten**
- 18.15 Posterbegehung

10 Jahre Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten

- 19.00 Rückblicke und Ausblicke – Gespräche mit
Zeitzeugen
- 20.00 Feier mit Acapella-Musik, Tanz und DJ

Samstag, 24.01.2009

Ein öffentlicher Dialog zwischen Forschung und Praxis

- 09.00 Prof. Dr. Hans-Joachim *Motsch*, Köln & Marc
Schmidt, Luxemburg
**Kontextoptimierte Frühtherapie gramma-
tischer Störungen – Therapieziele Verbzwei-
stellungsregel und Subjekt-Verb-Kontrollregel**
- 10.30 Kaffeepause
- 11.00 Prof. Dr. Christina *Kauschke*, Marburg & Car-
men *Herzog-Meinecke*, Rostock
**Therapie bei semantisch-lexikalischen
Störungen im Kindesalter**
- 12.30 Mittagspause
- 13.00 Dr. Susanne *Voigt-Zimmermann*, Heidelberg &
Regine *Werner*, Halle
**Die un(v-)ermessliche Wirksamkeit der Stimm-
therapie – Praxisbeispiele in der wissenschaft-
lichen Betrachtung**
- 14.15 **Mitgliederversammlung des dbS**
- Kaffeepause
- 17:00 Ende

Posterpräsentation aus Forschung und Praxis während des Symposiums sowie in den Kaffeepausen.

Anmeldung: dbS-Geschäftsstelle | Goethestr.16 | 47441 Moers | Tel.: 02841/988919 | Fax.: 02841/988914
oder unter www.dbs-ev.de

Teilnehmerbeiträge (inkl. Pausenverpflegung): Mitglieder € 70,00 | Studenten (Mitglieder) € 50,00
Nicht-Mitglieder und bei Anmeldung nach dem 01.12.2008 € 80,00 | Tageskasse € 90,00



Nitza Katz-Bernstein zur Verabschiedung in den Ruhestand

Für viele Mitglieder der Fakultät Rehabilitationspädagogik der TU Dortmund ist es kaum vorstellbar: Nitza Katz-Bernstein geht mit dem Ende des Sommersemesters 2008 in den Ruhestand. Seit Ihrer Übernahme einer Vertretungsprofessur im Lehrgebiet Sondererziehung und Rehabilitation Sprachbehinderter (damalige Bezeichnung) im Jahre 1993 und ihrer Berufung als Professorin im Jahre 1994 trägt sie bis heute mit ihrer Ausstrahlung und mit ihrem mitreißenden Temperament auf allen Ebenen dazu bei, der Technischen Universität ein lebendiges und einprägsames Gesicht zu verleihen. Schon vorher, in den siebziger und in den achtziger Jahren, war sie für Logopädinnen und akademische Sprachtherapeutinnen als „die Frau Bernstein“, die erfolgreich mit stotternden Kindern arbeitete, ein Geheimtipp. Einzelne und Gruppen haben sie in Zürich immer wieder darum gebeten, bei ihr hospitieren zu dürfen. Zwei frühe, sehr erfolgreiche Publikationen ihrer inzwischen stark angewachsenen Publikationsliste gehen auf diese Zeit zurück: „Eine kombinierte Spielthera-

pie und logopädische Übungstherapie für stotternde Kinder zwischen 7 und 12 Jahren“ (Logopädisches Zentrum des Schulamtes der Stadt Zürich, Auflagen 1982, 1983 und 1984) und „Aufbau der Sprach- und Kommunikationsfähigkeit bei redeflussgestörten Kindern. Ein sprachtherapeutisches Übungskonzept“ (Auflagen Luzern 1986, 1987, 1989, 1990, 1992, 1995, 1997 und 2003). Nach einem Studium an der Universität Zürich und einer psychotherapeutischen Weiterbildung und Graduierung begann sie ihre akademische Laufbahn als Lehrbeauftragte am damaligen Heilpädagogischen Seminar und wurde 1982 an der Universität Zürich zur Dr. phil. promoviert (bei Gerhard Heese, dem damaligen Leiter des Instituts für Sonderpädagogik). Vielfältige Tätigkeiten als freie Mitarbeiterin des schulärztlichen und -psychologischen Dienstes der Stadt Zürich, als Universitäts-Assistentin, als freiberufliche Psychotherapeutin für Kinder und Jugendliche, als Lehrtherapeutin und Ausbilderin von Kinder- und Jugendpsychotherapeuten sowie als Supervisorin in Institutionen der Kinder- und Jugendpsychiatrie, in Rehabilitationseinrichtungen uvm. kennzeichnen diese Zeit. In Dortmund übernahm sie nach ihrer Berufung die Leitung des 1984 gegründeten Sprachtherapeutischen Ambulatoriums, einer Praxis- und Forschungseinrichtung, die in der Region Sprachtherapie anbietet und gleichzeitig der Aus- und der Weiterbildung dient. Zusammen mit Katja Subellok verlieh sie dem Ambulatorium durch die Entwicklung einer auf aktuelle Modelle der Supervision und des Managements aufgebauten Organisationsstruktur und Personalführung seine besondere Prägung. Als Universitätsprofessorin war sie in der akademischen

Selbstverwaltung – unter anderem als Senatorin – bei den jüngeren Modernisierungsbestrebungen eine treibende und gestaltende Kraft. Innerhalb der Fakultät ist es ihr zusammen mit anderen Dozenten gelungen, die bisherigen einzelnen Aktivitäten in Richtung eigener Theorie-Praxis-Einrichtungen in dem von ihr geleiteten „Zentrum für Beratung und Therapie“ der Fakultät zusammenzuführen. Projekte zur Erforschung narrativer Fähigkeiten (Dortmunder Beobachtungsverfahren zur Interaktions- und zur narrativen Entwicklung, *Fried/Katz-Bernstein/Quasthoff*), Publikationen wie die „Gruppentherapie mit stotternden Kindern und Jugendlichen“ (2002, Hrsg. Katz-Bernstein, Nitza / Subellok, Katja) und „Selektiver Mutismus bei Kindern“ (2005) sprechen bei hohem fachlichen Niveau neben den Fachleuten auch die Angehörigen und die Betroffenen an. Sie werden ihre Wirkung über den Zeitpunkt ihres Ausscheidens aus dem aktiven Dienst hinaus beibehalten. Als Gastdozentin an der Tel-Aviv-University (Department of Communication Disorders) tritt sie weit über die Grenzen der deutschsprachigen Länder hinaus als Mittlerin auf. Als eine stets gesprächsbereite Partnerin, vermittelt sie nicht nur ihre Inhalte, sondern verwirklicht sie auch im Sinne einer kommunikativen und interkulturell angelegten Lebenshaltung. Akademische Sprachtherapeutinnen und Logopädinnen, Freundinnen und Freunde, Kolleginnen und Kollegen auch aus den vielen benachbarten Arbeitsfeldern und Disziplinen wünschen ihr in der neuen Lebensphase weitere Akzentuierungen und Gestaltungsmöglichkeiten.

Gregor Dupuis

Termine: Fortbildungsveranstaltungen von dgs und dbs

Datum, Zeit und Ort	Referent und Thema	Veranstalter	Ansprechpartner	Kosten
18.10.08 9.00 – 17.00 Köln	Gudrun Beckmann-Hopp: Die Behandlung der orofazialen Muskulatur im Vorschulalter Seminarnummer: A 18/2008	▪ dgs-Landesgruppe Rheinland e.V. ▪ Frau Krings, Kerpener Str. 146, 50170 Kerpen, Telefon/Fax: 02273/604904, info@dgs-rheinland.de		Mitglieder 85,00 € Nichtmitglieder 105,00 € ermäßigt 75,00 €
24./25.10.08 15.30 – 19.30 09.00 – 16.00 Hamm	Helga Spital: Kindliche Stimmstörungen und ihre Behandlung	▪ dgs-Landesgruppe Westfalen-Lippe e.V. ▪ „doppelpunkt“-Geschäftsstelle Ibbenbüren, c/o Birgit Westenhoff, Alter Merschweg 7, 49477 Ibbenbüren, Tel.: 05451-15461 info@dgs-doppelpunkt.de www.dgs-doppelpunkt.de		Teilnehmerzahl: min. 12, max. 22 Anmeldeschluss: 03.10.2008 Teilnahmegebühr inklusive Verpflegung dgs/dbs-Mitglieder 143,00 € dgs/dbs-Studenten 129,00 € Mitglieder BKL/DBKS/vpl 147,50 € Studenten BKL/DBKS/vpl 133,00 € Nichtmitglieder 157,00 € Studenten 141,00 €
24./25.10.08 15.30 – 19.30 09.30 – 17.00 Hamm	Martina Weinrich: Diagnostik und Therapie bei Kindern mit phonologischen Störungen	▪ dgs-Landesgruppe Westfalen-Lippe e.V. ▪ „doppelpunkt“-Geschäftsstelle Ibbenbüren, c/o Birgit Westenhoff, Alter Merschweg 7, 49477 Ibbenbüren, Tel.: 05451-15461 info@dgs-doppelpunkt.de www.dgs-doppelpunkt.de		Teilnehmerzahl: mind. 15, max. 18 Anmeldeschluss: 03.10.2008 Teilnahmegebühr inklusive Verpflegung: dgs/dbs-Mitglieder 153,00 € dgs/dbs-Studenten 138,00 € Mitglieder BKL/DBKS/vpl 158,00 € Studenten BKL/DBKS/vpl 142,00 € Nichtmitglieder 169,00 € Studenten 152,00 €
24./25.10.08 09.30 – 17.00 Würzburg	Dr. Bernd Hansen, Prof. Dr. Claudia Iven: Beratungskompetenzen für den sprachtherapeutischen Alltag Seminarnummer: 47/2008	▪ dbs-Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten dbs e.V. ▪ Kristin Berner, Goethestr. 16, 47441 Moers, Tel. 02841/988919, Fax: 02841/988914, E-Mail: berner@dbs-ev-de, www.dbs-ev.de		dbs-/dgs-Mitglieder 210,00 € Nichtmitglieder 280,00 €
25.10.08 10.00 – 16.00 Köln	Andrea Boos-Kalkan: Die 3. Migrantengeneration in Sprachtherapie und Förderschule – Konsequenzen für die spezifische Sprachtherapie Seminarnummer: A 19/2008	▪ dgs-Landesgruppe Rheinland e.V. ▪ siehe Veranstaltung vom 18.10.2008		Mitglieder 85,00 € Nichtmitglieder 105,00 € ermäßigt 75,00 €
31.10.08, 01.11.08 14.00 – 18.00 09.00 – 17.00 Duisburg	Dr. Andrea Liehs: Methoden der Unterstützten Kommunikation bei Kindern mit Mehrfachbehinderung Seminarnummer: 16/2008	▪ dbs-Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten dbs e.V. ▪ Kristin Berner, Goethestr. 16, 47441 Moers, Tel. 02841/988919, Fax: 02841/988914, E-Mail: berner@dbs-ev-de, www.dbs-ev.de		dbs-/dgs-Mitglieder 195,00 € Nichtmitglieder 250,00 €

Termine: Fortbildungsveranstaltungen von dgs und dbs

Datum, Zeit und Ort	Referent und Thema Veranstalter Ansprechpartner	Kosten
01.11.08 09.30 – 18.00 Hannover	Stephanie Riehemann: Frühe Sprachförderung mit Bilderbüchern Seminarnummer: 17/2008 <ul style="list-style-type: none"> ▪ dbs-Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten dbs e.V. ▪ siehe Veranstaltung vom 31.10.2008 	dbs-/dgs-Mitglieder 110,00 € Nicht-Mitglieder 150,00 €
07./08.11.08 09.00 – 17.00 09.00 – 16.30 Dortmund	Antje Richter: Diagnostik und Therapie bei „Late Talkern“ Seminarnummer: 18/2008 <ul style="list-style-type: none"> ▪ dbs-Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten dbs e.V. ▪ siehe Veranstaltung vom 31.10.2008 	dbs-/dgs-Mitglieder 195,00 € Nichtmitglieder 250,00 €
07./08.11.08 09.30 – 17.30 09.30 – 17.30 Hannover	Sandra Neumann: Kinder mit LKGS-Fehlbildung: Diagnostik und Therapie Seminarnummer: 19/2008 <ul style="list-style-type: none"> ▪ dbs-Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten dbs e.V. ▪ siehe Veranstaltung vom 31.10.2008 	dbs-/dgs-Mitglieder 195,00 € Nichtmitglieder 250,00 €
07./08.11.08 10.00 – 18.00 09.00 – 16.00 Bremen	Annette Platzdasch: Orofaziale Stimulation und Hilfen zum Essen und Trinken für Kinder mit schweren Behinderungen Seminarnummer: 31/2008 <ul style="list-style-type: none"> ▪ dbs-Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten dbs e.V. ▪ siehe Veranstaltung vom 31.10.2008 	dbs-/dgs-Mitglieder 195,00 € Nichtmitglieder 210,00 €
07./08.11.08 09.00 – 17.00 08.30 – 15.30 München	Dr. Gudrun Bartolome: Die Funktionelle Dysphagie-therapie (FDT), AUFBAUKURS Seminarnummer: 29/2008 <ul style="list-style-type: none"> ▪ dbs-Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten dbs e.V. ▪ siehe Veranstaltung vom 31.10.2008 	dbs-/dgs-Mitglieder 210,00 € Nichtmitglieder 280,00 €
14./15.11.08 14.30 – 18.00 09.00 – 17.00 Wölpinghausen	Nikola Stenzel: Möglichkeiten der ganzkörperorientierten Sprachtherapie – Einführung in die neurophysiologische Reorganisation nach Padovan (modifiziert nach Kesper) <ul style="list-style-type: none"> ▪ dgs-Landesgruppe Niedersachsen ▪ Anmeldungen schriftlich an die dgs-Geschäftsstelle: Lange-Hop-Str. 57, 30559 Hannover, Tel.: 0511 528690, Fax: 0511 528860 	Teilnehmerkosten (incl. Unterkunft im EZ + Vollverpflegung): dgs-/dbs-Mitglieder 145,00 € Nicht-Mitglieder 180,00 € Teilnehmerkosten (ohne Übernachtung und Frühstück): dgs-/dbs-Mitglieder 110,00 € Nicht-Mitglieder 145,00 €
15.11.08 10.00 – 17.00 Köln	Maren Berheide: Sprachanbahnung bei Kindern mit Geistiger Behinderung durch Gebärdensprache und Lesenlernen A 20/2008 <ul style="list-style-type: none"> ▪ dgs-Landesgruppe Rheinland e.V. ▪ siehe Veranstaltung vom 18.10.2008 	Mitglieder 85,00 € Nichtmitglieder 105,00 € ermäßigt 75,00 €
15.11.08	Frau Schauß-Golecki: Orofaziale Dysfunktion und artikulatorische Folgen <ul style="list-style-type: none"> ▪ dgs-Landesgruppe Schleswig-Holstein ▪ Holger Kaack-Grothmann, Starnberger Str. 69a, 24146 Kiel, Tel.:0431-78 34 28, E-Mail: dgs.sh@web.de 	
15./16.11.08 09.30 – 17.30 09.30 – 16.00 Köln	Jeannine Gies: Frühe Diagnostik und Therapie im patholinguistischen Ansatz Seminarnummer: 20/2008 <ul style="list-style-type: none"> ▪ dbs-Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten dbs e.V. ▪ siehe Veranstaltung vom 31.10.2008 	dbs-/dgs-Mitglieder 195,00 € Nichtmitglieder 250,00 €

Termine: Fortbildungsveranstaltungen von dgs und dbs

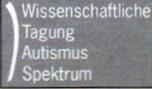
Datum, Zeit und Ort	Referent und Thema	Veranstalter	Ansprechpartner	Kosten
18./19.11.08 09.00 – 16.30 09.00 – 15.00 Darmstadt	Sophie Müller-Wolff: Dysphagiemanagement in der Pädiatrie Seminarnummer: 23/2008	▪ dbs-Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten dbs e.V. ▪ siehe Veranstaltung vom 31.10.2008		dbs-/dgs-Mitglieder 195,00 € Nichtmitglieder 250,00 €
21./22.11.08 9.30 – 17.30 Dortmund	Stephanie Kurtenbach: Sensorische Integration im Umfeld sprachtherapeutischer Praxis Seminarnummer: 4/2008	▪ dbs-Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten dbs e.V. ▪ siehe Veranstaltung vom 31.10.2008		dbs-/dgs-Mitglieder 210,00 € Nichtmitglieder 280,00 €
21./22.11.08 15.00 – 19.00 09.00 – 16.00 Köln	Dr. Kerstin Weikert, Antje Tontsch: Beratungsgespräche in der sprachtherapeutischen Praxis A 21/2008	▪ dgs-Landesgruppe Rheinland e.V. ▪ siehe Veranstaltung vom 18.10.2008		Mitglieder 140,00 € Nichtmitglieder 155,00 € ermäßigt 125,00 €
21./22.11.08 15:30 bis 19:00 09:00 bis 17:00 Hamm	Dr. Klaus Rothlauf: Allgemeine Grundlagen und logopädische Ansätze der Diagnostik und Therapie bei zentral-auditiven Verarbeitungsstörungen	▪ dgs-Landesgruppe Westfalen-Lippe e.V. ▪ „doppelpunkt“-Geschäftsstelle Ibbenbüren, c/o Birgit Westenhoff, Alter Merschweg 7, 49477 Ibbenbüren, Tel.: 05451-15461, E-Mail: info@dgs-doppelpunkt.de www.dgs-doppelpunkt.de		Teilnehmerzahl: mind.13, max. 18 Anmeldeschluss: 31.10.2008 Teilnahmegebühr inklusive Verpflegung dgs-/dbs-Mitglieder 156,00 € dgs-/dbs-Studenten 140,00 € Mitglieder BKL/DBKS/vpl 161,00 € Studenten BKL/DBKS/vpl 145,00 € Nichtmitglieder 172,00 € Studenten 155,00 €
22.11.08 09:00 - 17:15 Hamm	Dr. Gabriela Barthel: Modellorientierte Aphasietherapie	▪ dgs-Landesgruppe Westfalen-Lippe e.V. ▪ „doppelpunkt“- Geschäftsstelle Ibbenbüren, c/o Birgit Westenhoff, Alter Merschweg 7, 49477 Ibbenbüren, Tel.: 05451-15461, E-Mail: info@dgs-doppelpunkt.de www.dgs-doppelpunkt.de		Teilnehmerzahl: mind.15, max. 20 Anmeldeschluss: 31.10.2008 Teilnahmegebühr inklusive Verpflegung: dgs-/dbs-Mitglieder 105,00 € dgs-/dbs-Studenten 94,50 € Mitglieder BKL/DBKS/vpl 108,50 € Studenten BKL/DBKS/vpl 98,00 € Nichtmitglieder 15,50 € Studenten 104,00 €
28./29.11.08 13.00 – 18.30 09.00 – 17.00 Köln	Claudia Schlesiger: Sprachtherapeutische Frühintervention bei Late-Talker-Kindern A 22/2008	▪ dgs-Landesgruppe Rheinland e.V. ▪ siehe Veranstaltung vom 18.10.2008		Mitglieder 125,00 € Nichtmitglieder 145,00 € ermäßigt 105,00 € Teilnehmerzahl begrenzt auf 16!
28./29.11.08 09.30 – 17.00 09.30 – 17.00 Duisburg	Dr. Marina Ruß: Der Lautbildungsansatz in Therapie und Schule Seminarnummer: 21/2008	▪ dbs-Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten dbs e.V. ▪ siehe Veranstaltung vom 31.10.2008		dbs-/dgs-Mitglieder 195,00 € Nichtmitglieder 250,00 €

Termine: Fortbildungsveranstaltungen von dgs und dbs

Datum, Zeit und Ort	Referent und Thema	Veranstalter	Ansprechpartner	Kosten
28./29.11.08 13.00 – 20.00 09.00 – 18.00 Hannover	Ulrike und Kathrin Frank: „Schlucken ist Bewegung“ Aufbaukurs – Schwerpunkt: Trachealkanülenentwöhnung Seminarnummer: 32/2008			dbs-/dgs-Mitglieder 195,00 € Nichtmitglieder 250,00 €
05./06.12.08 10.00 – 18.00 09.00 – 17.00 Leipzig	Ingrid Aichert, Anja Staiger: Diagnostik und Therapie der Sprechapraxie Seminarnummer: 39/2008			dbs-/dgs-Mitglieder 195,00 € Nichtmitglieder 250,00 €
06.12.08 09.00 – 17.00 Köln	Claudia Schlesiger: Diagnostik von Sprachverständnisstörungen bei Kindern Seminarnummer: A 23/2008			Mitglieder 85,00 € Nichtmitglieder 105,00 € ermäßigt 75,00 €
18.04.09 11.00 – 18.00 Berlin	7. bundesweiter Arbeitnehmertag 2009 in Berlin für Arbeitnehmer und Studenten im dbs			dbs-Mitglieder: 30,00 € Nichtmitglieder: 50,00 €

Termine: Tagungen, Kongresse und Messen

Datum, Zeit und Ort	Referent und Thema	Veranstalter	Ansprechpartner	Kosten
06. – 08.11.08 Nürnberg 	8. Jahrestagung der GAB Gesellschaft für Aphasieforschung und -behandlung Das Schwerpunktthema 2008 ist: „Aphasie und berufliche Reintegration“.			
08.11.08 CJD Schule Schlaffhorst-Andersen 	13. Bad Nenndorfer Therapietag Therapie für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit Stottersymptomatik			
22.11.08 09.30 – 16.00 Potsdam 	2. Herbsttreffen Patholinguistik, Ein Kopf – Zwei Sprachen Mehrsprachigkeit in Forschung und Therapie			Teilnahmegebühren bei Anmeldung bis zum 25.10.2008 vpl-Mitglieder: kostenfrei Nichtmit- glieder: 25,00 € ermäßigt: 15,00 € bei Anmeldung an der Tageskasse vpl-Mitglieder: 5,00 € Nichtmitglieder: 30,00 € ermäßigt: 20,00 €

Datum, Zeit und Ort	Referent und Thema	Veranstalter	Ansprechpartner	Kosten
				Die Kosten beinhalten die Teilnahme am Programm inkl. Zertifizierung durch den vpl e. V. mit 3 Fortbildungspunkten sowie die Pausenversorgung und ein Mittagessen.
28.11.08 08.30 – 16.00 Dresden 	1. Fachtagung des Landesmodellprojektes „Sprache fördern“		<ul style="list-style-type: none"> Projektleiterin: Ulrike Kopinke, Berufsbildungswerk Leipzig für Hör- und Sprachgeschädigte gGmbH, Knautnaundorfer Str. 4, D-04249 Leipzig Tel.: 0341 / 41 37 – 413, Fax: 0341 / 41 37 - 129 E-Mail: Projekt-Sprache-foerdern@bbw-leipzig.de www.Sprache-Foerdern-Sachsen.de 	
28./29.11.08 Reha-Zentrum Passauer Wolf, Bad Griesbach i. Rottal 	XIX. Bad Griesbacher Fachgespräche der akademischen Sprachtherapeuten		<ul style="list-style-type: none"> Hauptreferat: Prof. Dr. Christian W. Glück: „Wortschatzarbeit zwischen Förderung und Therapie“ Information und Vortragsanmeldung bei: Dr. Ulrike de Langen-Müller oder Frau Luise Horsch, Reha-Zentrum Passauer Wolf, Bgm.-Hartl-Platz 1, 94086 Bad Griesbach, Tel.: 08532-274618 oder 274615 E-Mail: ulrike.delangen@rz-pw.de 	Anmeldeschluss für Teilnehmer ohne Referat: 14.11.2008 Tagungsbeitrag: 75,00 € inkl. Verpflegung
3.12.08 09.00 – 17.00 Casino, Campus Westend, J. W. Goethe-Universität Frankfurt/Main 	2. Wissenschaftliche Tagung Autismus-Spektrum		<ul style="list-style-type: none"> Informationen unter: www.kgu.de/zpsy/kinderpsychiatrie/Veranstaltungen/WTAS_2008_call.html 	Anmeldeschluss ist der 17.11.2008. Normalpreis 100,00 € Studenten 70,00 €
4.12.08 09.00 – 17.00 Campus Westend 	7. Internationales Symposium zur Intervention bei autistischen Störungen		<p>Veranstalter/Organisation: PD Dr. Sven Bølte Boelte@em.uni-frankfurt.de</p> <ul style="list-style-type: none"> Tagungssekretariat: Tel.: 069/6301-5408/-5848, Fax: 069/6301-5843, E-Mail: Anthes@em.uni-frankfurt.de www.kgu.de/Zpsy/kinderpsychiatrie/veranstaltungen 	Tagungsgebühren (inkl. Verpflegung und Reader) 120,00 € Ab 1. Oktober und Tageskasse 150,00 € Ermäßigungen Gruppen ab 5 Personen 100,00 € Betroffene & Angehörige, Studenten 70,00 € Anmeldung bis 30. 09.2008
23./24.01.09 Hannover 	10. Wissenschaftliches Symposium des dbS Sprachtherapie lohnt sich?! Zum aktuellen Stand der Evaluations- und Effektivitätsforschung in der Sprachtherapie		<ul style="list-style-type: none"> dbS-Geschäftsstelle, Goethestr. 16, 47441 Moers, Tel.: 02841 – 988919, Fax: 02841 – 988914, E-Mail: info@dbS-ev.de Das genaue Programm ist ab Herbst auf der Homepage zu finden: www.dbS-ev.de. 	
07.02.09 München 	10. Forum der Sprachheilpädagogik Sprachheilpädagogik im Wandel - Wenn Forschung Praxis verändert zu Ehren des 60. Geburtstags von Prof. Dr. Manfred Grohnfeldt Das Programm ist ab Herbst auf der Homepage des Lehrstuhls Sprachheilpädagogik zu finden: http://www.paed.uni-muenchen.de/~sbp .		<ul style="list-style-type: none"> Anmeldungen per E-Mail an: forum.sprachheilpaedagogik@edu.lmu.de 	Tagungsgebühr 40,00 € Studenten 20,00 €

Datum, Zeit und Ort	Referent und Thema	Veranstalter	Ansprechpartner	Kosten
26. – 29.03.09 Bochum 	76. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde e.V. (DGSS): „Stimme und Sprache in Erziehung und Bildung“			Call for Abstracts: bis zum 31. Oktober 2008 an: office@dgss-ev.org
11. – 13.6.09 Mainz 	38. dbf-Jahreskongress: „Wissen schafft Praxis, Praxis schafft Wissen – Logopädie in reflektierter Praxis“			



19. ivs-Werkstattgespräche

20.11. – 23.11.2008 in Dipperz-Friesenhäusen

Die „Interdisziplinäre Vereinigung für Stottertherapie e. V. (ivs)“ führt in diesem Jahr zum 19. Mal die mittlerweile traditionellen „ivs-Werkstattgespräche“ durch.

Sie finden im November jeweils von Donnerstagabend bis Sonntagmittag statt und geben einem überschaubaren Kreis von ca. 30 Teilnehmer/innen die Möglichkeit, sich auf hohem Niveau mit verschiedenen Themen und Aspekten von Redeflussstörungen auseinander zu setzen.

In Vorträgen, Workshops und Diskussionen wird eine Weiterbildung angeboten, die sowohl langjährigen Stottertherapeuten als auch jungen Kolleg/inn/en ein ganz besonderes Forum für die Auseinandersetzung mit der Diagnostik und Therapie von Redeflussstörungen bietet.

Da die Teilnehmer/inn/en und Referent/inn/en in demselben Hotel tagen und übernachten, gibt es in den Pausen und an den gemeinsamen Abenden viele Möglichkeiten für den persönlichen Kontakt und einen fachlichen Austausch über die Workshops hinaus.

- Thema und namhafte Referenten der diesjährigen Werkstattgespräche sind
- Mutismus, Therapeutische Interventionen und Beratung von Eltern und Lehrern, Prof. Dr. Nitza *Katz-Bernstein* und Dr. Katja *Subellok*
 - Transaktionsanalyse in der Stottertherapie, Uwe *Lendle*
 - Die Prinzipien der Alexander-Technik und ihre Anwendung bei Stottern, Dorothea *Schulte* und Ineke *de Jongh*
 - Die Polterkomponente im Stottern, Manon *Abbink-Spruit* und Yvonne *van Zaalen*

Ein weiteres wichtiges Thema wird die Qualitätssicherung in der Stottertherapie sein.

Die ivs erarbeitet momentan eine ICF-basierte und prozessorientierte Qualitätssicherung in Form einer Zertifizierung für Stottertherapeuten.

Während der ivs-Mitgliederversammlung im Rahmen der Werkstattgespräche am Samstag, 22.11.08 werden

Satzungsänderungen abgestimmt und weitere Beschlüsse gefasst.

Zu den ivs-Werkstattgesprächen sind nur Mitglieder der ivs zugelassen. Gäste können in Ausnahmefällen teilnehmen.

Mitglied werden können Logopäden, Sprachheilpädagogen, Psychologen und Ärzte, die sich mit Redeflussstörungen im diagnostischen oder therapeutischen Rahmen beschäftigen.

Neben den Werkstattgesprächen bietet die ivs ihren Mitgliedern Stotterkonferenzen, Informationen über aktuelle Entwicklungen im Bereich der Diagnostik und Therapie von Redeflussstörungen und über Fortbildungen.

Für TherapeutInnen bietet die ivs einen neuen Service an: eine telefonische (Fach-) Beratung zu allen praxisrelevanten Fragen rund um das Thema Redeflussstörungen.

Nähere Informationen zur ivs und den Werkstattgesprächen sowie die Sprechzeiten und Telefonnummern für die telefonische Beratung sind auf der Website www.ivs-online.de zu finden.

Für den ivs-Vorstand

Susanne Winkler
1. Vorsitzende

38. dbl-Jahreskongress in Mainz Call for papers

Das Schwerpunktthema des 38. Jahreskongresses in Mainz vom 11. – 13.6.2009 lautet: „Wissen schafft Praxis, Praxis schafft Wissen – Logopädie in reflektierter Praxis“.

Zentrale Fragen sind: Wie können wissenschaftliche Erkenntnisse in der logopädischen Praxis eingesetzt werden? Welche Erfahrungen sind für die Erforschung neuer logopädischer Theorien wichtig? Welche Faktoren begünstigen einen Brückenschlag zwischen beiden Bereichen? Auch aktuelle Lehr- und Lernkonzepte für die Aus- und Weiterbildung in der Logopädie, die den Übertrag des Gelernten in den Berufsalltag fördern, können betrachtet werden.

Erbeten werden wissenschaftliche Vorträge/reflektierte Falldarstellungen zu speziellen Themen, anhand einer empirischen Studie und Methoden-Vorstellungen, die aktuelle logopädische oder logopädierelevante Inhalte zur Diskussion stellen und /oder Ergebnisse langjähriger präsentieren.

Zur Anmeldung wird eine Kurzfassung des Vortrags bis 15.10.2008 erbeten, eine Verständigung über die Annahme erfolgt voraussichtlich bis zum 31.12.2008.

Alle Informationen zur Anmeldung sowie zum Abstract sind auf der Homepage des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie (dbl) eingestellt (www.dbl-ev.de).

Deutscher Bundesverband für Logopädie (dbl)
Augustinusstraße 11a
50226 Frechen
Telefon: 02234.37953-29
Telefax: 02234.37953-13
E-Mail: fobi@dbl-ev.de
Website: www.dbl-ev.de

Deutscher Bundesverband für Logopädie (dbl)
Pressereferat
Augustinusstraße 11a
50226 Frechen

Tel.: 02234/37953-27
Fax: 02234/37953-13
feit@dbl-ev.de/www.dbl-ev.de

12. Aachener Kolloquium zur Logopädie

Am 28. und 29. November 2008 findet das 12. Aachener Kolloquium zur Logopädie am Universitätsklinikum der RWTH Aachen statt. Die Absolventen des inter fakultativen Diplomstudiengangs Lehr- und Forschungslogopädie stellen die Ergebnisse Ihrer Diplomprojekte vor.

Die Bandbreite der Themen erstreckt sich von vorsprachlicher Entwicklung über typische Entwicklung von Erst- und Zweitsprache im Kindesalter sowie nicht-typischer Entwicklung von Sprache bis hin zu entwicklungsbedingten und erworbenen Dyslexien. Weitere Themenbereiche sind Gehirn und Sprache sowie Stimme.

Die Kolloquiumstage werden durch zwei Gastvorträge eröffnet. Frau Dr. Annette *Baumgärtner* des Instituts für Systemische Neurowissenschaften des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf berichtet über „Sprache und Gehirn: Schlussfolgerungen für eine neurolinguistisch begründete Aphasietherapie“. Frau Linda *Schrey-Dern* des Referats Sprachförderung des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie e. V. spricht über „Sprachförderung – Sprachtherapie: zwei Seiten derselben Medaille? Versuch einer Standortbestimmung der Logopädie“.

Während des Kolloquiums wird eine Kinderbetreuung durch das Eltern-Kind-Service-Büro der RWTH angeboten. Um vorherige Anmeldung per email: eltern@rwth-aachen.de wird gebeten.

Die Teilnahme am Kolloquium ist kostenlos. Das Programm kann im Sekretariat der Abteilung Neurolinguistik angefordert werden.

Sekretariat: Frau *Hentschel*
Telefon: 0241-8088426
Telefax: 0241-8082598
Mail: neurolinguistik@ukaachen.de

<http://www.neurolinguistik.ukaachen.de> (Aktuelle Hinweise)

Rückblicke

„Erzähle, ich hör' dir zu!“ – Interaktive Zugänge zur Sprach- therapie und -förderung

So lautete das Thema der diesjährigen Märztagung des Sprachtherapeutischen Ambulatoriums der Technischen Universität Dortmund. Da die Märztagung mittlerweile zu einer etablierten Fortbildungsveranstaltung des Ambulatoriums geworden ist – sie fand nunmehr zum sechsten Mal statt – wurde sie auch in diesem Jahr wieder gut besucht. Insgesamt nahmen rund 150 Teilnehmer und Teilnehmerinnen aus der Sprachtherapie und der schulischen Sprachförderung an der Veranstaltung teil.

Mit dieser Tagung verabschiedete sich Frau Prof. Dr. Nitzka *Katz-Bernstein* aus der organisatorischen und inhaltlichen Leitung der Märztagung, die sie vor sieben Jahren zusammen mit Dr. Katja *Subellok* und dem Team des Sprachtherapeutischen Ambulatoriums ins Leben gerufen hatte. Nitzka *Katz-Bernstein* prägte mit ihrem theorieintegrierenden und interaktiven Ansatz nicht nur den Geist des Ambulatoriums, sondern auch eben diese Fortbildungsveranstaltung. Dabei ist es ihr in besonderer Weise gelungen, neueste Erkenntnisse aus der Theorie und der eigenen Forschung so für die Praxis aufzubereiten, dass sie von den pädagogischen und therapeutischen Fachpersonen stets eine große Wertschätzung erfuhr.

Eröffnet wurde die Veranstaltung durch die designierte Dekanin der Fakultät, Frau Prof. Dr. Elisabeth *Wacker*, die dem Thema gemäß die Leitlinien der Fakultät in „märchenhafte“ Erzählformen brachte.

Den inhaltlichen und theoretischen Rahmen eröffnete Prof. Dr. Uta *Quasthoff*, die sich als Linguistin bereits seit vielen Jahren mit dem Thema „Erzählen in

Interaktionen“ in wissenschaftlichen Forschungsprojekten auseinandersetzt. In einem derzeit an der Technischen Universität Dortmund laufenden interdisziplinären Forschungsprojekt – einer Kooperation der Fachbereiche Deutschdidaktik (Prof. Dr. Uta *Quasthoff*, Juliane *Stude*), Pädagogik der frühen Kindheit (Prof. Dr. Lilian *Fried*) und Rehabilitation und Pädagogik bei Sprach-, Kommunikations- und Hörstörungen mit (Prof. Dr. Nitza *Katz-Bernstein* und SOL Anja *Schröder*) – werden diese Erkenntnisse und theoretischen Modelle in ein Beobachtungsverfahren zur Interaktions- und Narrationsentwicklung überführt und damit der Praxis zugänglich gemacht. In ihrem Vortrag „Erzählen – Erzählfähigkeiten – Erzählerwerb: Theoretisches, Empirisches und Praktisches“ wurden diese Zusammenhänge verdeutlicht.

Im Anschluss daran präsentierte SOL Anja *Schröder* aus ihrem Dissertationsprojekt eine vergleichende Analyse von Erzählfähigkeiten bei 6-jährigen Kindern mit und ohne Spezifische Sprachentwicklungsstörung anhand zweier Erzählbeispiele.

Prof. Dr. Gregor *Dupuis* erläuterte in seinem Vortrag „Kommunikative Zwischenwelten – Interaktives Erzählen zwischen Zeichen, Mündlichkeit und Schriftlichkeit“ unterschiedliche Zeichenarten und deren Verbindung für die Kommunikation im Allgemeinen und die Erzählinteraktion im Speziellen. Relevante (Kommunikations-)Modelle und Begriffe wie z. B. „Symbol“ und „Zeichen“ wurden als Instrumente für die Dokumentation und Analyse interaktiven Erzählens vorgestellt und exemplarisch angewandt.

Die Vorträge am Nachmittag zeigten Möglichkeiten der Förderung des interaktiven Erzählens bzw. interaktive Zugänge in Therapie und Unterricht für Kinder mit unterschiedlichen kommunikativen Beeinträchtigungen.

Mit dem Thema „Erzählen im Unterricht – Möglichkeiten und Grenzen aus der Sicht der Erzählerwerbsforschung“ eröffnete Juliane *Stude* diesen Transfer auf die praktische Arbeit. Der Vortrag

ging der Frage nach, inwieweit Erzählfähigkeiten im Unterricht der Grundschule sinnvoll weiterentwickelt und gestärkt werden kann, wobei der didaktische Nutzen von Erwerbsressourcen (i. e. der Zuhörer und metasprachliche Kompetenzen) herausgearbeitet und Möglichkeiten und Grenzen unterrichtlich eingebetteten Erzählens aufgezeigt wurden.

Mit der „Evozierung prä-narrativer Fähigkeiten bei Late-Talker Kindern“ befassten sich Dr. Mascha *Hecking* und Dipl. Päd. Claudia *Schlesiger*. In ihrem Vortrag stellten die Referentinnen gemäß ihrer Forschungsansätze in der Therapie mit Late-Talker Kindern zwei unterschiedliche Zugänge vor. Zum einen wurden die in der direkten Therapie zum Einsatz kommenden interaktiven Prinzipien und Frageformen zur Förderung der Erzählfähigkeiten aufgezeigt und zum anderen solche, die im Rahmen von Elternberatung thematisiert werden können.

Wie bzw. wie weit es Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen ermöglicht werden kann, mithilfe der unterstützten Kommunikation zu erzählen, stellte Dipl. Päd. Sabrina *Drommeter* vor. Dabei befasst sie sich besonders mit der Bedeutung von Funktionswörtern (Kernvokabular), die – so wurde aus dem Vortrag deutlich – wesentlich für die Herstellung von Zusammenhängen und damit für ein komplexes Verständnis von Sinneinheiten sind.

Warum können Kinder, die ihren Mutismus scheinbar überwunden haben, trotzdem nicht erzählen (auch wenn keine SSES vorliegt)? Dieser Fragestellung gingen Dipl. Päd. Kerstin *Bahrfeck-Wichitill* und Dr. Katja *Subellok* in ihrem Vortrag nach. Dabei stellten sie heraus, dass sowohl die interaktive Entwicklung als auch die Entstehung der Fiktion bei Vorschulkindern wichtige Vorläuferfähigkeiten des mündlichen Erzählens darstellen. Da vielen mutistischen Kindern die Interaktionen mit gleichaltrigen Kindern fehlen, scheinen auch wesentliche Fähigkeiten für das Erzählen noch nicht ausreichend entwickelt zu sein.

Abschließend schlug Prof. Dr. N. *Katz-Bernstein* mit ihrem Vortrag „Ein Safe Place für eine Geschichte – Therapie-didaktische Prinzipien zur Förderung der Interaktion und Narration“ den Bogen zurück zu den theoretischen Erkenntnissen aus dem Vormittag. Sie zeigte in ihrem Vortrag die Bedeutung der Entwicklung der Fiktion für die Entstehung der eigenen inneren Welt. Aus der Erkenntnis der Kinder, dass die eigene innere Welt anders ist als die der anderen Kinder, entsteht die Notwendigkeit der Interaktion – zunächst im Spiel, später über reale Ereignisse.

Die thematisch breit gefächerten Zugänge zur Förderung der Interaktion im Allgemeinen und der interaktiven Erzählfähigkeit im Speziellen eröffneten den TeilnehmerInnen vielfältige Ansatzmöglichkeiten für die Auseinandersetzung mit der Förderung interaktiven Erzählens in ihrer praktischen Arbeit. In der Evaluation der Tagung gaben 87% der TeilnehmerInnen an, dass ihre Erwartungen erfüllt werden konnten. 92% der TeilnehmerInnen wären bereit, auch zukünftig an Märztagungen teilzunehmen. Das Team des Sprachtherapeutischen Ambulatoriums wird auch weiterhin dieses theorie-praxis-verknüpfende Fortbildungsritual pflegen.

Anja *Schröder* und Katja *Subellok*

Rendez-vous „Sprache und Demenz“

Als Auftakt der neurowissenschaftlichen Kooperation Bayern-Québec kam es jetzt zum ersten Rendez-vous von Professoren und Nachwuchswissenschaftlern auf der idyllischen Fraueninsel im Chiemsee. Die Anfang 2008 verabredete Partnerschaft zwischen Forschern der Ludwig-Maximilians-Universität München (Prof. Adrian *Danek*, Kognitive Neurologie) und der Université de Montréal (Prof. Yves *Joanette*, Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie; UdM) wird 2009 in Québec vertieft.

Tagung auf Frauenchiemsee, 25. bis 29. Juni 2008

In diesem Jahr diskutierten dreißig Teilnehmer in der anregenden Atmosphäre des Klosters Frauenwörth (mit Dank an Schwester Scholastica!) aktuelle Forschungsfragen im Umfeld von Sprachstörungen bei Hirnabbauprozessen, die von Prof. E. Leiss, München (linguistische Analysen, zusammen mit Dr. Ch. Knels), Prof. Ch. Lang, Erlangen (AAT-Untersuchungen bei Alzheimer-Krankheit), Dr. M. Grande, Aachen (retrospektive Studie zur primär progredienten Aphasie, PPA) und Prof. Dr. H. Förstl, TU München (kognitives Altern und Übergang zur Demenz) thematisiert wurden. In der PPA-Studie hatte die Gruppe um Prof. Huber unterschiedlich rasch voranschreitende Verläufe herausgearbeitet und deutet die nicht-flüssige PPA eher als motorisches und weniger als sprachsystematisches Problem.

Interdisziplinäre Gruppe von Hochschullehrern und wissenschaftlichem Nachwuchs aus Bayern und Québec

Ein sonniger Tag galt dem Besuch Münchens, wo die Partner beim Empfang der Vertretung von Québec die Kooperation der Öffentlichkeit vorstellten, wo aber auch ein Besuch in der Staatsbibliothek den kanadischen Gästen die Arbeit am Bayerischen Wörterbuch in der Nachfolge des Germanistik-Mitbegründers J. A. Schmeller nahe brachte.

Das Besondere der Tagung lag im interdisziplinären Ansatz: die Vertreter der verschiedenen Fächer (Medizin, Psychologie, Neuropathologie, Bildgebung) tauschten sich bereitwillig aus und erhielten umgekehrt Einblicke in Denkweise, Methoden und Ergebnisse der angrenzenden Disziplinen.

Biologische Grundlagen von Sprachpathologie: Zugang durch funktionelle Bildgebung und EEG-Methoden

Aus Québec wurden zahlreiche Studien mit bildgebenden Verfahren und ihre Möglichkeiten zur Untersuchung der Plastizität bei Hirnschädigung vorgestellt und in der familiären Atmosphäre der Tagung intensiv diskutiert.



Abb.: Teilnehmer des Rendez-vous Bayern-Québec zum Thema „Sprache und Demenz“ auf der Treppe der Bayerischen Staatsbibliothek in München, im Vordergrund von links nach rechts die Professoren Lang, Erlangen; Danek, München und Joannette, Montréal.

Ältere Gesunde unterscheiden sich in den Hirnaktivationsmustern bei der Lösung kognitiver Aufgaben von jungen Personen: mit verstärkter Aktivität von Arealen im Hinterkopf („posterior-anterior shift in aging“, PASA; Davis et al. 2008) und geringerer Lateralisierung, also stärkerer symmetrischer Aktivität beider Hirnhälften („hemispheric asymmetry reduction in older adults“, HAROLD; Cabeza et al. 2002). Die Forschergruppe der UdM überprüft die Phänomene PASA und HAROLD derzeit mit Sprachaufgaben an Gesunden. Schlaganfallpatienten selbst mit chronischer Aphasie zeigen nach einer intensiven Trainingsphase deutliche Veränderungen der funktionellen Aktivierung (Prof. Ansaldo).

Möglichkeiten der EEG-Methodik zur Lösung der Fragen von neuronaler Plastizität wurden von Prof. Stemmer (UdM) vorgestellt. Ein Schwerpunkt der Tagung war der biologische Bezug der klinischen Phänomene. Dr. Bader, LMU-München, fasste die Neuropathologie der Demenzen zusammen, wo noch laufend neue Entdeckungen stattfinden und man sich keineswegs

mit falschen Eindrücken, dass es sich bei sprachgestörten Demenz-Patienten oft um Alzheimer-Kranke handelt, zufrieden geben darf. Bei den meisten PPA-Fällen ist der sogenannte Pick-Komplex anzunehmen, weswegen auch die neuen Erkenntnisse dazu referiert wurden (TDP-43 als wohl natürliches „Zellgift“; Neumann et al. 2006).

Folgeprojekte

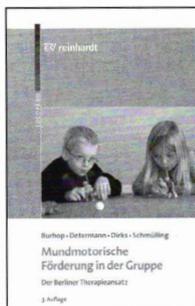
Die Knüpfung einer langfristigen Kooperation der einzelnen Gruppen, beispielsweise durch Forschungsaufenthalte der Doktoranden und Professoren im Partnerland, war erklärtes Ziel der Tagung, die dementsprechend durch ministerielle und wissenschaftliche Institutionen beider Regionen gefördert wurde (auf deutscher Seite: Programm Bayern-Québec der Bayerischen Staatskanzlei, Bayerisch-Französisches Hochschulzentrum, Universitätsgesellschaft München und Bayerische Forschungsallianz mit Koordination durch Dr. Florence Gauzy, ohne deren Engagement die Tagung nicht zustande gekommen wäre).

Zwei Münchner Nachwuchsforscher, die auf der Fraueninsel ihre ersten persönlichen Kontakte nach Montréal geknüpft haben, arbeiten jetzt dort an bildgebenden Verfahren für die Demenzdiagnostik. Weitere Projekte werden entwickelt und auf der Folgetagung 2009 in Québec diskutiert werden (Arbeitstitel „kognitive Reserve“).

Bericht: N. Huwel/A. Danek

Weitere Informationen: Arbeitsgruppe Kognitive Neurologie, Neurologische Klinik, LMU München; mail: danek@lmu.de; www.nefo.med.uni-muenchen.de/~adanek

Medien



Burhop, Ute, Determann, Nikola, Dirks, Susanne, Schmülling, Rita (3., überarbeitete und erweiterte Auflage 2005): Mundmotorische Förderung in der Gruppe. Der Berliner Therapieansatz. München/Basel: Reinhardt. ISBN 3-497-01756-6. 192 Seiten. € 16,90.

Im Vorwort zur 3. Auflage (S. 8) erwähnen die Autorinnen kritische Stimmen zum Nutzen myofunktionaler Übungen für die Artikulationstherapie und verweisen auf ihre eigenen positiven Erfahrungen, die sie im Verlauf vieler Jahre bei zahlreichen Kindern sammeln konnten. Auch der Rezensent kann ihnen nur beipflichten, und viele Logopädinnen und Sprachtherapeuten können auf Tausende von Patienten verweisen, denen mit Hilfe der MFT rezidivfrei geholfen werden konnte. Und der erfolgreiche Einsatz von oral-

motorischen Übungen in der einen oder anderen Form ist seit über 100 Jahren Tradition. Selbstverständlich müssen meist weitere Methoden hinzugezogen werden, da beim Einzelpatienten neben den motorischen Defiziten noch andere Inkompetenzen vorliegen. Auf diese komplexen Zusammenhänge gehen die Autorinnen dezidiert in ihrem Unterkapitel „1.8 Sprach- und Sprechstörungen als Kommunikationsstörungen“ ein.

Mit dem in 3., überarbeiteter und um über 50 Seiten erweiterten Auflage vorgelegten Buch mit mehr als 200 sehr schönen und praktikablen Übungen und Spielen können sie den Beweis antreten, dass myofunktionelle Therapie auf diese Weise Spaß machen und Erfolg garantieren kann. Dabei soll vorweg betont werden, dass dieses Material nicht nur – wie ursprünglich beabsichtigt – in der Gruppe einzusetzen ist, sondern auch beim Einzelkind Anklang findet.

Zunächst aber zum Kapitel 1 „Theorie“. Hier wird unter dem Titel „1.1 Das orofaziale System“ ein ganz knapper Überblick über die anatomischen Strukturen und dann zum Schluckablauf gegeben. In der Tabelle 1 „Normales und fehlerhaftes Schluckmuster“ (S. 11) können selbstverständlich nur die größten Abweichungen angegeben werden. Aber zwei Unrichtigkeiten hätten doch vermieden werden sollen: Im Seitenzahnbereich presst nicht die Zungenspitze gegen/zwischen die Zähne, sondern das sind die Seitenränder der Zunge (Punkt a). Im Punkt e) werden die Folgen fehlerhaften Schluckens für den Seitenzahnbereich vergessen (z. B. der seitlich offene Biss), da es sich beim fehlerhaften Schlucken nicht nur um eine sagittale Zungenbewegung handelt.

Nach den „Hauptursachen myofunktionaler Dysfunktionen bei Kindern“ (Unterkapitel 1.2) wird der Zusammenhang zwischen Haltung, Tonus, Mimik und Mundmotorik (1.3) noch gründlicher als in den vorangegangenen Auflagen beschrieben, woraus dann auch die Notwendigkeit des Einsatzes einer MFT überzeugender abgeleitet werden kann. Sehr wichtig ist im

Weiteren der Hinweis auf die engen Beziehungen zwischen Hand- und Mundmotorik (Unterkapitel 1.4), die später in vielen praktischen Übungen angewendet werden. Das gilt ebenso für alle Maßnahmen zur Verbesserung der Wahrnehmung insgesamt bei den MFT-Kindern, und das nicht nur im Vorschulalter (1.5). Allerdings hätte man sich die diesbezügliche Verwendung der Termini „Kinästhesie“, „Propriozeption“ und „taktile Wahrnehmung“ exakter gewünscht (So sind die Propriozeptoren die speziellen Perzeptionsorgane für den kinästhetischen Sinn!); es muss allerdings zugegeben werden, dass die diesbezügliche Terminologie in der therapeutischen und psychologischen Literatur ebenfalls oft sehr unscharf eingesetzt wird, wenn z. B. von taktil-kinästhetischem Wahrnehmungssystem gesprochen wird. Hier sollten physiologische Standardwerke, z. B. *Lullies/Trincker: Taschenbuch der Physiologie*, herangezogen werden.

Im Abschnitt „1.6 Störungsbilder“ werden sehr anschaulich einige therapierte Kinder vorgestellt. Allerdings wäre eine systematische Zusammenfassung der für eine myofunktionelle Therapie zugänglichen Störungsbilder und ihrer Symptome zu empfehlen. Im Unterkapitel „1.7 Therapeutische Ansätze im Bereich des orofazialen Systems“ werden die von den Autorinnen als Vorbild genannten Verfahren von D. *Garliner*, R. *Castillo Morales*, B. *Padovan* sowie von D.A. *Hayden* (Taktkin) und von B. *Lleras/L. Müller* (GRUMS) kritisch gewürdigt und mit ihrem eigenen Berliner Therapieansatz verglichen. Dabei stellen sie ihre therapeutischen Ziele und einen Teil ihrer methodischen Grundsätze vor. In diesem Zusammenhang möchte der Rezensent einem Irrtum entgegenreten, der hier wie in vielen anderen Therapieansätzen für Vorschulkinder zu finden ist: Ein strukturierter Therapieablauf (*Garliner, Padovan*) stünde einem klientenzentrierten Ansatz (*Burhop et al.*) entgegen. Nein: Auch ein klares Behandlungsschema kann idiographisch orientiert sein, d. h., alle bei einem Einzelpatienten vorhandenen Defizite und Ressourcen

werden einbezogen. Andererseits sei bestätigt, dass in manchen Therapiestunden und -phasen auch ohne festen Programmablauf bei einer bestimmten Klientel sehr gute Fortschritte erreicht werden können.

Im 2. Kapitel stellen die Autorinnen wesentliche Grundgedanken zu ihrem myofunktionellen Konzept, dem Berliner Therapieansatz, dar (S. 24 bis 38). Im Unterkapitel „2.1 Rahmenbedingungen“, das in der neuen Auflage besser untergliedert ist, werden im Punkt 2.1.1 die Vorteile einer Gruppentherapie im Vorschulalter und die Prinzipien der Zusammenstellung einer Gruppe auf der Basis neuerer Literatur aufgeführt, und zwar viel überzeugender als in der 1. Auflage. Allerdings vermisst man die Anmerkung, dass es auch Kinder gibt, die zunächst von einer Gruppentherapie fast nicht profitieren. Unter dem etwas unscharfen Titel „2.2 Stundenmethodik“ werden zwar eingangs tatsächlich Hinweise zum Ablauf einer Therapiestunde beschrieben, dann aber allgemeine methodische Prinzipien subsummiert. So werden Chancen und Grenzen des kindzentrierten Ansatzes, das Rollenspiel, die Beachtung der Sitzhaltung und des ganzen Körpers bei den Übungen, die Bewegung im Raum überhaupt, das Spielen mit den Fingern und eine sehr sensible Nutzung des Therapiespiegels dargestellt. Damit erweitern die Autorinnen den Blick der myofunktionellen Therapeuten, sie erweisen sich als ganzheitlich handelnde Logopädinnen. In einem dritten Unterkapitel fassen sie ihre Erfahrungen mit den Eltern ihrer kleinen Patienten zusammen.

Im 3. Kapitel werden zunächst zur Diagnostik allgemeine Hinweise gegeben. Der abgedruckte Befundbogen „Übungsbogen zum diagnostischen Hintergrund“ enthält die wichtigsten Prüffelder bei mundmotorischen Störungen. Nach einem beispielhaft ausgefüllten Befundbogen folgen Erläuterungen zu allen erhobenen Befunden, wobei die angegebene Untersuchungsmethodik des Schluckens wohl kaum eine objektive Diagnose zulässt. Auch die wenigen Vorschläge zur Anamnese dürften nur ein ungenaues Bild über

die Entwicklung der oralmotorischen Kompetenzen und die Ursachen der myofunktionellen Störungen bei den betroffenen Kindern ermöglichen.

Den größten Raum nimmt das 4. Kapitel „Die Übungen“ (S. 57 bis 171) ein, wozu letztlich auch der Anhang mit Bastelanleitungen, einer Materialliste und Bezugsadressen, die allerdings aktualisiert werden müssten, gezählt werden sollen. Auch die zahlreichen Kopiervorlagen am Ende des Buches, die die Behandlungsziele symbolisierenden Zeichnungen, die bei jeder Übung erscheinen, die anderen hübschen Zeichnungen sowie die zahlreichen Abbildungen sind sowohl beim Lesen als auch für die therapeutische Praxis sehr hilfreich. Ein knappes Literaturverzeichnis beschließt den Text, in das allerdings noch einige zitierte Autoren, z. B. *Aucouturiers*, aufgenommen und von anderen Veröffentlichungen die neueren Auflagen herangezogen werden sollten, z. B. von *Böhme* (1983!), *Schalch* (1984) und *Wirth* (1990). Einige wenige Druckfehler hätten behoben werden müssen, z. B. heißt die bekannte Zeitschrift nicht „Stimme-Sprache-Gehör“, sondern „Sprache-Stimme-Gehör“.

Als sehr positiv ist die Einbeziehung der Erfahrungen aus Nachbardisziplinen zu werten, wie Ergotherapie, Krankengymnastik/Physiotherapie und Edukinästhetik. Davon profitiert insbesondere die Vielfalt der sehr ansprechenden myofunktionellen Übungen, vor allem der Bewegungsübungen, Spiele, Fingerspiele, Lieder und Sprechspiele, die vielfach über den orofazialen Bereich hinausreichen.

Zusammengefasst: Das zu rezensierende Buch ist allen Therapeuten zu empfehlen, die myofunktionelle Maßnahmen im Rahmen einer logopädischen, ergotherapeutischen, krankengymnastischen, mototherapeutischen und darüber hinausgehenden Beschäftigung mit Kindern im Vorschulalter und Schulalter einsetzen. Sein großer Wert liegt insbesondere in der Vielfalt gut beschriebener Übungsabläufe. Ein Buch – trotz mancher Unzulänglichkeiten

– für die tägliche myofunktionelle Praxis!

Volkmar Clausnitzer



Franke, Ulrike (2008): Artikulationstherapie bei Vorschulkindern. Diagnostik und Didaktik. 7. Auflage München/Basel: Reinhardt. ISBN 978-3-497-01944-1. 207 Seiten. € 17,90.

Fast jeder Sprachtherapeut und fast jede Logopädin therapieren dyslalische Vorschulkinder. Da sind Veröffentlichungen mit Übungs- und Spielsammlungen immer willkommen. Eine dieser Quellen ist seit über 20 Jahren U. Franke's „Artikulationstherapie“, die jetzt dankenswerterweise in 7. Auflage erschienen ist, eine insgesamt zu begrüßende Publikation. Mit ihrer Bemerkung im Vorwort zur 7. Auflage „Ist schon in Vergessenheit geraten, dass es mehr die Beziehung als das Material ist, die Kinder lernen lässt?“ (S. 9) spricht die Autorin dem Rezensenten voll aus dem Herzen. Diese Empathie für ihre Patienten, diese methodische Fantasie und Vielfalt sowie ihre jahrzehntelang gewachsenen Erfahrungen sind in dieser reichen Sammlung von Übungen und Übungsspielen zu spüren, machen einen Großteil ihres Wertes und damit auch ihrer Beliebtheit in unserem Fach aus, ohne dass wir uns in unserer täglichen Praxis allein auf die materiellen Hilfsmittel verlassen sollten.

Man kann das Buch in vier große Teile gliedern: Das erste Viertel (S. 13 bis 43) umfasst grundlegende Informationen zu Diagnostik, Indikation und zu einer Auswahl von theoretischen Therapieansätzen. Dann folgen methodisch-didaktische und psychologische

Anmerkungen (S. 44 bis 65). Den umfangreichsten Teil (S. 66 bis 195) findet man im Kernstück der Publikation mit zahlreichen Übungen und Spielen, einer themenzentrierten Wortliste sowie einer Liste von Arbeitsmaterialien. Im letzten Abschnitt können das Literaturverzeichnis sowie das Personen- und Sachregister zusammengefasst werden (S. 196 bis 207).

Frau *Franke* schreibt im Vorwort zur 3. Auflage (S. 11 der 7. Auflage), dass sie kein Lehrbuch vorlegen wird. Trotzdem sei die Bemerkung gestattet, dass in der neuesten Auflage ein moderneres theoretisches Fundament erwartet werden durfte, als es die von der 1. Auflage fast wörtlich übernommenen Ausführungen darstellen. Zumindest hätten einige kaum noch gebräuchliche Tests weggelassen und neueste Standardliteratur, z. B. Manfred *Grohnfeldts* fünfbandiges „Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie“ (2000 bis 2004) erwähnt und berücksichtigt werden sollen. Dagegen ist hervorzuheben, dass Tabelle 1 der Lautprüfstests (S. 17f.) durch neuere Verfahren ergänzt wurde. Ebenso ist die Aufnahme der psychologischen Analyse bei Artikulationsstörungen – wie schon in früheren Auflagen – zu bewerten. Allerdings finden wir eine solche ganzheitliche Diagnostik – wie von der Autorin auf S. 21 erwähnt – nicht nur bei *Dreher*, sondern auch schon bei *Krech* (1969) und anderen. Hier und in den folgenden Ausführungen zeigt sich aber der von U. *Franke* schon immer vertretene patientenzentrierte („idiographische“) Therapieansatz, der dem ganzen Buch zugrunde liegt und wohl auch den Erfolg ihres therapeutischen und publizistischen Wirkens mit begründet.

Die theoretischen Ansätze zur Therapie (Abschnitt C) werden in der 7. Auflage durch ein vorangestelltes Kapitel „Phonologische Störungen“ ergänzt, das Susanne *Mayer* beisteuerte (S. 26 bis 36). Allerdings hängt dieser kleine Aufsatz strukturell etwas in der Luft und hätte durchaus als erster Unterpunkt dieses Abschnittes C bezeichnet werden können. Dieses Kapitel ist unbedingt erforderlich, zeigt auch verschiede-

ne (US-amerikanische) Therapievor schläge, befindet sich aber insgesamt gesehen nicht auf dem gegenwärtigen Stand der europäischen Fachwissenschaft (*Hartmann* – *Schweiz, Klicpera* et al. – Österreich, *Schneider* et al. – Deutschland usw.). Vor allem fehlt die Erwähnung der Schulung metalinguistischer Fähigkeiten, z. B. der phonologischen Bewusstheit, die gerade im Vorschulalter auch hinsichtlich einer Prophylaxe von eventuell später auftretenden Schwierigkeiten beim Schriftspracherwerb notwendig ist. Begrüßenswert ist die von *Mayer* zitierte Schlussfolgerung *Kehltons* (1993), dass infolge der häufig zu beobachtenden Kombination phonologischer und phonetischer (motorischer) Defizite bei dyslalischen Kindern ein flexibles und vielschichtiges therapeutisches Vorgehen erforderlich ist (S. 36). Das entspricht auch *Frankes* Anliegen, einen patientenzentrierten, individuellen Lösungsansatz in der Therapie von Artikulationsstörungen zu verfolgen und in ihrem Praxisteil (Abschnitt F) anzubieten. Leider ist die Auswahl der beschriebenen therapeutischen Ansätze (S. 36 bis 43) doch reichlich antiquiert, wenn auch nicht überflüssig. Wenn schon nur Autoren von vor 1980 aufgeführt werden, hätten *Gutzmann, C. Rothe, Führung/Lettmayer, Krech, Wängler* und andere auch erwähnt werden können. Und ganz abgesehen davon, dass unter 11 Verfahren nur zwei deutsche genannt werden, wären neuere Ansätze dieser 7. Auflage angemessen gewesen.

Die Hinweise zur Reihenfolge der zu therapierenden Laute (Abschnitt D) und die didaktischen und psychologischen Anmerkungen (E), die sich unter anderem auf das Wesen des Spiels allgemein und im Besonderen auf seinen therapeutischen Bezug konzentrieren, sind aufgrund ihrer Praxisnähe zu begrüßen. Hervorzuheben ist auch die Neugestaltung des Kapitels 10, das sich mit der Rolle der Eltern der kleinen Patienten beschäftigt.

Studierenden unserer Fachrichtungen, aber auch Berufseinsteigern und langjähriger Tätigen ist die umfangreiche

Sammlung von Übungen und Spielen für den therapeutischen Alltag zu empfehlen (Abschnitt F). Der Aufbau der Unterkapitel zu den einzelnen Lauten (S. 124 bis 173) ist übersichtlich und gut nachzuvollziehen. Die diesen Kapiteln vorangestellten Ausführungen zur Sigmatismusgruppe, zur MFT (Myofunktionellen Therapie, verfasst von B. *Lleras*) und zum Training der Mundmotorik allgemein, zur Geräusch-, Klang- und Lautdifferenzierung sowie zur Lautlokalisierung vermitteln sehr viele Anregungen. Besonders erwähnt werden sollen die differenzierte Haltung der Autorin zum Einsatz der Einzel- versus Gruppentherapie, die beide erforderlich sind, die Zitierung der *Van Ripperschen* Prinzipien zur Durchführung mundmotorischer Übungen als Basistherapie in der Dyslaliebehandlung und dann die Aufführung der Übungen mit den verschiedenen Artikulationsorganen und der entsprechenden Spiele, die sich seit Jahrzehnten bewährt haben. In diesem Abschnitt F finden sich einige Erweiterungen im Vergleich zu vorangegangenen Auflagen mit neuen Beispielen, z. B. „Julklap“ (S. 174) im Kapitel 11 „Vielseitig einzusetzende Spiele“. Leider fehlt ein Unterkapitel mit Übungen und Spielen bei phonologischen Defiziten der kleinen Dyslaler. Sehr hilfreich sind die Wortlisten zu bestimmten Themenkomplexen und das auf dem neuesten Stand befindliche Verzeichnis von Arbeitsmaterialien, die zum Teil im Internet zu finden sind.

Ebenso ist die sehr gute Ausstattung des Buches, der leserfreundliche Satz und das fast vollständige Fehlen von Druckfehlern hervorzuheben. Leider wurden einige Druckfehler aus früheren Auflagen nicht beseitigt, z. B. S. 66 „Nachdem wird...“ (soll heißen „wir“) oder S. 164 „Mausegeschichten“ statt „Mäuse-...“. Und ist auf S. 20 die Definition der Phoneme als bedeutungstragende Einzellaute auch ein Druckfehler? Im „Logopädischen Handlexikon“ werden die linguistischen Grundbegriffe von Frau *Franke* natürlich richtig beschrieben. Da die „Artikulationstherapie“ auch für Studierende zu empfehlen ist und aus

Gründen der wissenschaftlichen Aktualität, sollten im Literaturverzeichnis einige Veränderungen vorgenommen werden. So ist es schade, dass häufig nicht die neueste Auflage der zitierten Autoren genannt wird, z. B. *Böhme* (immer noch 1980!), *Breuer/Weuffen* (1977), *Clausnitzer/Clausnitzer* (1990), *Kittel* (1990), *Kramer* (1976) und *Weinert* (1982). Auch vermisst man einige Standardwerke, z. B. zur MFT von H. und V. *Hahn*, E. *Thiele* und anderen, aber auch zu weiteren grundlegenden Ausführungen der Autorin. Ebenso sollten verschiedene bibliographische Angaben im Literaturverzeichnis korrigiert werden: Es fehlen Seitenzahlen bei Aufsätzen aus Sammelbänden, z. B. *Müssig* (1991), zum Teil auch bei Zeitschriftenartikeln, z. B. *Müller* (1973) und *Lleras/Müller* (1993). Auch vermisst man die Jahrgangangaben bei mehreren Artikeln aus Zeitschriften, z. B. *Scholz* (1974) und *Telage* (1980).

Zusammengefasst: Die „Artikulationstherapie“ ist allen Studierenden und Praktikern unserer Fachrichtungen vor allem wegen des großen Reichtums an Übungen und Spielen zu empfehlen. Eine wünschenswerte Neuauflage sollte aber den aktuellen Stand der Fachwissenschaft berücksichtigen.

Volkmar Clausnitzer

Historisches

55 Jahre Sprachheilkindergarten und 80 Jahre Sprachheilschulklassen in Erfurt

Für Kinder mit Sprach- und Stimmstörungen entstanden seit dem Beginn der 20er Jahre an den Volksschulen so genannte „Sonderklassen für Sprachkranke“ (Sprachheilschulklassen). In einer 1927 erstellten und 1928 ergänzten Bestandsaufnahme der „Schuleinrichtungen für sprachleidende Kinder in Deutschland“ konnten in 14 Städten derartige Einrichtungen festgestellt

werden, darunter in Erfurt. In den Sprachheilklassen, die höchstens 20 Kinder umfassten, wurden sprachgestörte Kinder, v. a. Stotterer, Stammer und Polterer gesammelt. Sie wurden nach dem Lehrplan der Volksschule unterrichtet, erhielten jedoch gleichzeitig besonderen Sprachheilunterricht. In der Regel konnten die Kinder nach geraumer Zeit geheilt oder wesentlich gebessert aus der Sprachheilklasse entlassen werden und an die Normalschule zurückkehren, so dass der Erfurter Schulrat 1929 einschätzte, die Einrichtung der Sprachheilklassen in Erfurt hätte sich durchaus bewährt. Die in der evangelischen Volksschule 1 untergebrachten Sprachheilklassen wurden 1930 zu einer Sprachheilschule zusammengefasst, an der dann sechs Lehrer unterrichteten. Einen Bruch in all diesen Bemühungen brachte der zweite Weltkrieg. Die Sprachheilschule, ja selbst alle Sprachheilklassen, wurden zu Beginn des Schuljahres 1940/41 aufgelöst. Der bereits spürbare Mangel an Lehrkräften erlaubte die Förderung sprachbehinderter Kinder in wesentlich kleineren Klassen als üblich nicht mehr. Nach dem Krieg mündeten die Bemühungen der Erfurter Sprachheilpädagogen um die Neubelebung ihrer Institution am 1. Dezember 1950 in die Wiederbegründung der Erfurter Sprachheilschule. Zu eben diesem Zeitpunkt belebte sich die thüringische Sonderschullandschaft um noch drei weitere Sprachheilschulen: Altenburg, Meiningen und Weimar. Die neue Erfurter Sprachheilschule entstand mit zunächst einer Klasse in einer Grundschule, ist aber seit 1954 in einem eigenen Schulobjekt untergebracht.

Bereits in den dreißiger Jahren wurde dem Sprachheilkindergarten von führenden Sprachheilpädagogen große Bedeutung beigemessen. Jedoch gab es nur in sehr wenigen Städten, u. a. in Berlin, Halle und Magdeburg, als Sprachheilkindergärten zu bezeichnende Einrichtungen. Nach dem Krieg, im Zusammenhang mit dem Wiederaufbau der Sprachheilschulen, kam es zur verstärkten Gründung von Sprachheilkindergärten. Das angestreb-

te Ziel der sprachheilpädagogischen Arbeit im Kindergarten war im allerbesten Fall die altersgerechte Einschulung in die Normalschule; ansonsten wurde die Weiterbehandlung in der Sprachheilschule empfohlen. Der Erfurter Sprachheilkindergarten wurde am 17. März 1952 als zweiter Sprachheilkindergarten der DDR (nach Chemnitz) gegründet. Gründerin und langjährige Leiterin des Kindergartens war Frau Adelheid North, verheiratete Daniel, die über 30 Jahre lang zweifellos den größten Anteil an der Profilierung des Sprachheilkindergartens in Erfurt hatte. Die Voraussetzungen dafür erwarb sie mit der Ausbildung in einem, in den 50er Jahren gänzlich neuen Ausbildungslehrgang für Kindergärtnerinnen und Internatserzieher an Sonderschulen am Institut für Sonderschulwesen der Humboldt-Universität zu Berlin, der sie unter anderem dazu befähigte, didaktische Spiele für die sprachtherapeutische Behandlung von Vorschulkindern zu entwickeln. Beispielhaft sei dafür die Entwicklung eines sogenannten Lautprüfmittels durch Adelheid North genannt. Unter Verwendung einer durch einen Hamburger Sprachheilpädagogen entwickelten sogenannten Lauttreppe gestaltete Frau North ein pädagogisches Instrument zur Diagnostik und Lernfortschrittskontrolle bei der Behebung von Sprachstörungen von Vorschulkindern, v. a. bei Stammelern. Es enthält alle 61 Laute und Lautverbindungen (Konsonanten), deren richtige bzw. fehlerhafte Aussprache anhand dieser Übersicht geprüft wird. Die Northsche Lautübersicht war in der Form eines „Hauses des Kindes“ ausgeführt, dessen Fenster mit fortschreitendem Übungserfolg farbig gestaltet werden durften.

In den sechziger Jahren begann man, die in Erfurt bestehenden sprachheilpädagogischen Einrichtungen zu einem logopädischen Zentrum auszubauen, dem außer Schule und schulvorbereitender Einrichtung heute auch eine sonderpädagogische Beratungsstelle für Sprach- und Stimmgestörte angehört.

Dr. Antje Bauer

AUSSCHREIBUNG

FÖRDERPREIS

Leben pur 2009

zum Thema:

KOMMUNIKATION BEI MENSCHEN MIT SCHWERSTEN BEHINDERUNGEN

Das Wissenschafts- und Kompetenzzentrum der Stiftung Leben pur vergibt im Rahmen seiner Jahrestagung Leben pur in München am 6. März 2009 einen dotierten Preis für eine Arbeit, die sich mit dem Thema Kommunikation bei Menschen mit schwersten Behinderungen auseinandersetzt. Als schwerstbehindert (körperlich und geistig) gelten Menschen, die zur Befriedigung ihrer Grundbedürfnisse in allen Lebensbereichen umfassend auf die Hilfe und das Verständnis ihrer Mitmenschen angewiesen sind. Basale, körpereigene Kommunikation ist oftmals die einzige Ausdrucksmöglichkeit, die dieser Personengruppe zur Verfügung steht.

Ausgezeichnet wird eine herausragende wissenschaftliche Arbeit oder eine Arbeit, die besonders innovativ oder anwendungsorientiert ist und damit eine hohe praktische Relevanz aufweist. Sie soll einen Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität von Kindern, Jugendlichen oder Erwachsenen mit schwersten Behinderungen leisten.

Der Preis ist mit 3.000 € dotiert

Die Vergabe ist nicht an eine bestimmte Fachdisziplin gebunden. Projekte und Konzepte aus der Praxis sowie wissenschaftliche Abschlussarbeiten (Diplom, Magister, Bachelor, Master, Staatsexamen) und Dissertationen aus den Bereichen Heil- und Sonderpädagogik, Pflegewissenschaft, Sozial- und Geisteswissenschaften, Medizin und anderen themenverwandten universitären oder praktisch-therapeutischen Fachbereichen können eingereicht werden. Über die Vergabe des Preises entscheidet eine unabhängige, interdisziplinär zusammengesetzte Jury. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

Einssendeschluss: 1. Dezember 2008 (Datum des Poststempels)

Die Bewerbungsunterlagen sollen vier Kopien der Originalarbeit, vier separat beigefügte Zusammenfassungen dieser Arbeit (von ca. 10 bis 15 Seiten) und einen kurzen Lebenslauf enthalten.

Einreichung und Kontakt an:

Wissenschafts- und Kompetenzzentrum
der Stiftung Leben pur
Herr Gerhard Grunick
Adamstraße 5, 80636 München
grunick@stiftung-leben-pur.de
www.stiftung-leben-pur.de

Stiftung
Leben pur



DYSPHAGIE Fachseminare für Ärzte, Therapeuten & Pflegekräfte Dysphagiezentrum Erfurt

Zentrum für Diagnostik und Therapie bei Schluckstörungen
Mirko Hiller, MSc/Neurorehabilitation

Seminare 2008 / 2009

„Trachealkanülenmanagement“
- von der Diagnostik bis zur Dekanülierung -
Die strukturierte Therapie des tracheotomierten Patienten
Intensiv-Tageskurs

10. Mai 2009 in Erfurt 160,- inkl. Script
11. Oktober 2009 in Erfurt 160,- inkl. Script
Vorankündigung für 2009 in Zürich / CH

Aufbaukurs Dysphagie
Befunderhebung und Therapieplanung bei Schluckstörungen
mit Hilfe klinischer und endoskopischer Diagnostik
(FEES - fiberoptic endoscopic examination of swallowing)

09. Mai 2009 in Erfurt 160,- inkl. Script
10. Oktober 2009 in Erfurt 160,- inkl. Script
Vorankündigung für 2009 in Zürich / CH

Strukturierte Diagnostik und evidenzbasiertes Vorgehen
bei Schluckstörungen in Akuthaus,
Rehabilitationseinrichtung und freier Praxis
erweiterter Basiskurs 3 Tage
(inkl. Einführung ins Trachealkanülenmanagement)

30.01-01. Februar 2009 in Dresden / Freiberg 270,- inkl. Script
24.-26. April 2009 in Erfurt 270,- inkl. Script
25.-27. September 2009 in Erfurt 270,- inkl. Script
27.-29. November 2009 in Dresden / Freiberg 270,- inkl. Script
Vorankündigung für 2009 in Zürich / CH

Die Behandlung von Fazialispareesen nach PNF

10. Oktober 2009 in Erfurt 150,- inkl. Script

Strukturierte Beratung Angehöriger von Dysphagiepatienten ©
Mirko Hiller, MSc 2005

Termine auf Anfrage

(Kombination Aufbau- und Trachealkanülenkurs an einem Seminarort: 250,- €)

Anmeldungen, Anfragen, Informationen, weitere Termine, Supervisionen:

Dysphagiezentrum Erfurt, Mirko Hiller, Böcklinstraße 1, 99096 Erfurt

e-mail: kontakt@dysphagie-seminare.de | Internet: www.dysphagie-seminare.de | Tel.: 0361 - 51 89 572

weiterbildung@blindow-gruppe.de
blindow-gruppe.de

Ihre erste Wahl

- Bobath-Kindertherapie mit Simone Bouillet
- Kinesiologie in der Logopädie (Ludwig Thöle)
- P.N.F. in der Logopädie (Ulrich Engelbach)
- Touch for Health (Birte Heissenberg)
- und viele weitere Angebote

Tel.: 03 41 / 6 99 47 24



FAX: 03 41 / 6 99 36 21

Anerkannte Weiterbildung in Ihrer Nähe
Bernd-Blindow
GRUPPE

Bad Sooden-Allendorf
Baden-Baden, Friedrichshafen, Hannover, Kassel, Leipzig



Heute
schon gesurft?

Logopädin
mit langjähriger Erfah-
rung, sucht Mitarbeiter in
Praxis oder Einrichtung.
0945-3322

Wir suchen eine/n
Sprachheilpädagogin
für die Therapie von Kindern
Sprachheilmusik
Musterstr. 1
27173 Osterstedt

Stellenanzeigen erscheinen kostenlos auf
unserer Homepage im Internet

www.verlag-modernes-lernen.de

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

Mehrsprachigkeit: SCREEMIK 2, Neuerscheinung! (Russisch-Deutsch, Türkisch-Deutsch)

Computergestütztes Verfahren zur Feststellung
des Sprachstandes in der Erstsprache bei Kindern mit
Migrationshintergrund

- **Ziel:** Einschätzung des sprachlichen Entwicklungsstandes von mehrsprachigen Kindern, die wenig oder kaum Deutsch sprechen
- **Zielgruppe:** alle Berufsgruppen, die sprachtherapeutisch tätig sind
- **Besondere Merkmale:** für 4–6-jährige russisch-deutsche und türkisch-deutsche Kinder normiert, sprachtheoretisch fundiert, reliabel und valide, leicht in der Durchführung und Bedienung, Berichterstellung und Interpretation der Ergebnisse automatisch durch einen einzigen Mausklick, d.h. keine zusätzliche Protokollier- oder Auswertungszeit, kindgerecht konzipiert, zeitökonomisch (ca. 15–20 Min. Durchführungszeit).
- **Erfordert:** keine Kenntnisse der Erstsprache des Kindes und ein absolutes Minimum an Computererfahrung.

Weitere Infos und Bestellung:

www.screemik.de; Tel. 089 54727099; Fax: 089 54727190



ISST-Unna – Fortbildungen Kurstermine 2009

Kurs 1

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

Teilnehmer: Therapeuten, Ärzte, Zahnärzte, Kieferorthopäden
Termin: 27. – 28.03.2009, 9.00 – 17.00 Uhr
Leitung: Dr. K.-J. Berndsen / S. Berndsen
 270,- € (incl. Getränke u. Mittagessen)

Kurs 2

FACE-FORMER-Therapie (FFT) und OSP (Orale-Stimulations-Platten) Cranio-Cervicales-Myofunktions-Modell-CCMF (Berndsen/Berndsen)

Teilnehmer: Therapeuten, Ärzte, Zahnärzte, Kieferorthopäden
Leitung: Dr. K.-J. Berndsen / S. Berndsen
Termine: 20.03. – 21.03.2009, 9.00 – 17.00 Uhr
 18.09. – 19.09.2009, 9.00 – 17.00 Uhr
 270,- € (incl. Getränke u. Mittagessen)
 Prüfungen zur Zertifizierung: 50,- €

Kurs 3

TAS - Trainingstherapie bei Apnoe und Schnarchen Zweitägiger Kurs für Therapeuten und Ärzte, Zahnärzte mit Zertifizierung

Termin: 13. – 14.11.2009, 9.00 – 16.30 Uhr
Leitung: Dr. K.J. Berndsen / S. Berndsen
 420,- € (incl. Getränke u. Mittagessen, Informations-, Demonstrations- und Therapiematerialien im Wert von 180,- €)

Kurs 4

Praxis der MFT

Teilnehmer: Therapeuten, Ärzte, Zahnärzte, Kieferorthopäden
Leitung: Dr. K.-J. Berndsen / S. Berndsen
Termine: nach Vereinbarung!
 150,- € (incl. Getränke und Mittagessen)

Kurs 5

Orofaziale Behandlungsansätze (für Fortgeschrittene)

Teilnehmer: Therapeuten, Ärzte, Zahnärzte, Kieferorthopäden
Termin: 06.11. – 07.11.2009, 9.00 – 17.00 Uhr
Leitung: Dr. K.-J. Berndsen / S. Berndsen
 270,- € (incl. Getränke und Mittagessen)

Kurs 6

Allgemeine Hospitationstage oder Supervisionstage in Vorbereitung zum „TAS-Trainer“ am ISST-Unna

Termine: nach Vereinbarung!
Leitung: Dr. K.J. Berndsen / S. Berndsen / Mitarbeiter
Ort: ISST Unna, Wasserstr. 25, 59423 Unna
 Hospitationstag: 80,- €
 Supervisionstag für TAS-Training: 100,- €

Kurs 7

Übungen zur Stimmbildung und Rhetorik

Mehrtägige Übungen für professionelle Sprecher, Sänger etc.
Termine: nach Vereinbarung!
Leitung: Dr. K.J. Berndsen / S. Berndsen
Ort: ISST Unna, Wasserstr. 25, 59423 Unna



Information und Anmeldung:

ISST-Unna
 Dr.K.-J. Berndsen und S. Berndsen
 Wasserstr. 25, 59423 Unna
 Tel: 02303-96933-0 o. 868 88 Fax: 02303-898 86
 E-Mail: buero@isst-unna.de, H.-Page: <http://www.isst-unna.de>

Stellenanzeige



Medizinische Akademie

Köln

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

An unserer **staatlich anerkannten Schule für Logopädie in Köln** suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt in Vollzeit oder in Teilzeit eine/n

LEHRLOGOPÄDEN/IN

für den theoretischen und praktischen Unterricht



Internationaler Bund (IB) · Medizinische Akademie
 Staatlich anerkannte Schule für Logopädie
 Frau Fischer · Universitätsstraße 43 · 50931 Köln
 Tel. 0221/94 40 54-0 · logo.koeln@med-akademie.de
www.med-akademie.de



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

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

Standort: Sprachheilpädagogik



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

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



verlag modernes lernen - Dortmund

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

Juliane Giesbert / Christina Lücking / Christina Reichenbach
**Gestaltung, Förderung und Diagnostik
 von Lernprozessen im Grundschulbereich**

Ein Arbeitsbuch für pädagogische und / oder therapeutische Fachkräfte

Dieses Buch zeichnet sich dadurch aus, dass es vielfältige und umfangreiche Praxisanregungen für die Gestaltung, Förderung und Diagnostik in den Fächern Deutsch, Sachunterricht, Mathematik und Sport beinhaltet. Das Buch umfasst ein Lern- und Bildungsverständnis, welches an den aktuellen Rahmenrichtlinien orientiert ist und Möglichkeiten aufzeigt, sowohl lernziel- als auch lernprozessorientiert zu arbeiten. Neben konkreten Praxisanregungen werden allgemeine Anregungen zur Gestaltung von Lernprozessen sowie fächerübergreifende Methoden für Lehrende und Lernende veranschaulicht. 2008, 256 S., farbige Abb., Format 16x23cm, fester Einband ISBN 978-3-8080-0625-2, Bestell-Nr. 1234, € 22,50



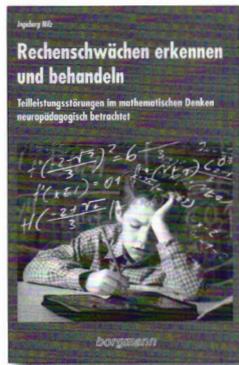
Ingeborg Milz

**Rechenschwächen
 erkennen und behandeln**

Teilleistungsstörungen im mathematischen Denken neuropädagogisch betrachtet

Unter neuropädagogischem Verständnis geht es darum, die Lernprobleme des Kindes von verschiedenen Seiten her einzuschätzen und „anzugehen“. Dabei wird in Theorie und umfangreicher Praxis differenziert bei der „Behandlung“ von Rechenproblemen vorgegangen.

Dieses Buch ist ein Praxis-Handbuch für Pädagogen und Pädagoginnen. Montessori spricht vom mathematischen Geist, der schon im Kindergartenalter zu entwickeln sei. Wenn es dafür die „Vorbereitete Umgebung“ gibt und die Haltung des Erwachsenen heißt: „Hilf mir, es selbst zu tun“ und wenn der Erwachsene dann noch weiß, was zu tun ist, kann es für die „Entwicklung des mathematischen Geistes“ nie zu früh sein. 6. Aufl. 2004, 392 S., Format 16x23cm, fester Einband ISBN 978-3-86145-272-0, Bestell-Nr. 8005, € 25,50



**Lernen fördern
 in der Grundschule**

Carin de Vries

DIFMaB

Diagnostisches Inventar zur Förderung Mathematischer Basiskompetenzen

Das Inventar gibt Hinweise, wo mathematische Kompetenzen beginnen, wie sie aufeinander aufbauen, welche Kompetenzen beim Einzelnen bereits vorhanden sind und welche es ggf. noch gezielt zu fördern gilt. Das strukturierte Material umfasst den gesamten pränumerischen Bereich bis hin zu den Grundrechenarten. Bilder und Zeichnungen sind der Alltagswelt der Kinder entnommen und zeigen so einen eindeutigen Lebensweltbezug auf. Eine Verknüpfung von Alltagserfahrungen mit den Übungen ist somit einfach herzustellen.

Grundlage bilden entwicklungsstufenbezogene Kompetenzen und Ebenen des individuellen Zugangs, um bereits Kindern im Vorschulalter, Kindern mit Förderbedarf oder im Eingangsbereich der Grundschule entsprechende Anregungen geben zu können.

2008, 168 S., farbige Vorlagen, Format DIN A4, Ringbindung ISBN 978-3-8080-0624-5, Bestell-Nr. 3645, € 19,80 bis 31.8.08, danach € 22,50



Dietrich Eggert unter Mitarbeit von Günter Ratschinski und Christina Reichenbach

DMB - Diagnostisches Inventar motorischer Basiskompetenzen zur Diagnostik von Kindern im Grundschulalter

Die neu bearbeitete Fassung des DMB beinhaltet als Inventar nach wie vor eine Fülle von alltagsnahen Beobachtungssituationen, aus denen der Anwender sich seine diagnostischen Sequenzen individuell angepasst zusammenstellen kann. Die Beobachtungsaufgaben und -situationen zeichnen sich dadurch aus, dass sie direkt verschiedene Schwierigkeitsgrade und Variationsmöglichkeiten beinhalten. So kann der Anwender des Verfahrens Kindern mit verschiedenen besonderen Bedürfnissen individuelle Angebote unterbreiten, die sowohl für die Beobachtung und Diagnostik als auch für die Förderung relevant sind.

4., überarb. Aufl. 2008, 272 S., Beigabe: CD-ROM mit Formular-Kopiervorlagen, Format 16x23cm, fester Einband ISBN 978-3-86145-295-9, Bestell-Nr. 8524, € 29,80



BORG MANN MEDIA

verlag modernes lernen borgmann publishing

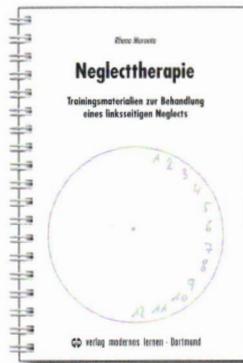
Schleefstr. 14 • D-44287 Dortmund • Kostenlose Bestell-Hotline: Tel. 0800 77 22 345 • FAX 0800 77 22 344
 Ausführliche Informationen und Bestellen im Internet: www.verlag-modernes-lernen.de

Die Sprachheilarbeit

Fachzeitschrift für Sprachheilpädagogik
und Sprachtherapie

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

Kaufen • Lesen • • • Anwenden • • •



Anne Schellhorn / Bettina Bogdahn / Josef Pössl
Soziales Kompetenztraining für Patienten mit erworbener Hirnschädigung
Ein Therapiemanual für die neurologische Rehabilitation
2008, 86 S., **Beigabe: CD-ROM** mit Arbeitsblättern, Format DIN A4, Ringbindung
ISBN 978-3-86145-296-6 Bestell-Nr. 8569, € 29,80

Sandra Verena Müller / Sandy Harth / Ulrike Klaue
„Dann mache ich mir einen Plan!“
Arbeitsmaterialien zum planerischen Denken
2008, 144 S., **Beigabe: CD-ROM** mit 85 Vorlagen, Format DIN A4, Ringbindung, ISBN 978-3-8080-0622-1, Bestell-Nr. 1071, € 29,80

Rhena Moronta
Neglecttherapie
Trainingsmaterialien zur Behandlung eines linksseitigen Neglects
2008, 44 S., stabiler Karton, durchgehend glanzfolienkaschiert, abwaschbar, Format DIN A4, Ringbindung
ISBN 978-3-8080-0633-7 Bestell-Nr. 1074, € 29,80

Sabine Pauli / Andrea Kisch
Handgeschicklichkeit bei Kindern
Spielerische Förderung von 4-10 Jahren
2008, 164 S. (enthält RAVEK-Kopiervorlage), Format DIN A5, Ringbindung
ISBN 978-3-8080-0627-6, Bestell-Nr. 1070, € 15,80

Dazu erhältlich:
RAVEK – Ravensburger Erhebungsbogen fein- und grafomotorischer Kompetenzen
Okt. 2008, 13 Blatt als ausdrückbare PDF-Datei auf CD-ROM, in Plastikhülle,
ISBN 978-3-8080-0634-4, Bestell-Nr. 1075, € 9,80

Erster Band der Reihe „Mit Seil und Knoten“
Axel Heisel
Schaukeln, Seilbrücken, Hangeln & Co.
Einfache Seil- und Knotentechniken für Drinnen und Draußen
2008, 200 S., farbige Abb., Format 16x23cm, Ringbindung
ISBN 978-3-8080-0626-9 Bestell-Nr. 1236, € 19,80

BORGSMANN MEDIA

 verlag modernes lernen  borgmann publishing

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