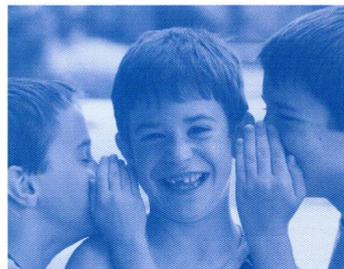


Sprachheilarbeit

Fachzeitschrift für Sprachheilpädagogik
und akademische Sprachtherapie



Sprachliche und adaptive Kompetenzen bei Jungen mit Fragilem-X-Syndrom im frühen Kindesalter

Klaus Sarimski

Sprachentwicklungsdiagnostik bei mehrsprachigen Vorschulkindern: Erfassung der deutschen Zweitsprache mit dem SETK 3-5

Doreen Asbrock



Verbandsnachrichten dgs

Interview: Ist die inklusive Schule der Weg zur inklusiven Gesellschaft?

Verbandsnachrichten dbs

dbs leitet erstes Schiedsverfahren in Berlin ein
Schweinegrippe in der Praxis

dgs | dbs



Drei aus Theorie und Praxis gewonnene Ideen, wie man die ethische Zielvorstellung einer inklusiven „Schule für Alle“ desavouieren kann

Man nehme ein ethisch hehres Ziel der gemeinsamen Bildung für alle und setze dies im gegliederten, *föderalen* und unterfinanzierten Bildungssystem der Bundesrepublik um. Dieses würze man mit theoretischen Überlegungen, die einseitig verstanden werden können und fertig ist ein Cocktail, dessen Ingredienzien im Nachhinein schwer zu isolieren sind und der bei betroffenen Menschen mit Sprach- und Kommunikationsstörungen zu dauerhaften (Mitbe-)Stimmungsstörungen führen kann.

Doch gehen wir in ausgewählte Details. Während sich Sprachheilpädagogik schon seit mindestens 30 Jahren als eine vom Förderort unabhängige Unterstützungsressource sieht und in einem „flexiblen System“ auch in der inklusiven Schule spezifische Unterstützung bieten kann, fordert ein Proponent der inklusiven Schule die „Umspezialisierung“ der Sonderpädagogik (A. Hinz 2009)* Sicher – der historisch gewachsene Kanon der sonderpädagogischen Fachrichtungen deckt die Heterogenität und Komplexität von Problemlagen der Schülerinnen und Schüler nur ungenügend ab. Allerdings kann eine „Umspezialisierung“ bei gleichbleibenden Ressourcen sowohl in der akademischen Bildung als auch in der Praxis nur durch Verbreiterung des Zuständigkeitsbereiches und damit mit einer gefährlichen Verflachung erreicht werden. Überdeutlich wird dies, wenn Studienstätten mit 16 SWS hauptamtlicher Lehrkapazität Sprachheilpädagogik über die gesamte Lebensspanne und unter Einbeziehung von Unterstützter Kommunikation vermitteln sollen. Dies wird auf die inklusive Schule zurückfallen, da sie es nicht schaffen wird, ohne die Hinzuziehung spezialisierter Experten die spezifischen Barrieren, die aus sprachlich-kommunikativen Störungen herrühren, zu beseitigen oder zu vermindern – es sei denn, sie erkennt den sprachlichen Charakter der Barriere erst gar nicht.

Und damit wären wir bei einer zweiten guten Möglichkeit, das gewünschte Ziel zu verfehlen. Wird das subsidiäre Prinzip der Sonderpädagogik, also nachrangig zuständig zu sein, wenn andere, allgemeine Fördermaßnahmen nicht zum erwünschten Erfolg führen, so eng ausgelegt, wie es in manchen Bundesländern schulische Praxis ist, so erschafft sich inklusive Schule die Heterogenität selbst. Dass die inklusive Schule diese Heterogenität vorbehaltlos akzeptiert, macht es zwar kollektiv leichter, aber im Einzelfall schwerer, das Ziel der vollen Entfaltung der Persönlichkeit, sowie ihrer geistigen und körperlichen Fähigkeiten zu erreichen (*nach Artikel 24 Konvention der Rechte von Menschen mit Behinderungen*). Die enge Auslegung der Subsidiarität bedeutet nämlich den Verzicht auf eine wesentliche, pädagogische Kompetenz: auf die Fähigkeit, Entwicklungen abzuschätzen und präventiv tätig zu werden. Zwar stehen flexible, gemeinsame Eingangsklassen u. ä. Konzepte unter dem Stern der pädagogisch erwünschten, unvoreingenommenen Offenheit gegenüber den Entwicklungsmöglichkeiten des Kindes. Ohne fachspezifische – hier: sprachheilpädagogische – Unterstützung jedoch wird die Chance versäumt, früh, ganz im Sinne der ICF (*International Classification of Functioning, Disability and Health*), geistige Funktionen und Strukturen zu identifizieren, die später im Bildungsgang zu Barrieren führen können. Präventives Arbeiten ist aus Sicht der Sprachheilpädagogik weniger ein vorschneller Akt der Etikettierung denn ein Vermeiden späteren Scheiterns. Und es berücksichtigt, dass es für sprachliche Lerninhalte, anders als für viele andere Lerninhalte, zum Teil bestimmte, optimale Erwerbszeiträume gibt. Wird diese präventive Arbeit versäumt, so erwachsen daraus später allgemeine Lernschwierigkeiten, deren sprachlicher Ursprung kaum noch zu erkennen ist. Dieser spätere Anstieg der Lernschwierigkeiten könnte also eine hausgemachte, systemische Folge sein.

* Hinz, A. (2009): Inklusive Pädagogik in der Schule – veränderter Orientierungsrahmen für die schulische Sonderpädagogik? Oder doch deren Ende?? Inklusive Pädagogik in der Schule – veränderter Orientierungsrahmen für die schulische Sonderpädagogik? Oder doch deren Ende. Zeitschrift für Heilpädagogik 5, 171 -179.

Hauptbeiträge

- Sprachliche und adaptive Kompetenzen bei Jungen mit Fragilem-X-Syndrom im frühen Kindesalter** 190

Klaus Sarimski

- Sprachentwicklungsdiagnostik bei mehrsprachigen Vorschulkindern: Erfassung der deutschen Zweitsprache mit dem SETK 3-5** 197

Doreen Asbrock

Magazin

- Sprachliche Inhalte – Herzstücke einer elektronischen Kommunikationshilfe** 204

Sabine Ell

- Inklusive Bildung braucht exklusive Professionalität – Entwurf für eine ‚Inklusive Sprachheilpädagogik‘** 212

Christian W. Glück und Jörg Mußmann

- Inklusion global. Aufbau des ersten BA-Studienganges ‚Special Needs Education‘ mit Schwerpunkt ‚Speech and Language Impairment‘ in Tansania.** 220

Ulrike Lüdtko

- Mitteilungen** 231

Aktuelles

- Aktuelles dbs 232

- Aktuelles dgs 236

- Termine 240



www.dgs-ev.de

www.dbs-ev.de

Zum Dritten apropos „systemisch“: Verquickt man die Idee der inklusiven Schule ausschließlich mit einem nicht-individuumsbezogenen, sondern situationsbezogenen Ansatz systemischer Förderung, so ist durchaus Gutes erreicht: die Festlegung einer Person durch personbezogene Zuschreibungen von Defiziten unterbleibt und eine (sprach-)entwicklungsförderliche Lernumgebung wird geschaffen. Was aber wird verschenkt? Die Sprachheilpädagogik hat (zumindest in Teilbereichen) stark auf den individuellen Entwicklungsstand und das individuelle Bedingungsgefüge hin ausgerichtete Methoden übernommen und entwickelt, bei denen durch die gezielte Rezeption, Produktion und Reflexion sprachlicher Zielstrukturen durch das Kind der Erwerb sprachlicher Fähigkeiten angeregt werden kann. Und diese individualisierende Vorgehensweise hat auch im Gruppensetting Erfolg. Nur in der Integration systemisch-situationsorientierter und individuell-problemorientierter Perspektiven kann Sprachheilpädagogik erfolgreich ihre Fähigkeiten in der inklusiven Schule oder auch in der zeitlich befristet segregierenden Sprachheilschule entfalten.

Inklusion braucht Sprachheilpädagogik! Das kollektive Ziel einer diskriminierungsfreien, demokratischen Gesellschaft ist nur über die individuelle, chancengleiche Teilhabe auch ihrer sprachbehinderten Mitglieder zu erreichen.

Christian W. Glück, Heidelberg



Sprachliche und adaptive Kompetenzen bei Jungen mit Fragilem-X-Syndrom im frühen Kindesalter

Linguistic and adaptive competence in young boys with fragile-X-syndrome

Klaus Sarimski, Heidelberg

Zusammenfassung

Die Entwicklung sprachlicher und adaptiver Kompetenzen verläuft bei Jungen mit Fragilem-X-Syndrom erheblich verzögert. Bisher liegen jedoch nur wenige Untersuchungen zum Entwicklungsverlauf im frühen Kindesalter vor. Es wird über eine Studie bei 26 Jungen mit Fragilem-X-Syndrom im Alter zwischen 30 und 88 Monaten berichtet. Die Daten zeigen eine beträchtliche individuelle Variabilität im Entwicklungsverlauf. Relative Schwächen im Profil der adaptiven Kompetenzen liegen im Bereich der expressiven Sprache und der Fähigkeiten zur Gestaltung sozialer Beziehungen. Für den Entwicklungsverlauf spielt die Ausprägung autistischer Verhaltensmerkmale eine besondere Rolle. Die Behandlung von Jungen mit Fragilem-X-Syndrom muß sich auf die syndromspezifischen Entwicklungs- und Verhaltensmerkmale einstellen und sollte interdisziplinär angelegt sein.

Summary

The development of linguistic and adaptive competence in boys with Fragile-X-syndrome is delayed. However, there is a lack of studies concerning early childhood. The parents of 26 boys with Fragile-X between 30 and 88 months participated in a study. The results reveal considerable individual variability. The profile of adaptive competence shows weaknesses in expressive linguistic abilities and social relationships which correlate with autistic features. Speech and language intervention programs should be adapted to the specific behavioral phenotype of Fragile-X and should be an interdisciplinary effort.

1 Fragiles-X-Syndrom

1.1 Entwicklungs- und Verhaltensmerkmale

Beim Fragilen-X-Syndrom handelt es sich um die häufigste ererbte Form einer intellektuellen Behinderung. Das Störungsbild resultiert aus einer Mutation des FMR1-Gens, das auf dem X-Chromosom (Xq27.3) lokalisiert ist. Bei Nichtbetroffenen besteht es aus maximal 55 CGG-Wiederholungssequenzen von Nukleotiden. Bei Menschen mit Fragilem-X-Syndrom liegt eine Expansion auf eine 200- oder mehrfache Repeatsequenz vor, die die Funktion des Gens zur Proteinproduktion ausschaltet. Dieses Gen hat offenbar eine wesentliche Bedeutung für die neuronalen Reifungsprozesse. Neben leichteren körperlichen Besonderheiten kommt es zu kognitiven, sprachlichen

und sozial-emotionalen Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten, die einen spezifischen Verhaltensphänotyp darstellen (Sarimski, 2003a). Mit einem Verhaltensphänotyp sind Entwicklungs- und Verhaltensmerkmale gemeint, die bei Kindern oder Erwachsenen mit einem bestimmten genetischen Syndrom häufiger oder stärker ausgeprägt auftreten als bei Kindern oder Erwachsenen mit einer geistigen Behinderung anderer Ursache (Dykens, 1995). Die Prävalenz des Fragilen-X-Syndrom wird mit etwa 1:4000 bei Jungen und 1:8000 bei Mädchen angegeben; die Ausprägung der Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten ist bei Jungen in der Regel wesentlich stärker.

Eine Reihe von Studien wurden in den letzten 15 Jahren zu den spezifischen Verhaltensmerkmalen von Jungen mit Fragilem-X-Syndrom vorgelegt. Sie belegen eine – von klein auf

erkennbare – sensorische Regulationsstörung, d.h. eine Unter- oder Überempfindlichkeit für (vor allem taktile) Reize, Probleme der Aufmerksamkeits- und Aktivitätssteuerung, die sich in Impulsivität und Hyperaktivität äußern, soziale Scheu und Rückzug bei Überforderung und eine Neigung zu stereotypen oder selbstverletzenden Verhaltensweisen (Handwedeln und Handbeißen) in bestimmten Situationen (Sarimski, 2003a; Cornish et al., 2007).

Alle Jungen mit Fragilem-X-Syndrom sind in ihrer intellektuellen Entwicklung beeinträchtigt. Der Grad der Einschränkung ihrer kognitiven Fähigkeiten ist aber sehr variabel. Untersuchungen mit standardisierten Intelligenztests ergeben durchschnittliche IQ-Werte um 50, wobei bei der Untersuchung jüngerer Altersgruppen zum Teil günstigere Ergebnisse berichtet werden (Dykens et al., 1996). Unab-

hängig vom Lebens- und Entwicklungsalter der Kinder findet sich ein charakteristisches Fähigkeitsprofil mit relativen Stärken bei Aufgaben, die visuelle Verarbeitungsprozesse und das Erfassen von Zusammenhängen erfordern, während die Jungen bei Aufgaben, die sequentielle Verarbeitungsprozesse (z.B. die Reproduktion von sprachlichen Informationen) oder die Planung komplexer Handlungen erfordern, rasch an ihre Grenzen stoßen. In den schulischen Fertigkeiten zeigt sich dies in der Regel – soweit die Kinder diese Entwicklungsstufe erreichen – in einem besseren Lese- als Rechenvermögen. Die meisten Jungen mit Fragilem-X-Syndrom besuchen eine Schule für Kinder mit geistiger Behinderung, können aber bei entsprechenden pädagogischen Rahmenbedingungen auch erfolgreich am Unterricht in anderen (z.B. integrativen) Schulformen teilnehmen.

Für die schulische und soziale Integration bringen sie meist günstige Voraussetzungen aufgrund eines besonderen Entwicklungspotentials im Bereich der praktischen Fertigkeiten des Alltags mit. Untersuchungen mit den „Vineland Adaptive Behavior Scales“ (VABS) sprechen dafür, dass diese adaptiven Kompetenzen in vielen Fällen weiter entwickelt sind als nach dem IQ-Niveau zu erwarten gewesen wäre (Dykens et al., 1996; Fisch et al., 2002). Jugendliche und junge Erwachsene sind im Alltag oft recht selbständig und können sich bei Arbeiten im Haushalt oder in einer Werkstatt gut beteiligen (Wiegers et al., 1993; Maes et al., 1994). Diese praktischen Fähigkeiten entwickeln sich im Verlauf des Kindes- und Jugendalters stetig weiter (Dykens et al., 1996), was auch in einer deutschen Untersuchung an 63 Jungen bestätigt werden konnte, die mittels des „Heidelberger-Kompetenz-Inventars“ (HKI) durchgeführt wurde (Sarimski, 2003b). Demgegenüber entwickeln sich die Fähigkeiten zur Gestaltung sozialer Beziehungen und zur sozialen Kommunikation dauerhaft langsamer (Dykens et al., 1993).

1.2 Auffälligkeiten der Sprachentwicklung

Die mit dem Fragilen-X-Syndrom einher gehenden Reifungs- und Entwicklungsstörungen haben auch Auswirkungen auf den Prozess des Spracherwerbs und den Sprachgebrauch der Jungen. Auch zu diesem Entwicklungsbereich sind in den letzten Jahren vielfältige Forschungsergebnisse publiziert worden, unter denen vor allem die Ergebnisse einer prospektiven Langzeitstudie aufschlußreich sind, die von der University of South Carolina in den USA geleitet wurde. Dazu liegen aktuelle Über-

sichtsarbeiten vor (z.B. Cornish et al., 2004; Abbeduto et al., 2007; Roberts et al., 2008).

Danach vermögen Jungen mit Fragilem-X-Syndrom – nach verspätetem Sprachbeginn – einen rezeptiven und expressiven Wortschatz aufzubauen, der offenbar differenzierter und umfangreicher ist als bei anderen Kindern mit intellektueller Behinderung gleichen Schweregrades. Die Entwicklung morpho-syntaktischer Fähigkeiten vollzieht sich wesentlich langsamer als bei Kindern gleichen Alters, aber in etwa parallel zur allgemeinen kognitiven Entwicklung der Jungen. Sie lernen, grammatische Regeln der Formenbildung und Wortstellung im Satz zu beachten, bilden Verneinungen oder Fragen, allerdings seltener komplexe Sätze. Die Äußerungen sind aufgrund einer überhasteten, polternden Sprechweise oft schwer verständlich. Besonderheiten finden sich jedoch im Sprachgebrauch. Zu den pragmatischen Auffälligkeiten gehört eine Neigung zur Wiederholung bestimmter Worte, Sätze oder Themenbeiträgen (repetitive und perseverierende Äußerungen) sowie eine ausgeprägte Schwierigkeit, sich auf ein gemeinsames Gesprächsthema zu beziehen, so dass die Äußerungen oft „tangentiellen“ Charakter haben. Die Sprachentwicklung ist allerdings individuell sehr unterschiedlich. Sie ist bei Jungen, deren Verhaltensmerkmale die Kriterien einer Autismus-Spektrum-Störung erfüllen (dies ist bei bis zu einem Drittel der Jungen mit Fragilem-X-Syndrom der Fall), deutlich stärker beeinträchtigt als bei Jungen, bei denen diese Verhaltensmerkmale nicht vorliegen oder weniger stark ausgeprägt sind.

Im deutschen Sprachraum fehlt es noch weitgehend an Arbeiten, die sich mit der Sprachentwicklung von Jungen mit Fragilem-X-Syndrom beschäftigen. Eine Übersicht über die erreichte Sprachentwicklungsstufe bei 24 Jungen mit Fragilem-X-Syndrom im Vorschulalter, der allerdings nur eine grobe Einteilung anhand der durchschnittlichen Äußerungslänge in Spontansprachproben zugrunde lag, belegte die allgemeine Retardierung im Vergleich zur Normalentwicklung und sprach für eine stetige Zunahme der expressiven Sprachfähigkeiten in Abhängigkeit vom Alter der untersuchten Kinder (Sarimski, 2002). In einer Einzelfallstudie von Siegmüller et al. (2001) wurde eine differenzierte linguistische Analyse der sprachlichen Fähigkeiten eines Jungen vorgenommen. Von der gleichen Autorin stammt eine Übersichtsarbeit zu Sprachauffälligkeiten beim Fragilen-X-Syndrom in einem Leitfaden, der zu einem Standardwerk für viele Praktiker geworden ist (Siegmüller, 2006).

1.3 Entwicklung im frühen Kindesalter

Studien zur Entwicklung im frühen Kindesalter sind bei diesem Störungsbild noch selten zu finden. Roberts et al. (2001a) berichteten aus der bereits erwähnten „Carolina Fragile X Study“ über den Sprachentwicklungsverlauf von 39 Jungen zwischen dem zweiten und siebten Lebensjahr. Sie benutzten dazu die „Reynell Developmental Language Scales“ (RDLS). Während die rezeptive Sprachentwicklung dem jeweils erreichten kognitiven Niveau entsprach und sich etwa halb so schnell vollzog wie die Entwicklung unbeeinträchtigter Kinder, verlief die expressive Sprachentwicklung individuell sehr unterschiedlich. Einige Kinder machten gleichmäßige Fortschritte, andere – vor allem die Kinder mit autistischen Verhaltensmerkmalen – veränderten sich in ihren sprachlichen Ausdrucksfähigkeiten kaum, so dass sich für die Gesamtgruppe eine stärkere Retardierung (im Verhältnis 1:3 zur Normalentwicklung) ergab.

Bailey et al. (1998a) dokumentierten an der gleichen Studiengruppe den Verlauf der Entwicklung von 46 Jungen zwischen 24 und 72 Monaten mit einem standardisierten Entwicklungstest (Battelle Developmental Inventory). Zu jedem der neun Untersuchungszeitpunkte, zu denen Daten von 7-29 Jungen vorlagen, waren die motorischen und adaptiven Fähigkeiten weiter entwickelt als die kommunikativen und kognitiven Kompetenzen. Bei beträchtlicher interindividueller Variabilität lag der durchschnittliche Entwicklungsquotient bei 48. Ganz ähnliche Ergebnisse zum Verlauf und Profil der Fähigkeiten berichteten Roberts et al. (2001b) aus einer Teilgruppe, die sich auf Kinder im Alter von 12-36 Monaten beschränkte. Während bei den älteren Kindern der ersten Gruppe insgesamt 25% die Kriterien einer autistischen Störung erfüllten, galt dies bei den jüngeren Kindern für 18%, d.h. dass bei einem Teil der Jungen bereits in sehr jungem Alter das kommunikative und soziale Verhalten sehr auffällig war.

Philofsky et al. (2004) verglichen in einer unabhängigen Studie schließlich die Entwicklung von 18 Kindern mit Autismus mit der Entwicklung von acht Kindern mit Fragilem-X-Syndrom und autistischen Verhaltensmerkmalen sowie zehn Kindern mit Fragilem-X-Syndrom, die diese Auffälligkeiten nicht zeigten. Sie benutzten einen standardisierten Entwicklungstest („Mullen Scales of Early Learning“) sowie standardisierte Befragungs- und Beobachtungsinstrumente für die Diagnose einer autistischen Störung (ADI-R und ADOS). Eine relativ raschere Entwicklung in den rezep-

tiven vs. expressiven Sprachfähigkeiten fand sich nur bei den Kindern der dritten Gruppe, also den Kindern mit Fragilem-X-Syndrom ohne autistische Verhaltensmerkmale. Die Kinder mit autistischen Verhaltensmerkmalen entwickelten sich in allen Entwicklungsbereichen langsamer als die Vergleichsgruppe. Trotz dieser Ähnlichkeiten zum Entwicklungsverlauf bei autistischer Störung ist darauf hinzuweisen, dass sich die Form der sozialen Auffälligkeiten unterscheidet. Während bei Kindern mit einer „klassischen“ autistischen Störung die soziale Beziehungsstörung ein Kernmerkmal darstellt, sind die Beziehungsprobleme von Jungen mit Fragilem-X-Syndrom nicht als Kontaktverweigerung, sondern eher als Ausdruck einer sozialen Scheu und Übererregbarkeit zu verstehen.

2 Eigene Untersuchung

2.1 Zielsetzung

Aufgrund des erschwerenden Spracherwerbs und der pragmatischen Auffälligkeiten gehören Jungen mit Fragilem-X-Syndrom zum Klientel, das von Logopäden und Sprachtherapeuten behandelt wird. Eine Befragung von 51 Therapeuten, die Kinder im Rahmen der genannten Langzeitstudie behandelten, ließ erkennen, dass viele sich um spezifische Anpassungen der Lernumgebung und des Behandlungsvorgehens an die Entwicklungs- und Verhaltensmerkmale von Kindern mit diesem Störungsbild bemühen (Mirrett et al., 2003). Dies setzt jedoch ein differenziertes Wissen um den Verhaltensphänotyp und den syndromtypischen Verlauf der Sprachentwicklung voraus. Um die Wissensbasis hierzu zu erweitern, soll im Folgenden über eine Untersuchung der Entwicklung von 26 Jungen mit Fragilem-X-Syndrom im frühen Kindesalter berichtet werden, die in Zusammenarbeit mit der deutschen Selbsthilfegruppe „Fragiles-X-Syndrom e.V.“ durchgeführt wurde.

2.2 Stichprobe

An der Elternbefragung beteiligten sich 26 Eltern von Jungen aus der Elterninitiative „Fragiles-X-Syndrom e.V.“ im Alter von 2;6-7;4 Jahren. Das mittlere Alter der Kinder betrug 58.1 Monate (SD=18.6 Monate). Dabei waren 11 Jungen unter, 15 über vier Jahre alt. Bei einem Kind gaben die Eltern eine mittelgradige Hörminderung an. Drei Kinder hatten danach eine leichte, zwei Kinder eine mittelgradige, ein Kind eine schwere Sehbeeinträchtigung. Erhoben wurde zusätzlich der Schulabschluss der Mutter als soziodemographisches Merkmal; 12 Mütter haben die Schule mit Mittlerer

Reife, zwei das Abitur abgeschlossen, 6 eine Hochschule besucht, fünf Mütter die Hauptschule (eine Angaben fehlend).

2.3 Untersuchungsverfahren

Zur Bestimmung des Profils adaptiver Kompetenzen der Kinder wurde mittels eines standardisierten Fragebogens („Vineland Adaptive Behavior Scales“, VABS-II, Caregiver Rating Form; Sparrow et al., 2005) bestimmt. In diesem Fragebogen werden die Eltern gebeten anzugeben, ob ihr Kind bestimmte Verhaltensweisen gewöhnlich selbständig oder teilweise selbständig zeigt. Die Items gruppieren sich in den Bereich „Kommunikation“ (Hören und Verstehen; Sprechen), „Alltagsfertigkeiten“ (Selbstversorgung, Beteiligung an hauswirtschaftlichen Aufgaben, Beteiligung am öffentlichen Leben) und „Beziehungen zu Anderen“ (soziale Beziehungen, Spiel und Freizeit, Anpassung an Regeln).

Das Verfahren beruht auf einer früheren Version (VABS; Sparrow et al., 1985), das sich in einer großen Zahl von internationalen Untersuchungen bei Kindern mit unterschiedlichen Entwicklungsstörungen zur differenzierten Bestimmung der adaptiven Kompetenzen bewährt hat. Die Testgütekriterien sind sehr gut; entsprechende Studien sind im Testmanual ausführlich dargestellt. Es liegen aktuelle Normwerte vor, welche allerdings aus einer amerikanischen Eichstichprobe stammen. Auf der Basis dieser Normwerte lassen sich den Angaben der Eltern für die einzelnen Fähigkeitsbereiche Entwicklungsalterswerte zuordnen. Darüber hinaus ist die Bestimmung des Grades der Abweichung vom Altersdurchschnitt (Standardwerte; in diesem Verfahren: M=15; SD=3) möglich.

Zur Beurteilung der Verhaltensmerkmale der Kinder wurde die „Temperament and Atypical Behavior Scale“ (TABS; Neisworth et al., 1999) verwendet. Die „Temperament and Atypical Behavior Scale“ (TABS) misst Auffälligkeiten der Selbstregulation und des Verhaltens bei kleinen Kindern durch 55 Items, die von den Eltern mit Ja oder Nein zu beurteilen sind. Der Fragebogen ist für 1- bis 6jährige Kinder konzipiert, wobei explizit auch charakteristische Verhaltensweisen von Kindern mit unterschiedlichen Entwicklungsstörungen in den Itempool aufgenommen wurden. Die Items lassen sich in vier Subskalen gruppieren, die mit den vier Formen von frühen Regulationsstörungen korrespondieren, die im Internationalen Klassifikationssystem Zero to Three (National Center for Infants, Toddlers, and Families, 1994) unterschieden werden: (1) soziale Zurückgezogenheit, (2) Hyperaktivität und -sensibilität, (3)

geringe Reaktionsbereitschaft, und (4) Dysreguliertheit. Die erste Skala erfasst dabei vor allem Besonderheiten von Kindern mit einer Autismus-Spektrum-Störung; hohe Werte in der dritten Skala sind für viele Kinder mit schweren neuropädiatrischen Störungen typisch; die vierte Skala umfasst vor allem Schlafstörungen und Irritabilität im Alltag. Es kann ein Gesamtwert (TRI) gebildet werden. Für alle Skalen liegen Prozentrangwerte aus einer amerikanischen Normstichprobe von 621 Kindern vor¹.

2.4 Ergebnisse

Adaptives Kompetenzprofil

Die Tab. 1 gibt die Abweichungen der adaptiven Kompetenzen vom alterstypischen Verlauf an, die mittels der VABS-II erhoben wurden. Bei einem mittleren chronologischen Alter von 58.1 Monaten schwanken die Entwicklungsalterswerte in den einzelnen Bereichen zwischen 27.7 Monaten (expressive Sprache) und 33.7 Monaten (Beteiligung am öffentlichen Leben). Lediglich in der Skala „Beteiligung an hauswirtschaftlichen Aufgaben“ berichten die Eltern altersgemäße Fähigkeiten (mittleres Entwicklungsalter 56.1 Monate).

	M	SD
rezeptive Sprache	10.89	2.98
expressive Sprache	9.44	2.42
Selbstversorgung	9.70	2.09
Beteiligung an hauswirtschaftlichen Aufgaben (24)	15.60	3.62
Beteiligung am öffentlichen Leben (23)	10.54	2.69
Soziale Beziehungen	10.56	2.87
Spiel und Freizeit	10.37	2.99
Anpassung an Regeln (23)	11.37	2.10

Tab. 1: Abweichungen gegenüber der alterstypischen Entwicklung bei 26 Jungen mit Fragilem-X-Syndrom

(VABS-II; Mittelwert=15; Standardabweichung=3)

Auffallend bei der Inspektion der Fähigkeitsprofile ist die sehr große Diskrepanz zwischen den Fertigkeiten, die unter dem Begriff „Be-

¹ Beide Erhebungsverfahren wurden für den Studiengebrauch ins Deutsche übersetzt und können auf Wunsch beim Verfasser angefordert werden.

teilung an hauswirtschaftlichen Aufgaben“ zusammengefasst werden, und den übrigen Skalen. Zu dieser Skala gehört z.B. „hilft bei einfachen Aufgaben im Haus, z.B. Abstauben... Haustiere füttern“, „räumt seine eigenen Dinge weg“, „ist sorgfältig im Umgang mit scharfen Gegenständen“, „hilft bei der Zubereitung von Speisen, die Mixen und Kochen erfordern“, „benutzt einfache Hilfsmittel, z.B. Toaster, Dosenöffner, Flaschenöffner“, „benutzt Werkzeuge, z.B. Hammer, Schraubendreher“. In diesem Bereich praktischer Fertigkeiten werden 17 Jungen als mindestens altersgemäß (Standardwerte 13-20), vier Jungen als leicht unterdurchschnittlich in ihren Fähigkeiten (Standardwerte 10-12) und drei Jungen als weit unterdurchschnittlich entwickelt (< 2 SD) betrachtet.

In den übrigen Bereichen fallen die „expressive Sprache“ (Zeigen, Benennungen, Umfang des Wortschatzes, Wortkombinationen, Bildung von Fragen, Verneinungen u.ä.) und die Kompetenzen zur Gestaltung von „sozialen Beziehungen“ (Zeigen und Ausdrücken von Emotionen, Nachahmungsbereitschaft, Initiative zur Kontaktaufnahme, Hilfsbereitschaft, Beachtung sozialer Regeln u.a.) auf, die weniger weit entwickelt sind als die übrigen Bereiche. Die Differenzen in den Entwicklungsalterswerten sind relativ gering, die individuelle Variabilität zumindest in der zweiten Skala groß. Vergleicht man die Elternangaben mit den Angaben normal entwickelter Kinder gleichen Alters, so zeigen in allen Bereichen 6-15 Kinder weit unterdurchschnittliche Fähigkeiten (SW < 2 SD unter dem Durchschnitt).

Im Bereich der rezeptiven Sprache (Zeigen auf Körperteile oder Gegenstände, Ausführen von Anweisungen zunehmender Komplexität) liegen die Fähigkeiten von 8 Kindern im Durchschnittsbereich (30.8%). Bei 11 Kindern (42.3%) weichen sie um mehr als eine, bei 7 Kindern (26.9%) um mehr als zwei Standardabweichungen vom Altersdurchschnitt ab. Im Bereich der expressiven Sprache (Zeigegeste, Benennungen, Eigenschaftsworte, Präpositionen, Frageformulierungen, Verneinungen, einfache und komplexe Sätze, Erzählen) liegen die Werte für drei Kinder im durchschnittlichen Bereich (11.5%). Acht Kinder (30.7%) sind leicht, 15 Kinder (57.7%) gravierend in ihrer sprachlichen Entwicklung verzögert.

In der Selbstversorgung (Essen und Trinken, Aus- und Anziehen, selbständiger Toiletengang, Körperpflege) liegt ein Junge (3.8%) im alterstypischen Bereich, 13 Kinder (50%) weichen um mehr als eine, 12 Kinder (46.2%) um mehr als zwei Standardabweichungen vom Durch-

schnitt ab. In der „Beteiligung am öffentlichen Leben“ (Benutzung von Telefon, TV, Verständnis für die Funktion von Geld oder Uhrzeit, Kenntnis einfacher Sicherheitsregeln) – die im unteren Altersbereich entwicklungsbedingt wenig differenziert – trifft dies auf fünf Jungen zu (19.2%), während neun Kinder (34.7%) leicht und ebenso viele in diesem Bereich deutlich verzögert sind (drei Fragebogen fehlend).

Fünf Kinder (19.2%) haben soziale Beziehungsfähigkeiten (Imitationsfähigkeit, soziale Kontaktaufnahme, Interesse an Gleichaltrigen, Ausdruck von Emotionen) alterstypischer Art. Bei 11 Kindern (42.3%) sind sie leicht, bei 10 Kindern (38.5%) deutlich verzögert. In den Spielfähigkeiten (einfache Interaktionsspiele, kooperatives Spiel mit anderen Kindern, Teilen, Beteiligung an Rollen- und Fantasiespielen, Befolgen einfacher Spielregeln) finden sich bei sechs Kindern (23.0%) altersgemäße, bei sieben Jungen (26.9%) leicht und bei 13 Kindern (50.0%) deutlich verzögerte Fähigkeiten. In der sozialen Anpassung an Regeln (Begrüßen und Verabschieden, Entschuldigen, Beachtung von Höflichkeitsregeln) werden sieben Jungen (26.8%) als altersgemäß und zehn Jungen (38.4%) als leicht verzögert beschrieben, zwei Kinder als deutlich verzögert (drei fehlende Angaben).

Die Abb. 1 zeigt, wie viele Kinder der Untersuchungsgruppe mit ihren Fähigkeiten um mehr als eine Standardabweichung unterhalb des Altersdurchschnitts lagen (d.h. SW 10-12, EQ 70-85), bzw. um mehr als zwei Standardabweichungen (d.h. SW < 10, EQ < 70).

werden diesen niedrigen Rohwerten dennoch relativ hohe Standardwerte zugeordnet, was den Gesamteindruck verfälschen kann – wurde ein allgemeiner Entwicklungsquotient in dieser Studie nicht über die Standardwerte (wie im Manual vorgesehen), sondern nach der Rechenvorschrift (durchschnittliches Entwicklungsalter in den Bereichen rezeptive Sprache, expressive Sprache, Selbstversorgung und soziale Beziehungen/Lebensalter x 100) gebildet. Der mittlere EQ liegt danach bei 52.5 (SD=19.9). 17 Kinder haben einen EQ < 50, sechs Kinder einen EQ > 70, zwei im Normalbereich (88, bzw. 103). Es handelt sich jeweils um einen 3-, bzw. 4 ½-jährigen Jungen. Der Entwicklungsquotient korreliert nicht mit dem Alter der Kinder (r=-.07, p=.74), d.h. es gibt sowohl unter den jüngeren wie auch unter den älteren Kindern solche mit schwerer, bzw. leichter Behinderung.

Sprachliche Fähigkeiten in verschiedenen Altersgruppen

Um einen Eindruck vom Verlauf der Sprachentwicklung zu vermitteln, wird die Gesamtgruppe nach dem Alter der Kinder in drei Teilgruppen aufgeteilt: < 4 Jahre (Gruppe 1; n=11), 4-6 Jahre (Gruppe 2; n=9), > 6 Jahre (Gruppe 3; n=6). Die Abb. 2 (S. 194) zeigt, dass das Entwicklungsalter in den sprachlichen Fähigkeiten mit dem Lebensalter der Kinder stetig zunimmt (F=10.91; p < .001). Die Standardwerte der drei Teilgruppen, d.h. die Abweichung vom durchschnittlichen Entwicklungsstand der Altersgruppe, sind jedoch in allen drei Gruppen

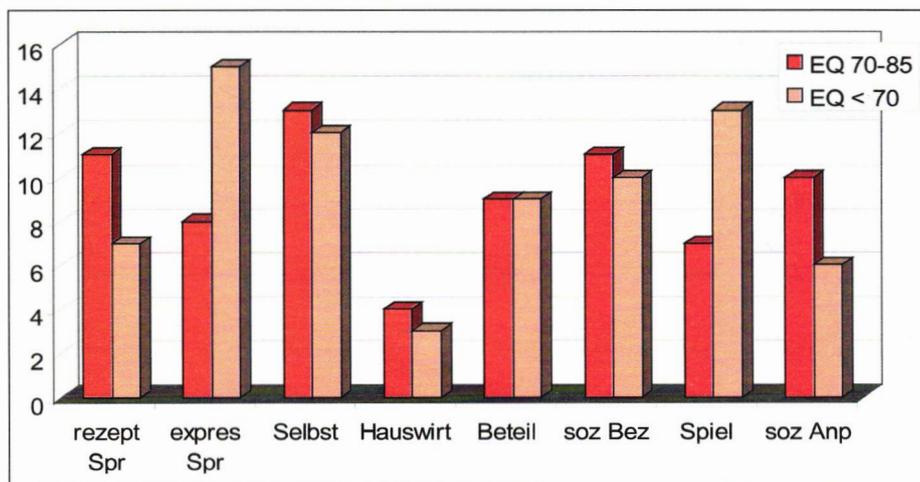


Abb. 1: Relativer Anteil (%) der Kinder, die in den verschiedenen Bereichen adaptiver Kompetenzen leicht oder deutlich verzögert sind (VABS; n=max. 26)

Wegen „Boden-Effekten“ in einzelnen Skalen – bei sehr jungen Kindern konnten die Eltern noch fast keine der aufgeführten Kompetenzen berichten, aus testkonstruktiven Gründen

nahezu identisch (SW 9.00 - 9.33; F=.076; p=.927). Das spricht dafür, dass jüngere Kinder nicht stärker von der Normalentwicklung abweichen als ältere Kinder.

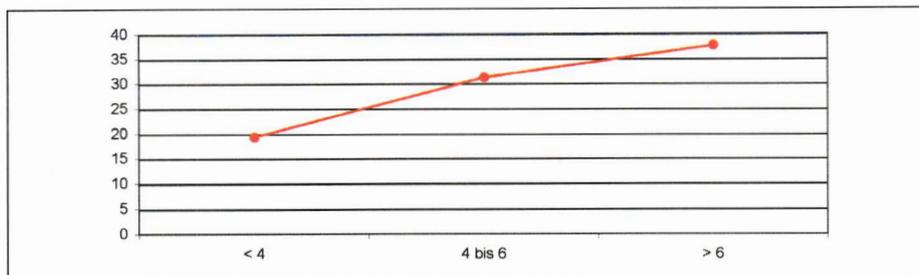


Abb. 2: Entwicklungsalter im Bereich der expressiven Sprache in drei Altersgruppen (VABS-II; Angabe in Monaten)

Die Abb. 3 stellt den relativen Anteil von Kindern innerhalb dieser drei Teilgruppen dar, die bereits bestimmte Meilensteine der Sprachentwicklung bewältigt haben. Unter den Kindern, die 2 ½-4 Jahre alt sind, haben fünf Kinder noch nicht zu sprechen begonnen. Ebenso viele verfügen aber nach Auskunft der Eltern schon über einen Wortschatz von mehr als 50 Wörtern, zwei Jungen bilden regelmäßig Kombinationen aus Hauptworten und Verben. Meilensteine, die komplexere sprachliche Ausdrucksfähigkeiten anzeigen (Gebrauch von Fragewörtern, Verneinungen und Präpositionen) sind in dieser Altersgruppe die Ausnahme und werden von einem, bzw. zwei Jungen berichtet. In der Altersgruppe der 4- bis 6-jährigen Jungen haben 7 von 9 bereits einen Wortschatz von über 50 Wörtern, bei mindestens einem Kind ist der Wortschatz auch in diesem Alter noch sehr gering. Wortkombinationen bilden zwei Drittel der Jungen dieser Altersgruppe. Fragewörter und Verneinungen gebraucht die Hälfte von ihnen, Präpositionen werden regelmäßig nur von einem Drittel gebraucht. Die über sechsjährigen Jungen haben auch diese Entwicklungsschritte fast alle bewältigt.

Verhaltensauffälligkeiten

Die Abb. 4 zeigt, bei wie vielen Kindern – bezogen auf die Vergleichswerte von Kindern mit unbeeinträchtigter Entwicklung – überdurchschnittlich viele Auffälligkeiten von den Müttern berichtet werden. Als Kriterium wurde dazu ein Prozentrang (PR) < 5 gewählt (d.h. 95% gleich alter Kinder zeigen weniger Verhaltensauffälligkeiten). Nach diesem Kriterium zeigen 20 Kinder (76.9%) eine ausgeprägte soziale Zurückgezogenheit (davon 15 Kinder mit PR < 1), 18 Kinder eine Hypersensitivität und Hyperaktivität (69.2%; davon 12 mit PR < 1), fünf Kinder (19.2%) eine geringe Reaktionsbereitschaft (geringe Aufmerksamkeit für Sinneseindrücke, geringe Reaktionsbereitschaft auf Ansprache, wenig soziale oder spielerische Initiative). Zehn Kinder (40%) zeigen Regulationsstörungen („Dysreguliertheit“, z.B. Schreckhaftigkeit, Schlafstörungen (davon zwei Kinder mit PR < 1). 20 Kinder (80%) erreichen auffällige Gesamtwerte, davon 19 im sehr auffälligen Bereich (PR < 1), die für Regulations- und Verhaltensstörungen sprechen.

Die Zahl der Symptome, die von den Müttern in den einzelnen Subskalen genannt wer-

den, korreliert nicht mit dem Alter der Kinder, wohl aber mit dem Grad der Abweichung ihrer Entwicklung vom Durchschnitt der Altersgruppe ($r=.55$; $p<.01$). „Soziale Zurückgezogenheit“ und „geringe Reaktivität“ sind umso stärker ausgeprägt, je stärker die Kinder insgesamt in ihren adaptiven Kompetenzen beeinträchtigt sind, ($r>-.60$; $p=.001$; bzw. $r=-.45$; $p<.05$). Die anderen Skalenwerte erweisen sich als unabhängig vom VABS-EQ.

Zusammenhang zwischen sprachlichen Fähigkeiten und autistischen Verhaltensmerkmalen

Ausgeprägte soziale Zurückgezogenheit spricht nach Angabe der Autoren des TABS für Störungen aus dem Autismusspektrum. Natürlich erlaubt der Fragebogen allein keine solche Diagnosestellung. Betrachtet man für diese Gruppe von 20 Jungen, die überdurchschnittliche Werte in dieser Skala zeigen, dennoch einmal die adaptiven und die sprachlichen Fähigkeiten und vergleicht sie mit den sechs Jungen, die in dieser Skala keine Auffälligkeiten zeigen, so zeigt sich ein signifikanter Unterschied. Kinder mit autistischen, sozial zurückgezogenen Verhaltensmerkmalen weichen in ihren sprachlichen Fähigkeiten weiter ab (Standardwerte 8.90 vs. 10.17; $T=6.33$; $p<.05$). Das Alter der beiden Teilgruppen unterscheidet sich nicht. Allerdings sind Kinder mit autistischen Verhaltensmerkmalen nicht nur in ihren sprachlichen, sondern tendenziell auch in ihren allgemeinen adaptiven Kompetenzen stärker retardiert ($T=3.00$; $p<.10$).

3 Interpretation und Schlussfolgerungen für die Praxis

Es wird über 26 Jungen mit Fragilem-X-Syndrom im frühen Kindesalter (30-88 Monate) berichtet. Die Bestimmung der adaptiven Kompetenzen mit einem standardisierten Elternfragebogen ergibt einen durchschnittlichen EQ von 52.5, zeigt jedoch eine beträchtliche Variationsbreite. Bei zwei Jungen liegt der EQ im Normalbereich. Die Ergebnisse zum durchschnittlichen Entwicklungsverlauf von Jungen mit Fragilem-X-Syndrom sind gut vereinbar mit den Daten, die in der „Carolina Fragile X Study“ ermittelt wurden. Dort wurden bei einer nahezu gleich definierten Altersgruppe ein mittlerer EQ von 48 ermittelt (Bailey et al., 1998). Der Anteil von 26.9%, die keine oder nur eine leichte Retardierung ($EQ > 70$) aufweisen, entspricht der Rate, die in der genannten Studie für eine jüngere Altersgruppe

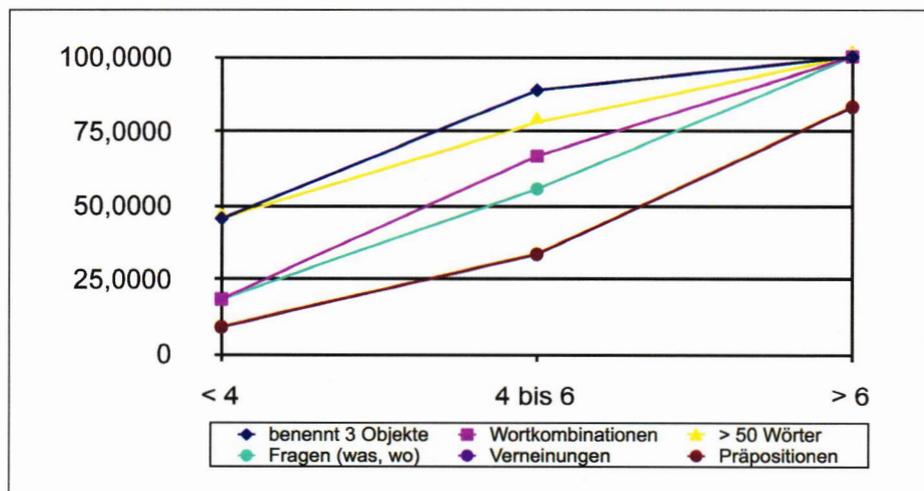


Abb. 3: Relativer Anteil von Kindern in drei Altersgruppen, die einzelne sprachliche Meilensteine bereits bewältigt haben (VABS-II)

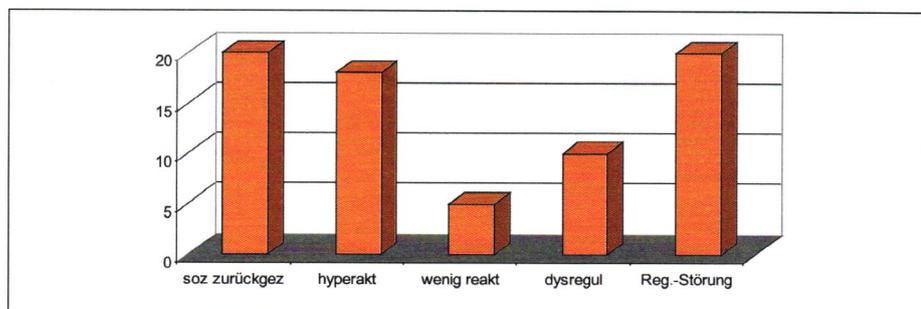


Abb. 4: Zahl der Kinder mit auffälligen Temperaments- und Verhaltensmerkmalen (n=26; TABS)

(bis 36 Monate) ermittelt wurde (Roberts et al., 2001b), ist aber geringer als in einer Untersuchung, die Freund et al. (1995) bei 18 Jungen im Alter von 16-64 Monaten mitteilten (44%). Diskrepanzen in dieser Größenordnung lassen sich durch die jeweils kleinen Stichprobenumfänge und Unterschiede in den verwendeten Untersuchungsverfahren erklären. Auch unsere Ergebnisse machen aber die interindividuelle Variabilität im frühen Entwicklungsverlauf von Jungen mit Fragilem-X-Syndrom deutlich, die – zumindest in diesem Alter – keineswegs alle zur Gruppe der Kinder mit geistiger Behinderung gerechnet werden dürfen.

Das Profil adaptiver Kompetenzen dokumentiert eine relative Stärke im Bereich der „Beteiligung an hauswirtschaftlichen Aufgaben“. Dies entspricht Erfahrungen, die mit dem gleichen Untersuchungsverfahren bei älteren Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen erhoben wurden (Dykens et al., 1996), ist jedoch in dieser Arbeit erstmals bereits für Kinder im frühen Kindesalter belegt. Sie bestätigt den Eindruck vieler Eltern, die in der Entwicklungsanamnese berichten, dass ihr Kind schon sehr früh in der Lage gewesen sei, sich an praktischen Tätigkeiten im Haushalt zu beteiligen, und eine besonders gute Beobachtungsgabe für praktische Dinge (z.B. beim Umgang mit Werkzeugen, Haushaltsgeräten oder beim Kochen) zeige.

Der Anteil von Kindern, bei denen die Mütter Symptome einer Autismus-Spektrum-Störung berichten, ist mit über 50% hier höher ist als in vergleichbaren Studien, die bei 25-33% der Jungen mit Fragilem-X-Syndrom im frühen Kindesalter eine autistische Störung identifizieren (Bailey et al., 1998b; Rogers et al., 2001). Diese Diskrepanz ist durch das methodische Vorgehen in unserer Studie zu erklären. Während jene Arbeiten jeweils Untersuchungsverfahren verwendeten (CARS, ADOS), die spezifisch für die Diagnose einer autistischen Störung validiert sind, wurde hier ein allgemeiner Verhaltensfragebogen benutzt, der in einer von vier Skalen Items zusammenfasst, die

gehäuft bei einer Autismus-Spektrum-Störung zu finden sind (Neisworth et al., 1999; S. 3).

Bei der Interpretation unserer Ergebnisse müssen weitere methodische Einschränkungen berücksichtigt werden. So handelte es sich – wie bei den meisten Studien zum Verhaltensphänotyp bei genetischen Syndromen oder anderen seltenen Entwicklungsstörungen – um eine selbst-selektive Stichprobe, d.h. die Daten beziehen sich auf die Angaben von Eltern einer Selbsthilfegruppe, die bereit waren, sich an der Erhebung zu beteiligen. Über die Repräsentativität dieser Stichprobe können keine Aussagen gemacht werden. Allerdings gibt es auch keine Anhaltspunkte für die Hypothese, dass sich die Kinder von Eltern, die sich einer Selbsthilfegruppe anschließen, in ihrem Entwicklungsprofil in spezifischer Weise von den Kindern unterscheiden sollten, deren Eltern sich dazu nicht entschließen.

Zweitens wurde die Entwicklung der Kinder nicht durch standardisierte Testverfahren, sondern durch ein differenziertes Elternbefragungsinstrument bestimmt. Auch wenn zahlreiche Belege für eine weitgehende Übereinstimmung zwischen Elterneinschätzungen der kindlichen Fähigkeiten und objektiven Beurteilungsergebnissen vorliegen, kann nicht gänzlich ausgeschlossen werden, dass die Eltern die Fähigkeiten ihrer Kinder in einzelnen Bereichen überschätzen. Um dies zu prüfen, wären weitere Untersuchungen mit standardisierten Sprachtests wünschenswert. Entsprechend adaptierte linguistische Diagnoseverfahren wurden in letzter Zeit z.B. für Kinder mit Down-Syndrom vorgelegt (Aktas, 2008). Ihre Durchführung ist allerdings bei jungen Kindern mit Fragilem-X-Syndrom aufgrund ihrer charakteristischen sozialen Scheu in Anforderungssituationen mit besonderen Problemen verbunden (Sarimski, 2002) und ließ sich mit den hier verfügbaren Ressourcen nicht verwirklichen. Als Alternative wurde daher der Weg einer Elternbefragung gewählt. Leider liegt in Deutschland derzeit kein Erhebungsinstrument vor, das für diesen Zweck

standardisiert und validiert wurde, so dass auf ein international häufig verwendetes Verfahren zurückgegriffen wurde. Die Gültigkeit der Normen für die Beurteilung der Entwicklung bei deutschsprachigen Kindern ist nicht empirisch belegt, so dass die hier berichteten Daten lediglich orientierenden Charakter haben können.

Drittens lässt sich nicht beurteilen, ob die Daten als syndromspezifisch für Jungen mit Fragilem-X-Syndrom anzusehen sind. Um diese Frage zu beantworten, wären vergleichende Studien mit Kindern mit Behinderungsformen anderer Ursache erforderlich. Studien, die z.B. den Entwicklungsverlauf von Kindern mit Fragilem-X-Syndrom mit dem von Kindern mit Down-Syndrom vergleichen, wurden zwar in letzter Zeit mit älteren Kindern durchgeführt, fehlen aber auch international noch für Kinder im frühen Kindesalter (z.B. Roberts et al., 2007; Price et al., 2007).

Trotz dieser methodischen Einschränkung ist es bemerkenswert, dass sich in den Ergebnissen dieser Untersuchung ein ganz ähnliches Profil der adaptiven Kompetenzen mit relativen Schwächen im Bereich der expressiven Sprache und der Fähigkeiten zur Gestaltung sozialer Beziehungen abzeichnet, wie es auch Bailey et al. (1998a) und Roberts et al. (2001a, b) beschrieben. Die sprachlichen Fähigkeiten älterer Kinder sind zwar größer als die jüngerer Kinder, die Entwicklung verläuft in diesem Bereich jedoch langsamer als in anderen Kompetenzbereichen. Die Diskrepanz ist auch in unserer Studie bei Kindern stärker ausgeprägt, die autistische Verhaltensmerkmale zeigen (Roberts et al., 2001a; Philofsky et al., 2004). Die Sprachentwicklung von Kindern mit Fragilem-X-Syndrom weist zumindest im frühen Kindesalter (Kinder < 4 Jahren) jedoch eine beträchtliche Variabilität auf.

Für die sprachtherapeutische Praxis lassen sich aus diesen Ergebnissen drei Schlussfolgerungen ziehen. (1) Jungen mit Fragilem-X-Syndrom gehören zur Gruppe der Kinder, bei denen eine frühe Sprachtherapie indiziert ist, um ihre kommunikativen Möglichkeiten innerhalb und außerhalb der Familie bestmöglich zu unterstützen. (2) Der Entwicklungsverlauf ist bei dieser Gruppe von Kindern individuell sehr unterschiedlich. Neben dem Grad der allgemeinen Retardierung spielt die Ausprägung autistischer Verhaltensmerkmale eine besondere Rolle. (3) Sprachtherapie mit Jungen mit autistischen Verhaltensweisen muß sich auf die Besonderheiten des Verhaltensphänotyps – insbesondere bei den Kindern mit ausgeprägten sozialen Kontaktschwierig-

keiten – einstellen. Soziale Scheu, Impulsivität, Hyperaktivität und besondere Empfindlichkeit für Reizüberforderung sprechen für einen systematischen Behandlungsansatz, bei dem sie möglichst vor Ablenkungen in der Lernumgebung geschützt, ihre relativ guten visuellen Aufnahmefähigkeiten genutzt und ihre Selbstregulationsfähigkeiten gefördert werden. Dies erfordert in der Regel einen interdisziplinären Ansatz, bei dem Sprachtherapeuten, Ergotherapeuten und Psychologen zusammenwirken sollten. Besondere Bedeutung kommt dabei einer intensiven Beratung der Eltern zu, wie sie sich im Alltag auf die spezifischen Bedürfnisse ihres Kindes einstellen und seine Sprachentwicklung fördern können.

Literatur

- Abbeduto, L., Brady, N. & Kover, S. (2007): Language development and fragile x syndrome: Profiles, syndrome-specificity, and within-syndrome differences. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews* 13, 36-46.
- Aktas, M. (2008): Maßgeschneiderte standardisierte Diagnostik bei Kindern mit Down-Syndrom? Kein Ding der Unmöglichkeit. In: Giel, B./Maihack, M. (Hrsg.): *Sprachtherapie & Mehrfachbehinderung* (101-121). Köln: Prolog.
- Bailey, J., Hatton, D. & Skinner, M. (1998a): Early developmental trajectories of males with fragile X syndrome. *American Journal on Mental Retardation* 103, 29-39.
- Bailey, J., Mesibov, G., Hatton, D. et al. (1998b): Autistic behavior in young boys with fragile X syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 28, 499-507.
- Cornish, K., Sudhalter, V. & Turk, J. (2004): Attention and language in Fragile X. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews* 10, 11-16.
- Cornish, K., Levitas, A. & Sudhalter, V. (2007): Fragile X Syndrome: The journey from genes to behavior. In: M. Mazzocco & J. Ross (Eds.): *Neurogenetic Developmental Disorders* (73-104). Cambridge: MIT Press.
- Dykens, E. (1995): Measuring behavioral phenotypes: Provocations from the „New Genetics“. *American Journal on Mental Retardation* 99, 522-532.
- Dykens, E., Hodapp, R., Ort, S. & Leckman, J. (1993): Trajectory of adaptive behavior in males with fragile X syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 23, 135-145.
- Dykens, E., Leckman, J., Cassidy, S. (1996): Trajectories of adaptive behavior in males with fragile X syndrome: multicenter studies. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 26, 287-296.
- Fisch, G., Simensen, R. & Schroer, R. (2002): Longitudinal changes in cognitive and adaptive behavior scores in children and adolescents with the Fragile X mutation or autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 32, 107-114.
- Freund, L., Peebles, C., Aylward, E. & Reiss, A. (1995): Preliminary report on cognitive and adaptive behaviors in preschool-aged males with fragile X. *Developmental and Behavioral Dysfunction* 8, 242-251.
- Maes, B., Fryns, J., Van Walleghem, M. & Vanden Berghe, H. (1994): Personal independence of adult mentally retarded men with fragile-X syndrome. *Genetic Counseling* 5, 129-139.
- Mirrett, P., Roberts, J. & Price, J. (2003): Early intervention practices and communication intervention strategies of young males with fragile X syndrome. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools* 34, 320-331.
- National Center for Infants, Toddlers, and Families (1994): *Diagnostic classification: 0-3*. Washington: Author.
- Neisworth, J., Bagnato, S., Salvia, J. & Hunt, F. (1999): *Temperament and Atypical Behavior Scale (TABS)*. Baltimore: Brookes.
- Philofsky, A., Hepburn, S., Hayes, A. et al. (2004): Linguistic and cognitive functioning and autism symptoms in young children with Fragile X syndrome. *American Journal on Mental Retardation* 109, 208-218.
- Price, J., Roberts, J., Vandergrift, N. & Martin, G. (2007): Language comprehension in boys with fragile X syndrome and boys with Down syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research* 51, 318-326.
- Roberts, J., Mirrett, P. & Burchinal, M. (2001a): Receptive and expressive communication development of young males with fragile X syndrome. *American Journal on Mental Retardation* 106, 216-230.
- Roberts, J., Hatton, D. & Bailey, d. (2001b): Development and behavior of male toddlers with Fragile X Syndrome. *Journal of Early Intervention* 24, 207-223.
- Roberts, J., Price, J., Nelson, L., Burchinal, M., Hennon, E. & Barnes, E. (2007): Receptive vocabulary, expressive vocabulary, and speech production of boys with fragile X syndrome in comparison to boys with Down syndrome. *American Journal on Mental Retardation* 112, 177-193.
- Roberts, J., Chapman, R. & Warren, S. (2008): *Speech & Language Development & Intervention in Down Syndrome and Fragile X Syndrome*. Baltimore: Brookes.
- Rogers, S., Wehner, E. & Hagerman, R. (2001): The behavioral phenotype in fragile X: Symptoms of autism in very young children with fragile X syndrome, idiopathic autism, and other developmental disorders. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 22, 409-417.
- Sarimski, K. (2002): *Expressive Sprachentwicklung bei Kindern mit Fragilem-X-Syndrom im Vorschulalter*. *Sprache-Stimme-Gehör* 26, 117-124.
- Sarimski, K. (2003a): *Entwicklungspsychologie genetischer Syndrome*. Göttingen: Hogrefe.
- Sarimski, K. (2003b): *Jungen mit Fragilem-X-Syndrom: Adaptive Kompetenz und Probleme der sozialen Integration*. *Heilpädagogische Forschung* 29, 9-18.
- Siegmüller, J., Hardel, B., Liebich, R. & Herrmann, A. (2001): *Heterogene Sprachentwicklungsprofile bei Fragilem-X-Syndrom*. *L.O.G.O.S. interdisziplinär* 9, 26-33.
- Siegmüller, J. (2006): *Fragiles-X-Syndrom*. In: Siegmüller, J. / Bartels, H. (Hrsg.) *Leitfaden Sprache, Sprechen, Stimme, Schlucken* (190-193). München: Elsevier.
- Sparrow, S., Balla, D. & Cicchetti, D. (1984): *Vineland Adaptive Behavior Scales*. Circle Pines: American Guidance Service.
- Sparrow, S., Cicchetti, D. & Balla, D. (2005): *Vineland-II. Vineland Adaptive Behavior Scales*. 2nd edition. Minneapolis: Pearson.
- Wiegers, A., Curfs, L., Vemeer, E. et al. (1993): Adaptive behavior in the fragile X syndrome: Profile and development. *American Journal of Medical Genetics* 47, 216-220.

Korrepondenzadresse

Dipl.-Psych. Klaus Sarimski
Keplerstr. 87
69120 Heidelberg

Professor für sonderpädagogische Frühförderung und allgemeine Elementarpädagogik, Pädagogische Hochschule Heidelberg.



Sprachentwicklungsdiagnostik bei mehrsprachigen Vorschulkindern: Erfassung der deutschen Zweitsprache mit dem SETK 3-5

Language development assessment of preschool children who learn a second language: The use of the SETK 3-5

Doreen Asbrock, Marburg

Zusammenfassung

Wenn Kinder mit deutscher Zweitsprache zur Abklärung einer (Spezifischen) Sprachentwicklungsstörung vorgestellt werden, müssen die Erst- und Zweitsprachfähigkeiten theoriebasiert und mit verschiedenen diagnostischen Hilfen erfasst werden. Denn standardisierte, objektive, valide und normierte Testverfahren liegen für diese Zielgruppe bislang kaum vor. Im Theorieteil werden die theoretischen Grundlagen des Zweitspracherwerbs und die aktuellen Möglichkeiten zur Erfassung der nicht-deutschen Erstsprache skizziert. Anschließend wird eine empirische Untersuchung mit 28 türkisch-deutsch-sprachigen Kindern im Alter von vier und fünf Jahren vorgestellt. Die Ergebnisse zeigen, dass der SETK 3-5 in der Lage ist, die deutschen Zweitsprachfähigkeiten (v.a. Verstehen, Grammatik, Sprachgedächtnis) reliabel und valide abzubilden.

Schlüsselwörter

Mehrsprachigkeit, sukzessive Zweisprachigkeit, Deutsch als Zweitsprache, Sprachentwicklungsstörung, Diagnostik, SETK 3-5, SETK-2

Abstract

The clarification of developmental language impairments in preschool children who learn German as a second language is challenging. The diagnostic process must rely on theoretical knowledge and informal instruments, because there are hardly any tests that are objective, reliable, valid, and normed. This article gives a summary of second language development and an overview of the current possibilities to assess the abilities in the first language. Subsequently, the results of an empirical study with 28 Turkish-German preschoolers show that the German language test SETK 3-5 can assess the second language abilities of these children in a reliable and valid way.

Key-Words

bilingualism, second language learning, language impairment, language assessment, SETK 3-5, SETK-2

1 Einleitung

Frau Aylan¹ kommt mit ihrer Tochter zum Ersttermin in die logopädische Praxis um abklären zu lassen, ob Suzan (4;3 Jahre) eine therapiebedürftige Sprachentwicklungsstörung hat. Sie berichtet, dass die Familie zu Hause ausschließlich in Türkisch miteinander kom-

muniziere und Suzan ihre Muttersprache ohne besondere Auffälligkeiten beherrsche. Suzan besucht seit 14 Monaten eine Kindertagesstätte, spricht dort jedoch sehr wenig. Während Frau Aylan dies auf die Schüchternheit ihrer Tochter zurückführt, macht sich die Erzieherin ernsthafte Sorgen um Suzan's sprachliche Entwicklung.

Im logopädischen und sprachtherapeutischen Arbeitsbereich gehören Situationen wie

diese zum beruflichen Alltag. Die Fachleute stehen immer häufiger vor der Aufgabe, bei Kindern mit deutscher Zweitsprache die individuellen sprachlichen Schwächen und Stärken zu erfassen und anschließend zu beurteilen, ob die Auffälligkeiten im Bereich der normalen Variation liegen, durch Sprachfördermaßnahmen (in der Kindertageseinrichtung) behoben werden können oder aber eine therapeutische Intervention erfordern.

¹ Alle im Text enthaltenen Namen wurden von der Autorin verändert.

Während für die Sprachentwicklungsdiagnostik bei einsprachig deutschen Kindern standardisierte, objektive und valide Testverfahren zur Verfügung stehen (Kany & Schöler 2007), muss die Erkennung von Sprachentwicklungsstörungen bei Kindern, die Deutsch als Zweitsprache (DaZ) lernen, vor allem theoriebasiert und mithilfe verschiedener diagnostischer Hilfsmittel erfolgen. Aus diesem Grund werden im vorliegenden Artikel zunächst die theoretischen Grundlagen des frühkindlichen Zweitspracherwerbs und die aktuellen Möglichkeiten zur Erfassung der Erst- und Zweitsprache skizziert. Anschließend werden die Ergebnisse einer empirischen Studie zur Nützlichkeit des *Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder (SETK 3-5, Grimm 2001)* bei der Erfassung der deutschen Zweitsprachfähigkeiten vorgestellt und diskutiert.

1.1 Grundlagen der sukzessiven Zweisprachigkeit

Um entscheiden zu können, welche diagnostischen Schritte zur Abklärung einer (Spezifischen) Sprachentwicklungsstörung bei Kindern wie Suzan eingeleitet werden sollten, muss man die Besonderheiten ihrer sprachlichen Entwicklung berücksichtigen. Der sukzessive Zweitspracherwerb ist dadurch gekennzeichnet, dass sich die Grundstruktur der (nicht-deutschen) Muttersprache zunächst wie bei monolingualen Kindern entwickelt. Ab dem Alter von etwa drei Jahren wird die (deutsche) Zweitsprache dann weitgehend ungesteuert erlernt (Tracy 2007). Wie schnell und wie gut die Kinder diese neue Sprache erlernen, hängt von vielen verschiedenen Einflussfaktoren ab (Triarchi-Herrmann 2005), vor allem von der Qualität und Quantität des deutschsprachigen Inputs sowie der kindlichen Sprachlernmotivation. Doch trotz der enormen Heterogenität der individuellen Sprachlernbedingungen und Entwicklungsverläufe (Reich & Roth 2002) lassen sich folgende allgemein gültige Entwicklungsmeilensteine für den Erwerb der Zweitsprache aufstellen (Genesee, Paradis & Crago 2004).

Gebrauch der Muttersprache: Wenn Kinder (z.B. im Kindergarten) mit einer neuen Sprache in Kontakt kommen, versuchen sie zunächst auf ihr bereits erworbenes sprachliches Repertoire zurückzugreifen und kommunizieren in ihrer Muttersprache. Allerdings merken sie meist sehr schnell, dass sie nicht verstanden werden und verstummen daraufhin mehr oder weniger.

Aufbau phonologischer Repräsentationen und Sprachverständnis: Dieses Schweigen bedeutet jedoch nicht, dass die Kinder passiv sind

– vielmehr hören sie sich aktiv in die Prosodie der unbekannt Sprache ein, bauen die phonologischen Repräsentationen der teilweise unbekannt Zweitsprach-Laute auf und segmentieren den Sprachstrom (in Sätze, Wörter, Silben und Laute). Wenn die jeweiligen Sprachlernmodelle (Bezugspersonen) langsam und betont mit ihnen sprechen und das Gesagte durch den Einsatz von Gestik und Mimik verdeutlichen, dann gelingt es den Kindern meist ziemlich schnell, häufig gehörte Lautmuster zu Wortbedeutungen zuzuordnen. Dadurch wächst der rezeptive Wortschatz schon sehr früh – und zudem viel schneller als es im Erstspracherwerb zu beobachten ist. Die Defizite in der Sprachproduktion gleichen die Kinder überwiegend durch nonverbale Kommunikationsmittel aus.

Wortschatzaufbau: Die nonverbale Kommunikation wird im Verlauf der Zeit zunehmend durch den verbalen Austausch ersetzt. Neben den ersten Ein- und Zweiwortäußerungen (z.B. „trinken“ oder „Apfel da“), die vor allem häufig gehörte Nomen und soziale Wörter beinhalten (Jeuk, 2003), produzieren die Kinder oft auch schnell längere Sätze wie „Guten Morgen, wie geht's?“ oder „Ich geh mal zur Toilette.“. Dabei handelt es sich jedoch nicht um ein Indiz für den Erwerb komplexer syntaktischer Fähigkeiten. Vielmehr können diese Sätze als Phrasen bezeichnet werden, die die Kinder in ihrem Alltag sehr häufig hören und als unanalysierte und unflexible Einheit wiedergeben (Altmüller 2005). Ebenso wie im Erstspracherwerb ist das Erreichen der 50-Wörter-Marke auch im Rahmen des Zweitspracherwerbs ein zentraler Entwicklungsmeilenstein, der den Wortschatzspurt und somit das schnelle Lernen neuer Wörter sowie die grammatische Entwicklung anbahnt.

Grammatikerwerb: Die ersten selbständig gebildeten Sätze (z.B. „Da läuft Mama.“ oder „Ich brauche blaue Stift.“) unterscheiden sich deutlich von den fehlerfreien Phrasen, entsprechen jedoch in ihren Grundzügen bereits der Zweitsprachstruktur. In Abhängigkeit von der Qualität und Quantität des Inputs, leiten die Kinder unterschiedlich schnell die grammatischen Regeln der Zweitsprache ab und ihre sprachlichen Äußerungen werden zunehmend korrekter. Es gibt jedoch immer auch grammatische Bereiche, deren Erwerb den meisten Kindern aufgrund der hohen Komplexität schwer fällt. Welche „Stolperfallen“ die Kinder zu bewältigen haben, hängt davon ab, welche Zweitsprache sie lernen – schließlich ist die grammatische Struktur sehr sprachspezifisch. Für den deutschen Zweitspracherwerb konnten die

bisher durchgeführten Längsschnittstudien mit muttersprachig englischen (Tracy 2007) und türkischen (Jeuk 2003, Rothweiler 2006) Kindern übereinstimmend zeigen, dass die Kinder im Erwerb der Verbzweitstellung und der Bildung von *regelmäßigen* Verben, Zeitformen und Pluralmarkierungen bis zum Schulalter vergleichbare Leistungen zeigen wie einsprachig deutsche Kinder. Das heißt, es gelingt ihnen in der Regel, die zentralen grammatischen Strukturen der deutschen Sprache innerhalb von zwei Jahren zu entschlüsseln. Die Gefahr der Stagnation (Verbleiben auf einer niedrigen Kompetenzebene) besteht vor allem in der Artikelverwendung, der Kasusmarkierung, der Verwendung von Präpositionen, der Pluralbildung und Verbflexion bei *unregelmäßigen* Formen sowie der komplexen Nebensatzkonstruktion. Die typischen Entwicklungsschwierigkeiten in diesen Bereichen stellen demnach nicht per se einen Hinweis auf eine therapiebedürftige Sprachentwicklungsstörung dar und müssen unbedingt bei der sprachbezogenen Diagnostik berücksichtigt werden.

Dies gilt auch für die ausführlich dokumentierten Besonderheiten der Zweisprachigkeit: (1) Code-Switching, (2) Code-Mixing und (3) Interferenzen (Gawlitzeck-Maiwald & Tracy 1996). So ist die Kommunikation von mehrsprachigen Personen (bei Kindern auch gegenüber einsprachigen Personen) oft durch einen fließenden Wechsel zwischen den Sprachen gekennzeichnet (Code-Switching). Auch werden häufig einzelne Wörter aus der jeweils anderen Sprache „ausgeliehen“ und in den Satz gemischt (Code-Mixing). Diese „Jokerstrategie“ (Tracy 2007) ist kein Anzeichen für Überforderung, sondern stellt für gewöhnlich eine kreative Nutzung sprachlicher Vielfalt dar und ermöglicht dem Sprecher, lexikalische und strukturelle Lücken in der schwächeren Sprache mit Hilfe seiner Kenntnisse in der stärkeren Sprache zu schließen.

Dass Kinder die verschiedenen Sprachen nicht unabhängig voneinander lernen und abspeichern, zeigt sich auch sehr deutlich an sprachlichen Übertragungen (Kracht & Rothweiler 2003, Rothweiler & Kroffke 2006) auf der phonologischen, lexikalischen und / oder grammatischen Ebene. Wenn die entsprechenden Strukturen (z.B. Artikel) in beiden Sprachen gleich sind, kann dies zu einem positiven Ergebnis führen. Bei verschiedenen Strukturen kommt es hingegen zu Fehlern (Interferenzen), also zu zielsprachlichen Normabweichungen, deren Zustandekommen mit den Regeln einer anderen Sprache erklärt werden kann (Dirim 2005).

Wie schnell ein Kind die dargestellten Entwicklungsstufen erklimmt, hängt maßgeblich davon ab, wie günstig die jeweiligen Rahmenbedingungen sind. Dennoch gibt es zeitliche Anhaltspunkte, die für den Großteil der Kinder zutreffen. So entwickeln sie für gewöhnlich im Verlauf der ersten zehn Sprachkontaktmonate sprachliche Fähigkeiten, die es ihnen ermöglichen, ihren Alltag zu meistern (Kracht & Rothweiler 2003, Tracy 2007). Auf diesem *Basisniveau* (Basic Interpersonal Communicative Skills, Cummins 1984) können die Kinder mithilfe ihres Grundwortschatzes sprachliche Routinen meistern, ihre Bedürfnisse in Alltagssituationen deutlich machen und sich mit anderen austauschen. Dabei beruht ihr Sprachverstehen jedoch überwiegend auf dem Verständnis einzelner Schlüsselwörter, der Nutzung ihrer bisherigen Erfahrungen und der Zuhilfenahme nonverbaler Kommunikationsmittel. Wenn die Erzieherin das Kind beispielsweise auffordert „Stell die Butter bitte auf den Tisch.“, dann versteht das Kind wahrscheinlich die Nomen „Butter“ und „Tisch“ und weiß auf der Grundlage seiner bisherigen Erfahrungen, dass man die Butter in der Regel *auf* und nicht *unter* oder *neben* den Tisch stellt. Das Kind würde die Butter vermutlich auch auf den Tisch stellen, wenn die Erzieherin ohne unterstützende Gesten sagen würde: „Gehe bitte zum Tisch und bring die Butter dann wieder zu mir zurück.“ Ein Kind, welches dieser Aufforderung richtig nachkommen kann, hat bereits das *Kompetenzniveau* (Cognitive Academic Language Proficiency, Cummins 1984) erreicht. Das heißt, es ist in der Lage, komplexe Satzinhalte in kontextreduzierten Situationen zu verstehen; es hat also ein formales Sprachverstehen ausgebildet. Es verfügt über einen reichhaltigen Wortschatz und hat die grundlegenden Regeln des grammatischen Systems erworben und kann eigenständig komplexe Sätze bilden. Das heißt jedoch nicht, dass es die Zweitsprache fehlerfrei beherrscht (Penner 2003).

1.2 Sukzessive Zweisprachigkeit und Sprachentwicklungsstörungen

Wenn Kinder bedeutsam von dem dargestellten Entwicklungsverlauf abweichen, ist dies in den meisten Fällen auf einen unzureichenden Input in der Zweitsprache oder eine Sprachentwicklungsstörung zurückzuführen. Sprachentwicklungsstörungen treten meistens als Sekundärfolge einer Entwicklungsstörung bzw. Behinderung (geistige Behinderung, Autismus-Spektrum-Störung, Schwerhörigkeit, etc.) auf. Bei etwa sechs bis zehn Prozent aller Kinder eines Jahrgangs (sowohl ein- als auch

mehrsprachig) tritt die Störung der Sprachentwicklung jedoch isoliert und als Primärsymptomatik auf (Genesee et al. 2004, Grimm 2003, Weinert 2006). Da solch einer Spezifischen Sprachentwicklungsstörung (SSES) angeborene Sprachverarbeitungsdefizite zugrunde liegen (Dux & Sievert 2005, Spinath, Price, Dale & Plomin 2004), äußern sich die Symptome bei mehrsprachigen Kindern immer in allen zu erwerbenden Sprachen (Rothweiler 2007) – dabei wird die Symptomatik durch die Zweisprachigkeit wahrscheinlich nicht verstärkt (Paradis et al. 2003, Genesee et al. 2004). Sukzessiv zweisprachige Kinder fallen also in ihrer Erstsprache durch einen späten Worterwerb (Späte Sprecher), einen verlangsamten Sprachentwicklungsprozess und Defizite in der Sprachproduktion auf. Welche spezifischen sprachproduktiven Auffälligkeiten die Kinder zeigen, hängt von der jeweiligen Sprache ab. So fallen beispielsweise türkischsprachige Kinder mit einer SSES nicht primär durch eine defizitäre Grammatik, sondern eher durch Probleme in der Aussprache und pragmatischen Kommunikation auf (Babur, Rothweiler & Kroffke 2007, Lammer & Kalmar 2004, Wagner 2008). In der Zweitsprache können die gleichen produktiven Schwierigkeiten beobachtet werden wie bei Kindern mit einer SSES, die diese Sprache als Erstsprache lernen (Paradis, Crago, Genesee & Rice 2003; Rothweiler 2006, 2007). Darüber hinaus zeigen sich im Zweitspracherwerb Stagnationen (Kracht & Rothweiler 2003, Penner 2004): Den betroffenen Kindern gelingt es nicht, während der ersten zehn Sprachkontaktmonate das Basisniveau in der Zweitsprache zu erreichen (Rothweiler 2006) bzw. trotz intensiver Sprachförderung im Verlauf von sechs Monaten bedeutsame Fortschritte im Zweitspracherwerb zu durchlaufen (Tracy 2007).

1.3 Diagnostische Möglichkeiten zur Abklärung einer SES bei DaZ-Kindern

Bei der Abklärung einer SES bzw. SSES bei DaZ-Kindern besteht die grundlegende Problematik, dass keine Testverfahren existieren, welche auf der Basis der deutschen Sprachfähigkeiten eine valide Diagnostik ermöglichen. Es werden zwar aktuell Instrumente entwickelt und normiert, welche dieses Ziel unter Berücksichtigung der bisherigen Sprachlernerfahrungen des jeweiligen Kindes anstreben, diese wurden jedoch noch nicht veröffentlicht (Kracht, Leuoth & Welling in Vorb., Tracy & Wenzel in Vorb.). Es liegen also bislang keinen diagnostischen Kriterien im Zweitspracherwerb vor, um

Kinder mit und ohne Sprachentwicklungsstörungen voneinander zu unterscheiden.

Insofern stellt die Erfassung der nicht-deutschen Erstsprachfähigkeiten einen zentralen Bestandteil des diagnostischen Prozesses dar. Im Gegensatz zur Diagnostik bei einsprachig deutschen Kindern ist eine standardisierte Aufgabendurchführung mit anschließender normorientierter Ergebnisauswertung jedoch nur begrenzt möglich. Sie kann vor allem durch Diagnostikerinnen gewährleistet werden, welche die nicht-deutsche Erstsprache des Kindes beherrschen und durch eine standardisierte Spontansprachanalyse (z.B. mit HAVAS-5, Reich & Roth 2004) oder Testdiagnostik (mit einem für einsprachige Kinder entwickelten Verfahren in der jeweiligen Erstsprache) die sprachliche Kompetenz der Kinder erfassen können. Allerdings nur unter der Voraussetzung, dass die Familiensprache mit der Hochsprache des Tests übereinstimmt; und da sich Sprachen durch den Migrationsprozess lexikalisch und strukturell verändern (Tracy 2007), wird diese Bedingung in vielen Situationen nicht erfüllt.

Darüber hinaus stehen für vier- bis fünfjährige Kinder mit russischer und türkischer Erstsprache computergestützte Screeningverfahren zur Verfügung, die eine Durchführung ohne Erstsprachkenntnisse der diagnostizierenden Person und eine normierte Auswertung ermöglichen (SCREEMIK-2, Wagner 2008).

Eine weitere zuverlässige und fast immer nutzbare Quelle für Informationen über die nicht-deutsche Erstsprache ist die systematische Befragung der Eltern. Denn diese können die sprachlichen Fähigkeiten ihrer Kinder meistens zuverlässig einschätzen – unter der Voraussetzung, dass man ihnen die richtigen Fragen stellt (Grimm & Doil, 2006). So kann die sorgfältige Erhebung der wichtigsten universellen Meilensteine und der Sprachkompetenz (v.a. Beginn der Wortproduktion, Bildung von Mehrwortsätzen, Verwendung grammatischer Elemente) Hinweise auf einen gestörten Sprachentwicklungsverlauf ergeben. Die zur Verfügung stehenden Fragebögen wurden meistens in mehreren Sprachen verfasst, so dass sie auch von Eltern ohne gute Deutschkenntnisse ausgefüllt werden können (u.a. Jedik 2006, Schlösser 2007).

Wenn die Eltern in solchen Fragebögen davon berichten, dass ihr Kind erst sehr spät gesprochen hat, im Vergleich zu anderen Kindern deutlich weniger und/oder schlechter spricht und zudem auffallend viele grammatische und/oder artikulatorische Fehler macht, gibt es deutliche Hinweise auf das Vorliegen einer

Sprachentwicklungsstörung. Vor allem dann, wenn zusätzlich über die gründliche Erfassung der Sprachbiografie (Beginn der Zweisprachigkeit, Qualität und Quantität des deutschsprachigen Inputs etc.) sicher gestellt werden kann, dass die Schwierigkeiten in der deutschen Zweitsprache nicht auf einen unzureichenden Input zurückzuführen sind (Jedik 2006).

Zusätzlich werden fortlaufend informelle Verfahren zur Erfassung der nicht-deutschen Erstsprachfähigkeiten veröffentlicht. Es handelt sich dabei in der Regel um Aufgaben, die ausschließlich nach inhaltslogischen Gesichtspunkten zusammengestellt wurden (z.B. *WIELAU-T*, Lammer & Kalmar 2004). Da diese jedoch nicht auf ihre Gütekriterien hin untersucht wurden, bilden sie keine geeignete Grundlage für die Diagnose einer (S)SES. Ebenso ungeeignet ist die Übersetzung von Verfahren für monolingual deutschsprachige Kinder in die jeweilige Erstsprache. Denn da die grammatische Entwicklung sprachspezifisch und unterschiedlich schnell verläuft, können morpho-syntaktische Elemente einer Sprache nicht ohne Weiteres in eine andere Sprache übertragen werden (Aksu-Koç & Slobin 1985, Rothweiler 2004).

Insgesamt lässt sich für das diagnostische Vorgehen festhalten: Ergibt die Erfassung der nicht-deutschen Erstsprache – wie bei Suzan im einleitenden Fallbeispiel – keine Hinweise auf einen gestörten Sprachentwicklungsverlauf, sind die beobachteten Schwierigkeiten in der deutschen Zweitsprache (die ja in der Regel der Anlass für die Vorstellung in der Praxis sind), höchstwahrscheinlich auf einen bisher unzureichenden deutschsprachigen Input zurückzuführen. Wird diese Vermutung durch die Angaben zur Sprachbiografie gestützt, sollte in einem beratenden Gespräch mit den Eltern überlegt werden, welche Möglichkeiten es für die Familie gibt, den deutschsprachigen Input für das Kind sowohl qualitativ als auch quantitativ zu steigern (z.B. durch Sprachfördermaßnahmen in der Kindertageseinrichtung, Kontakt zu deutschsprachigen Familien mit gleichaltrigen Kindern, Sportvereine, etc.).

1.4 Erfassung der deutschen Zweitsprache

Liegen jedoch Indizien für Störungen im muttersprachigen Entwicklungsverlauf vor, sollte deren Spezifität – wie bei einsprachigen Kindern auch – durch die Überprüfung des Gehörs und der nonverbalen Intelligenz ermittelt werden. Darüber hinaus sollte die aktuelle Zweitsprachkompetenz differenziert erfasst werden. Denn nur so kann eine fundierte Basis für die

Entscheidung geschaffen werden, auf welcher Kompetenzebene die anschließenden therapeutischen Maßnahmen angesetzt werden müssen. Dafür werden in der Praxis überwiegend Verfahren eingesetzt, die mit dem Ziel entwickelt wurden, einsprachig deutsche Kinder mit einer (Spezifischen) Sprachentwicklungsstörung zu identifizieren (Lachmann 2006, Lengyel 2002). Dazu gehört auch der *Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder (SETK 3-5, Grimm 2001)*, welcher auf dem Meilensteinkonzept der Sprachentwicklung basiert (Grimm 2003) und in der diagnostischen Praxis weite Verbreitung gefunden hat. Inwiefern er dazu geeignet ist, die deutschen Zweitsprachfähigkeiten von Vorschulkindern zu erfassen, wurde in der folgenden Studie exemplarisch untersucht (siehe auch Stahn 2005).

2 Empirische Untersuchung

2.1 Probanden & Methode

Um zu überprüfen, welchen Nutzen der SETK 3-5 bei der Erfassung der deutschen Sprachfähigkeiten von sukzessiv zweisprachigen Vorschulkindern hat, wurden 28 muttersprachig türkische Kinder untersucht, die in Deutschland geboren wurden. Es handelte sich dabei um 17 Mädchen und elf Jungen im Alter von vier und fünf Jahren ($M = 5;1$, $SD = 0;7$). Die Kinder hatten alle ab dem Kindergartenentritt – seit mindestens sieben Monaten – systematischen Kontakt mit der deutschen Zweitsprache ($M = 19,7$ Monate; $SD = 10,55$). Jedes Kind nahm an zwei Testeinheiten (jeweils 60-90 Minuten) teil, die entweder in der Universität, dem Kindergarten oder zu Hause durchgeführt wurden. Beim ersten Untersuchungstermin wurden die sprachlichen Fähigkeiten der Kinder überprüft. Der zweite Termin, welcher durchschnittlich neun Tage später stattfand, beinhaltete die Überprüfung der nonverbalen kognitiven Fähigkeiten.

Da der SETK 3-5 mittlerweile ein etabliertes Verfahren ist, werden die fünf Untertests an dieser Stelle nur kurz beschrieben.

(1) *Verstehen von Sätzen (VS)*: Um das formale Sprachverständnis zu erfassen, erhält das Kind 15 kontextreduzierte Handlungsaufforderungen (z.B. „Leg den Sack zwischen die Stifte.“), die nicht durch das Verstehen einzelner Schlüsselwörter richtig ausgeführt werden können. (2) *Satzgedächtnis (SG)*: Zur Überprüfung der grammatischen Kompetenzen soll das Kind 15 Sätze unterschiedlicher semantischer und syntaktischer Qualität nachsprechen. Dabei handelt es sich zum einen um semantisch und syntaktisch sinnvolle Sätze (z.B.

„Die graue Maus wird von der Katze gejagt.“) und zum anderen um inhaltlich sinnlose Sätze mit sinnvoller syntaktischer Struktur (z.B. „Eine Mütze, die Berge füttert, schläft.“). Die Probleme von Kindern mit einem defizitären Kenntnissystem der formal-linguistischen Regeln fallen vor allem bei der zweiten Form von Sätzen auf. (3) *Morphologische Regelbildung (MR)*: Als weitere grammatische Komponente wird die Pluralbildung erfasst. Dem Kind werden dabei 18 Bildkarten mit realen Objekten und Fantasiefiguren gezeigt und es soll jeweils den Plural des vorgegebenen Singulars bilden (z.B. Schiff-Schiffe, Tulo-Tulos). Während bei der richtigen Mehrzahlbildung realer Wörter nicht unterschieden werden kann, ob das Kind den Plural eigenständig gebildet oder eine auswendig gelernte Wortform reproduziert hat, kann bei einer richtigen Kunstwortpluralform davon ausgegangen werden, dass eine Pluralregel angewendet wurde. (4) *Phonologisches Arbeitsgedächtnis für Nichtwörter (PGN)*: Die Verarbeitung phonologischer Informationen wird über das Nachsprechen von 18 zwei- bis viersilbigen Nichtwörtern erfasst (z.B. Billop). Fehler beim Nichtwörternachsprechen weisen darauf hin, dass im phonologischen Arbeitsgedächtnis keine korrekte Repräsentation von fremden Lautmustern erstellt werden kann. (5) *Gedächtnisspanne für Wortfolgen (GW)*: Um ausschließen zu können, dass mögliche Schwierigkeiten beim Nachsprechen von Sätzen (SG) nicht auf allgemeine eingeschränkte Gedächtnisfähigkeiten zurückzuführen sind, werden dem Kind maximal sechs unverbundene Wörter (z.B. Baum, Haus, Frau) vorgegeben. Die Anzahl der Wörter, die es in der richtigen Reihenfolge reproduziert kann, gilt als Maß für die Kurzzeitgedächtnisspanne.

2.2 Ergebnisse

Im Folgenden werden die zentralen Analysen und Ergebnisse vorgestellt. Sie erreichen trotz der geringen Stichprobengröße durchweg statistische Signifikanz und zeigen einheitlich: Der SETK 3-5 misst die deutschen Sprachfähigkeiten der türkisch-deutschsprachigen Kinder weitgehend reliabel und in allen untersuchten Aspekten valide.

Allgemein zeigte sich, dass die Mehrheit der türkisch-deutschsprachigen Kinder bei einem altersbasierten Vergleich mit monolingual deutschen Kindern unterdurchschnittliche Sprachfähigkeiten im Deutschen aufzeigte (also T-Werte unter 40 erzielte). Während im Untertest PGN etwa die Hälfte der Kinder durchschnittliche Leistungen zeigte, traf dies in den

drei anderen Untertests jeweils auf maximal neun Kinder zu. Insgesamt gab es fünf Kinder, die in allen vier Untertests durchschnittliche Ergebnisse erzielten. Diese Kinder waren schon mindestens zwei Jahre lang sechs bis acht Stunden pro Tag in der KiTa ($M = 34,6$ Monate; $SD = 13,2$) und gehörten somit zu der Gruppe mit dem längsten Zweitsprachkontakt. Zwölf Kinder erreichten durchgängig unterdurchschnittliche T-Werte und bei elf Kindern waren die sprachlichen Leistungen unterschiedlich gut ausgeprägt. Im Untertest *Gedächtnisspanne für Wortfolgen* (für den keine T-Werte berechnet werden können) konnten alle 28 Kinder mindestens drei unverbundene Wörter in Folge richtig wiedergeben und zeigten somit keine Auffälligkeiten im Sprachgedächtnis. Es ist also davon auszugehen, dass bei keinem der Kinder eine Sprachentwicklungsstörung vorlag; diese Annahme wurde auch durch die Angaben der Eltern zur Erstsprachentwicklung unterstützt.

Aufgrund der geringen Varianz in den gezeigten Gedächtnisleistungen wurde der Untertest *Gedächtnisspanne für Wortfolgen* aus den im Folgenden dargestellten Berechnungen zur Reliabilität und Validität ausgeschlossen.

Für die Prüfung der Messgenauigkeit (Reliabilität) des SETK 3-5 wurde die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) herangezogen. Somit konnte bei einmaliger Testvorlage bestimmt werden, ob die Aufgaben eines Untertests jeweils das Gleiche erfassen (Lienert, 1967). Die Analyse zeigte, dass die Reliabilitätskennwerte der Untertests Verstehen von Sätzen ($\alpha = .88$), *Morphologische Regelbildung* ($\alpha = .93$) und *Satzgedächtnis* ($\alpha = .94$) hoch ausfallen und mit der internen Konsistenz vergleichbar sind, die bei gleichaltrigen Kindern der monolingual deutschen Normstichprobe des SETK 3-5 (vgl. Testmanual, S. 55 ff.) ermittelt wurde ($\alpha = .71 - .89$). Die interne Konsistenz des Untertests *Phonologisches Arbeitsgedächtnis für Nichtwörter* fällt mit $\alpha = .43$ hingegen wesentlich niedriger aus als bei monolingual deutschen Kindern ($\alpha = .73 - .81$).

Die Berechnung der Konstruktvalidität sollte Auskunft darüber geben, ob der SETK 3-5 tatsächlich die deutschsprachigen Kompetenzen sukzessiv zweisprachiger Vorschulkinde und nicht etwa andere Fähigkeiten erfasst (z.B. Anpassung des Kindes an die Testsituation oder die allgemeine Intelligenz). Sie beinhaltet zwei zentrale Aspekte: (1) das Korrelationsmuster der Untertests sowie (2) die konvergente und divergente Validität.

(1) Korrelationsmuster der Untertests

Ob die Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Sprachkomponenten (Sprachverstehen, grammatische Fähigkeiten, phonologisches Verarbeitung) bei den untersuchten Kindern vergleichbar sind mit denen von muttersprachlich deutschen Kindern, wurde durch die Analyse der Intersubtestkorrelationen auf Rohwertebene geprüft. Sie werden in Tabelle 1 zusammengefasst.

	VS	MR	SG
MR	.73***	---	---
SG	.83***	.81***	---
PGN	.37*	.55**	.42**

Tab. 1: Pearson-Produkt-Moment-Korrelationen zwischen den SETK-Untertests

Anmerkungen: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Die Korrelationen zwischen den Untertests bewegen sich insgesamt zwischen .37 und .83 und sind alle statistisch bedeutsam. Besonders auffällig ist, dass die grammatischen Untertests *Satzgedächtnis* (SG) und *Morphologische Regelbildung* (MR) bei den türkisch-deutsch-sprachigen Kindern sehr hoch miteinander korrelieren und dieses grammatische Wissen wiederum sehr eng mit den Verstehensleistungen der Kinder im Subtest *Verstehen von Sätzen* (VS) zusammenhängt. So haben 24 der 28 untersuchten Kinder entweder in allen drei Untertests durchschnittliche oder aber in allen unterdurchschnittliche T-Werte erzielt. Ohne fundierte Kenntnisse des grammatischen Systems in der deutschen Sprache gelingt es ihnen also nicht, die kontextreduzierten Handlungsaufforderungen im SETK 3-5 vollständig zu entschlüsseln.

Aus diesem hohen Korrelationsmuster fällt der Subtest *Phonologisches Arbeitsgedächtnis für Nichtwörter* (PGN) deutlich heraus. Zwar hängen die Leistungen der Kinder in diesem Untertest statistisch signifikant mit den grammatischen Fähigkeiten und dem Sprachverstehen zusammen, aber es wird eine deutlich andere (also keine grammatische) Sprachkomponente erfasst. Betrachtet man die Zusammenhänge zwischen dem T-Wert der Kinder im Untertest PGN und ihrem allgemeinen Sprachniveau (mittlerer T-Wert SETK 3-5), so zeigt sich, dass alle Kinder, die insgesamt durchschnittliche sprachliche Fähigkeiten aufwiesen, auch ohne Schwierigkeiten deutsche Nichtwörter wiederholen konnten. Darüber hinaus erreichte kein einziges Kind einen durchschnittlichen mittleren T-Wert im SETK 3-5, ohne durchschnittliche

Fähigkeiten im Untertest PGN zu erzielen. Es gab demgegenüber jedoch acht Kinder, die Nichtwörter gut nachsprechen konnten, aber dennoch deutliche grammatische Defizite hatten, so dass sie einen unterdurchschnittlichen Gesamt-T-Wert erhielten. Somit bildet der SETK 3-5 trotz der eingeschränkten Reliabilität des Untertests PGN den Erwerbsverlauf der Zweitsprache ab: Für einen gelungenen Wortschatzaufbau und die damit verknüpfte Ableitung des grammatischen Systems müssen die Kinder zunächst das bislang fremde Lautrepertoire der Zweitsprache entschlüsseln sowie neue Lautverbindungen präzise speichern und abrufen können.

(2) Konvergente und divergente Validität

Als weiteres Maß der Konstruktvalidität wurde überprüft, ob sich die sprachlichen Leistungen der türkisch-deutsch-sprachigen Kinder im SETK 3-5 auch in ihrem rezeptiven und produktiven Wortschatz widerspiegeln (konvergente Validität). Schließlich ist theoretisch anzunehmen, dass die Kinder mit den besten Testergebnissen im SETK 3-5 auch den größten rezeptiven Wortschatz und den umfangreichsten aktiven Wortschatz besitzen. Um diese Sprachmaße zu erfassen, wurden der *Aktiver Wortschatztest für drei- bis sechsjährige Kinder* (AWST 3-6, Kiese & Kozielski 1996) und eine eigene Übersetzung des *Peabody Picture Vocabulary Test-Revised* (PPVT-R, Dunn & Dunn 1981) eingesetzt. Um darüber hinaus auszuschließen, dass die Leistungen im SETK 3-5 lediglich die allgemeine Intelligenz der Kinder widerspiegeln (diskriminante Validität), wurden sie mit den Testwerten im *Snijders-Oomen Non-verbaler Intelligenztest* (SON-R 2½ - 7, Tellegen, Winkel, Wijnberg-Williams & Laros 1998) korreliert. Die Zusammenhänge sind in Tabelle 2 abgebildet.

	VS	MR	SG	PGN
PPVT-R ¹	.88***	.72***	.82***	.51**
AWST 3-6 ¹	.86***	.75***	.89***	.50*
SON-R 2 ½ -7 ² Gesamt-IQ	.30 n.s.	.38 n.s.	.30 n.s.	.23 n.s.

Tab. 2: Korrelationen zwischen SETK, PPVT-R, AWST 3-6 und SON-R 2½ -7

Anmerkungen: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; n.s. nicht signifikant.

1 Korrelationsanalyse basiert auf Rohwerten,

2 Korrelationsanalyse basiert auf Standardwerten

Aus dem oberen Abschnitt der Tabelle 2 wird ersichtlich, dass alle SETK-Untertests statistisch bedeutsam mit dem rezeptiven (PPVT-R) und produktiven Wortschatz (AWST 3-6) korrelieren. Im unteren Abschnitt der Tabelle sind die Korrelationen zwischen den SETK-Untertests und den nonverbalen Intelligenzmaßen abgetragen. Sie sind insgesamt wesentlich niedriger als die Zusammenhänge zwischen den Sprachmaßen und durchweg nicht statistisch signifikant. Die Ergebnisse bestätigen somit die Konstruktvalidität des SETK 3-5 und demnach die Annahme, dass mit ihm tatsächlich die deutschen Sprachfähigkeiten der sukzessiv zweisprachigen Kinder erfasst werden.

Die dargestellten Ergebnisse erlauben trotz der kleinen Stichprobe folgendes Fazit: Die Untertests des SETK 3-5 scheinen durchweg geeignet zu sein, die sprachlichen Stärken und Schwächen von DaZ-Kindern abzubilden. So erfasst der Untertest *Phonologisches Arbeitsgedächtnis für Nichtwörter* eine Grundvoraussetzung für den deutschsprachigen Wortschatzaufbau, wenngleich auch die interne Konsistenz ungenügend ausfällt. Die Untertests *Verstehen von Sätzen*, *Morphologische Regelbildung* und *Satzgedächtnis* erfassen zuverlässig die grammatischen Fähigkeiten der Kinder und im Subtest *Gedächtnisspanne für Wortfolgen* schlagen sich sprachliche Gedächtnisprobleme nieder.

3 Diskussion

In der vorgestellten Untersuchung wurden ausschließlich die Aufgabensets für vier- und fünfjährige Kinder vorgegeben. DaZ-Kinder mit einer therapiebedürftigen Sprachentwicklungsstörung stoßen in diesem Fall wahrscheinlich schnell an ihre Grenzen, so dass vor allem erfasst werden kann, was die Kinder *nicht* können. Um einen differenzierteren Eindruck von dem bisher erreichten Fähigkeitsniveau in der Zweitsprache zu erhalten, ist es sinnvoll, einfachere Aufgaben vorzugeben; und zwar aus dem Aufgabenset für dreijährige Kinder (SETK 3-5) und aus dem *Sprachentwicklungstest für zweijährige Kinder* (SETK-2, Grimm 2000). Denn durch die adaptive Verknüpfung dieser beiden Sprachentwicklungstest ist es möglich, ein sehr breites Fähigkeitsspektrum auf der Basis der universellen sprachlichen Meilensteine zu überprüfen (vgl. Aktaş 2006).

Bei der Auswertung der einzelnen Untertests gibt es prinzipiell zwei Möglichkeiten. Da die Sprachentwicklungstests für einsprachig deutsche Kinder normiert wurden, ist für die Festsetzung der anschließenden Therapiemaß-

nahmen vor allem die qualitative Betrachtung der kindlichen Äußerungen hilfreich: Auf welcher Kompetenzebene ist das Sprachverständnis angesiedelt? Hat das Kind ein Verständnis für Präpositionen aufgebaut? Zeigen sich spezifische Fehler in der Aussprache? Welche Pluralmarkierungen sind bereits erworben? Darüber hinaus kann die normorientierte Auswertung, also der altersbasierte Vergleich mit monolingualen Kindern für konkrete Fragestellungen informativ sein. Beispielsweise können die ermittelten Normwerte genutzt werden, um den Therapieerfolg anhand der T-Wert-Veränderungen zu überprüfen.

Die Informationen, die aus dem adaptiven Einsatz des SETK 3-5 und SETK-2 gewonnen werden können, sind ausschließlich für die therapeutische Behandlung der deutschen Zweitsprache nützlich, welche sich abgesehen von der Verbesserung der allgemeinen Sprachverarbeitungsfähigkeit nicht per se positiv auf die Erstsprache auswirkt (Cummins 2000; Kohnert, Yim, Nett, Fong Kann & Duran 2005). Im Idealfall erhält das jeweilige Kind also eine mehrsprachige Therapie (Kohnert & Derr, 2004; Kracht, 2001), um eine optimale Verbesserung der phonologischen, lexikalischen, morpho-syntaktischen, pragmatischen und/oder artikulatorischen Defizite des Kindes zu bewirken. Doch auch einsprachige Logopädinnen/Sprachtherapeutinnen können durch die Anleitung von Co-Therapeuten (z.B. mehrsprachige Studierende/Auszubildende oder Langzeitpraktikantinnen) und die Schulung der Eltern (Sprachlehrstrategien, dialogische Bilderbuchbetrachtung, Sprachspiele, etc.) die Sprachkompetenz in der nicht-deutschen Muttersprache erhöhen (Kohnert & Derr 2004, Loos 2007, Ünsal 2007).

Fazit: Auch wenn die Abklärung einer (Spezifischen) Sprachentwicklungsstörung bei DaZ-Vorschulkindern nicht so standardisiert wie bei einsprachigen Kindern durchgeführt werden kann, ermöglicht die theoriegeleitete Erfassung der Erstsprache eine fundierte Grundlage für die Diagnosestellung. Liegen Hinweise auf einen gestörten Erstspracherwerb vor, sollten die sprachlichen Schwächen und Stärken in der deutschen Zweitsprache als Grundlage für die Therapieplanung differenziert eingeschätzt werden.

Literatur

Aksu-Koç, A. & Slobin, D. (1985): The Acquisition of Turkish. In: Slobin, D. (Hrsg.): *The Crosslinguistic Study of Language Acquisition*, Bd.1 (839-878). New Jersey: Erlbaum.

Aktaş, M. (2006): Zum theoriegeleiteten Einsatz standardisierter Sprachtests bei Kindern mit geistiger Behinderung. *Frühförderung Interdisziplinär* 25, 79-91.

Altmüller, S. (2005): Zum Gebrauch sprachlicher Formeln beim Zweitspracherwerb. In: Apeltauer, E. (Hrsg.): *Möglichkeiten zur Bestimmung von Sprachentwicklungstendenzen (16-27)*. Flensburg: Universität Flensburg.

Babur, E., Rothweiler, M. & Kroffke, S. (2007): Spezifische Sprachentwicklungsstörung in der Erstsprache Türkisch. *Linguistische Berichte* 212, 377-402.

Cummins, J. (2000): *Language, Power, and Pedagogy*. Clevedon: Multilingual Matters.

Cummins, J. (1984): *Bilingualism and special education*. Clevedon: Short Run Press.

Dirim, I. (2005): Deutsch lernen auf der Grundlage der Erstsprache Türkisch. In: Bartnitzky, H. & Speck-Hamdan, A. (Hrsg.): *Deutsch als Zweitsprache lernen (53-57)*. Frankfurt a. M.: Grundschulverband – Arbeitskreis Grundschule.

Dunn, L. M. & Dunn, L. M. (1981): *Peabody Picture Vocabulary Test – Revised (PPVT-R)*. Minnesota: American Guidance Service.

Dux, W. & Sievert, S. (2005): *Entwicklung und Förderung der kindlichen Sprache*. Niedernhausen: Elektra GmbH.

Gawlitzeck-Maiwald, I. & Tracy, R. (1996): Bilingual bootstrapping. *Linguistics* 34, 901-926.

Genesee, F., Paradis, J. & Crago, M. B. (2004): *Dual language development and disorders*. Baltimore: Brookes.

Grimm, H. (2003): *Störungen der Sprachentwicklung*. Göttingen: Hogrefe.

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

Grimm, H. (2000): *Sprachentwicklungstest für zweijährige Kinder (SETK-2)*. Göttingen: Hogrefe.

Grimm, H. & Doil, H. (2006): *Elternfragebögen für die Früherkennung von Risikokindern (ELFRA-1, ELFRA-2)*, 2. Auflage. Göttingen: Hogrefe.

Jedik, L. (2006): *Anamnesebogen für zweisprachige Kinder*. Würzburg: Edition v. Freisleben.

Jeuk, S. (2003): *Erste Schritte in der Zweitsprache Deutsch*. Freiburg: Fillibach.

Kany, W. & Schöler, H. (2007): *Fokus Sprachdiagnostik*. Mannheim: Cornelsen.

Kiese, C. & Kozielski, P.-M. (1996): *Aktiver Wortschatztest für 3-6jährige Kinder (AWST 3-6)*, 2. Auflage. Göttingen: Beltz.

Kohnert, K., Yim, D., Nett, K., Fong Kan, P. & Duran, L. (2005): Intervention with linguistically diverse preschool children. *Language, speech and hearing services in schools* 36, 251-263.

Kohnert, K. & Derr, A. (2004): *Language intervention with bilingual children*. In: Goldstein, B.A.

(Hrsg.): Bilingual language development and disorders in Spanish-English speakers (311-338). Maryland: Brookes.

Kracht, A. (2001): Sprachtherapie bei mehrsprachigen Kindern: Aspekte der Diagnostik, der Therapie und der Beratung. VBL-Bulletin 3, 4-16.

Kracht, A., Leuth, C. & Welling, A. (in Vorb.): Therapieorientierte grammatische Analyse (TOGA).

Kracht, A. & Rothweiler, M. (2003): Diagnostische Fragen zur kindlichen Grammatikentwicklung im Kontext von Mehrsprachigkeit. In: Warzecha, B. (Hrsg.): Heterogenität macht Schule (189-204). Münster: Waxmann.

Lachmann, C. (2006): Logopädische Diagnostik bei mehrsprachigen Kindern – Überblick über die Einsetzbarkeit gängiger Verfahren. Forum Logopädie 20, 6, 16-21.

Lammer, V. & Kalmar, M. (2004): Wiener Lautprüfverfahren für Türkisch sprechende Kinder (WIE-LAU-T). Wien: Lernen mit Pfiff.

Lengyel, D. (2002): Möglichkeiten und Grenzen eines diagnostischen Vorgehens bei zweisprachigen Kindern. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie, Band 3: Diagnostik, Prävention und Evaluation. Stuttgart: Kohlhammer.

Loos, R. (2007): Birlikte Ögreniyoruz – Wir lernen zusammen. München: Don Bosco.

Paradis, J., Crago, M., Genesee, F. & Rice, M. K. (2003): French-English bilingual children with SLI: How do they compare with their monolingual peers? Journal of Speech, Language and Hearing Research 46, 113-127.

Penner, Z. (2003): Neue Wege der sprachlichen Frühförderung von Migrantenkindern. Tägerwilen: Kon-Lab.

Penner, Z. (2004): Auf dem Weg zur Sprachkompetenz: Neue Perspektiven der sprachlichen Frühförderung bei Migrantenkindern. Konstanz: Kon-Lab.

Reich, H. H. & Roth, H.-J. (2004): Hamburger Verfahren zur Analyse des Sprachstandes bei 5-Jährigen (HAVAS-5). Hamburg: Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung.

Reich, H. & Roth, H.-J. (2002): Spracherwerb zweisprachig aufwachsender Kinder und Jugendlicher. Hamburg: Behörde für Schule, Jugend und Berufsbildung.

Rothweiler, M. (2007): Spezifische Sprachentwicklungsstörung und Mehrsprachigkeit. In: Schöler, H. & Welling, A. (Hrsg.): Sonderpädagogik der Sprache (254-258). Göttingen: Hogrefe.

Rothweiler, M. (2006): The acquisition of V2 and subordinate clauses in early successive acquisition of German. In: Lleo, C. (Hrsg.): Interfaces in Multilingualism (91-113). Amsterdam: Benjamins.

Rothweiler, M. (2004): Spezifische Sprachentwicklungsstörung und früher Zweitspracherwerb. Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete 73, 167-178.

Rothweiler, M. & Kroffke, S. (2006): Bilingualer Spracherwerb. In: Siegmüller, J. & Bartels, H. (Hrsg.): Leitfaden Sprache Sprechen Stimme Schlucken (44-49). München: Urban & Fischer.

Schlösser, E. (2007): Wir verstehen uns gut, 5. Auflage. Münster: Ökotopia Verlag.

Spinath, F. M., Price, T. S., Dale, P. S. & Plomin, R. (2004): The genetic and environmental origins of language disability and ability. Child Development 75, 445-454.

Stahn, D. (2005). Wie valide kann die Sprachkompetenz im Deutschen bei Vorschulkindern mit türkischer Muttersprache beurteilt werden? Unveröffentlichte Diplomarbeit: Universität Bielefeld.

Tellegen, P., Winkel, M., Wijnberg-Williams, B. & Laros, J. (1998): Sniijders-Oomen Non-verbaler Intelligenztest (SON-R 21/2-7). Frankfurt: Swets Test.

Tracy, R. (2007): Wie Kinder Sprachen lernen. Tübingen: Francke.

Tracy, R. & Wenzel, R. (in Vorb.): Linguistische Sprachstandserhebung Deutsch als Zweitsprache (Lise-DaZ).

Triarchi-Herrmann, V. (2005): Sprachförderung mehrsprachiger Kinder auf sprachheilpädagogischer Basis. In: Grohnfeldt, M., Triarchi-Herrmann, V. & Wagner, L. (Hrsg.): Mehrsprachigkeit als sprachheilpädagogische Aufgabenstellung (27-48). Würzburg: Edition von Freisleben.

Ünsal, F. (2007): Laute üben Türkisch-Deutsch. Schaffhausen: Schubi.

Wagner, L. (2008): SCREEMIK 2 – Screening der Erstsprachfähigkeit bei Migrantenkindern. München: Eugen Wagner Verlag.

Weinert, S. (2006): Sprachstörungen. In: Funke, J. & Frensch, P.A. (Hrsg.): Handbuch der Allgemeinen Psychologie – Kognition (665-673). Göttingen: Hogrefe.

Korrepondenzadresse

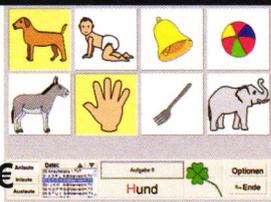
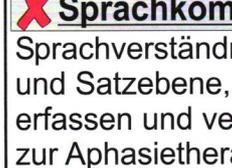
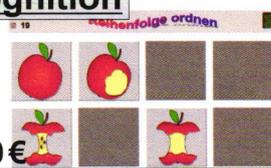
Dr. Doreen Asbrock
 Bielefelder Institut für frühkindliche Entwicklung e.V.
 (Standort Marburg)
 Frankfurter Str. 16, 35037 Marburg
 d.asbrock@bielefelder-institut.de

Dr. Doreen Asbrock bietet als Mitglied im Bielefelder Institut für frühkindliche Entwicklung e.V. schwerpunktmäßig Fortbildungen zum Thema „frühkindliche Mehrsprachigkeit“ an.

Software für die Praxis

www.etverlag.de

E. T. Verlag Tel/Fax: 05404 -71858

 <p>der Hund</p> <p>69,90 €</p>	<p>UniWort Professionell</p> <p>Effektive Lernmethoden für intensives einprägen, langfristiges behalten, leicht erweiterbar.</p>	 <p>Laute unterscheiden</p> <p>Anlaute, Inlaute, Auslaute bestimmen, Buchstaben, Zahlen, Farben, Bilder auditiv/visuell ordnen. 59,90 €</p>
 <p>die Schuhe</p> <p>69,90 €</p>	<p>Hören-Sehen-Schreiben</p> <p>Schriftsprachtraining für Kinder u. Erwachsene mit Schwächen im auditiven und/oder visuellen Bereich, erweiterbar. 69,90 €</p>	 <p>Audio 1 fördert die auditive Unterscheidungsfähigkeit auf Geräusch-Laut- und Wortebene, inkl. Richtungshören. 89,90 €</p>
 <p>Sprachkompetenz Neu</p> <p>Sprachverständnis auf Wort- und Satzebene, Handlungen erfassen und versprachlichen zur Aphasiotherapie. 89,90 €</p>	<p>Merkfähigkeit und Kognition</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Merkfähigkeit steigern 2. Reihenfolgen ordnen 3. Kategorien bilden 4. Logisches Ergänzen 59,90 € 	 <p>Merksortfolge ordnen</p>



Sprachliche Inhalte – Herzstücke einer elektronischen Kommunikationshilfe

Sabine Ell, Köln

Zusammenfassung

Der Bereich Unterstützte Kommunikation (UK) hat sich in den letzten Jahren in Deutschland deutlich ausgeweitet. In Forschung und Lehre findet UK im Zusammenhang mit Sprachtherapeutischen Maßnahmen immer mehr Beachtung. Im Fokus steht der kommunikationsbeeinträchtigte Mensch, dem mit Hilfe von unterstützenden Mitteln neue Wege der zwischenmenschlichen Kommunikation eröffnet werden sollen. Im Folgenden Beitrag wird mit Blick auf die in erster Linie amerikanische Forschung beleuchtet, welche Inhalte auf einer elektronischen Kommunikationshilfe zur Verfügung gestellt werden sollten und warum. Ziel ist es, dem Unterstützt Kommunizierenden seinen

Fähigkeiten angepasste Werkzeuge an die Hand zu geben, mit denen er sowohl seinen Bedürfnissen entsprechend mit seiner Umwelt interagieren kann, als auch seine sprachliche und schriftsprachliche Entwicklung unterstützt und weiter entwickelt werden kann.

Schlüsselwörter

Unterstützte Kommunikation (UK), elektronische Kommunikationshilfe, Sprache für nicht-sprechende Menschen, Sprachgebrauch, Sprachstrukturen, Kommunikationskontext

Einleitung

Unterstützte Kommunikation: Definition

Für die meisten Menschen ist das Mittel zur Verständigung und für den Austausch mit anderen die Lautsprache. Das Fachgebiet, das sich mit Menschen befasst, die aus unterschiedlichen Gründen gar nicht oder nicht ausreichend über ihre eigene Lautsprache kommunizieren können, nennt sich Unterstützte Kommunikation, auch UK genannt. Ursula Braun formuliert diesen Ansatz wie folgt: „Unterstützte Kommunikation zielt darauf, die Kommunikationsmöglichkeiten nicht sprechender Menschen zu verbessern, indem ihnen Hilfsmittel, Techniken und Strategien zur Verfügung gestellt werden, die die Lautsprache ergänzen oder ersetzen.“ (Braun, 1999³, S. 3)

Die Zielgruppe für UK ist sehr gemischt. Sie reicht vom Kindes- bis zum Erwachsenenalter. Auch Dupuis (2007) stellt heraus, dass es sich bei UK-Nutzern nicht um eine homogene Adressatengruppe handelt. Die einzelnen Indikationen und Ziffern des Heilmittelkataloges können in unterschiedlichen Kombinationen zutreffen und angewendet werden. (vgl. Dupuis, G.: Sprachtherapie für Unterstützt Kommunizierende, S. 423-430)

Folgende Menschen können betroffen sein: Personen,

- die an einer fortschreitenden Erkrankung wie ALS oder MS leiden
- die nach vollzogenem Spracherwerb eine Schädigung durch einen Unfall (Schädel-Hirn-Trauma) oder einen Schlaganfall erlitten haben
- die von einer vorübergehenden Beeinträchtigung (z.B. Tracheotomie) betroffen sind
- die eine geistige Behinderung, geistige Entwicklungsverzögerung, Autismus, Down-Syndrom o.ä. haben
- die eine motorische Behinderung, körperliche Beeinträchtigung, Spastik oder Sprechapraxie haben

Sehr häufig findet man in der UK-Förderung Kinder, die aufgrund einer Schädigung oder Behinderung vor, während oder bei der Geburt keine normale lautsprachliche Kommunikationsmöglichkeit erwerben konnten oder können.

Unabhängig von der Ursache, ist ein „Nicht-Sprechen-Können“ immer verbunden mit einer eingeschränkten Teilnahme am gesellschaftlichen Leben und einer eingeschränkten Selbstbestimmung. Das sonderpädagogische bzw. therapeutische Konzept der Unterstütz-

ten Kommunikation hat es sich zum Ziel gemacht, für jeden UK-Nutzer ein individuelles Kommunikationssystem zu entwickeln, das die Fähigkeiten des Nutzers berücksichtigt und sowohl eine effektive Verständigung ermöglicht, als auch die tägliche Interaktion verbessert.

Die UK beschäftigt sich mit ganz unterschiedlichen Kommunikationsformen, von körpereigenen bis hin zu technischen Hilfen. Im Folgenden werden Einsatzmöglichkeiten einer elektronischen Kommunikationshilfe näher beleuchtet. Fokussiert wird aufgezeigt, welchen Anforderungen das System genügen muss. Der Nutzer sollte mit Hilfe der Technik eine Möglichkeit haben, gesprochene Sprache zu unterstützen bzw. zu ergänzen oder komplett zu ersetzen und zusätzlich sein eigenes Sprachsystem und kommunikative Fähigkeiten zu erweitern und zu verbessern.

Besonders für Nutzer, die sich noch in der Sprachentwicklung befinden, ist es wichtig, dass das System Angebote bietet, die den Spracherwerb unterstützen und dem Benutzer einer alternativen Kommunikationsform helfen, ein Sprachsystem auch ohne den Zugriff auf eine ausreichende Lautsprache zu erwerben. (vgl. Die sprachliche Entwicklung eines Kindes mit Entwicklungsverzögerung: Leonies

Sprachrohr, Quantensprünge in der Entwicklung einer 5-Jährigen: www.rehavista.de/anw/?cn=16

Lautsprache und UK

Lange Zeit galt die weitläufige Meinung, dass das Anbieten einer elektronischen Kommunikationshilfe die Lautsprachproduktion des Nutzers hemmen oder verhindern könnte. Forschungen wie die Untersuchung von Millar, Light und Schlosser (2006) belegen das Gegenteil. Die Autoren betrachten den Einfluss von Unterstützter Kommunikation auf die Sprachproduktion bei Personen mit Entwicklungsbeeinträchtigungen. Zu diesem Zweck überprüfen sie Untersuchungen, die zwischen 1975 und 2003 durchgeführt wurden und Sprachdaten der Sprachproduktion von Personen vor, während und nach einer UK-Intervention beinhalten. Die Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass die verwendeten Studien keinen Hinweis darauf geben, dass der Einsatz von UK einen negativen Einfluss auf die Sprachproduktion der Personen hat. Sie schlagen vielmehr vor, dass UK eingeführt werden sollte, wenn die Sprechfähigkeit einer Person nicht den Kommunikationsbedürfnissen entspricht. UK kann natürliche Lautsprache und Sprachproduktion unterstützen und anregen.

Anforderungen an ein elektronisches Kommunikationssystem

Wird ein elektronisches Kommunikationsgerät angeboten, so sollten die Inhalte dieser Hilfe jedem Individuum entsprechen. Dabei sollten folgende Punkte Berücksichtigung finden:

1. Das System sollte das Festlegen eines gemeinsamen kommunikativen Kontextes, also eines gemeinsamen Themas, unterstützen.
2. Es sollte visuelle Unterstützung anbieten. Symbole, Bilder und graphische Elemente erleichtern das Verstehen von sprachlichen Elementen und vereinfachen oder ermöglichen das Übermitteln von Informationen.
3. Das Kommunikationsangebot sollte das Alter und die Lebensumstände des Benutzers reflektieren.
4. Das System sollte sich an die kommunikativen Fähigkeiten und Beeinträchtigungen des Individuums anpassen.
5. Das System sollte den Sprachgebrauch unterstützen und somit eine schnelle und einfache Interaktion ermöglichen. Gleichzeitig sollte das System auch Sprachstrukturen anbieten, so dass Unterstützter Kommunizierende das System Sprache (z.B. Wortschat-

zerweiterung, grammatikalische Fähigkeiten, Schriftsprache) erwerben können. Beides zusammen sollte dem Nutzer die Möglichkeit bieten, sich seinen kognitiven Fähigkeiten entsprechend differenziert und individuell ausdrücken zu können.

Der Kontext in der Kommunikation

Warum ist das Setzen eines kommunikativen Kontextes wichtig?

Herr M. (Aphasiker) versucht seiner Therapeutin aufgeregt etwas zu erzählen. Die Therapeutin beginnt zu raten: Hat es etwas mit dem Wochenende zu tun? Etwas mit der Familie? Da der Kontext unbekannt ist, kann es sehr lange dauern, bis die richtigen Fragen gestellt werden, die Herrn M. dabei helfen, seine Informationen zu übermitteln. Viel einfacher gestaltet sich die Situation, wenn der Kontext bekannt ist.

Zum Beispiel, wenn Herr M. anzeigen kann, dass die Mitteilung, die er machen möchte, etwas mit dem Auto zu tun hat.

gewisse Richtung führt und gezielte Fragen stellt (deren Antworten teilweise vorhersagbar sind), kann A. trotz ihrer undeutlichen Aussprache gut verstanden werden. Will A. jedoch etwas ganz anderes erzählen, fällt es schwer, sie ohne den Zusammenhang zu verstehen. Der Kommunikationspartner muss mehrfach nachfragen oder sie bitten, einzelne Wörter aufzuschreiben oder in ihre Kommunikationshilfe zu tippen.

Garrett und Huth (2002) untersuchen eine Gruppe Erwachsener mit schwerer Aphasie. Die Wissenschaftler wollen herausfinden, ob das Setzen eines gemeinsamen Gesprächsthemas eine Auswirkung auf die Länge der Äußerungen, den Sprecherwechsel und den Erfolg eines Gespräches hat. Es konnte belegt werden, dass auch Personen mit schwerer Aphasie in der Lage sind, mit ihren Gesprächspartnern eine Konversation gemeinsam zu gestalten. Über den Weg der Co-Konstruktion, also ein gemeinsames Erarbeiten von Mitteilungen, hatten auch die kommunikationsbeeinträch-

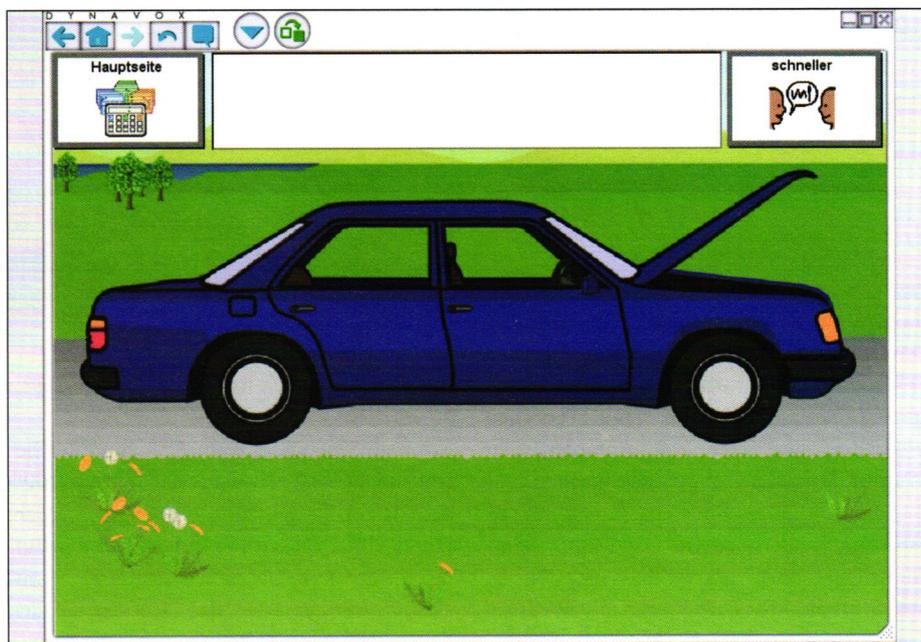


Abb. 1: Kontext Auto-Pflege
DynaVox Series 5 Software: InterAACT Szenenbild Auto-Pflege

Der Kontext hilft der Therapeutin, zielführende Fragen zu formulieren. War das Auto kaputt? Ja. Herr M. kann nun auf den Reifen zeigen. Die visuelle Unterstützung hilft ihm dabei zu kommunizieren, dass der Reifen platt war und gewechselt werden musste.

A., eine 18jährige junge Dame mit starker Spastik hat ein ähnliches Problem. Sie verständigt sich in erster Linie über ihre Lautsprache. Mit ihrer Förderlehrerin unterhält sie sich prima und solange diese die Unterhaltung in eine

gen Personen die Möglichkeit, an der Informationsübermittlung aktiv beteiligt zu sein. Das Setzen eines kommunikativen Kontextes oder Themas für die Unterhaltung (sei es durch Bild oder Text) wirkt bewiesenermaßen deutlich gesprächsunterstützend.

Die Möglichkeit, ein gemeinsames Gesprächsthema festlegen zu können, sollte auf einer Kommunikationshilfe gegeben sein, um den Gesprächspartnern eine Erleichterung anzubieten. Besonders graphische Darstellungen

können beim Einsatz mit Aphasikern sehr hilfreich sein, dies sollte künftig noch durch weiterführende Studien belegt und vertieft werden.

Olssen (2004) untersucht die Interaktion eines Erwachsenen mit einem Kind mit Mehrfachbehinderung. Er stellt fest, dass eine für beide Seiten lohnende Interaktion dann geschieht, wenn der Fokus oder das Thema gemeinsam gewählt wird. Das Schaffen eines gemeinsamen Kontextes mithilfe von Szenenbildern erlaubt eine gemeinsame Bedeutungsklärung; ein gemeinsames Konstruieren von Aussagen und Kommunikationsinhalten wird unterstützt.

Der Einsatz von Szenenbildern auf dem Kommunikationsgerät visualisiert den Kontext der jeweiligen Kommunikationssituation. Dadurch wird sowohl dem Unterstützten Kommunizierenden als auch den Kommunikationspartnern ein gemeinsames Interagieren und erfolgreiches Kommunizieren erleichtert. Es sollte eben nicht so sein, dass der Unterstützte Kommunizierende eine Nachricht auf dem Computer eingibt und der „normal“ Sprechende darauf wartet. Ziel sollte viel mehr sein, dass die elektronische Kommunikationshilfe ein gemeinsames Medium ist, das beiden Gesprächspartnern die Möglichkeit einer Interaktion ermöglicht. Der gemeinsame Kontext hilft den Gesprächspartnern auf „der gleichen Welle“ zu senden.

Visuelle Unterstützung

Welchen Vorteil bietet eine visuelle Unterstützung? Visuelle Unterstützung nutzt z.B. den Einsatz von Symbolen, um sprachliche Inhalte zu verdeutlichen. Visuelle Unterstützung kann Sprachproduktion anregen, Sprachverstehen erleichtern und komplexe Anforderungen (Abläufe, Strukturierungen) vereinfachen.

Johnston (2003) führt eine Studie mit autistischen Kindern durch. Die Kinder kommunizieren über unterschiedliche Kanäle: über Symbole, über Lautsprache und über eine Kombination aus beidem. Als Ergebnisse für die UK-Förderung kann aus dieser Studie geschlossen werden, dass Personen das Antwortmittel wählen, welches für sie am effektivsten ist (Symbol oder Sprechen oder beides). Weiter zeigen sie, dass das Angebot einer multimodalen Kommunikation wichtig ist, um der Person die Möglichkeit zu geben, das für diese Situation effektivste Mittel zu wählen. Die Studie konnte weiterhin belegen, dass visuelle Unterstützung sowohl die eigene Lautsprache als auch allgemeine kommunikative Fähigkeiten von Menschen mit Autismus fördern und verbessern kann. Mit der Präsenz von visueller Unterstützung hat ein Mensch mit Autismus

Zugriff auf eine zusätzliche Kommunikationsoption. Diese Option kann Autisten helfen, unangemessenes Verhalten zu regulieren.

Diese Ergebnisse zeigen, dass dem Nutzer auf dem Kommunikationsgerät Zugriff auf visuelle Unterstützung gewährt werden sollte. Dies kann über Symbole, Szenen, digitale Fotos oder auch über Videosequenzen geschehen. Gerade Szenenbilder können dem Nutzer helfen, sich mit Hilfe des visuellen Angebotes auf eine Situation vorzubereiten.

Auch Nutzer einer elektronischen Kommunikationshilfe können sehr gut durch Nachahmung des Therapeutenverhaltens lernen. Aus diesem Grunde ist es sinnvoll, spezielle Seiten für den Kommunikationshelfer anzubieten. Das Navigieren im System und das Kommunizieren über den Einsatz von Symbolen sollte dem Nutzer vom Therapeuten immer wieder vorgemacht werden.

Diese sogenannte „Aided Language Stimulation“ wird von Goossen, Crain und

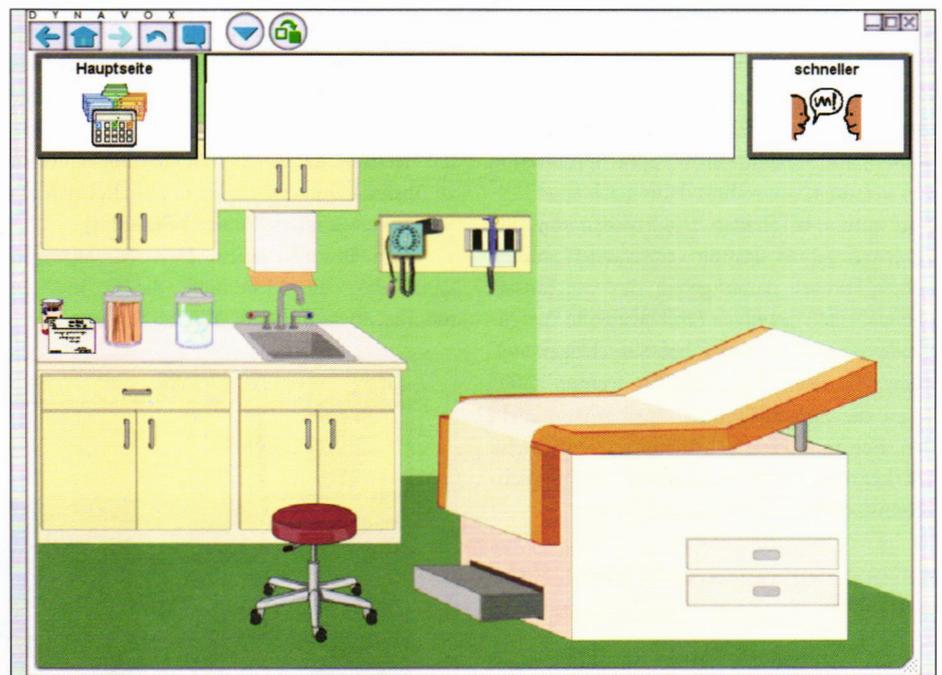


Abb. 2: Kontext beim Arzt

DynaVox Series 5 Software: InterAACT Szenenbild „Beim Arzt“

Mit dem Szenenbild beim Arzt kann der Betroffene bereits vor dem eigentlichen Arztbesuch auf die Situation vorbereitet werden. Durch das Drücken der entsprechenden Bildelemente, können passende Aussagen abgerufen werden. Über das Drücken auf den Untersuchungsstuhl können z.B. Fragen zum Untersuchungsverlauf gestellt werden oder Auskünfte zum eigenen Gesundheitszustand gegeben werden.

Modellverhalten

Der Untersuchungsaufbau der Studie von Johnston beinhaltet als wesentlichen Bestandteil das „Modeling“ des Therapeuten. Das bedeutet, dass der Therapeut das Zielverhalten selbst wiederholt vormacht. In den unterschiedlichen Fördersituationen, die in Johnstons Studie beobachtet wurden, macht der Therapeut die kommunikativen Handlungen immer wieder vor und dient somit als Modell.

Elder (1992) beschrieben als „a language stimulation approach in which the facilitator points out picture symbols on the child's communication display in conjunction with all ongoing language stimulation. Through the modeling process, the concept of using the pictorial symbols interactively is demonstrated for the individual.“ (www.d.umn.edu/~mmizuko/5230/aided.htm)

Die Autoren sehen diese unterstützte sprachliche Stimulation als eine Therapiestrategie, die auch außerhalb der Therapiesitzungen z.B. im Unterricht eingesetzt werden sollte. Die Strategie wird auch für Schüler mit kognitiven Beeinträchtigungen vorgeschlagen. Die Autoren formulieren, dass Nutzer ihre Kommunikationssysteme in der Art und Weise einsetzen, wie es ihnen gezeigt worden ist. Das bedeutet, dass der Therapie und den therapeutischen Strategien große Beachtung und Bedeutung beigemessen werden sollte.

In der deutschsprachigen Literatur beschreibt Ursi Kristen diesen Therapieansatz (die Bezugsperson spricht und verwendet gleichzeitig das unterstützende Mittel) als Simultane Kommunikation. Kristen beschreibt, dass Menschen, die lernen unterstützt zu kommunizieren gerade auch durch das Imitieren lernen können (vgl. Kristen, 2002,4).

Das passende Vokabular für jedes Alter

Die Inhalte eines Kommunikationssystems müssen in jedem Falle berücksichtigen, dass Menschen in unterschiedlichen Lebensphasen und je nach Alter unterschiedliche Themen besprechen und Inhalte mit unterschiedlichen Wörtern ausdrücken.

Unbeachtet der Tatsache, dass es Wörter gibt, die für mehrere Altersstufen von hoher Frequenz und Bedeutung sind, wird berücksichtigt, dass z.B. kleine Kinder andere Ausdrücke verwenden als Teenager. Ein junger Erwachsener möchte wohl eher über seine Arbeit reden, ein Rentner über seine Beschäftigungen im Ruhestand.

Eine Einteilung in verschiedene Altersgruppen lässt sich zum Beispiel mit Hinblick auf die Lebenssituationen bzw. Lebensereignissen der Benutzer vornehmen.

- Kleinkinder (2-6 Jahre), Lebenssituation: Vorschule
- Kinder (7-13 Jahre), Lebenssituation: Grundschule
- Teenager (14-21 Jahre), Lebenssituation: weiterführende Schule/Werkstätte/Ausbildung
- Junge Erwachsene (22-50 Jahre), Lebenssituation: Berufsleben, Elternschaft
- Erwachsene (50 Jahre+), Lebenssituation: Ruhestand/Vorbereitung auf Ruhestand, Erwachsene Kinder/ Enkelkinder

Die Altersgruppe sollte nicht nur in der Auswahl des Vokabulars Berücksichtigung finden, sondern auch in der graphischen Umsetzung der Szenenbilder.

Das Beispiel zeigt den Kontext Autofahren aus unterschiedlichen Perspektiven.

Die Auswahl des Vokabulars kann sich auf unterschiedliche Quellen beziehen: Sprachproben von unterschiedlichen Personengruppen (sowohl lautsprachlich als auch schriftsprachlich), Häufigkeitswortlisten, insbesondere Vokabularlisten von Personen, die bereits seit längerer Zeit mit einer elektronischen Hilfe kommunizieren.

Anastasia, Nutzerin einer elektronischen Kommunikationshilfe schreibt selbst

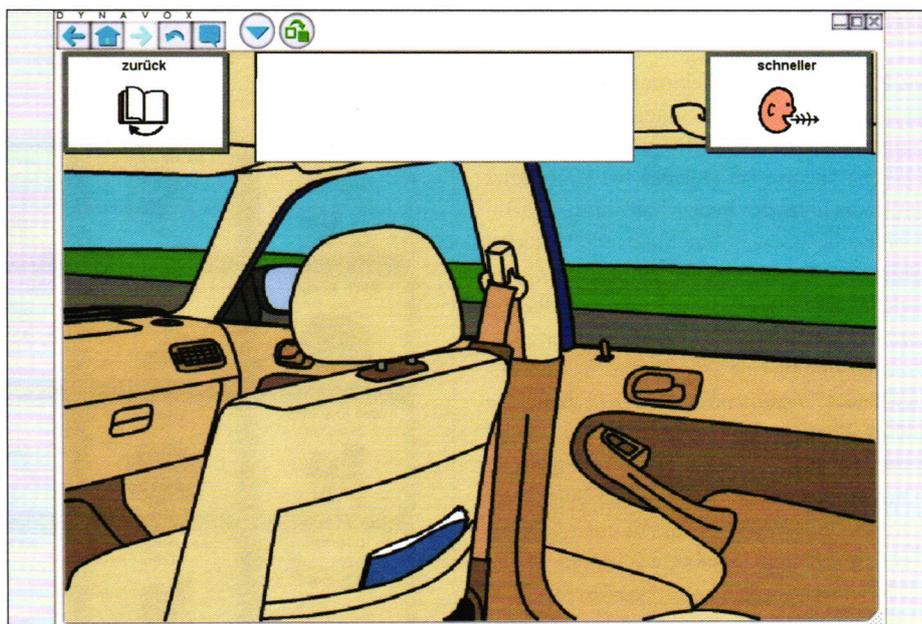


Abb. 3: Kontext im Auto aus der kindlichen Perspektive vom Rücksitz
DynaVox Software: InterAACT Szenenbild „im Auto“

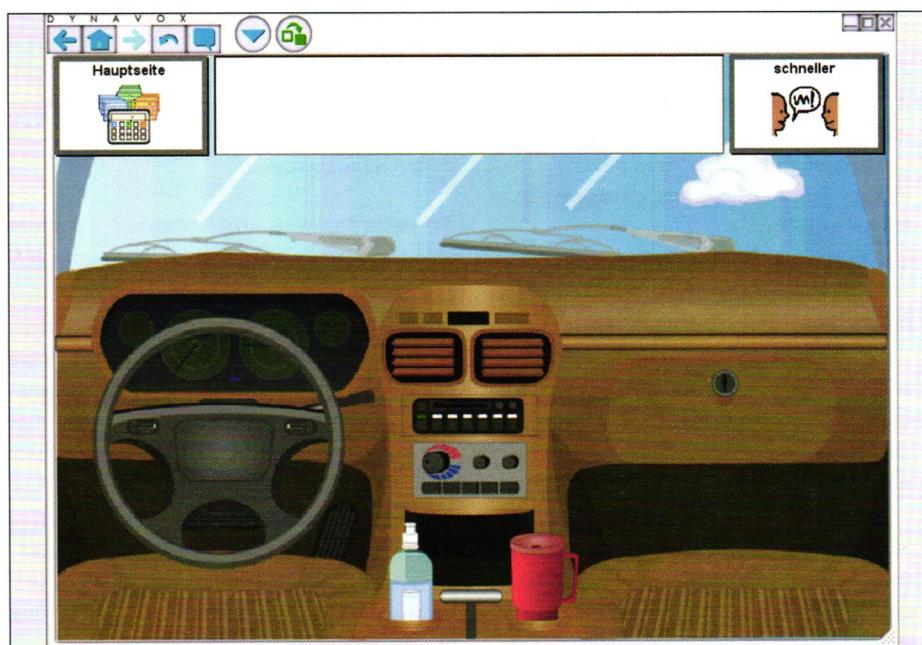


Abb. 4: Kontext im Auto aus der erwachsenen Perspektive vom Vordersitz
DynaVox Software: InterAACT Szenenbild „im Auto“

über ihre persönliche Situation im Moment: (Anm.: Anastasia verwendet die Bezeichnungen „MT4“ und „Talker“ für ihre Kommunikationshilfe)

„Ich benutze meinen Talker wenn ich unterwegs bin. Ich bin oft mit dem Bus unterwegs und muss jemanden fragen, ob er mir die Haltestelle vorliest. Manchmal möchte man schnell etwas sagen, wenn jemand einem doof vorkommt. Ich benutze die MT4 auch in schwierigen und emotionalen Gesprächen,

weil man mich schlechter versteht, wenn ich aufgeregt bin. Das ist oft so, dass wir Menschen mit einer Sprachbehinderung besonders schwer zu verstehen sind, wenn wir aufgeregt oder traurig sind. Das sagen die Logopäden.

Deswegen schlage ich vor, dass mehr Vokabeln über Gefühle dabei sind um einfach besser über eigene Gefühle mit jemandem sprechen zu können.“

(vgl. Bericht von Anastasia: Meine Berufspubertät, www.rehavista.de/anw/?cn=18)

Unterschiedliche Kommunikative Fähigkeiten

Die Nutzergruppe der elektronischen Kommunikationshilfen ist sehr unterschiedlich (vgl. Zielgruppen in der Einleitung). Die amerikanische Therapeutin Pat Dowden hat Unterstützt Kommunizierende beobachtet und anhand ihrer Beobachtungen beschreibende Kriterien formuliert, die helfen sollen die gesamte Gruppe der Nutzer aufgrund ihrer unterschiedlichen kommunikativen Fertigkeiten zu unterteilen. Dowden nimmt eine Dreiteilung vor und unterscheidet beginnende, situationsabhängige und unabhängige Kommunikation.

- **Funktionale (beginnende) Kommunikation**
In diese Gruppe fallen zum einen Unterstützt Kommunizierende, die gerade anfangen, mit einem Hilfsmittel zu kommunizieren. Solche „Beginner“ können kommunizieren, sobald sie ein geeignetes Kommunikationsmittel erhalten haben (z.B. Erwachsene mit ALS). Zum anderen fallen in diese Gruppe Unterstützt Kommunizierende, die nur sehr eingeschränkt in der Lage sind zu kommunizieren. Zum Beispiel ein Kind mit schwerer körperlicher Behinderung. In erster Linie werden nicht-symbolische Kommunikationsformen wie Zeigen und Gesten verwendet.

- **Situationsbezogene (kontextabhängige) Kommunikation**
UK-Nutzer dieser Gruppe beherrschen eine sichere symbolbasierte Kommunikation. Typischerweise sind die kommunikativen Fertigkeiten auf bestimmte Kontexte oder auf bestimmte Kommunikationspartner beschränkt. Beispielsweise ist eine Kommunikation über ein bestimmtes Thema sehr gut möglich, scheitert aber in einem anderen Kontext oder mit anderen Kommunikationspartnern. UK-Nutzer dieser Gruppe sind sowohl abhängig von der Situation und dem Kommunikationspartner, als auch davon, dass eine andere Person das passende Vokabular auf dem Kommunikationsgerät zur Verfügung stellt.

- **Kreative (unabhängige) Kommunikation**
Unterstützt Kommunizierende dieser Gruppe verfügen über die Fähigkeit alles über jedes Thema und zu jeder Person sagen zu können.

Eine elektronische Kommunikationshilfe sollte anwenderspezifische Inhalte, angepasst an diese drei Kommunikationslevel anbieten. Die Kategorisierung kann den Betreuenden helfen, adäquate Seiten-Sets auf dem Sprachcomputer zu identifizieren. Sind die Inhalte aufeinander abgestimmt und stehen als Gesamtsystem auf dem Gerät zur Verfügung, können Nutzer des

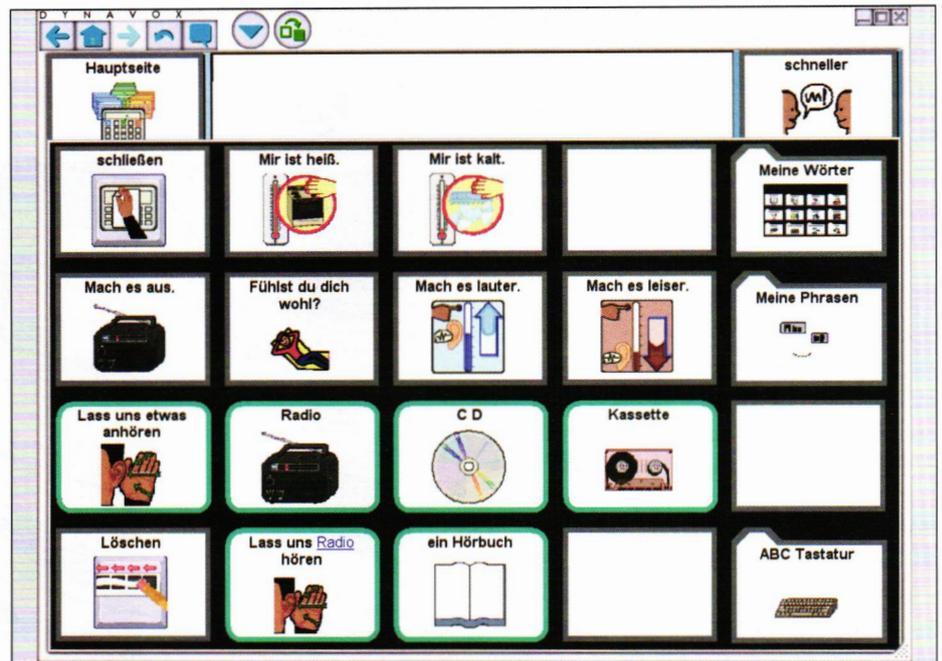


Abb. 5: Häufige Aussagen für den Kontext im Auto
DynaVox Software: InterAACT Häufige Aussagen

Systems innerhalb der Levels einfach wechseln. Eine unkomplizierte Erweiterung des Systems bei einer Weiterentwicklung des Benutzers ist dadurch möglich.

Sprachgebrauch und Sprachstrukturen

Unterstützt Kommunizierende, die ihre Aussagen in das Gerät tippen müssen, sind immer langsamer als „normal Sprechende“. Todmann (2000) ging in seiner Untersuchung der Frage nach, ob man durch den Einsatz von vorgespeicherten Aussagen die Sprechgeschwindigkeit erhöhen kann, ohne dass die Qualität der Unterhaltung darunter leiden muss.

Eine 40jährige Frau mit Cerebral-Parese und Dysarthrie wurde in Konversations-Situationen mit Studenten beobachtet. Es stellte sich heraus, dass sich bereits nach kurzem Training mit vorgespeicherten Aussagen auf der Kommunikationshilfe nicht nur die Kommunikationsgeschwindigkeit, sondern auch die Qualität der Konversation steigerte.

Daraus ergibt sich, dass Nutzer einer Kommunikationshilfe einen Zugriff auf vorgespeicherte Mitteilungen, die einen Sprecherwechsel, Kommentare, schnelle Ausrufe und Perspektivenwechsel ermöglichen, haben sollten. Zusätzlich ist ein Training für die Anwendung solcher Mitteilungen sinnvoll.

Wünschenswert ist es, wenn in einem System eine Balance zwischen dem Zugriff auf vorgespeicherte, fertige Aussagen und dem Zugriff auf Elemente für Sprachstrukturen,

die individuelle eigene Aussagen ermöglichen, hergestellt werden kann.

Sprachgebrauch:

Der Bereich Sprachgebrauch beinhaltet vorgespeicherte Textbausteine, mit deren Hilfe der Nutzer schneller Aussagen zusammensetzen, kombinieren und sprechen kann.

Vorgespeicherte Aussagen können z.B. auch hilfreich sein, wenn der Benutzer mit der Kommunikationshilfe telefonieren möchte (vgl. Verliebte verstehen sich wortlos ... Anwendergeschichte von Christian: www.rehavista.de/anw/?cn=15)

Im System wird dieser Bereich umgesetzt durch Kommunikationsseiten, die kurze multifunktionelle Aussagen, die unabhängig vom Kontext eingesetzt und vom Benutzer jederzeit schnell aufgerufen werden können, enthalten.

Zusätzlich ist ein schneller Zugriff auf Floskeln und Phrasen sinnvoll. Diese Phrasen können in unterschiedlichen Situationen eingesetzt werden, jedoch erfüllen sie immer einen bestimmten Zweck. Begrüßungen können z.B. in unterschiedlichen Kontexten eingesetzt werden, erfüllen aber immer den Zweck des Grüßens. Aussagen wie „da stimme ich nicht zu“, „ich bin der gleichen Meinung“ werden immer zum Zweck des Argumentierens bzw. Diskutierens (zustimmen/nicht zustimmen) unabhängig vom Thema eingesetzt.

Aussagen, die innerhalb eines bestimmten Kontextes sehr häufig und wahrscheinlich

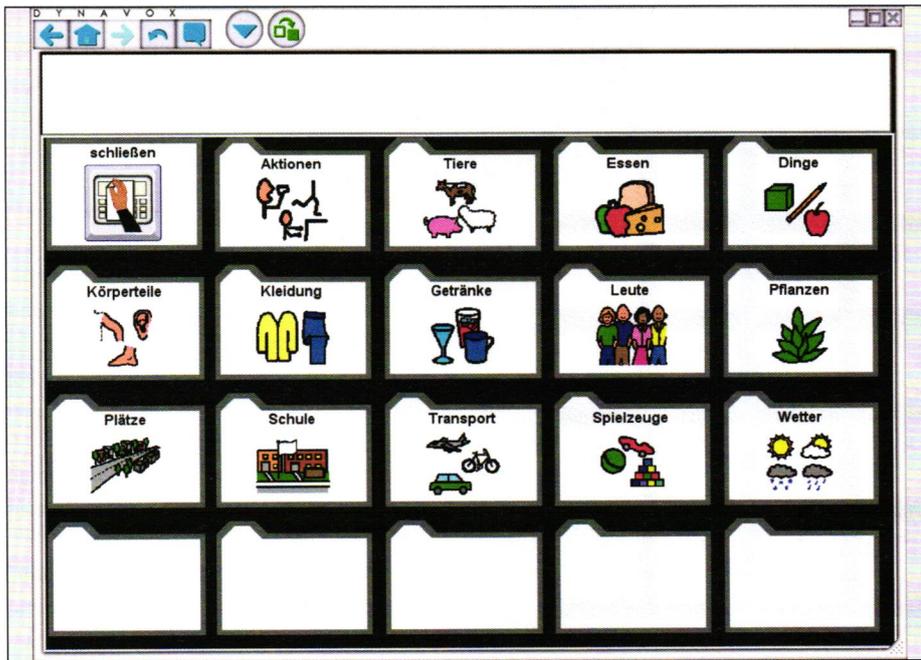


Abb. 6: Wörterbuch nach Kategorien
DynaVox Software: InterAACT Wörterbuch

sind, werden für diesen Kommunikationskontext angeboten. Der Kontext „im Auto fahren“ stellt auf dem Kommunikationsgerät für diese Situation häufige oder typische Aussagen zum schnellen Abrufen bereit. Für diese Szene typische Aussagen könnten sein: „Wie lange dauert es noch?“, „Ich muss auf die Toilette.“, „Ich habe Durst.“, „Mach die Musik lauter.“

Sprachstrukturen:

In die Seiten-Sets integrierte Wörterbücher bieten dem Benutzer Zugriff auf einen großen zusätzlichen Wortschatz. Die Wörter können nach Kategorien oder nach Alphabet sortiert abgerufen werden kann.

Tastaturseiten eröffnen die Möglichkeit, eigene Inhalte schriftsprachlich zu formulieren.

Eine Einzelwort-Strategie ermöglicht es dem Benutzer, individuelle Aussagen zu freien Themen aus Einzelwörtern zusammenzusetzen.

Im Fokus der Einzelwortstrategie steht ein entwicklungsfördernder Ansatz. Je nach sprachlichen und kommunikativen Fähigkeiten wird ein Seiten-Set angeboten, das dem Nutzer hilft, seiner Fertigkeit entsprechend zu kommunizieren und sprachliche Fertigkeiten weiterzuentwickeln. Grammatische Formen werden Schritt für Schritt angeboten, so dass das Kind z.B. lernen kann die richtige Verbform zur Person auszuwählen. Der Aufbau dieser Kommunikationsstrategie (vgl. Ell, S. (2007): DynaVox Series 4, Rehavista-Infomappe, Modul Gateway Basis: Rehavista (Hrsg.),

Berlin) berücksichtigt die grammatikalische Entwicklung von sprechenden Kindern nach Clahsen (vgl. Clahsen 1986).

Pfeiffer (2005) dokumentiert im Rahmen einer Diplomarbeit den Verlauf einer Kommunikationsförderung eines achtjährigen Mädchens mit Verdacht auf verbaler Entwicklungsdyspraxie. Das Sprachverständnis schien normal und das Mädchen verfügte über ein sehr großes Kommunikationsbedürfnis. Durch ih-

ren begrenzten aktiven lautsprachlichen Wortschatz konnte sie sich zum Teil durch Einwortsätze ausdrücken. Zu Beginn der Förderung stand das Erarbeiten von einfachen Sätzen auf dem Förderplan. Bereits nach 2 Monaten war das Mädchen in der Lage, Mehrwortsätze zu äußern. Diese Mehrwortsätze bildete das Mädchen indem es Wort für Wort auf den Kommunikationsseiten der Einzelwortstrategie Gateway zusammensetzte. Als weiterer positiver Aspekt zeigte sich, dass durch die Auseinandersetzung mit sprachlichen Inhalten auch die lautsprachlichen Fähigkeiten verbessert werden konnten. Der anfängliche aktive Wortschatz von etwa 30 Wörtern hatte sich nach 6 Monaten mindestens verdreifacht. Auch wenn nicht auszuschließen ist, dass zu dieser Entwicklung auch andere Faktoren beigetragen haben, so zeigt sich doch ein allgemein positives Bild der Gesamtentwicklung. Auch kommunikatives Verhalten und Selbstbewusstsein des Kindes hatten sich nach dieser Förderperiode verändert.

Beispiel

Im Folgenden wird am Beispiel einer Kommunikationssituation aufgezeigt, wie ein Nutzer unterschiedliche Kommunikations-Werkzeuge (sowohl Sprachgebrauch als auch Sprachstrukturen) seiner Kommunikationshilfe nutzen und miteinander kombinieren kann, um sich verständlich zu machen.

Der zwölfjährige Tim sitzt auf dem Rücksitz, die Familie fährt Auto. Tim öffnet die Kommunikationsseite für den Kontext Auto-

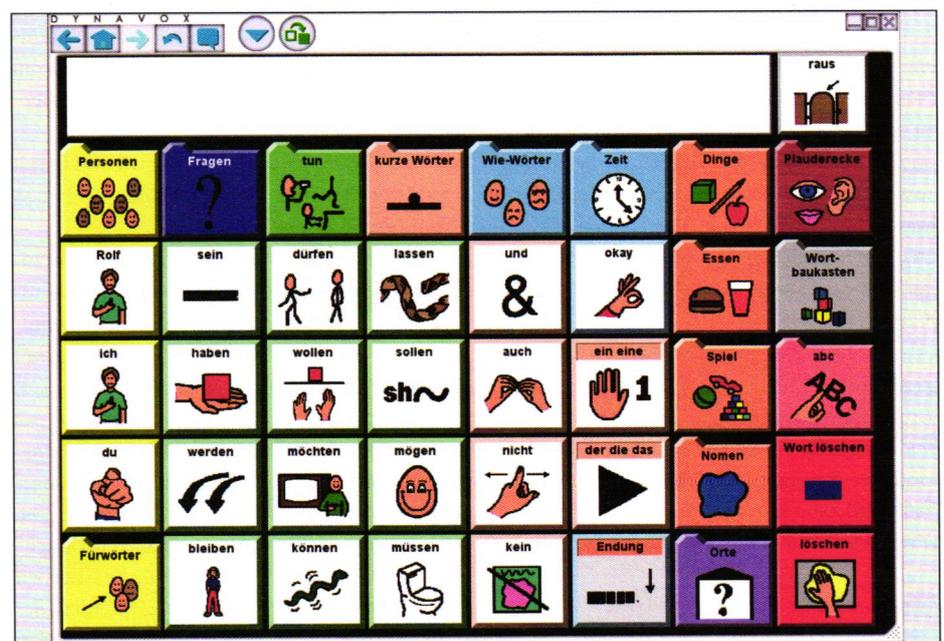


Abb. 7: Kommunikationsseite Gateway 40
DynaVox Software: Gateway

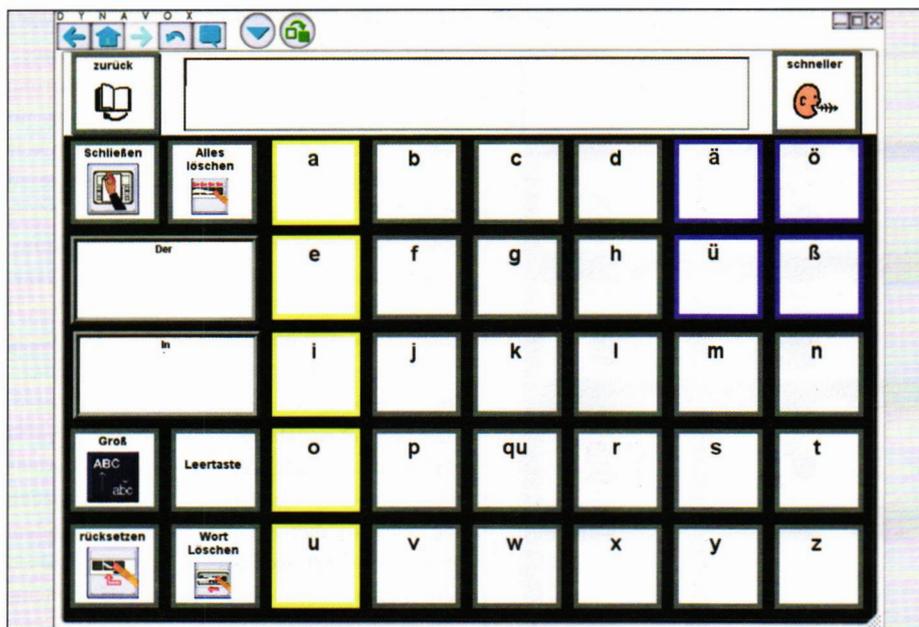


Abb. 8: Tastaturseite
DynaVox Software: InterACT Tastatur

fahren mit dem entsprechenden Szenenbild. Über die häufigen kontextgebundenen Wendungen kann Tim fragen: „Wie lange dauert es noch?“ Diese Aussage ist komplett auf einem Button abgespeichert, d.h. Tim muss nur einmal drücken und die gesamte Frage wird vom Gerät gesprochen. Durch ein Drücken auf das Autofenster öffnet sich eine weitere Seite mit Aussagen und Tim spricht seine Mutter an: „Mami, hast Du das gesehen?“ Tim öffnet die Seite mit dem Wörterbuch und sucht unter der Kategorie Fahrzeuge nach dem Wort: „Feuerwehrauto“. Tim fällt noch etwas ein, was er seiner Mutter erzählen möchte, das aber nichts mit der momentanen Situation oder dem Feuerwehrauto zu tun hat. Er öffnet seine Einzelwortstrategie und mit einzelnen Wörter setzt er die Aussage zusammen: „Ralf (das ist sein bester Freund) hat jetzt einen Hund“. Als die Mutter nach dem Namen des Haustieres fragt, öffnet Tim seine Tastaturseite und tippt Buchstabe für Buchstabe: „Charlie“.

Als der Vater erklärt, dass sie die nächste Abfahrt nehmen und tanken müssen, kann Tim schnell antworten „ja“ „in Ordnung“. Beide Aussagen sind auf seiner Schneller-Seite abgespeichert. Tim betritt die Tankstelle mit seinem Vater und kann nun die Phrasen für Grüße verwenden und mit dem Gerät „Guten Tag“ sagen.

Diskussion und Ausblick

Im vorangehenden Text wurde aus unterschiedlichen Blickwinkeln beleuchtet, welchen An-

forderungen die Inhalte einer elektronischen Kommunikationshilfe genügen müssen, um jedem Nutzer individuell sinnvolles, förderndes und unterstützendes Material anzubieten.

Die oben beschriebene Kommunikationsstrategie ist das Ergebnis eines Projekts, das diese Forderungen umzusetzen versuchte und einen Kommunikationsrahmen entwickelte.

Der Fokus liegt dabei zum einem in der Vorgabe eines gemeinsamen Gesprächskontextes, der ein Miteinander der Gesprächspartner fördern und eine Interaktion erleichtern soll. Zum anderen werden verschiedene Module zur Kommunikation angeboten. Grob lassen sich diese Werkzeuge in den Bereich Sprachgebrauch und Sprachstrukturen aufteilen.

Gerade der gleichzeitige Zugriff und damit das parallele Verwenden von beiden Bereichen ist die große Stärke des Systems.

Abschließend ist jedoch wichtig hervorzuheben, dass eine elektronische Kommunikationshilfe keine Zauberkiste ist und jeder Benutzer mit dem ersten Knopfdruck perfekt damit kommunizieren kann. Das Etablieren eines solchen Hilfsmittels erfordert die Motivation des Unterstützt Kommunizierenden und das Engagement des Umfeldes, denn nur in einer Umgebung, in der es Anlass zu Kommunikation gibt, kann auch kommuniziert werden. Individuelle Vorlieben, Interessen und persönliche Angaben müssen in das Gerät programmiert werden, der Umgang mit der Technik muss gelernt werden und das Kommunikationsverhalten der Gesprächspartner muss erarbeitet werden.

Geller und Oye-Holl (2007) betrachten die Förderung von unterstützt kommunizierenden Kindern unter dem Aspekt der Sprachentwicklungsförderung mit Bezug auf das Modell des Sprachbaums von Prof. W. Wendlandt. Sie formulieren wie folgt:

„Die Chance einen Baum gedeihen zu lassen, in welcher Form auch immer,

- hängt davon ab, wie wir die Kommunikationsformen der Betroffenen aufgreifen und in Beziehung setzen. Grundeinstellung ist in diesem Prozess die Überzeugung davon, dass jeder Mensch kommunizieren will.
- ist abhängig von unserem Engagement.
- sollte für jedes Behinderungsbild möglichst gemacht werden, auch bei sehr schwierigen Ausgangssituationen.“

(Geller; Oye-Holl: Förderung der Sprachentwicklung durch Unterstützte Kommunikation, S. 131)

Diese Forderung lässt sich auch sehr gut auf das Feld der Erwachsenen ausweiten. Gerade in der Erarbeitung von Satzstrukturen, dem Wortschatzerwerb und dem Erwerb von gesprächssteuernden Fähigkeiten liegt das Betätigungsfeld der Sprachtherapie. Ein interdisziplinärer Förderansatz für den Bereich Unterstützte Kommunikation ist erstrebenswert. Der sprachspezifische Bereich sollte dabei in Zukunft vielmehr in den Fokus der sprachtherapeutischen Intervention rücken.

In Bezug auf den Einsatz von Strategien auf Kommunikationshilfen wäre es wünschenswert, in einer breit angelegten Studie möglichst viele unterschiedliche Personengruppen mit unterschiedlichem Umfeld beobachten zu können. Die Ergebnisse könnten zum einen dazu beitragen, die Inhalte zu optimieren. Zum anderen könnten sie gesicherte Ergebnisse hinsichtlich der Verbesserung der kommunikativen Fähigkeiten der Nutzer schaffen.

Erste Rückmeldungen bestätigen, dass die Kommunikationsangebote gut von den Nutzergruppen angenommen und umgesetzt werden. Allerdings fehlen noch konkrete Angaben und Fallstudien um die Effekte differenzierter belegen zu können.

Literatur

Braun, U. (1999³): Kleine Einführung in Unterstützte Kommunikation. In: Braun, U. (Hrsg.): Unterstützte Kommunikation. Düsseldorf: Verlag selbstbestimmtes Leben.

Clahsen, H. (1986): Die Profilanalyse – Ein linguistisches Verfahren für die Sprachdiagnose im Vorschulalter. Berlin: Marhold-Verlag.

Dowden, P.: Continuum of Communication Independence: http://depts.washington.edu/augcomm/03_cimodel/commind1_intro.htm.

Dupuis, G. (2007): Sprachtherapie für Unterstützt Kommunizierende im Spiegel internationaler und nationaler Konventionen, ihre Verankerung in den Heilmittelrichtlinien und ihre Gestaltung. In: Sachse, S., Birngruber, C., Arendes, S. (Hrsg.): Lernen und Lehren in der Unterstützten Kommunikation. Karlsruhe: Von Loeper Literaturverlag.

Ell, S. (2007): DynaVox Series 4, Rehavista-Infomappe, Modul Gateway Basis. Berlin: Rehavista (Hrsg.).

Garrett, K.; Huth, C. (2002): The impact of graphic contextual information and instruction on the conversational behaviours of a person with severe aphasia. *Aphasiology* 16, 523 – 536.

Geller, R.; Oye-Holl, S.: Förderung der Sprachentwicklung durch Unterstützte Kommunikation am Modell des Sprachbaums nach W. Wendlandt erklärt. In: Sachse, S., Birngruber, C., Arendes, S. (Hrsg.): Lernen und Lehren in der Unterstützten Kommunikation. Karlsruhe, Von Loeper Literaturverlag.

Goossens, Crain, Elder (1992) Aided Language Stimulation. CSD 5230 Assistive Technology: <http://www.d.umn.edu/~mmizuko/5230/aided.htm>

Johnston, S., Nelson, C., Evan, J., Palazolo, K. (2003). The use of visual supports in teaching young children with autism spectrum disorder to initiate interactions. *Augmentative and Alternative Communication* 19, 86 – 103.

Kristen, U. (2002): Praxis Unterstützte Kommunikation. Eine Einführung. Düsseldorf: Verlag selbstbestimmtes Leben.

Millar, D., Light, J., and Schlosser, R. (2006). The impact of Augmentative and Alternative Communication Intervention on the Speech Production of Individuals with Developmental Disabilities. A Research Review. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 49, 248 – 264.

Olsson, C. (2004). Dyadic interaction with a child with multiple disabilities: A system theory perspective on communication. *Augmentative and Alternative Communication* 20, 228 – 242.

Pfeiffer, N. (2005): Förderung der Sprach- und Kommunikationsfähigkeiten eines unterstütz sprechenden Kindes mit Hilfe der elektronischen Kommunikationshilfe „DynaVox MT4“. Universität Dortmund: Diplomarbeit.

Pfeiffer, N.; Ell, S. (2007): Sprache lernen mit Gateway – Anwendung einer Kommunikationsstrategie. In: Sachse, S., Birngruber, C., Arendes, S. (Hrsg.): Lernen und Lehren in der Unterstützten Kommunikation. Karlsruhe: Von Loeper Literaturverlag.

Todman, J. (2000). Rate and quality of conversations using a text-storage AAC system: Single-case training study, *Augmentative and Alternative Communication* 16, 164 – 179.

Korrespondenzadresse

Sabine Ell
Bremerstraße 5
50670 Köln

Sabine Ell studierte an der *Universität Regensburg Diplom Pädagogik und Sprecherziehung (univ.)*. Sie war mehrere Jahre als Sprachtherapeutin tätig (Neurologische Rehabilitation, Hör- und sprachgeschädigte Kinder- und Jugendliche, Praxis für Stimm- und Sprachtherapie). Seit 2002 arbeitet sie im Bereich der Unterstützten Kommunikation. Sie ist Autorin der deutschsprachigen Versionen der Kommunikationsstrategien Gateway und InterAACT auf den elektronischen Kommunikationshilfen der Firma DynaVox. Sie führt Schulungen und Workshops zum Einsatz der Kommunikationshilfen im Alltag und zu therapeutischen Fördermöglichkeiten durch.

DynaVox V Ihre neue Stimme

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

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



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

REHAVISTA
einfach.kommunizieren.

Z A R B

Ein ideales Hilfsmittel für die Logopädie

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

Buch	Augen	riechen	W O R T
Buc_	Ohren	sehen	
Bu__	Nase	hören	
B___			
----	ESW ARE IN MAL		

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



Inklusive Bildung braucht exklusive Professionalität – Entwurf für eine ‚Inklusive Sprachheilpädagogik‘

Christian W. Glück & Jörg Mußmann, Heidelberg/Gießen

Zusammenfassung

Das Ziel inklusiver Pädagogik, die gemeinsame Bildung aller Kinder und Jugendlicher zur Erreichung ihrer vollen, gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft, wird von der Sprachheilpädagogik geteilt. In der Reflexion ihrer professionstheoretischen Positionen und der Kernbegriffe ‚Akzeptanz der Vielfalt‘, ‚Barrieren in Lernen und Teil-

habe‘ und der ‚Sozialen Inklusion‘ werden Grundlagen gelegt für den Entwurf für eine ‚Inklusive Sprachheilpädagogik‘, deren professionstheoretische und bildungsorganisatorische Implikationen die großen Herausforderungen für die Sprachheilpädagogik der nächsten Jahre darstellen werden.

Einleitung

Eine Schule für alle, eine Schule die keine Unterschiede macht, die unabhängig von Alter, Geschlecht, Religionszugehörigkeit, sozialer Herkunft, Muttersprache(n), Einkommen der Eltern, Aufenthaltsstatus, kognitiver Leistungsfähigkeit, chronischen Erkrankungen und eben auch unabhängig von vorliegenden Behinderungen alle Kinder und Jugendliche willkommen heißt, wäre Ausdruck einer diskriminierungsfreien, demokratischen Gesellschaft. Diesem ethischen Ziel fühlt sich auch Sprachheilpädagogik verpflichtet, und sie bringt sich ein in die breite Diskussion um die nationale Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen.

Auch in der inklusiven Schule stehen die Bedingungen einer kollektiven Heterogenität in einem Spannungsverhältnis zum individuellen Recht der Kinder darauf, „...ihre Persönlichkeit, ihre Begabungen und ihre Krea-

ktivität sowie ihre geistigen und körperlichen Fähigkeiten voll zur Entfaltung bringen ...“ zu können - so der Wortlaut der Konvention der Rechte von Menschen mit Behinderungen (Art. 24), die dieses allgemeine Recht für Menschen mit Behinderungen unterstreicht.

Wie jedoch diese ‚volle Entfaltung‘ zu erreichen sei und worin sie in jedem Einzelfall besteht, ist eine Frage, auf die das jeweilige Kind, seine unmittelbare Umwelt und auf die die Schule und evtl. auch noch Fachpersonen aus ihrer jeweils eigenen Perspektive unterschiedliche Antworten bereithalten, die in einem mehr oder weniger expliziten Aushandlungsprozess abgeglichen werden.

In diesem Sinne ist Inklusion nicht nur als Zielvorstellung zu verstehen, sondern auch als Metapher für den Prozess des demokratischen Aushandelns in der Mitbestimmung aller Beteiligten in der Gestaltung von Schule.

In diesem Aushandlungsprozess ist es unabdingbar, dass Sprachheilpädagoginnen und

-pädagogen in der Verpflichtung den Menschen gegenüber, die in ihrer gleichberechtigten Teilhabe aufgrund sprachlicher und kommunikativer Probleme eingeschränkt sind, aktiv ihre unterstützenden Ressourcen im allgemeinen Bildungssystem als auch in speziellen schulischen, vorschulischen und außerschulischen Settings bereitstellen. Es ist die ethische, politische und wissenschaftliche Verpflichtung einer Disziplin, die sich in mehr als 100 Jahren zwischen Pädagogik, Medizin, Psychologie und Linguistik entwickelte und bewährte, auf die Chancen, aber auch auf die institutionellen wissenschaftlichen und persönlichen Konsequenzen hinzuweisen, die sich aus einer Umstrukturierung des Bildungssystems von solcher Tragweite ergeben. Der Schlüssel zur vollen gesellschaftlichen Teilhabe ist die Sprache. Kinder, Jugendliche und Erwachsene, die Sprache, sei es in mündlicher oder schriftlicher Form, durch Wort, Bild oder Bewegung, nicht erwartungsgemäß verwenden und verstehen

können, werden in ihrer Teilhabe an der Gesellschaft behindert. Wer also Teilhabe durch institutionelle Umstrukturierung will, muss wissen, was Sprache ist, und zwar sowohl in ihrer kommunikativen, emotionalen, repräsentativen und kognitiven Funktion für den Einzelnen und die Gesellschaft, aber auch in ihrer Struktur als eigener Erkenntnisgegenstand. Man muss wissen, wie sich Sprache erwartungsgemäß und abweichend entwickeln kann, wie dies fachlich differenziert beschrieben wird, und wie Teilhabe des Einzelnen unter sprachlich-kommunikativ erschwerten Bedingungen hergestellt werden kann. Wer diesen wissenschaftlichen, schulstrukturellen und bildungspolitischen Veränderungsprozess gestaltet, ohne den Einbezug der bestehenden, fachlich-spezialisierten Ressourcen, in diesem Fall also der Sprachheilpädagogik, agiert in jeder Hinsicht verantwortungslos.

Eine Gesamtschau zahlreicher wissenschaftlicher, politischer und massenmedialer Beiträge in der Diskussion um diesen Umbildungsprozess macht deutlich, dass die Umorientierung hin zu einem inklusiven System einer Schule für alle nicht nur auf der Grundlage sozial-ethischer Überlegungen, sondern auch vor dem bildungsökonomischen Hintergrund des demografischen Wandels erfolgt, der das Vorhalten eines differenzierten Förderschul-/Sonderschulsystems mit eigenen Schulen in der Fläche unmöglich machen wird. Wird dabei der impliziten Argumentation gefolgt, Schülerinnen und Schülern in Schulen mit differenzierten Förderschwerpunkten würde das Recht auf Bildung und Erziehung vollständig vorenthalten, führt eine pseudo-pädagogische Begründung ins Feld, die auch durch die Behindertenrechtskonvention nicht gedeckt wird. In einer Presseerklärung der Bundes-dgs vom März dieses Jahres mit dem Titel „Teilhabe braucht Sprache“ nahm der Fachverband erstmalig zum Thema ‚Inklusion‘ Stellung (dgs-Bund 2009). Der Hauptvorstand der Bundes-dgs hat weiterhin eine Arbeitsgruppe aus Wissenschaft und Verbandspolitik zur weiteren Bearbeitung des Themas eingesetzt, um damit die besondere, gegenwärtige und künftige Relevanz dieser Thematik intradisziplinär zu akzentuieren und interdisziplinär anschlussfähig zu machen. Wesentliche Aspekte der Ergebnisse der ersten konstituierenden Sitzung dieser Arbeitsgruppe fließen in den folgenden Beitrag mit ein.

In einem ersten Schritt reflektiert der Beitrag Inklusion in professionstheoretischer Perspektive und dechiffriert die Kernbegriffe inklusiver Pädagogik.

In einem zweiten Schritt stellt er einen Entwurf mit Wegen und Auswegen für eine ‚Inklusive Sprachheilpädagogik‘ in professionstheoretischer Hinsicht und bezogen auf das Berufsbild und die inklusive Schule zur Sprachförderung vor.

Reflexionen

Sprachheilpädagogik in inklusiver Perspektive

Viele Beiträge aus Teilen der sonderpädagogischen Praxis in der bildungstheoretischen und bildungspolitischen Diskussion um eine inklusive Umstrukturierung des Bildungssystems beschränken sich häufig auf schulstrukturelle und institutionelle Aspekte (Hinz 2009). In der Sprachheilpädagogik werden mit dieser Orientierung Diskurse gepflegt, die sich Vorwürfe der institutionellen Bestandwahrungen und disziplinären Strukturhaltung ausgesetzt sehen müssen (vgl. Motsch 2008). Ein inklusiver Anspruch in der Pädagogik, wie er bis hierhin erläutert und diskutiert wurde, wird innerhalb der sonderpädagogischen Fachrichtungen oftmals mit De-Professionalisierung verbunden. Ein integrativer Anspruch reduzierte sich daher auf die Integration von exklusiven Techniken in den allgemeinbildenden Unterricht. Braun konstatierte dazu 1991: „Für die spezielle sprachheilpädagogische Fragestellung ist ein kritisches analytisches Nachvollziehen der Aussagen [zur Normalisierungsthese der Integrationspädagogik] und Daten schwer möglich, weil nicht erwünscht. [...] Die Beiträge zur Integration Sprachbehinderter [beziehen sich] meist auf solche sprachtherapeutischen Maßnahmen, die bislang nicht (intentional) integrativ, sondern (methodisch) ambulant oder parallel, isoliert, additiv usw. bezeichnet wurden“ (1991, 211).

Bereits 1969 stellte Orthmann die Nachrangigkeit des Förderortes heraus und betonte die therapietechnologische Frage (vgl. Welling 2007) nach den didaktischen „Verbindungsstrukturen“ (Werner 1995, 111):

„Unterricht in der Sprachheilschule ist im Grunde bildungsmäßig Normalunterricht, methodisch in spezifischer Weise erkennbar und therapeutisch in ebenso spezifischer Weise komplementiert“ (Orthmann 1969, 126). Daher stellte das Fach frühzeitig die Frage: „Wie können individualisierte Maßnahmen exemplarisch für die Sprach- und Kommunikationsförderung in den Rahmen einer integrativen Didaktik eingebunden werden und die Gemeinsamkeit aller in der Klasse – Kinder,

LehrerIn und SprachpädagogIn – unterstützen statt sie zu stören?“ (Lütje-Klose 1997, 19).

Ein Grund für die Reduzierung auf die exklusive Technik der Kombination der Handlungsstrukturen und für die Enthaltung grundlegender schulstruktureller Fragen mag ein historisch bedingt professionsstruktureller Aspekt sein. Die Fachrichtung ist wie kaum eine andere gekennzeichnet durch ein Strukturmerkmal, das bis heute eine Projektionsfläche einer professionstheoretischen Diskussion zwischen Gesundheits- und Bildungssystem darstellt. Das Verhältnis der Handlungskategorien Unterricht, Förderung und Sprachtherapie war und ist dabei stets im Mittelpunkt dieses strukturellen Diskurses (vgl. allgemein Speck 2003, fachspezifisch, Braun/ Homburg/ Teumer 1980; Grohnfeldt 1987; Werner 1995, 2001, Baumgartner 1997; Baumgartner 2004; Baumgartner 2006; Weigt 1997, 50ff.). Die Diskussion um Inklusion im Bildungssystem ist damit auch eine Diskussion um professionelles Selbstverständnis im inklusiven Bildungssystem der sonderpädagogischen Fachrichtungen, die als subsidiäre Unterstützungssysteme (vgl. Reiser 2003) institutionsunabhängig ihre zentralen Handlungskategorien reflektieren und rekonzeptualisieren müssen. Dabei gilt: „Um den emotiven Sprachgebrauch pädagogischer Slogans und Metaphern hinsichtlich ihrer Funktion und Verwendung zu durchschauen (...), müssen pädagogische Termini in ihrem übergreifenden, ideengeschichtlichen Kontext, in ihren Referenzen, in ihren Verankerungen im Sinne eines logischen Pragmatismus bzw. im Rahmen einer kulturpädagogischen Strukturtheorie analysiert werden“ (Bloemers 1993, 442).

Die Diskussion stellt sich in der Sprachheilpädagogik als historisch entwickeltes Dilemma zwischen differierenden und konkurrierenden Gegenstandsbezügen dar. Funktionale Ausdifferenzierung in Wissenschaft und Forschung führte im heutigen Gegenstandsbereich der Sprachheilpädagogik zu den bekannten Reflexionsdomänen

- a) der medizinischen „Sprachheilkunde“ (1905 durch Hermann Gutzmann mit medizinischem Fokus, „Berliner Schule“: „Organiker“, später Phoniatrie/ Pädaudiologie und
- b) Logopädie (1924 durch Emil Fröschels mit psychologischem Fokus, „Wiener Schule“: „Psychiker“) sowie
- c) der „Taubstummepädagogik“ (ab ca. 1800 mit pädagogisch-didaktischem Fokus) und damit heute zu sprach- und sprechstruktureller (Linguistik, Medizin), personaler (Psychologie, Pädagogik) und sozialer (Pädagogik)

Orientierung in Theorie und Praxis. In diesem institutionsunabhängigen und gegenstandsbezogenen Spektrum zwischen Individuum- und Kontextorientierung liegt die Chance, aber auch die Herausforderung einer Sprachheilpädagogik, sich in einem inklusiven Bildungssystem zu entwickeln. Sie erfüllt damit den Anspruch der ICF, wie sie in der Diagnostik und Förderung in Schule und außerschulischer Heilbehandlung seit längerem einen Niederschlag erfährt. Lüdtker/ Bahr haben die Beobachtungs- und Handlungsbereiche 2002 anschaulich als Qualitätsmerkmal sonderpädagogischer Arbeit im Förderschwerpunkt Sprache herausgearbeitet.

Kernbegriffe einer inklusiven Pädagogik in sprachheilpädagogischer Reflexion

Im Folgenden sollen aus sprachheilpädagogischer Sicht Kernbegriffe der inklusiven Pädagogik (Boban & Hinz 2004) reflektiert werden: Akzeptanz der Vielfalt, Barrieren in Lernen und Teilhabe sowie soziale Inklusion. Unter Beachtung möglicher institutioneller und professionstheoretischer Konsequenzen soll das Potenzial für eine inklusive Sprachheilpädagogik bestimmt werden.

Der grundlegende Ansatz, der auch durch die Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen zu einer nachhaltigen Veränderung der gesamten Gesellschaft führen wird, ist der der *Akzeptanz der Vielfalt*.

„Der Konvention liegt ein Verständnis von Behinderung zugrunde, in dem diese keineswegs von vornherein negativ gesehen, sondern als normaler Bestandteil menschlichen Lebens und menschlicher Gesellschaft ausdrücklich bejaht und darüber hinaus als Quelle möglicher kultureller Bereicherung wertgeschätzt wird („diversity-Ansatz“)" (Bielefeldt 2009).

In einer vielfältigen Gesellschaft verwirklicht sich der humane Anspruch auf die grundsätzliche Akzeptanz des So-Seins entgegen einer normorientierten, vereinheitlichenden und damit gleichzeitig ausgrenzenden Gesellschaft.

Auch die Sprachheilschule mit ihrer überwiegenden Orientierung am allgemeinen Bildungsgang und am Auslesekriterium der durchschnittlichen Intelligenz folgt weitgehend diesem ausgrenzenden Modell. Praktisch führt dies zu einer Unterversorgung mit sprachheilpädagogischer Unterstützung für mehrsprachige Kinder und für Kinder mit komplexem Förderbedarf.

Statistisch zeigt sich, dass an Schulen zur Sprachförderung weniger ausländische Kinder

beschult werden, als von ihrem Bevölkerungsanteil her zu erwarten wäre (Glück 2009).

Sollte gerade spracherwerbsgestörten Kindern mit Migrationshintergrund aufgrund der scheinbar ausreichenden Versorgung in der allgemeinen Sprachförderung der Zugang zu spezifischen Hilfen verwehrt oder erst verspätet gewährt werden, so verschärft sich die Problematik ihrer sozialen Diskrimination. Dass der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund gerade an Lern-Förderschulen so hoch ist, ist ein deutlicher Beleg für diese Versäumnisse (Kornmann & Kornmann 2003). Als pädagogische Disziplin zeichnet sich Sprachheilpädagogik aus in der Orientierung am sprachlich-kommunikativen Lern- und Entwicklungskontext des Kindes unter individuellen erschwerten Bedingungen. Diese pädagogische Haltung der Akzeptanz des Kindes im Kontext seiner sprachlich-kommunikativen Lebenswelt ist Ausdruck und zugleich Grundlage der pädagogischen Beziehung von Lehrer oder Therapeut und Klient bzw. Schüler (Baumgartner 2008). Dabei entspringt aus dieser Akzeptanz auch das Vertrauen des Pädagogen in die Ermöglichung der vollen Entwicklung der Persönlichkeit und der geistigen und körperlichen Fähigkeiten des Kindes. Dieses ‚pädagogische Telos‘ mit der Zielperspektive auf Selbstbestimmungs-, Mitbestimmungs- und Solidaritätsfähigkeit des Kindes (Klafki 1996) ist die notwendige Ergänzung zur akzeptierenden Haltung des Pädagogen und stellt die sozial-emotionale Basis der pädagogischen Arbeit als Beziehungsgestaltung unter erschwerten sprachlich-kommunikativen Bedingungen dar, die stets selbstkritisch und fachlich hinsichtlich der notwendigen Unterstützung der Sprachentwicklung des Kindes reflektiert werden muss.

Sprachliche und kommunikative Barrieren und eingeschränkte Teilhabemöglichkeiten leiten sich daher nicht linear aus einem Unvermögen eines Individuums ab, sondern sind ein ko-konstruiertes Produkt in einem episodisch-situiereten, individuellen oder längerfristigen und umfassenderen gesellschaftlichen Interaktionskontext. Barrierefreie Teilhabe am Lernen und am gesamten Schulleben zu ermöglichen, ist das Ziel inklusiver Schule.

Damit wendet sich die inklusive Pädagogik ab von einer defizitorientierten Sichtweise hin zu einer Arbeit an Barriere-Erfahrungen in Lehr-Lern-Situationen. Nicht das Kind mit seiner Beeinträchtigung steht im Fokus, sondern der erschwerte Lern- und Entwicklungskontext, in dem sich eine sprachlich-kommunikative Barriere ko-konstruiert. Diese wird im

Kontext von Inhalt, methodischer Gestaltung und sozialer Interaktion im Unterricht interpretiert. Eine solche Sichtweise vermeidet festlegende Kategorisierungen. Und sie führt zu verstärkten, didaktischen Bemühungen um die angemessen binnendifferenzierte Gestaltung der Lernumgebung, wie sie aus Merkmalen des sprachtherapeutischen bzw. sprachheilpädagogischen Unterrichts ableitbar ist (u.a. Braun 2004, Mayer et al. 2008).

Wie ungünstig dieser Ko-Konstruktionsprozess verlaufen kann, wenn eine fachliche Unterstützung fehlt, zeigt das Beispiel stotternder Kinder. Bereits aus der Beschreibung des ‚Strukturwandels der Schülerschaft‘ (Mühlhausen 1986) wissen wir, dass stotternde Kinder und Jugendliche, bzw. deren Eltern sich inzwischen mehrheitlich für eine Beschulung an der allgemeinen Schule und damit für die soziale Gemeinschaft mit nicht-sprachgestörten Kindern und Jugendlichen aussprechen. Doch die Folgen sind deutlich: Während 43% der von 100 befragten nicht-stotternden Schulkinder angeben, gehänselt und gemobbt worden zu sein, steigt der Anteil bei den 100 untersuchten stotternden Kindern an allgemeinen Schulen auf 75% (Benecken & Spindler 2004). Hier fehlt die sprachheilpädagogische Unterstützung nicht nur des stotternden Schülers, sondern auch der Klassengemeinschaft und der Lehrkräfte, damit aus der bloßen, sozialen Gemeinschaft ein intentional gestaltetes, inklusives Lern- und Entwicklungssetting wird. Darüber hinaus weist das bio-psycho-soziale Modell von Behinderung der ICF (WHO 2005) darauf hin, dass Barrieren in wechselwirkenden Interaktionen mit den intra-individuellen mentalen und körperlichen Strukturen und Funktionen, mit den Leistungsanforderungen an die Person und mit den Teilhabe-Interessen der Person entstehen. Barriere-Situationen können damit auch ausgehend von den intra-individuellen Gegebenheiten verändert werden.

Hier hat die Sprachheilpädagogik Methoden entwickelt, die Kinder in der gezielten Auseinandersetzung mit dem sprachlichen Gegenstand wirkungsvoll in der Entwicklung ihrer sprachlich-kognitiven Strukturen und Funktionen unterstützen. Beispielsweise führt eine sprachheilpädagogisch unterstützte Überwindung einer Aussprachestörung zu einer verständlichen Aussprache und über das lautgetreue Schreiben auch zu einer korrekteren Schreibung (vgl. z.B. Osburg 2000), was unmittelbar Auswirkungen auf die Barriere-Situation hat und zu einer verbesserten sozialen Teilhabe führt.

Inklusive Pädagogik fordert für alle Kinder den sozialen Rahmen der *Gemeinsamen Schule für alle vor Ort*. Sie ist ein Angebot, das in der Öffnung für bürgerschaftliches Engagement und von diesem mit getragen, ein Spiegel gesellschaftlicher Diversität ist. Insoweit stellt die Forderung nach einer Schule für alle v.a. eine große Herausforderung für die allgemeine Schule dar und ist kein Spezialproblem der Sonderpädagogik. Neben der Gemeinsamen Schule für alle vor Ort werden auch weiterhin andere Schulen als Angebotsschulen bestimmte Teilaspekte fokussieren wie Schulabschlüsse, Spezialbegabungen oder besonderen Förderbedarf. Im Wahlrecht der Eltern werden das Selbstbestimmungsrecht des Kindes und das Mitbestimmungsrecht seiner Erziehungspersonen im Sinne der Behindertenrechtskonvention verwirklicht. Ganz im Sinne des ICF-Modells sind die Partizipationsmöglichkeiten, aber auch die Partizipationswünsche des Einzelnen einzubeziehen.

Den Eltern und Kindern die Wahl zwischen einer Beschulung in einer Schule mit spezialisiertem Unterstützungs- und Hilfeangebot (Förderschule) und der inklusiven Schule vor Ort zu ermöglichen, ist somit

ein wichtiges, bildungspolitisches Ziel. Die hohe Akzeptanz der Förderschule Sprache bei den Eltern zeigt (Fries & Hansen 2005), dass hier, vielleicht anders als bei anderen Förderschularten, gerade die Abschaffung der Förderschule Sprache, wie sie in einigen Bundesländern betrieben wird, eher als Beschneidung des elterlichen Wahlrechts interpretiert werden muss.

Als problematisch an der sozialen Inklusion kann sich im Einzelfall erweisen, dass Kindern mit Beeinträchtigungen der Zugang zu einer durch die Beeinträchtigung definierten Kultur erschwert wird. Aufgrund der geringen Vorkommenshäufigkeit bestimmter Beeinträchtigungen fehlen dem betroffenen Kind die Möglichkeit zur Solidarisierung und die Möglichkeit am Modell den Umgang mit der Beeinträchtigung zu erleben.

Wege und Auswege für eine ‚Inklusive Sprachheilpädagogik‘

Professionstheoretische Perspektive

Sich aktiv in den Diskussionsprozess um die inklusive Gestaltung von Schule einzubringen, ist bereits selbst Ausdruck des demokratischen

Geistes des inklusiven Ansatzes. Der Entwurf für eine ‚Inklusive Sprachheilpädagogik‘ stellt einen ersten Beitrag für die inklusive Umstrukturierung dieses Teiles des Bildungssystems dar. Einer Deprofessionalisierung muss mit einer konzeptionell angemessenen Bereitstellung exklusiver Handlungskompetenz in einem inklusiven Bildungssystem begegnet werden. Forderungen pädagogischer „All-Inclusive“-Angebote sind nicht selten durch wissenschaftspolitische und bildungsökonomische Ambitionen motiviert, die die bisherige Integrationsdebatte innerhalb der Sonderpädagogik zwischen ihren Fachrichtungen bisher häufig begleiteten. Jeder Verzicht auf fundiertes und bewährtes fachliches Reflexions- und Handlungswissen zur individualisierten Unterstützung von Schülern führt zur ‚integrativen Vernachlässigung‘ (Gerhard Zupp, dgs-Bundesvorsitzender auf dem Parlamentarischen Abend der dgs 2008) derselben. Die bereits bestehenden inklusiven Konzepte der Sprachheilpädagogik müssen daher deutlicher herausgearbeitet werden. Angesichts der neueren Entwicklungen muss die Sprachheilpädagogik als traditionelle akademische Disziplin ihre Zielsetzung und Handlungskategorien überdenken.

Versuche der Rekonzeptualisierung im Zuge der Integrationsdebatte wurden bereits zahlreich vorgenommen. Mit dem zum Wintersemester 2009/10 geplanten Studienschwerpunkt „Inklusive Sprachheilpädagogik“ im Master-Studiengang „Inklusive Pädagogik und Elementarbildung“ an der Justus-Liebig-Universität Gießen wäre ein erster Schritt zur konkreten Umsetzung getan. Dort ist eine Ausbildung für außerschulische (primär vorschulische und rehabilitative) Qualifikationsbereiche für inklusive Settings vorgesehen.

Die Sprachheilpädagogik kann sich so an ihrer pädagogischen Grundausrichtung und an bildungsbezogenen Prioritäten und Kompetenzen orientieren. Erste Überlegungen dazu wurden von Mußmann (2007, 2009) vorgenommen.

Die Präzisierung der pädagogischen Ausrichtung und Bildungsbezogenheit der inklusiven Sprachheilpädagogik erfährt auch im Kontext der medizinischen Angebote zur Überwindung von sprachlichen Beeinträchtigungen ihre besondere Bedeutung.

Mit der Entwicklung des Berufsbildes der Akademischen Sprachtherapeuten, die maßgeblich von der Sprachheilpädagogik ausging, und mit den Bestrebungen zur Akademisierung der Logopädie-Ausbildung, die durch

Akzeptanz der Vielfalt

- bereichert durch kulturelle und sprachliche Vielfalt
- vermeidet Kategorisierungen
- akzeptiert die Person in ihrem So-Sein
- setzt Vertrauen in die persönliche Entwicklungspotenziale

Das könnte auch führen zu:

- Betonung der Akzeptanz des status quo gegenüber dem Veränderungswillen

Barrieren in Lernen und Teilhabe

- werden überwunden durch Individualisierung des gemeinsamen Curriculums
- und durch differenzielle Gestaltung der Lernumgebung
- sind komplexe und dynamische Ko-Konstruktionen aus der Interaktion bio-psycho-sozialer Faktoren (s. ICF)
- sind Auslöser unterstützender Maßnahmen und nicht die Zugehörigkeit zu einer Zielgruppe
- sind Gegenstand systemischer, unterstützender Maßnahmen
- entstehen im Unterricht, der gleichzeitig die wichtigste Ressource zu ihrer Überwindung ist

Das könnte auch führen zu:

- Überbetonung reaktiven Handelns gegenüber präventivem Handeln
- Verzicht auf fachspezifisches Wissen in der Problemrekonstruktion

Soziale Inklusion in der Gemeinsamen Schule vor Ort

- Heterogenität als Entwicklungsanreiz
- Nachbarschaftsschule als Raum sozialer Inklusion und als Teil
- Gemeindenähe fördert bürgerschaftliches Engagement

Das könnte auch führen zu:

- erschwerte Solidarisierung und Lernen am Modell von ähnlich beeinträchtigten Kindern
- Einschränkungen im Elternwahlrecht, wenn damit die Angebotsschule zur Sprachförderung entfällt

Abb. 1: Kernbegriffe inklusiver Pädagogik

die Eröffnung gesetzlicher Möglichkeiten neue Impulse erhält, entsteht die Notwendigkeit, das eigene Profil zu schärfen.

Wie diese professionstheoretischen Überlegungen auch zu Fakten und Problemen in der gesellschaftlichen Verteilung finanzieller Ressourcen werden können, zeigt das Beispiel der derzeit stattfindenden Kostenverschiebung. Denn wird bei Kindern Sprachförderbedarf, z.B. im Zusammenhang mit der verbindlichen Sprachstandsfeststellung erkannt, so wird dieser offensichtlich immer öfter nicht im pädagogischen Zusammenhang der Bildungseinrichtung gedeckt. Der Heilmittelbericht des wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen macht es offenbar: binnen eines Jahres stiegen die Verordnungszahlen bezogen auf jeweils 1000 Versicherte für 6-Jährige bei Jungen um 8,7%, bei den Mädchen um sogar 14,5% (Schröder & Waltersbacher 2006, 2009). Unabhängig von einer Diskussion über das Qualifikationsprofil und die Berufsgruppenzugehörigkeit der Fachpersonen, die den erhöhten Sprachförderbedarf decken, ist bei dieser Entwicklung zu konstatieren, dass hier auf ökonomischer Ebene eine Verschiebung der Kosten aus dem steuerfinanzierten, öffentlichen Bildungssystem in das beitragsfinanzierte, vorwiegend privatwirtschaftlich organisierte Gesundheitssystem vorgenommen wird. In der gesetzlichen Krankenversicherung stiegen die Ausgaben für das Heilmittel Sprachtherapie insgesamt allein im genannten einjährigen! Zeitraum von ca. 357 Mio. Euro auf 387 Mio. Euro, was auch hier einer Steigerung um 8,4% entspricht. Damit setzt sich ein Trend seit 2003 ununterbrochen fort (Reindl et al. 2008).

Was aber aus professionstheoretischer Perspektive noch schwerer wiegt, ist die damit verbundene Uminterpretation des Gegenstandes, indem aus einer originär pädagogischen Bildungsaufgabe eine medizinische Heilbehandlung wird. Inklusive Sprachheilpädagogik ist herausgefordert, auf diese Entwicklung Antworten zu geben. Eine inklusive Pädagogik im Schwerpunkt Sprache reflektiert (Diagnostik) und bearbeitet (Unterricht, Förderung, Therapie) das Verhältnis der proximalen und distalen Faktoren nicht erwartungsgemäßen Sprachgebrauches in heterogenen Lerngruppen. Die Schaffung und Förderung ‚sprachlicher Heterogenitätstoleranz‘ (vgl. Weisser 2005) in inklusiven Settings erfordert fachliches Reflexionswissen, das den Gegenstandsbezug in allen disziplinären (exklusiven) Dimensionen (linguistisch, medizinisch, psychologisch) integriert, um Bedingungen für ein ‚Erleben erfolgreicher

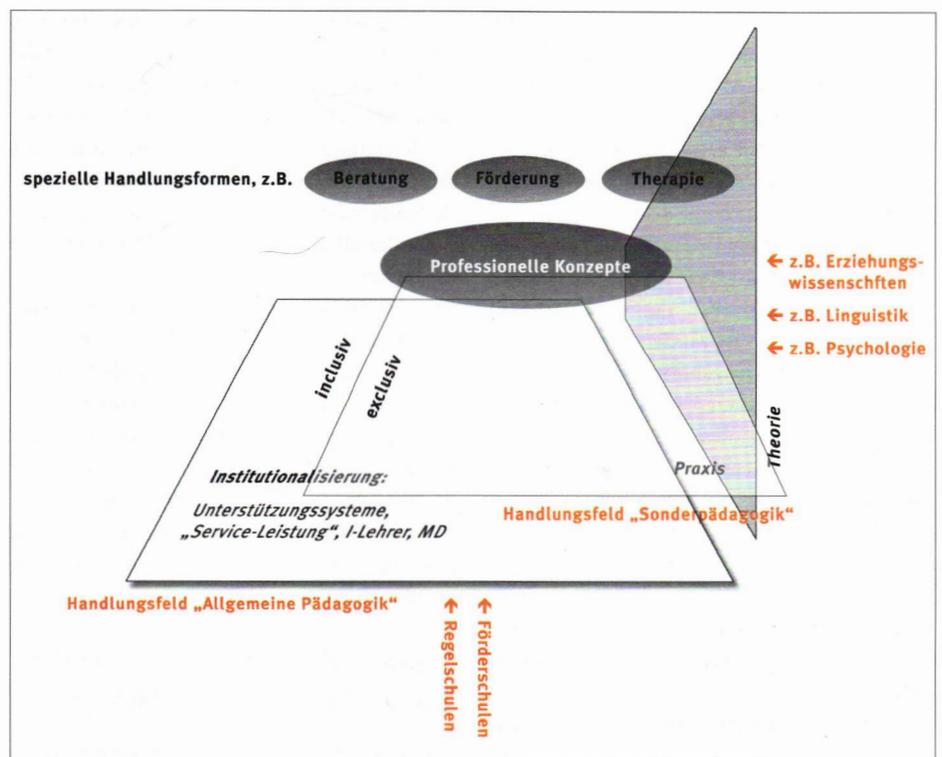


Abb. 2: Professionsstruktur einer ‚Inklusiven Sprachheilpädagogik‘

Kommunikation“ (KMK), also Teilhabe, professionell angemessen beschreiben und reflektieren zu können. Ein exklusives Reflexionswissen erfordert aber nicht zwangsläufig exklusive Handlungsformen (Therapie). Die spezifizierte Handlungsform (vgl. Reiser 2003) ‚Sprachtherapie‘ ist der ‚Förderung‘ als Gestaltung barrierefreier sprachlich-kommunikativer Lern- und Entwicklungsbedingungen untergeordnet (vgl. z.B. Welling 2007). Eine Pädagogik mit dem Gegenstandsbezug Sprache und Kommunikation muss also in einem inklusiven Bildungssystem ein professionelles Konzept begründen können, dessen Gegenstandsbezug (nicht erwartungsgemäßer Sprachgebrauch) die Bezugsdisziplinen (Medizin, Linguistik, Psychologie) weiterhin unverzichtbar macht, aus dem sich aber Handlungsformen (Beratung, Förderung, Therapie) ableiten lassen müssen, die unmittelbar an die allgemeinpädagogischen Institutionalisierungsformen rückgekoppelt werden (Abbildung 2).

Das heißt konkret, dass sich unter Bezugnahme auf relevante Bezugswissenschaften, die zur Identifikation, Analyse und Deskription der Gegenstandsbereiche (nicht erwartungsgemäßer Sprachgebrauch) im praktischen Handlungsfeld der Sprachheilpädagogik erforderlich sind (Linguistik, Erziehungswissenschaft, Psychologie und damit zusammenhängende medizinische bzw. neuropsycholinguistische,

phoniatische und pädaudiologische Aspekte), ein professionelles Konzept konstituiert, deren immanente Handlungskategorien (Beratung von Lehrkräften und Eltern, Förderung durch direkte Unterrichtsmitgestaltung, Therapie im und neben dem Unterricht) im konkret institutionalisierten Handlungsfeld der ‚allgemeinen Pädagogik‘ umsetzbar sind, sich z.B. mit schulischen Integrationskonzepten (Förderzentren, Kooperationsklassen), inklusiven Unterrichtsformen (Gemeinsamer Unterricht) und diesbezüglichen Schulprogrammen vereinbaren lassen. Jede der in Abbildung 2 aufgeführten Handlungskategorien liegt auf der Interventionsebene. Allen geht die Diagnostik (von der Kind-Umfeld-Analyse bis zum Testverfahren) selbstverständlich voraus und begleitet diese. Dies erfordert ein verändertes professionelles Selbstverständnis der Sprachheilpädagogik, aber ebenso die eingangs erwähnte Verantwortung seitens Bildungs- und Schulpolitik, strukturell die Ressourcen für exklusive professionelle Beiträge als inklusive sprachheilpädagogische Unterstützungssysteme, wie sie im folgenden Kapitel beschreiben werden, bereitzustellen. Oftmals verhindern jedoch bildungsökonomische und fachrichtungspolitische Begehrlichkeiten sowohl aus Schulpolitik als auch Fachwissenschaft die Etablierung solcher professionellen Konzepte kooperativer spezifischer Sprachförderung.

Ein verändertes professionelles Selbstverständnis der Sonderpädagogik mit dem Förderschwerpunkt Sprache beinhaltet die direkte und indirekte Handhabung von Vielfältigkeit sprachlicher Lernprozesse und sprachlicher Fähigkeiten als Bedingungen der Gestaltung von Erziehungs- und Bildungssituationen („diversity management“, Weisser 2005).

Die direkte Reflexion nicht erwartungsgemäßen Sprachgebrauches in einer Bildungs- und Erziehungssituation erfordert direkte, individuumbezogene Handlungskategorien wie Therapie und Förderung, um Teilhabe unmittelbar zu ermöglichen („Integration als Ziel“). Das Konzept des ‚sprachtherapeutischen Unterrichts‘ schließt hier an: „Grundsätzlich ist sprachtherapeutischer Unterricht nicht an die Schule für Sprachbehinderte gebunden, er kann auch in anderen sprachheilpädagogischen Organisationsformen praktiziert werden. Das Konzept ist institutions- bzw. lernortunabhängig“ (Braun 2004, 50).

Die indirekte Reflexion erfordert kontextbezogene Handlungskategorien wie Beratung (von Lehrerkollegien, Lehrkräften und Eltern), um Teilhabe mittelbar zu ermöglichen („Integration als Weg“).

Vorrangiges Ziel einer ‚Inklusiven Sprachheilpädagogik‘ soll es sein, Schülerinnen und Schülern mit Sprach-, Sprech- und Kommunikationsstörungen durch individualisiert gestaltete Unterrichtsarbeit die Teilhabe an Erziehung und Bildung zu ermöglichen und so zu einer vollen Entwicklung ihrer Persönlichkeit und ihrer Fähigkeiten beizutragen.

‚Inklusive Sprachheilpädagogik‘ kann sich also nicht darin erschöpfen, aus den phonetisch-phonologischen, semantisch-lexikalischen, syntaktisch-morphologischen und prosodischen Beurteilungskriterien als notwendigem und exklusivem Reflexionswissen für sprachlich heterogene Lerngruppen in einem inklusivem Bildungssystem störungsspezifische Therapieziele abzuleiten, die den Fachunterrichts- und Erziehungszielen addiert werden.

Vielmehr soll sie Kriterien liefern für die Gestaltung von Lern- und Erziehungssituationen auch im Gemeinsamen Unterricht, um die Schüler über Medien, Themen und Sozialformen mit sprachspezifischen und kommunikativen Herausforderungen und Problemstellungen zu konfrontieren, die ihnen Gelegenheiten bieten, ihre individuelle sprachliche Handlungsfähigkeit situationsorientiert und themenbezogen zu erproben und zu erweitern. Dies wird von Lehrkräften mit dem Schwerpunkt Sprache

begleitet und durch spezifische Interventionen unterstützt.

Hierzu sind an der Förderschule mit dem Schwerpunkt Sprache („Sprachheilschule“) professionsspezifische Konzepte entwickelt worden, wie die methodisch-didaktische Integration sprachtherapeutischer Maßnahmen in den Unterrichtsverlauf (z.B. Modellertechniken), die Identifikation und gezielte Nutzung einer sprachlich-immanenten therapeutischen Wirksamkeit in Themenstrukturen und -verläufen (z.B. *re-directs*) sowie eine sprachlich und kommunikativ hochstrukturierte Unterrichtsgestaltung (vgl. Mayer, Schönauer-Schneider & Reber 2008, Schönauer-Schneider 2008, Mußmann 2009).

Diese Konzepte sind jedoch nicht an die Förderschule gebunden (Braun 2004, 50). Auch in inklusiven Settings sind Sprachheilpädagoginnen eigenverantwortlich pädagogisch tätig in der Realisierung sprachtherapeutischen Unterrichts. Dieser eröffnet in flexibler Weise unterschiedliche Förder-Settings: neben der heterogenen Klassengruppe können dies auch lernzielhomogene Kleingruppen und auch eins-zu-eins-Situationen sein (Glück & Berg 2008).

Eigenständige Schulen für Kinder mit Sprachbeeinträchtigungen gibt es weltweit nur noch in Israel und den Niederlanden. In allen übrigen Ländern, in denen professionelle sonderpädagogische Versorgung im Bereich Sprache bereitgestellt wird, arbeitet pädagogisch und/oder therapeutisch ausgebildetes Personal in integrativen oder auch inklusiven Modellen. Untersuchungen zur Effektivität dieser Arbeit fallen gut aus (vgl. zusammenfassend Lütje-Klose 1997).

Allerdings sind in diesen institutionellen Modellen grundlegend verschiedene Organisationsformen und damit einhergehend auch unterschiedlich wirksame Handlungsformen zu unterscheiden (Lütje-Klose 1997):

- Das ‚pull out model‘: sprachtherapeutische Interventionen und Sprachförderung finden in separierten Fördergruppen oder in therapeutischen Einzelsituationen außerhalb des Klassenunterrichts statt.
- Das ‚classroom-based intervention model‘: Im angloamerikanischen Bereich stellt sich dies als Doppelbesetzung im Regelunterricht (integratives ‚team-teaching‘ oder ‚parallel-teaching‘, vgl. Friend & Bursuck 1999; Lütje-Klose & Willenbring 1999, 63-76) dar.
- Das ‚collaborative consultation model‘ (Marvin 1990): eine Mischform von gemeinsam durchgeführtem Unterricht mit schulstrukturell integrierten Beratungsstrukturen zwischen

Sprachexperten und übrigen Lehrkraftkollegium.

Organisatorisch lassen sich diese Modelle auch in hiesigen Strukturen umsetzen. Sprachheilpädagoginnen sind tätig:

- als Lehrkräfte in den Mobilien Diensten (MD) auch im Elementarbereich (Wiedemann-Mayer & Maier 2009) oder
- als fachspezifische ‚Integrations-Lehrer‘ (I-Lehrer) in den Konzepten der vollständigen oder teilweisen Integration (Kooperationsklassen, Integrative Regelklassen, I-Lehrer aus Förderzentren) in einer Regelschule oder auch
- im Gemeinsamen Unterricht, in dem inklusiv sprachheilpädagogische Professionalität angeboten wird („classroom-based intervention service“ im *team-teaching*, Beratung).

Erste Erfahrungsberichte über die sogenannten Kombi- oder Kooperationsklassen als frequenzreduzierte Sprachförderklassen in der Regelschule fallen positiv aus (vgl. z. B. Zielke-Bruhn 2002).

Solche unterrichtsbezogenen Handlungsformen vermeiden die möglichen Nachteile eines pull-out Modells. Denn ein isoliert gesteuerter Sprachgebrauch jenseits individueller emotionaler und kognitiver Relevanz führt weder zur Beschleunigung noch zur Korrektur des Spracherwerbs. Die epigenetischen Theorien der „radical middle“ (Newcombe 1998, 210) zu einem „emergent coalition model“ (ECM) (vgl. Hollich et al. 2000) betonen die qualitativen Aspekte situierter sprachlich ko-konstruierter Entwicklungsbedingungen und sprechen für einen „rare event learning mechanism“ (REL) (vgl. Nelson et al. 2001, vgl. Bindel & Günther 2002, 157) auch von Sprache. Hat die Einzeltherapie den Vorteil, sich ganz auf die sprachlichen Entwicklungsschritte und sprachlichen Zielstrukturen des Kindes einstellen zu können, so hat sie auch den Nachteil, dass dieses situierte Lernen durch Auswahl von Themen, Medien und Handlungsformen besonders hergestellt werden muss, wie es für die Entwicklungsproximale Therapie (Dannenbauer 1999) beschrieben worden ist. „Ökologische Validität“ (der Lebenswelt des Kindes nahe kommen) und „pragmatische Plausibilität“ (Situationsangemessenheit) (Dannenbauer 1987, 51f.) sind von entscheidender Relevanz im selbstgesteuerten, informellen Sprachlernprozess. Die damit verbundenen impliziten Lernprozesse „erweisen sich (...) immer dann als funktional, wenn das Reizangebot komplex und die Invarianten wenig offensichtlich sind“ (Weinert 1991, 40). Im Unterricht dagegen ist diese Situierung von vorn-

herein gegeben und kann störungsspezifisch akzentuiert und genutzt werden, um selbstgesteuerte Sprachlernprozesse zu veranlassen (vgl. Lütje-Klose 1996, 1997, 2001; Lütje-Klose & Willenbring 1999). Ausgehend von Themen und Aktionen des Unterrichts und im Streben nach zeitlich und bezogen auf die Lernformen intensiviertem Angebot schlägt Motsch (2004) für ausgewählte, grammatische Förderziele eine in den Unterricht integrierbare Konzeption vor und überprüft diese erfolgreich im Hinblick auf ihre Wirksamkeit (Motsch & Berg 2003).

Damit sind inklusive Sprachheilpädagogen Experten für die Planung, Gestaltung und Reflexion von Bildungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit Sprach-, Sprech- und Kommunikationsstörungen in allen Bildungskontexten von der Elementar- bis hin zur Berufsausbildung (*„inclusive speech and language services“*, vgl. ASHA 1996; Paul-Brown & Caperton 2001).

Allgemeinbildende Schule mit dem Profil ‚Sprachförderung‘

Ebenso wie der Transfer der sprachheilpädagogischen Professionalität in ein inklusives System ist hingegen auch die Öffnung der Schule mit den bisherigen exklusiven Angeboten der spezifischen Sprachförderung und schulischen Sprachtherapie für alle Schülerinnen und Schüler möglich.

Eine Schule mit dem profilierenden Programm einer professionellen Unterstützung und Förderung aller Schülerinnen und Schüler in ihren sprachsystematischen, kommunikativ-pragmatischen bis hin zu rhetorischen Fähigkeiten würde mit einer Kombination aus sprachlicher Bildung und spezifischer, individualisierter Sprachförderung Lernen unter einem Dach berufsqualifizierenden Schwerpunkten anbieten.

Die Inklusive Schule zur Sprachförderung entwickelt sich damit zu einer Angebotsschule, die für alle Kinder und Jugendlichen mit sprachlich-kommunikativem Förderbedarf und auch für Kinder ohne besonderen Förderbedarf und mit besonderem Interesse an der sprachlich-kommunikativen Ausrichtung des Unterrichts und Schullebens offen steht.

Die Konzeption eines Angebotes vom Primarstufen- bis hin zum Sekundarstufenalter vermeidet im Modell des Bildungshauses Übergangs- und Schnittstellenprobleme und führt zur Einbeziehung altersmäßiger Heterogenität in die Strukturierung von Lerngruppen.

So gelingt es, die sprachliche Förderung von Kindern und Jugendlichen im schulischen und vorschulischen Kontext zu verbessern, die bislang wenig von der Ressource Sprachheilpäda-

gogik profitieren konnten (etwa Schülerinnen und Schüler, die wegen ihrer Körperbehinderung entsprechenden Förderbedarf aufweisen). Ebenso kann die oben angeführte, ungünstig selektive Wirkung der Schule zur Sprachförderung gegenüber Kindern mit Deutsch als Zweitsprache aufgehoben werden.

Eine solche ‚Inklusive Schule mit dem Schwerpunkt Sprache‘ erfordert jedoch auch in der Lehre einer ‚Inklusiven Sprachheilpädagogik‘ systematischer und vertiefender die Berücksichtigung der Bereiche der Pädagogik, Sprecherziehung sowie Präsentations- und Moderationskompetenzen.

Auf dem Weg zu mehr Eigenverantwortlichkeit der Schulen hinsichtlich pädagogischer Angebote und Programme, Personalstruktur und finanziellem Budget in den einzelnen Bundesländern kann sich die elterliche Akzeptanz und Nachfrage nach Schulen mit einem dementsprechendem Profil zur Förderung sprachlicher und kommunikativer Fähigkeiten bei gleichzeitiger Ermöglichung berufsqualifizierender Abschlüsse zeigen. ‚Inklusive Sprachheilpädagogik‘ nimmt diese Herausforderungen an.

Literatur

American Speech-Language-Hearing Association (1996): Inclusive practices for children and youths with communication disorders: Position statement and technical report. ASHA, Vol. 38, 35 – 44.

Baumgartner, S. (2008): Kindersprachtherapie. Eine integrative Grundlegung. München [u.a.]: Reinhardt.

Baumgartner, S. (1997): Perspektiven einer veränderten Wissensvermittlung in der Sprachheilpädagogik. Die Sprachheilarbeit 42, 6, 260 – 276.

Baumgartner, S. (2004): Sprachheilpädagogik ist Pädagogik und mehr. In: Baumgartner, S., Dannenbauer, F.M., Homburg, G., Maihack, V. (Hrsg.): Standort: Sprachheilpädagogik (99 – 198). Dortmund: Verlag Modernes Lernen.

Baumgartner, S. (2006): Sprachtherapie und Sprachförderung im Unterricht: Kritische Analyse und Konzeptbildung. Die Sprachheilarbeit 51, 6, 268 – 277.

Bielefeldt, H. (2009): Zum Innovationspotenzial der Behindertenrechtskonvention. 3. Auflage. Berlin: Deutsches Institut für Menschenrechte.

Bielfeld, K. (2006): Zum Wandel schulischer Aufgabenstellung in der Sprachheilpädagogik. Die Sprachheilarbeit 51, 1, 12 – 20.

Bindel, R., Günther, H. (2002): Artikulationstherapie bei Vorschulkindern. In: Berg, R., Anders, L.C., Mieth, E. (Hrsg.): Interdisziplinäre Sorge um Kommunikationsstörungen (135 – 158). München [u.a.]: Reinhardt.

Bloemers, W. (1993): Placeboformel ‚Förderschule‘? In: Pädagogische Rundschau 47, 439–466.

Boban, I., Hinz, A. (2004): Der Index für Inklusion – ein Katalysator für demokratische Entwicklung in der ‚Schule für alle‘. In F. Heinzl, F., U. Geiling, U. & A. Prengel, A. (Hrsg.), Demokratische Perspektiven in der Pädagogik. Annedore Prengel zum 60. Geburtstag (37 – 48). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Braun, O., Homburg, G., Teumer, J. (1980): Grundlagen pädagogischen Handelns bei Sprachbehinderten. Die Sprachheilarbeit 25, 1, 1 – 17.

Braun, O. (1991): Integration sprachbehinderter Kinder in der Praxis. Die Sprachheilarbeit 36, 5, 209–218.

Braun, O. (2004): Unterricht als sprachtherapeutischer Unterricht. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Lehrbuch Sprachheilpädagogik und Logopädie., Band 5 (42 – 52). Stuttgart: Kohlhammer.

Dannenbauer, F. M. (1999): Grammatik. In: Baumgartner, S., Füssenich, I. (Hrsg.): Sprachtherapie mit Kindern. 4. Auflage (105 – 161). München: Reinhardt.

Dannenbauer, F. M., Dirnberger, W. (1981): Aspekte eines therapieorientierten Unterrichts in der Schule für Sprachbehinderte – Kriterien und Realisationsmöglichkeiten für die Grundstufe. Die Sprachheilarbeit 26, 6, 313 – 325.

Dgs (2009): „Teilhabe braucht Sprache“. Presseerklärung 1/2009.

Dlugosch, A. (2003): Professionelle Entwicklung Biografie: Impulse für universitäre Bildungsprozesse im Kontext schulischer Erziehungshilfe. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.

Dlugosch, A. (2005): Professionelle Entwicklung in sonderpädagogischen Kontexten. In: Horster, D. (Hrsg.): Sonderpädagogische Professionalität. Beiträge zur Entwicklung der Sonderpädagogik als Disziplin und Profession (27 – 51). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Friend, M., Bursuck, W.D. (1999): Students With Special Needs. Needham Heights.

Fries, A., Hansen, D. (2005): Die Martin-Wiesend-Schule (Bamberg) im Urteil von Eltern. Unveröffentlichte Präsentation. J-M-Universität Würzburg.

Glück, C. W. (2009): Wortschatzdiagnostik bei mehrsprachigen Kindern. In: Schönauer-Schneider, W., Baumgartner, S. (Hrsg.): Sprachheilpädagogik im Wandel. Wenn Forschung Praxis verändert (51 – 63). Würzburg: edition von freileben.

Glück, C. W. & Berg, M. (2008): Sprachheilpädagogik auf dem Weg. Positionspapier der dgs Landesgruppe Baden-Württemberg. Sonderdruck der dgs-Landesgruppe Baden-Württemberg.

Grohnfeldt, M. (1987): Dualismus von Unterricht und Therapie – Eine spezifische Aufgabenstellung in der Schule für Sprachbehinderte. Die Sprachheilarbeit 32, 4, 162 – 168.

Grohnfeldt, M. (2005): Sprachheilpädagogik am Scheideweg. Die Sprachheilarbeit 50, 4, 182 – 185.

- Grohnfeldt, M., Homburg, G., Teumer, J. (1993): Überlegungen zur sprachheilpädagogischen Arbeit in einem flexiblen System von Grund- und Sonderschule. *Die Sprachheilarbeit* 38, 4, 166 – 184.
- Hacker, D. (2002): Phonologie. In: Baumgartner, S. & Füssenich, I. (Hrsg.): *Sprachtherapie mit Kindern*. 5. Auflage (13 – 62). München: Reinhardt.
- Hinz, A. (2009): Inklusive Pädagogik in der Schule – veränderter Orientierungsrahmen für die schulische Sonderpädagogik!? Oder doch deren Ende?? *Zeitschrift für Heilpädagogik* 60, 171 – 179.
- Hollich, G.J., Hirsh-Pasek, K., Tucker, M.L., Golinkoff, R. (2000): The change is afoot: Emergentist thinking in language acquisition. In: Anderson, P.B. (Hrsg.): *Downward Causation*. Aarhus: University Press.
- Klafki, W. (1996): *Neue Studien zur Bildungstheorie und Didaktik*. Weinheim: Beltz.
- Kornmann, R., Kornmann, A. (2003): Erneuter Anstieg der Überrepräsentation ausländischer Kinder in Schulen für Lernbehinderte. *Zeitschrift für Heilpädagogik* 54, 7, 286 – 289.
- Lüdtko, U., Bahr, R. (2002): Förderschwerpunkt Sprache: Kriterien und Standards zur Entwicklung schulischer Prozessqualität. *Zeitschrift für Heilpädagogik* 53, 6, 236-243.
- Lütje-Klose, B. (1997): *Wege integrativer Sprach- und Kommunikationsförderung in der Schule. Konzeptionelle Entwicklungen und ihre Einschätzung durch amerikanische und deutsche ExpertInnen*. St. Ingbert: Röhrig Verlag.
- Marvin, C. A. (1990): Problems in School-based Speech-Language Consultation and Collaboration Services: Defining the Terms and Improving the Process. In: Secord, W. A., Wiil, E. H. (Hrsg.). *Collaborative Programs in the Schools Concepts, Models, and Procedures* (37 – 47). San Antonio: Harcourt Brace Jovanovich.
- Mayer, A., Schönauer-Schneider, W., Reber, W. (2008): Ohne Sprache geht es nicht: Sprachheilpädagogischer Unterricht. In Grohnfeldt, M. (Ed.): *Didaktik in der Sonderpädagogik. Festschrift zum 60. Geburtstag von Dr. Stephan Baumgartner* (65 – 93). Würzburg: Edition von Freisleben.
- Miller, L. (1989): Classroom-based language intervention. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools* 20, 153-169.
- Motsch, H.-J. (2004): *Kontextoptimierung*. München: Reinhardt.
- Motsch, H.-J. (2009): Deprofessionalisierung der (Sprach-) Heilpädagogik – internationalisiert, inkompetent, wegrationalisiert. In: *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete (VHN)* 77, 1, 4-8.
- Motsch, H., Berg, M. (2003): Therapie grammatischer Störungen – Interventionsstudie zur Kontextoptimierung. *Die Sprachheilarbeit* 48, 4, 151 – 156.
- Mühlhausen, G. (1986): Hat sich die Struktur der Schülerschaft der Sprachheilschule geändert? *Die Sprachheilarbeit* 31, 1, 37 – 38.
- Mußmann, J. (2007): Sprachtherapie im Museum? – Überlegungen zur inklusiven Sprachtherapie und schulischen Sprachförderung. *Die Sprachheilarbeit* 52, 1, 17 – 23.
- Mußmann, J. (2009): Sprache und Kommunikation in informellen Lern- und Bildungskontexten. Sprachförderung an außerschulischen Lernorten. Saarbrücken.
- Nelson, K.E., Welsh, J.M., Camarata, S.M., Tjus, T., Heimann, M. (2001): A rare event transactional model of tricky mix conditions contributing to language acquisition and varied communicative delays. In: Nelson, K.E., Aksu-Koç, A. & Johnson, C.E. (Hrsg.): *Children's Language, Vol. 11: Interactional Contributions to Language Development* (165 – 195). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Newcombe, N.S. (1998): Defining the ‚Radical Middle‘. *Human Development* 41, 210 – 214.
- Paul-Brown, D., Caperton, C.J. (2001): Inclusive practices for preschool-age children with specific language impairment. In: Guralnick, M.J. (Hrsg.): *The Developmental Systems Approach to Early Intervention* (433 – 464). Boston: Paul H. Brookes.
- Reindl, N., Schröder, H., Waltersbacher, A. (2008): Sprachtherapie. In: Bode, H., Schröder, H. & Waltersbacher, A. (Hrsg.): *Heilmittelreport 2008, Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie: Eine Bestandsaufnahme* (31 – 40). Stuttgart: Schattauer.
- Reiser, H. (2003): Vom Begriff Integration zum Begriff Inklusion – Was kann mit dem Begriffswechsel angestoßen werden? In: *Sonderpädagogische Förderung* 48, 305 – 312.
- Schönauer-Schneider, W. (2008): Unterscheidet sich sprachheilpädagogischer Unterricht vom Unterricht der Allgemeinen Schule? *Die Sprachheilarbeit* 53, 6, 324 – 333.
- Schröder, H., Waltersbacher, A. (2006): *Heilmittelbericht 2006*. Bonn: WiDO-Wissenschaftliches Institut der AOK.
- Schröder, H., Waltersbacher, A. (2009): *Heilmittelbericht 2009*. Bonn: WiDO-Wissenschaftliches Institut der AOK.
- Speck, O. (2003): *System Heilpädagogik: eine ökologisch reflexive Grundlegung*. München, Basel: Reinhardt.
- Troßbach-Neuner, E. (1997): Entwicklungsorientierte Sprachförderung im Unterricht. *Pädagogische Verpflichtung und Chance. Die Sprachheilarbeit* 42, 6, 277 – 288.
- Troßbach-Neuner, E. (2003): Entwicklungsproximale Sprachtherapie in der Schule. Geht das? In Grohnfeldt, M. (Hrsg.): *Spezifische Sprachentwicklungsstörungen* (54 – 76). Würzburg: Edition von Freisleben.
- Orthmann, W. (1969): *Zur Struktur der Sprachgeschädigtenpädagogik*. Berlin: Marhold.
- Osburg, C. (2000): *Gesprochene und geschriebene Sprache*. Baltmannsweiler: Schneider-Verl. Hohengehren
- Welling, A. (2007): Unterricht und Therapie – die didaktische Frage im Förderschwerpunkt Sprache. In: Schöler, H., Welling, A. (Hrsg.): *Sonderpädagogik der Sprache* (955 – 981). Göttingen [u.a.]: Hogrefe.
- Weigt, R. (1997): *Grundlagen der Sprachbehindertendidaktik*. Neuwied, Kriftel, Berlin: Luchterhand.
- Weinert, S. (1991): *Spracherwerb und implizites Lernen*. Bern: Huber.
- Weisser, J. (2005): *Behinderung, Ungleichheit und Bildung. Theorie der Behinderung*. Bielefeld: transcript.
- Werner, L. (1995): Aspekte der Integration von Therapie und Unterricht in der Schule für Sprachbehinderte sowie in schulorganisatorisch integrativ organisierten Einrichtungen. In: Gieseke, Th. (Hrsg.): *Integrative Sprachtherapie. Tendenzen und Veränderungen in der Sprachheilpädagogik* (109 – 121). Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Wiedemann-Mayer, C., Maier, K. (2009): SUBIK. Sprachunterstützende Begleitung im Kindergarten – eine Konzeption strukturierter Sprachförderung für die Frühpädagogik. *Die Sprachheilarbeit* 54, 1, 18 – 22.
- WHO (2005): *ICF-Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Genf: WHO.
- Zielke-Bruhn, Jürgen (2002): Die gemeinsame Beschulung von sprachbehinderten und nicht sprachbehinderten Kindern an der Sternschule. *Die Sprachheilarbeit* 47, 2, 55 – 62.

Korrespondenzadresse

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

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

Dr. phil. Jörg Mußmann, Dipl.-Päd.
Institut für Heil- und Sonderpädagogik
Schwerpunkt Sprachheilpädagogik
Justus-Liebig-Universität Gießen
Karl-Glöckner-Str. 21 B
35394 Gießen
Tel. 0641-99-24174
joerg.mussmann@erziehung.uni-giessen.de
www.uni-giessen.de

Dr. phil. Jörg Mußmann ist Akademischer Rat im Lehrgebiet Sprachheilpädagogik der Justus-Liebig-Universität Gießen. Arbeitsschwerpunkte: soziologische Systemtheorie in der Sonderpädagogik sowie Inklusion im Förderschwerpunkt Sprache und Methodik und Didaktik. Jüngste Forschungsarbeit untersuchte sprachliche Barrieren und Lernchancen in informellen Bildungskontexten und Möglichkeiten der Sprachförderung an außerschulischen Lernorten.



Inklusion global:

Aufbau des ersten BA-Studienganges ‚Special Needs Education‘ mit Schwerpunkt ‚Speech and Language Impairment‘ in Tansania

Ulrike M. Lüdtké, Hannover

(Fotos: Marie-Noelle Leuer, Hintergrundrecherche: Nele Beyer)

Deutsche Entwicklungszusammenarbeit in Subsahara-Afrika: VEM-Delegation besucht Bildungsprojekte in Tansania

Im Herbst 2008 reiste die Bundestagsabgeordnete Kerstin Griese, Vorsitzende des Ausschusses für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, auf Einladung des Afrika-Referates der Vereinten Evangelischen Mission (VEM) nach Tansania, um sich vor Ort einen Eindruck von Projekten im Bereich des Bildungs- und Gesundheitswesens zu machen, die durch deutsche Träger co-finanziert werden. Auf dem Programm standen u.a. ein Gespräch mit Prof. Dr. John F. Shao, Vizekanzler der Tumaini Universität und Medizinischer Direktor des Kilimanjaro Christian Medical Centre (KCMC) in Moshi, über das Verhältnis der kirchlichen und staatlichen Universitäten in Tansania, ein Empfang beim Sekretär des Mufti von Sansibar Sheikh Fadhil Soraga anlässlich des christlich-muslimischen Dialogs auf der Insel sowie in Dar es Salaam ein Erfahrungsaustausch mit einer Selbsthilfegruppe von Müttern, die HIV-positiv sind und sich um die Versorgungslage der hinterbliebenen Kinder nach ihrem Tod sorgen. Teil der Delegation waren auch Prof. Andreas Dittmann (Universität Gießen) und Prof. Ulrike Lüdtké¹ (Universität Hannover) die hinsichtlich Studiengangsentwicklung, Forschung und Lehre den Aufbau der Studiengänge ‚Eco-Tourism‘ und ‚Speech and Language



Abb. 1: Volontärin im Klassenraum einer Schule für ‚Intellectually Impaired and Autistic Children‘

Impairment‘ am zur Tumaini-Universität gehörigen ‚Sebastian Kolowa University College‘ (SEKUCo) unterstützen.

Eine nähere Betrachtung der besuchten Projekte im Bildungs- und Gesundheitswesen ist vor dem Hintergrund des Rahmenkonzeptes der deutschen Entwicklungszusammenarbeit in Subsahara-Afrika zu sehen. Im Schwerpunktland Tansania konzentriert sich die Kooperation derzeit auf die drei Bereiche ‚Wasser und Hygiene‘, ‚Gesundheit und HIV/AIDS‘ sowie ‚Unterstützung der kommunalen Selbstverwaltung‘, welche in die ‚National Strategy for Growth and the Reduction of Poverty‘ (MKUKUTA) eingebettet sind (vgl. BMZ 2009). Für diese bilateralen Kooperationen werden jährlich ca. 45 Millionen € bereit gestellt, wobei ca. 90% u.a. in den DED (Deutscher Entwicklungsdienst), die GTZ (Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit) und die KfW-Entwicklungsbank fließen, die restlichen ca. 10% vornehm-

lich in diverse NGOs (Non-Governmental Organizations), CBOs (Church Based Organizations) sowie die vier parteinahen Stiftungen. Weitere Gelder fließen in multilaterale Programme der EU, der UN und der Weltbank. Von besonderer Bedeutung ist zudem die Unterstützung Tansanias als friedliches, aufstrebendes Modellland für die benachbarten Staaten, deren jüngste Vergangenheit zum Teil von schweren kriegerischen Auseinandersetzungen geprägt ist. Beispiel hierfür ist der ebenfalls besichtigte ‚Internationale Strafgerichtshof für Ruanda‘ (ICTR) mit Sitz in Arusha (vgl. Abb. 4), der im Sinne eines UN-Kriegsverbrechertribunals für die Verfolgung des Völkermords in Ruanda im Jahre 1994 zuständig ist. Im größeren Rahmen verfolgt die Bundesregierung das Ziel der politischen und ökonomischen Stabilisierung dieser Region, indem es z.B. in der ‚East African Community‘ (EAC) die Rolle Tansanias im Verhältnis zu Kenia und Uganda stärkt.

¹ Ich bedanke mich herzlich bei Prof. Dr. Manfred Grohnfeldt, Universität München, für die Vermittlung dieses interessanten fachlichen Kontakts nach Tansania.

Partnerschaft im Bereich Sonderpädagogik: Abschaffung von Korruption und Stigmatisierung – universitäre Ausbildung von qualifiziertem Fachpersonal

Oberstes Prinzip von Entwicklungszusammenarbeit ist „Nachhaltigkeit“ (sustainability). Im Bereich Sonderpädagogik wäre dies u.a. durch das Ziel gewährleistet, eigene sonderpädagogische Fachkräfte auf universitärem Niveau und gemäß internationalen wissenschaftlichen Standards im Land auszubilden.

Derzeit herrscht in ganz Tansania ein großer Mangel an Sonderpädagogen sämtlicher Fachrichtungen. Es gibt bislang keinen einzigen grundständigen sonderpädagogischen Studiengang, lediglich auf Sansibar einzelne Kurse in ‚Special Education‘ an Teacher Training Colleges im Rahmen eines Modellprojektes im Jahre 2004 (Maghembe & Suleiman 2008). Kompensiert wird dieser sonderpädagogische Fachkräftemangel insbesondere in

(Sonder)Schulen und Kinderheimen durch eine Flut an sog. ‚Volunteers‘ – junge Abiturientinnen im Freiwilligen Sozialen Jahr aber auch Zivildienstleistende, die meist von einigen der unzähligen Hilfsorganisationen aus aller Welt eingesetzt werden. Viele der hoch engagierten Volunteers, die in Schulen oder Heimen auf behinderte Kinder und unausgebildetes pädagogisches Personal treffen, versuchen, die von ihnen wahrgenommene Lücke an pädagogischen Förderangeboten zu schließen, indem sie – auf sich selbst gestellt und nicht der Sprache der Schüler mächtig – improvisieren: Sie greifen auf vertraute Unterrichtsmethoden ihrer eigenen Schulzeit zurück und erstellen mit einfachsten Hilfsmitteln und großer Kreativität Fördermaterialien (Abb. 1, 2a/b).

Ohne dieses große persönliche Engagement in irgendeiner Weise abschwächen zu wollen, ist eine derartige notgedrungene Kompensation des Fachkräftemangels aus professioneller Sicht jedoch auch kritisch zu betrachten, da diese Einsätze ohne fachli-

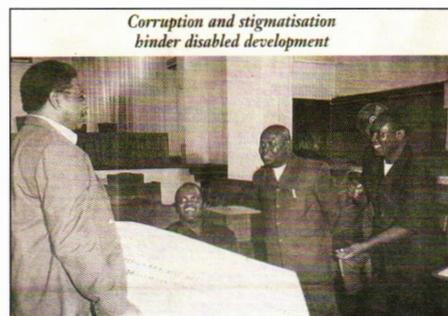


Abb. 3: „Korruption und Stigmatisierung verhindern Verbesserungen für Behinderte“ (Majura, Thisday 30.10.2008)

Lokalpolitiker in Dar es Salaam bei der Übergabe eines Spenden-Schecks

che Grundlage erfolgen und z.B. auch nicht in eine übergeordnete, zur jeweiligen Schule passende sonderpädagogische Konzeption eingebettet werden können. Schulleiter klagen zudem darüber, dass die vielen Helferinnen häufig auch eine Belastung darstellen, da die Überwindung kultureller und sprachlicher Barrieren Zeit und Energie verschlingt. Diese Einschätzung deckt sich mit der jüngsten Analyse der von uns getroffenen Afrika-Korrespondenten des Magazins „Spiegel“: „Dass die Fortschritte dennoch bescheiden sind, hat inzwischen auch mit der großen Zahl der Geber zu tun. Mit der Globalisierung sind Länder wie China oder Südafrika in die Gebergemeinschaft aufgerückt, gern spenden inzwischen auch private Philanthropen Milliarden. Aber es hat nicht den Anschein, als würde das die Lage bessern, im Gegenteil. Oft stimmen die Wohltäter sich nicht ab und stiften Verwirrung dort, wo sie helfen wollen. Manche Empfänger resignieren bereits. Ruandas Botschafter in Berlin, Eugène-Richard Gasana, klagte kürzlich: ‚Ihr überfordert uns.‘“ (Bornhöft & Knaup 2008, 42).

Andere Hindernisse wiederum liegen jedoch im Land selbst. Globale Phänomene wie Korruption und die jahrhundertealte Stigmatisierung von Behinderten sind auch hier die wichtigsten Faktoren (vgl. Abb. 3, Majura 2008). Eine Abschaffung dieser beiden komplexen Problemlagen ist derzeit wichtigste Aufgabe der Entwicklungszusammenarbeit – speziell im Bereich der Sonderpädagogik. Beispielhaft umgesetzt wird dies z.B. im ‚Young Leaders Training Programme‘ der ebenfalls besuchten Friedrich-Ebert-Stiftung in Dar es Salaam, die sich zum Ziel gesetzt hat, die zukünftigen Führungskräfte Tansanias in ‚good governance and ethical commitment against corruption‘ auszubilden (FES 2009).

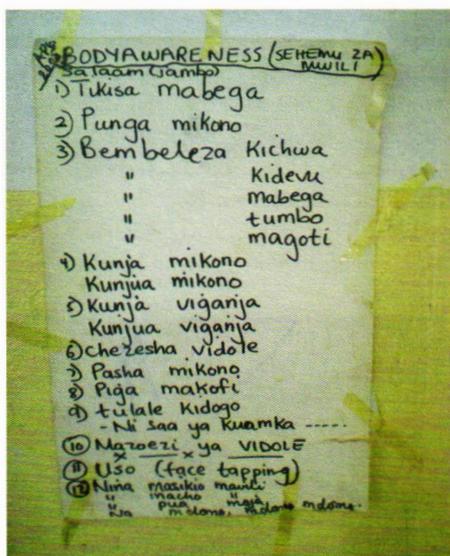


Abb. 2 a: Fördermaterialien zur Körperwahrnehmung

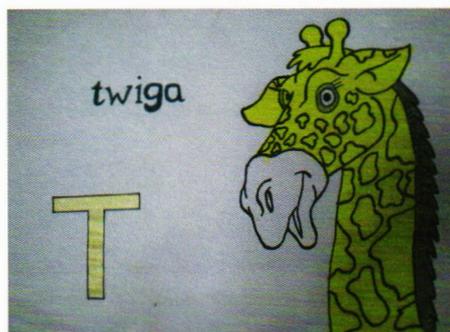
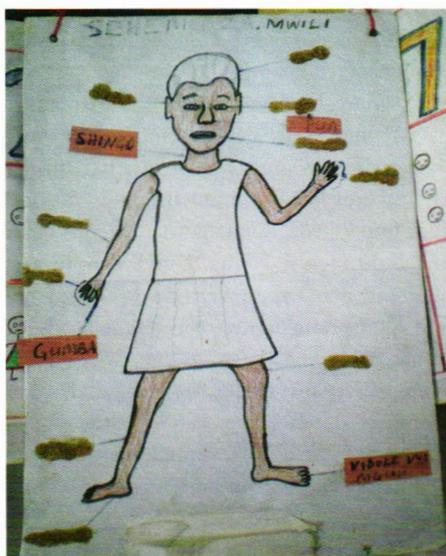


Abb. 2 b: Fördermaterialien Lesen und Rechnen





Abb. 4: Tanzania mit Nachbarstaaten

(© Peter Philips/MediaCompany Berlin/VEM)

‚Karibu Tanzania!‘ Eines der am wenigsten entwickelten Länder der Welt zwischen 5-Sterne-Tourismus und globaler Wirtschaftskrise

‚Karibu Tanzania!‘ (Willkommen in Tanzania!): Wohlhabende deutsche Touristen assoziieren mit Tanzania häufig Luxus-Safaris in Grzimeks Serengeti, den Anblick des schneebedeckten Kilimanjaro oder unvergessliche Taucherlebnisse vor den Stränden Sansibars. Tatsächlich gehört Tanzania aber zu den ärmsten Ländern der Welt, welches derzeit schwer von der globalen Wirtschaftskrise getroffen wird.

Tanzania mit den vorgelagerten Inselgruppen Pemba, Sansibar und Mafia liegt südlich des Äquators auf dem afrikanischen Kontinent und wird im Norden von Kenia und Uganda, im Westen von Ruanda, Burundi und der Demokratischen Republik Kongo, im Süden von Sambia, Malawi und Mosambik und im Osten vom Indischen Ozean begrenzt (vgl. Abb. 4). Nach Angaben des Auswärtigen Amtes (2008) hat Tanzania eine Größe von 945.087 qkm und ist damit gut zweieinhalbmal so groß wie Deutschland. Die nominelle Hauptstadt Tanzanias ist Dodoma, faktisch ist es allerdings die an der Küste gelegene Stadt Dar es Salaam, in der ca. 3 Mio. Menschen leben und in welcher sich der Regierungssitz befindet. Insgesamt leben in Tanzania 38,3 Mio. Menschen, davon ca. 1 Mio. auf Sansibar, das weitestgehend Autonomie genießt. Die tansanische Bevölkerung ist mit 130 ethnischen Gruppen überaus heterogen. Fast 85% der

Bevölkerung sind Bantu, die meist als Bauern leben. Daneben sind ca. 10% der Bevölkerung Swahili, die mit arabisch-persischen Einflüssen verbunden sind. Sie leben hauptsächlich an der Küste und auf den Inseln. 3% sind Niloten, von denen 2% Massai sind. Sie leben vorwiegend nomadisch im Norden Tanzanias (Munzinger 2008).

Die Amts- und Nationalsprache Swahili (veraltet *Kiswahili*) dient als Bindeglied zwischen diesen heterogenen Bevölkerungsgruppen. Englisch ist Geschäfts- und höhere Bildungssprache, wobei regional indigene Sprachen der einzelnen ethnischen Gruppen gesprochen werden. An der Küste und auf Sansibar wird jedoch als Wirtschafts-, Bildungs- und Religionsprache häufig Arabisch gesprochen (Munzinger 2008). Die beiden größten religiösen Gruppen in Tanzania sind Christen mit 40-45% und Muslime mit 35-45% der Bevölkerung. 10-20% der tansanischen Bevölkerung sind Anhänger traditioneller afrikanischer Religionen.

Die Vereinigte Republik Tanzania ist eine Präsidialrepublik, die zur Zeit vom Staatsoberhaupt und Regierungschef Jakaya Mrisho Kikwete geführt wird. Der Präsident wurde im Dezember 2005 für 5 Jahre ins Amt gewählt und gehört der Chama Cha Mapinduzi (CCM), der Partei der Revolution, an (Auswärtiges Amt 2008). Tanzanias wirtschaftliche Entwicklung hängt von Entwicklungshilfe und dem Import von Kapitalgütern, Brennstoffen und Nahrungsmitteln ab. Durch den Tourismus und den Export von Gold, Edelsteinen und Agrarprodukten werden eigene Deviseneinnahmen erzielt. Der größte Wirtschaftszweig in Tanzania ist der Agrarsektor, der sich allerdings durch Klima- und Weltmarkteinflüsse nicht stabilisieren kann. Ein großes Problem stellt die große Ausbreitung von Aids dar. Dies droht durch den Ausfall der erwerbsfähigen Bevölkerung und die Kosten der Behandlung die Ökonomie schwer zu beeinträchtigen (Munzinger 2008).

Das Auswärtige Amt weist für Tanzania ein Bruttoinlandsprodukt (BIP) pro Kopf von US\$ 355 auf. Nach der UN-Einteilung der Entwicklungsländer zählt Tanzania damit zu den ‚Least Developed Countries‘ (LDCs, den „am wenigsten entwickelten Ländern“). Aktuell gehören 49 Länder zu dieser Kategorie, davon 33 in Afrika, 15 in Asien und eins in Lateinamerika (UN-OHRLLS 2006). Diese Länder liegen vom Bruttoinlandsprodukt noch unter den sog. „Dritte-Welt-Ländern“ und werden häufig schon als „Vierte Welt“ bezeichnet. Die

Vereinten Nationen beschreiben die folgenden drei Kriterien, die ein Land alle erfüllen muss, um als LDC registriert zu werden:

1. ein brutto-pro Kopf-Einkommen von weniger als 750 US\$;
2. einen niedrigen ‚Economic Vulnerability Index‘ (EVI), der orientiert an der Instabilität der Exporterlöse, der Agrarproduktion und dem Anteil von verarbeitender Industrie und Dienstleistungen am BIP die Verwundbarkeit von Gesellschaften beschreibt; sowie
3. einen niedrigen ‚Human Assets Index‘ (HAI), der mit Bezug auf die tägliche Kalorienzufuhr pro Kopf, die Kindersterblichkeitsrate und die Alphabetisierungsrate unter Erwachsenen Aussagen über soziale Merkmale wie Gesundheit und Bildung liefert.

Die medizinische Versorgung in Tanzania ist unzureichend. Die Lebensbedingungen im Bezug auf Trinkwasser, Abwasserentsorgung und hygienische Verhältnisse sind häufig unzumutbar. Weitere Probleme bereiten Krankheiten wie HIV/Aids, Malaria, Tbc, Hepatitis-Arten, Meningitis, schwere Darmerkrankungen, Risiken von Schwangerschaft und Geburt sowie Komplikationen der Beschneidung von Mädchen (Munzinger 2008). Tanzania versucht, mit internationaler Hilfe die medizinische Infrastruktur zu verbessern und durch Aufklärung und preiswerte Behandlung bei HIV/Aids die weitere katastrophale Ausbreitung der Krankheit zu bekämpfen. Noch 2005 gab es im gesamten Staat nur 219 Krankenhäuser und 481 Gesundheitszentren. Somit kommen grob

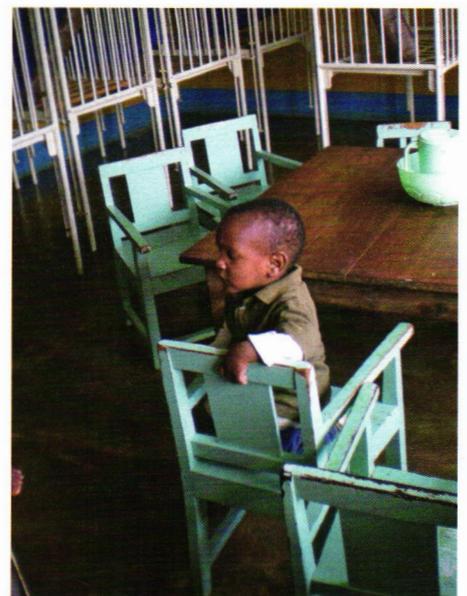


Abb. 5: LDC-Kriterium „Kindersterblichkeit“: HIV-infiziertes Waisenkind in einem Kinderheim

geschätzt nur 2,2 Ärzte auf 100.000 Einwohner (Munzinger 2008). Das Land beklagte im Jahre 2005 140.000 Aids-Todesopfer und 1,1 Mio. Aids-Waisen sowie 1,4 Mio. HIV-Positive, darunter 710.000 Frauen und 110.000 Kinder (Abb. 5).

Das tansanische Bildungswesen besteht aus der siebenjährigen Grundschule, der vierjährigen Junior-Sekundarschule, der zweijährigen Senior-Sekundarschule sowie der mindestens dreijährigen Hochschule. Nur für die Grundschule besteht eine Schulpflicht und nur diese Schule können die Kinder kostenlos besuchen. Die Unterrichtssprachen sind zunächst Swahili und später Englisch, was für viele Kinder aus den ländlichen Regionen eine große Hürde darstellt, da sie in familiären Kreisen ihre indigenen Sprachen sprechen. Das Bildungssystem ist ebenfalls aufgrund von Aids und dem damit verbundenen Ausfall von Lehrkräften, der schlechten Ausstattung der Schulen und einer schlechten Infrastruktur unzureichend entwickelt (Munzinger 2008).

Historische Einbettung I: Sklaverei, Kolonialisierung und Ujamaa-Sozialismus

Für eine Einordnung der Sonderpädagogik in Tansania in ein bildungspolitisches Gesamtbild ist ein Blick in die wechselhafte Geschichte des Landes hilfreich, die immer auch mit deutschen Einflüssen verknüpft war.

Seit dem 8. Jahrhundert begannen Araber in Ostafrika eine bedeutende Rolle zu spielen. Die „Waren“ Elfenbein und Sklaven waren für viele Jahrhunderte die wichtigsten Handelsgüter. Über die Hälfte der Sklaven verblieb auf Sansibar und musste dort auf den Gewürz-Plantagen arbeiten. Der andere Teil wurde vom Sultanat aus in alle Gebiete an den Küsten des Indischen Ozeans, aber auch nach Europa und Amerika verschifft. Um 1850 lebten auf Sansibar 60.000 Sklaven bei einer Gesamtbevölkerung von 150.000 Menschen (Herzog 1986). Sansibar und die Küste sind bis heute arabisch geprägt und besitzen auch im Bildungssektor Autonomie.

Im 19. Jahrhundert begann die christliche Kirche die ostafrikanische Küste verstärkt zu missionieren. Die Abschaffung der Sklaverei war ein großes Ziel und die Missionen erhielten großen Zulauf von ersten befreiten Sklaven. Während der deutschen Kolonialherrschaft in Tansania wurde die „Evangelische Mission für Deutsch-Ostafrika“ (EMDOA) gegründet – der Ursprung der späteren Bethel-Mission (Apelt



Abb. 6: Ein Missionsarzt untersucht „Geisteskranke“ (Tansania/Usambara/Bumbuli).

Standfoto aus dem Film „In Jesu Dienst von Bethel nach Ostafrika“, von Bodelschwingsche Anstalten, 1927.

(© Archiv- und Museumsstiftung der VEM)

& Bidmon 2007; Abb. 6). Die Missionsarbeit aller Länder und Konfessionen umfasste neben dem Religionsunterricht den Bildungsbereich, die Behindertenarbeit, Aufnahme von Sklaven- bzw. Waisenkindern und medizinische Versorgung. Die Arbeit wurde über die Jahre intensiviert und manifestiert sich heute in der Entwicklungszusammenarbeit durch kirchliche Organisationen (CBOs). Etwa die Hälfte des Gesundheits- und Bildungssystem Tansanias ist bis heute fest in kirchlicher Hand.

Tansania, Ruanda und Burundi waren von 1885-1919 als „Deutsch-Ostafrika“ die sog. „vierte Kolonie“ Deutschlands. Die Kolonialinteressen Deutschlands, die strategischer und wirtschaftlicher Natur (Rohstoffe) waren, wurden zuerst von Carl Peters vertreten, der für die „Deutsch-Ostafrikanische Gesellschaft“ durch zahlreiche Verträge mit Stammeshäuptlingen ein deutsch-afrikanisches Kolonialreich aufbauen wollte. Die deutsche Kolonialverwaltung brachte Finanzen, Getreide und ein bis heute genutztes Eisenbahnnetz und hinterließ viele koloniale Spuren allgemeiner Infrastruktur. Die europäische Herrschaft löste jedoch den Widerstand der Afrikaner aus. Die Widerstandsbewegung kulminierte 1905-1907 im „Maji Maji Aufstand“, welcher von den kaiserlichen Schutztruppen niedergeschlagen wurde. 2005 anlässlich der Gedenkveranstaltung zum 100. Jahrestag dieses Ereignisses konstatierte die Bundesministerin für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung Wieselhuber die Grausamkeiten der deutschen Kolonialherren, bei denen ca. 300.000 Menschen ums

Leben kamen (zit. n. Maji Maji-Deklaration, Tanzania-Network 2005).

Die deutsche Kolonialzeit wurde im 1. Weltkrieg beendet. Von 1921-1961 erstreckte sich die britische Mandatszeit. Parallel zur weltweiten Auflösung des britischen Empire nach dem 2. Weltkrieg begann auch im damaligen Tanganyika der Weg zur Selbstbestimmung, welcher – ähnlich wie Mandela in Südafrika – vom afrikanischen Staatsmann Julius Nyerere geprägt wurde und 1961 zur Unabhängigkeit führte. Nyerere konzipierte den sog. afrikanischen „Ujamaa-Sozialismus“, welchem er 1967 in der berühmten „Arusha-Deklaration“ als sozialistisches Manifest Tansanias Gestalt ver-

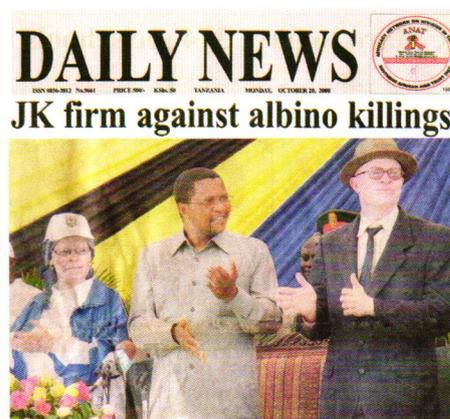


Abb. 7 a: Magisch-mythisches Weltbild: Tötung von Behinderten

Präsident Jakaya Kikwete (JK, Mitte) bei einer öffentlichen Rede gegen die Tötung von Albino-Kindern im Beisein von MdB Al-Shaymaa Kwegyir (links) sowie des Vorsitzenden der ‚Albino Society of Tanzania‘ Ernest Kimaya (rechts). („Daily News“ Schlagzeile vom 20.10.2008)

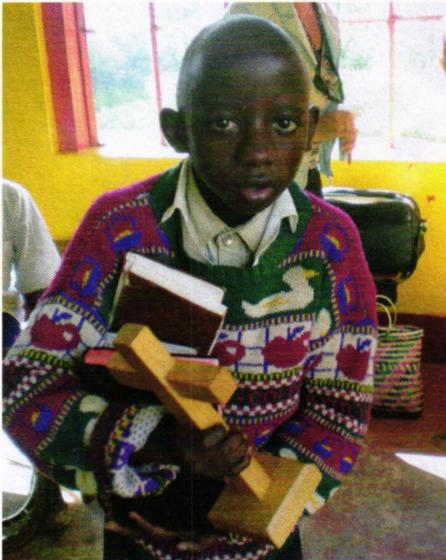


Abb. 7 b: Christliche Heilpädagogik: Die Würde des behinderten Menschen

Ein geistig behinderter Schüler beim Aufräumen nach der Morgenandacht

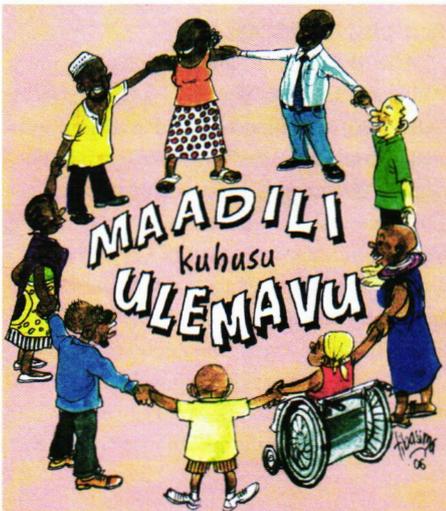


Abb. 7 c: Inklusion: Leben und Lernen in Gemeinschaft

Flyer einer pädiatrischen Ambulanz, in dem für Inklusion geworben wird

lich. Kernpunkt der „Ujamaa“-Idee (Gemeinschaft, Brüderlichkeit), häufig auch als „self-reliance“ bezeichnet, war die Zusammenfassung der Bevölkerung in Gemeinschaftsdörfern, in denen sie sich lokal verwalten, ernähren und miteinander wirtschaften sollten. Nyerere (1977) wollte an die traditionellen und urafrikanischen Werte anknüpfen und sie praktisch umsetzen. Basierend auf seinen Werk „Education for Self-Reliance“ (1967) wurde auch das Schulwesen reformiert und lokale Unterrichtssprachen gestärkt – ein Aspekt, der heute kritisch betrachtet wird, da unzureichende engli-

sche Sprachkenntnisse z.B. auch den Zugang zu einem Universitätsstudium verwehren. International wurde die junge Republik von Anfang an von anderen sozialistischen Ländern der Welt unterstützt. Zum Beispiel entsandte die DDR medizinisches Personal und Lehrer nach Sansibar und übernahm in Plattenbauweise den Aufbau eines neuen, bis heute bewohnten Stadtviertels, um die katastrophalen Wohnverhältnisse in den dortigen Slums zu verbessern (Herzog 1986, 197). Viele der in Tansania anzutreffenden Akademiker haben in der damaligen DDR studiert.

Historische Einbettung II: Sonderpädagogik zwischen Aberglaube, missionarischem Erbe und Inklusion

Betrachtet man die komplexe Situation der Sonderpädagogik in Tansania näher, fällt auf, dass drei wesentliche sonderpädagogische Paradigmen, die in Europa und auch in Deutschland in einem historischen Verlauf allmählich ineinander übergangen, hier aktuell parallel anzutreffen sind (vgl. u.a. Solarová 1983, Ellger-Rüttgardt 2008).

Das historisch älteste ist ein archaisches magisch-mythisches Weltbild (vgl. Abb. 7a), das durch die Verspottung, Bestrafung und Tötung von Behinderten gekennzeichnet ist. Es beruht u.a. auf angenommenen Kausalzusammenhängen zwischen Schuld und Bestrafung in Form von Erkrankungen, Auffälligkeiten oder Deformationen oder der Annahme, dass Behinderte von Dämonen besessen seien. In Tansania ist dieses Paradigma vor allem in der Praxis lebendig, dass die ca. 150.000 dort lebenden Albinos verfolgt und getötet werden,

um ihre zerstückelten Körperteile wegen den ihnen zugeschriebenen magischen Kräften für traditionelle Heilungsrituale zu verwenden. In den letzten Jahren wurden so jährlich offiziell ca. 40-50 Albinos getötet (BBC 2009). Zudem werden Neugeborene mit sichtbaren Behinderungen, wie z.B. Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten, ausgesetzt oder getötet.

Eine Wende brachte dem gegenüber das Weltbild der *Christlichen Heilpädagogik*, welches die Würde des behinderten Menschen aufgrund der Gottesebenbildlichkeit eines jeden Menschen grundlegend anerkennt und das hieraus pragmatisch-helfende Ansätze der Nächstenliebe und der Fürsorge entwickelt. Die Mehrheit der derzeit in Tansania vorzufindenden Heime oder Schulen für behinderte Kinder sind missionarischen Ursprungs (vgl. 4) und kirchlich geleitet (Abb. 7b, 8). Sie pflegen und versorgen ihre Schüler vorbildlich, gehen zum Teil im Rahmen sog. ‚Outreach-Programme‘ in die umliegenden Dörfer, um versteckte behinderte Kinder zu finden und Aufklärungsarbeit zu leisten, leiden aber unter dem beschriebenen sonderpädagogischen Fachkräfte-Mangel (Lütcke 2009).

Das jüngste Paradigma ist auch in Tansania das der *Inklusion* (Abb. 7c), welches die Bildungsfähigkeit eines jeden Menschen durch Leben (Partizipation) und Lernen in der Gemeinschaft aller zum Ziel hat (UN 2006). Gesetzliche Grundlage hat es in der ‚National Policy on Disability‘ des ‚Ministry of Labour, Youth Development and Sports‘ (MOLYDS) vom Juli 2004, die mit explizitem Rückbezug zu Nyereres ‚Arusha Declaration‘ beabsichtigt, inklusive Bildung und Erziehung im ganzen Land zu implementieren: „The government in collaboration with stakeholders shall provide



Abb. 8: Albino-Kinder finden Schutz in einer kirchlichen Schule für Blinde

a conducive environment for inclusive education that takes care of special needs of disabled children” (2004, 16).

Inclusive Education: Menschen mit (Sprach)Behinderungen in Tansania

Es ist schwierig, aktuelle und zuverlässige statistische Angaben zur Anzahl von Menschen mit Behinderungen in Tansania zu finden. Die einzigen zugänglichen Zahlen sind lediglich geschätzt (MOLYDS 2004, 3) und gehen von ca. 3 Millionen behinderten Menschen und damit ca. 10% der Gesamtbevölkerung aus bei einer prozentualen Verteilung von 28% Körperbehinderungen, 27% Sehbehinderungen, 20% Hörbehinderungen, 8% Geistigen Behinderungen, 4% schweren Mehrfachbehinderungen und 13% sonstigen Behinderungen, wovon dann die nicht explizit und gesondert erfassten Sprachbehinderungen fallen.

Die bereits erwähnte ‚National Policy on Disability‘ (MOLYDS 2004) intendiert für diese Bevölkerungsgruppen eine grundlegende inklusive Perspektive in folgenden Bereichen zu implementieren:

- Bewusstseinsbildung (Abbau kultureller und religiöser Vorurteile, Abb. 8)
- Menschenrechte und gesetzlicher Schutz
- Selbsthilfeorganisationen
- Statistische Erfassung und Forschung
- Aus- und Fortbildung von Fachpersonal
- Gesundheitsversorgung (Armut, Schwangerschaft/Geburt, HIV/AIDS)
- Early Intervention (Erfassung versteckter Kleinkinder)
- Inclusive Education
- Kompetenztraining und berufliche Eingliederung
- Technische Hilfen/Barrierefreiheit
- Unfallprävention (Sicherung der gefährlichen Überlandstrassen)
- Kooperation international und mit NGOs

Inklusion und Globalisierung: Aufbau des ersten Studienganges „Sprachbehindertenpädagogik“ in Tansania

Aus deutscher Sicht liegt die Herausforderung bei der Implementierung von Inclusive Education in Tansania insbesondere darin, dass es zwar einerseits kein ausdifferenziertes fachrichtungsspezifisiertes Sonderschulwesen gibt, das es – wie bei uns – zu reformieren gilt, aber an-

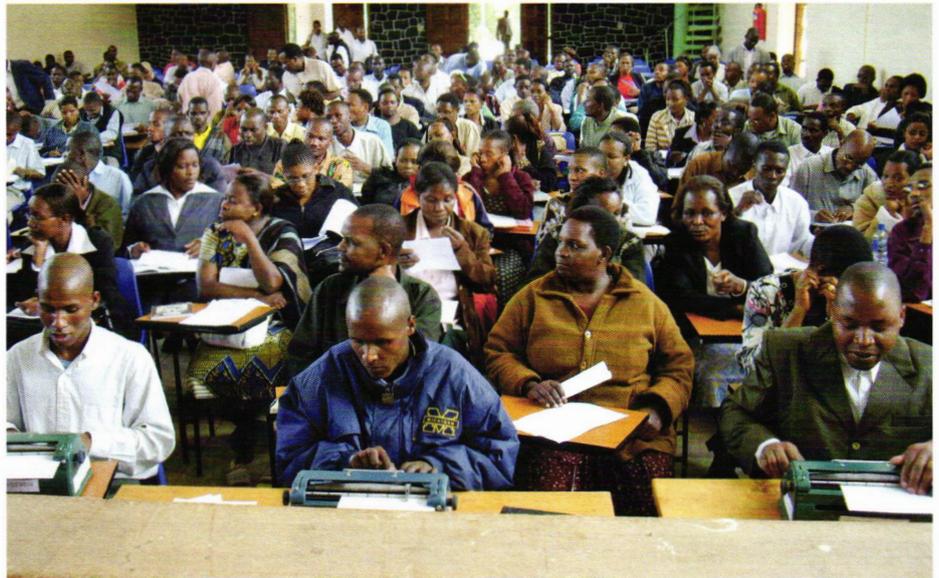


Abb. 9: Blinde Studenten mit Braille-Maschinen in einer Vorlesung am SeKUCo

dererseits auch auf allen Ebenen (Institutionen, Personal, Fachwissen, Material) Strukturen fehlen, an die angeknüpft werden könnte. Das 2006 gegründete ‚Sebastian Kolowa University College‘ (SEKUCo) der lutherischen Tumaini-Universität stellt sich mit der Einrichtung des ersten grundständigen BA-Studienganges ‚Special Needs Education‘ dieser Herausforderung.

Das Besondere ist zudem, dass die inklusive Vision hier explizit in zwei Richtungen realisiert werden soll: zum einen bezogen auf Erziehung und Unterricht behinderter Kinder und Jugendlicher, zum anderen aber auch auf behinderte Studierende, denen hier durch vielfältigste Vorkehrungen – z.B. den Kauf von Braille-Maschinen, den Bau von rollstuhlgerechten Rampen,

Sebastian Kolowa University College (SeKUCo) – Magamba/Tanzania																																																																																				
Bachelor of Special Needs Education																																																																																				
Majoring in Speech and Language Disabilities and English																																																																																				
Year 1 ↓	Year 2 ↓	Year 3 ↓																																																																																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Semester 1</th> </tr> <tr> <th>Course</th> <th>Credits</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Introduction to Speech and Language</td><td>2</td></tr> <tr><td>Sign Language 1</td><td>3</td></tr> <tr><td>History and Philosophy of Education</td><td>3</td></tr> <tr><td>Information Technology</td><td>2</td></tr> <tr><td>Introduction to Special Education</td><td>2</td></tr> <tr><td>Communication Skills</td><td>1</td></tr> <tr><td>Total</td><td>13</td></tr> <tr><td>Introduction to the Study of English Language</td><td>2</td></tr> <tr><td>Introduction to the Study of Literature and Literal Devices</td><td>2</td></tr> <tr><td>Introduction to African Literature</td><td>2</td></tr> <tr><td>Total</td><td>6</td></tr> </tbody> </table>	Semester 1		Course	Credits	Introduction to Speech and Language	2	Sign Language 1	3	History and Philosophy of Education	3	Information Technology	2	Introduction to Special Education	2	Communication Skills	1	Total	13	Introduction to the Study of English Language	2	Introduction to the Study of Literature and Literal Devices	2	Introduction to African Literature	2	Total	6	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Semester 3</th> </tr> <tr> <th>Course</th> <th>Credits</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Language Disorders</td><td>2</td></tr> <tr><td>Assessment of Speech and Language</td><td>3</td></tr> <tr><td>Educational Psychology</td><td>3</td></tr> <tr><td>Sociology of Education</td><td>2</td></tr> <tr><td>Early Intervention in Education</td><td>2</td></tr> <tr><td>Classroom Administration and Management in Inclusive Classes</td><td>3</td></tr> <tr><td>Total</td><td>15</td></tr> <tr><td>General English Phonetics and Phonology</td><td>3</td></tr> <tr><td>Social Linguistics</td><td>2</td></tr> <tr><td>Drama</td><td>2</td></tr> <tr><td>Theories of African Oral Literature</td><td>3</td></tr> <tr><td>Total</td><td>10</td></tr> </tbody> </table>	Semester 3		Course	Credits	Language Disorders	2	Assessment of Speech and Language	3	Educational Psychology	3	Sociology of Education	2	Early Intervention in Education	2	Classroom Administration and Management in Inclusive Classes	3	Total	15	General English Phonetics and Phonology	3	Social Linguistics	2	Drama	2	Theories of African Oral Literature	3	Total	10	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Semester 5</th> </tr> <tr> <th>Course</th> <th>Credits</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Organic Disorders of Speech and Language</td><td>3</td></tr> <tr><td>Educational Guidance and Counseling</td><td>2</td></tr> <tr><td>Educational Administration, Management, Policy and Planning</td><td>3</td></tr> <tr><td>Educational Statistics and Research</td><td>3</td></tr> <tr><td>Independent Study</td><td>0</td></tr> <tr><td>Total</td><td>11</td></tr> <tr><td>Applied Linguistics</td><td>2</td></tr> <tr><td>Modern Literary Theories</td><td>2</td></tr> <tr><td>Poetry in English</td><td>2</td></tr> <tr><td>General Syntax</td><td>2</td></tr> <tr><td>Total</td><td>8</td></tr> </tbody> </table>	Semester 5		Course	Credits	Organic Disorders of Speech and Language	3	Educational Guidance and Counseling	2	Educational Administration, Management, Policy and Planning	3	Educational Statistics and Research	3	Independent Study	0	Total	11	Applied Linguistics	2	Modern Literary Theories	2	Poetry in English	2	General Syntax	2	Total	8		
Semester 1																																																																																				
Course	Credits																																																																																			
Introduction to Speech and Language	2																																																																																			
Sign Language 1	3																																																																																			
History and Philosophy of Education	3																																																																																			
Information Technology	2																																																																																			
Introduction to Special Education	2																																																																																			
Communication Skills	1																																																																																			
Total	13																																																																																			
Introduction to the Study of English Language	2																																																																																			
Introduction to the Study of Literature and Literal Devices	2																																																																																			
Introduction to African Literature	2																																																																																			
Total	6																																																																																			
Semester 3																																																																																				
Course	Credits																																																																																			
Language Disorders	2																																																																																			
Assessment of Speech and Language	3																																																																																			
Educational Psychology	3																																																																																			
Sociology of Education	2																																																																																			
Early Intervention in Education	2																																																																																			
Classroom Administration and Management in Inclusive Classes	3																																																																																			
Total	15																																																																																			
General English Phonetics and Phonology	3																																																																																			
Social Linguistics	2																																																																																			
Drama	2																																																																																			
Theories of African Oral Literature	3																																																																																			
Total	10																																																																																			
Semester 5																																																																																				
Course	Credits																																																																																			
Organic Disorders of Speech and Language	3																																																																																			
Educational Guidance and Counseling	2																																																																																			
Educational Administration, Management, Policy and Planning	3																																																																																			
Educational Statistics and Research	3																																																																																			
Independent Study	0																																																																																			
Total	11																																																																																			
Applied Linguistics	2																																																																																			
Modern Literary Theories	2																																																																																			
Poetry in English	2																																																																																			
General Syntax	2																																																																																			
Total	8																																																																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Semester 2</th> </tr> <tr> <th>Course</th> <th>Credits</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Sign Language 2</td><td>3</td></tr> <tr><td>Speech Disorders</td><td>2</td></tr> <tr><td>Inclusive Education</td><td>2</td></tr> <tr><td>Development Studies</td><td>3</td></tr> <tr><td>Teaching and Learning: Theories, Models and Strategies</td><td>3</td></tr> <tr><td>Teaching Practice 1</td><td>3</td></tr> <tr><td>Total</td><td>16</td></tr> <tr><td>Origins and Development of English</td><td>3</td></tr> <tr><td>English Structure</td><td>2</td></tr> <tr><td>Theories of Literature</td><td>3</td></tr> <tr><td>Total</td><td>8</td></tr> </tbody> </table>	Semester 2		Course	Credits	Sign Language 2	3	Speech Disorders	2	Inclusive Education	2	Development Studies	3	Teaching and Learning: Theories, Models and Strategies	3	Teaching Practice 1	3	Total	16	Origins and Development of English	3	English Structure	2	Theories of Literature	3	Total	8	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Semester 4</th> </tr> <tr> <th>Course</th> <th>Credits</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Clinical Methods</td><td>3</td></tr> <tr><td>Curriculum Development and Implementation</td><td>2</td></tr> <tr><td>Educational Assessment and Measurement</td><td>3</td></tr> <tr><td>Educational Media and Technology</td><td>1</td></tr> <tr><td>Independent Study</td><td>0</td></tr> <tr><td>Kiswahili Teaching Methods</td><td>3</td></tr> <tr><td>English Teaching Methods</td><td>3</td></tr> <tr><td>Literature in English Teaching Methods</td><td>3</td></tr> <tr><td>French Teaching Methods</td><td>3</td></tr> <tr><td>Mathematics Teaching Methods</td><td>3</td></tr> <tr><td>Teaching Practice 2</td><td>3</td></tr> <tr><td>Total</td><td>27</td></tr> <tr><td>General Linguistics</td><td>2</td></tr> <tr><td>Stylistics</td><td>2</td></tr> <tr><td>The Rise of the Novel</td><td>3</td></tr> <tr><td>Total</td><td>7</td></tr> </tbody> </table>	Semester 4		Course	Credits	Clinical Methods	3	Curriculum Development and Implementation	2	Educational Assessment and Measurement	3	Educational Media and Technology	1	Independent Study	0	Kiswahili Teaching Methods	3	English Teaching Methods	3	Literature in English Teaching Methods	3	French Teaching Methods	3	Mathematics Teaching Methods	3	Teaching Practice 2	3	Total	27	General Linguistics	2	Stylistics	2	The Rise of the Novel	3	Total	7	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Semester 6</th> </tr> <tr> <th>Course</th> <th>Credits</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Health Education and Nutrition</td><td>2</td></tr> <tr><td>Contemporary and Comparative Issues in Education</td><td>2</td></tr> <tr><td>Independent Study</td><td>3</td></tr> <tr><td>Total</td><td>7</td></tr> <tr><td>Semantics and Pragmatics</td><td>2</td></tr> <tr><td>Critical Discourse Analysis</td><td>2</td></tr> <tr><td>Translation</td><td>2</td></tr> <tr><td>Total</td><td>6</td></tr> </tbody> </table>	Semester 6		Course	Credits	Health Education and Nutrition	2	Contemporary and Comparative Issues in Education	2	Independent Study	3	Total	7	Semantics and Pragmatics	2	Critical Discourse Analysis	2	Translation	2	Total	6
Semester 2																																																																																				
Course	Credits																																																																																			
Sign Language 2	3																																																																																			
Speech Disorders	2																																																																																			
Inclusive Education	2																																																																																			
Development Studies	3																																																																																			
Teaching and Learning: Theories, Models and Strategies	3																																																																																			
Teaching Practice 1	3																																																																																			
Total	16																																																																																			
Origins and Development of English	3																																																																																			
English Structure	2																																																																																			
Theories of Literature	3																																																																																			
Total	8																																																																																			
Semester 4																																																																																				
Course	Credits																																																																																			
Clinical Methods	3																																																																																			
Curriculum Development and Implementation	2																																																																																			
Educational Assessment and Measurement	3																																																																																			
Educational Media and Technology	1																																																																																			
Independent Study	0																																																																																			
Kiswahili Teaching Methods	3																																																																																			
English Teaching Methods	3																																																																																			
Literature in English Teaching Methods	3																																																																																			
French Teaching Methods	3																																																																																			
Mathematics Teaching Methods	3																																																																																			
Teaching Practice 2	3																																																																																			
Total	27																																																																																			
General Linguistics	2																																																																																			
Stylistics	2																																																																																			
The Rise of the Novel	3																																																																																			
Total	7																																																																																			
Semester 6																																																																																				
Course	Credits																																																																																			
Health Education and Nutrition	2																																																																																			
Contemporary and Comparative Issues in Education	2																																																																																			
Independent Study	3																																																																																			
Total	7																																																																																			
Semantics and Pragmatics	2																																																																																			
Critical Discourse Analysis	2																																																																																			
Translation	2																																																																																			
Total	6																																																																																			
<table border="1"> <tbody> <tr><td>Total Credits:</td><td>134</td></tr> <tr><td>Total Credits for Education of Special Needs/Speech and Language Disabilities:</td><td>89</td></tr> </tbody> </table>		Total Credits:	134	Total Credits for Education of Special Needs/Speech and Language Disabilities:	89																																																																															
Total Credits:	134																																																																																			
Total Credits for Education of Special Needs/Speech and Language Disabilities:	89																																																																																			

Abb. 10: Übersicht über den BA-Studiengang ‚Special Needs Education‘ mit Schwerpunkt ‚Speech and Language Impairment‘



Abb. 11: Globaler Geist: Lehrende am SeKUCo aus aller Welt

den Einsatz von Assistenten, dem Erstellen von Readern oder Klausuraufgaben in besonders großer Schrift – ein möglichst barrierefreies Studium ermöglicht wird (Abb. 9).

Das lehramtsorientierte BA-Curriculum basiert auf der Kombination von übergreifender Sonderpädagogik mit der Spezifizierung einer Fachrichtung und eines Unterrichtsfaches (Abb. 10). Dass die allgemeinen Inhalte grundsätzlich inklusionsorientiert konzipiert sind, lässt sich z.B. an Kursbezeichnungen wie „Inclusive Education“ oder „Classroom Administration and Management in Inclusive Classes“ erkennen. Die sprachbehindertenspezifischen Kurse sind basal in eine Einführung in das Fachgebiet, Vertiefungen in den wichtigsten Störungsbildgruppen sowie Grundlagen der Diagnostik und Therapie gegliedert. Aufgrund eines an der amerikanischen ASHA (American Speech, Language and Hearing Association) orientierten Verständnisses gehören derzeit Einführungen in die Gebärdensprache noch zum Schwerpunkt „Speech and Language Impairment“, sollen aber bei einer baldigen Curriculumrevision ausgegliedert werden.

Neben dem inklusiven herrscht aufgrund eines international besetzten Dozentenkollegiums (u.a. Professoren aus europäischen Ländern, den USA sowie aus afrikanischen Nachbarländern wie Kenia und Nigera, Abb. 11) auch ein „globaler Geist“ an dieser Campus-Universität, der sich vielfältig manifestiert – zuweilen auch in interkulturellen Konflikten, für die erst eine neue, „globale“ Lösung gefunden werden muss: Wie soll Gremienarbeit gestaltet und dokumentiert werden? Gibt es Drittelparität? Folgt man einem weiteren amerikanischen oder einem

engeren deutschen Störungsbildspektrum im Bereich Sprache und Kommunikation? Werden afrikanische Ansätze der Pädagogik genug berücksichtigt? Wie sieht Hochschuldidaktik in einer oralen Lehrtradition aus? etc.

Herausforderungen: Anpassung und Transfer

In Ostafrika gibt es bislang vereinzelte Sprachtherapie-Inseln bestehend aus je ein bis zwei Logopädinnen in Nairobi und Mombasa (Kenia), in Moshi (Tansania) und in Kampala (Uganda). Der Bedarf ist jedoch außerordentlich groß, wenn man den Forschungsergebnissen Jochmanns (2006) folgt, die davon ausgeht, dass die Zahlen aus Uganda – 2.6 Mill. Menschen mit Sprachstörungen – auf Kenia und Tansania übertragen werden können. Aus Mangel an einem Professor für Sprachbehindertenpädagogik reisten die ersten Studenten nach Eröffnung des ‚Sebastian Kolowa University College‘ (SEKU-Co) deshalb nach Moshi und lernten in einem zweiwöchigen Intensivkurs bei der dortigen Logopädin, die selbst in Großbritannien studiert hatte. Neben dem Mangel an universitären Lehrkräften heißen die größten Herausforderungen beim Aufbau eines Studienschwerpunktes ‚Speech and Language Impairment‘ Anpassung und Transfer – und dies auf fast allen fachlich relevanten Ebenen:

Anderes Störungsbild-Spektrum

Bei Kindern konzentriert sich das Störungsbild-Spektrum bislang fast ausschließlich auf Autismus-Spektrum-Störungen sowie auf schwere Kommunikations- und Schluckstörungen bei

anderen Primär- oder Schwerstmehrfachbehinderungen, welche durch Malaria, Masern (führen auch zu hoher Rate an Hörstörungen oder Taubheit), Meningitis und/oder Fehl- bzw. Unterernährung der Kinder wie der Mütter während der Schwangerschaft verursacht werden. AIDS führt zu Folgeinfektionen wie Tbc oder Meningitis, die wiederum zu Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen führen können. Hirnverletzungen durch nächtliche Verkehrsunfälle auf den Überlandstraßen oder durch Angriffe bei Überfällen oder Krieg bedingen vielfältige zentrale Störungen, Kriegstraumatisierungen häufig Mutismus. Die hohe Luftverschmutzung in den Städten oder die einseitige Ernährung mit Folge von chronischem gastro-ösophagealem Reflux führen häufig zu Krebserkrankungen im Larynx-/Pharynxbereich.

Kulturelle Aspekte

In der Sprachtherapie wie im universitären Unterricht gilt es eine Balance zwischen kulturellen Tabus und fachlichen Erfordernissen herzustellen: Direkter Blickkontakt gilt als unhöflich und ist abhängig von der Hierarchie der Kommunikationspartner; in einer männlich dominierten Gesellschaftsstruktur ist der Mann-Frau-Kontakt strengen, häufig unbekanntenen Regeln unterworfen; im kolonial belasteten Kontext ist die „Schwarz“-„Weiss“-Problematik nicht unwesentlich und mit Teilnehmern islamischer Religionszugehörigkeit ist kein physischer Kontakt erlaubt z.B. zur Demonstration der costo-abdominalen Atmung etc.

Indigene pädagogische Ansätze

In der inhaltlichen Füllung der allgemeinen wie der sonderpädagogischen Module ist eine Offenheit gegenüber indigenen afrikanischen Ansätzen der Pädagogik (Ocitti u.a. 1992) geboten, da sonst leicht ein kolonialistischer, imperialistischer Eindruck entsteht und zu Kritik an der eurozentrischen Perspektive führen kann.

Entwicklungspsychologische Aspekte

Das Grundverständnis, ein Kind durch anregende Impulse in seiner Entwicklung zu fördern, ist kulturell kaum verankert, da Kleinkinder sich selbst überlassen werden oder die ersten 2 Jahre festgebunden auf dem Rücken der arbeitenden Mutter verbringen. Spiel als therapeutische Grundhaltung muss grundlegend vermittelt werden.

Linguistische Aspekte

Alle sprachspezifischen Diagnostik- und Therapieverfahren müssen an die in Tansania ge-



Abb. 12: Phonetisierung im geschriebenen Swahili (<Vocha> für „Voucher“ von Mobiltelefonen)

sprochenen indigenen Sprachen und ihre linguistischen Kennzeichen adaptiert werden oder auf Basis eines inhaltlichen Transfers komplett neu erstellt werden, denn die Therapie findet vornehmlich in diesen Muttersprachen statt. Die meisten ostafrikanischen Sprachen sind Bantu-Sprachen, zu denen auch die tansanische Landessprache „Swahili“ gehört. Allein Swahili hat 50 Dialekte; daneben existieren in Tansania jedoch noch über 127 Stammessprachen. In einem Kurs sprechen meist nicht einmal zwei Studierende die gleiche Muttersprache.

Als Besonderheiten auf den einzelnen linguistischen Ebenen sind z.B. zu nennen: ein Lautinventar, in dem Implosive die stimmhaften Plosive ersetzen; eine Morphologie mit einer agglomerierenden Struktur aufeinanderfolgender Affixe (meist Präfixe) und eine Syntax, die sich um ein Nominalklassensystem bildet, welches auf einem semantischen Netz basiert, das für den Nicht-Muttersprachler kaum nachvollziehbar ist. In der Schriftsprache wird aufgrund der oralen Tradition häufig eine phonetische Strategie angewendet (vgl. Abb. 12).

Besonderheiten der Didaktik-Methodik

Da die afrikanische Kultur von einer Tradition der Oralität geprägt ist, ist in der Lehre die Vorlesungsmitschrift meist einzige Vermittlungsmethode. Frontalunterricht, häufig mit Chor-Sprechen und ohne Frage-Antwort-Elementen oder Diskurs, ist in schulischem wie universitärem Kontext stets anzutreffen und verdeckt häufig geringe Englischkenntnisse in Wort und

Schrift. Andere kommunikativere Methoden gilt es behutsam einzuführen und im Kollegenkreis zu legitimieren. Der Einsatz neuer Medien und der Erwerb von Internetkompetenz (Abb. 13a) treffen auf großen Zuspruch, werden jedoch erschwert durch den permanenten Zusammenbruch des Strom- und Internetnetzes aufgrund problematischer klimatischer und infrastruktureller Bedingungen.

Abstraktes Denken im westlichen Sinne ist ebenfalls kaum kulturell verankert: Dreidimensionales als zweidimensionale Zeichnung dargestellt (z.B. Anatomie des Larynx), fließende Abläufe als aneinandergereihte Sequenz von Einzelbildern (z.B. Stimmlippenschwingungen oder Tonhöhenveränderungen aufgrund von Lageveränderungen der Knorpel im Kehlkopf) müssen erst angebahnt werden (Abb. 13b).

Besonderheiten der Materialien und Medien

Ein Großteil des von uns zu Lehrzwecken importierten europäischen oder angloamerikanischen Diagnostik- und Therapie-Materials ist aus kulturellen Gründen nicht einsetzbar und muss adaptiert und neu erstellt werden: Fotos oder gezeichnete Bildkarten stellen nicht existente Gegenstände dar (z.B. Haushaltsgeräte), Kategoriebildungen erfolgen anders (typisches Tier ist Löwe nicht Hund) und Mimik, Gestik, Körpersprache haben einen anderen Bedeutungsgehalt (Blickkontakt wird als peinlich statt als freundlich empfunden). Sämtliche Konstrukte der Intelligenz- (verbal und nonver-



Abb. 13 a: Erwerb von Internetkompetenz: Studierende beim erstmaligen Erstellen einer Literaturliste

bal) sowie der Sprachentwicklungsdiagnostik müssen kulturell neu justiert werden.

Praxistransfer

Zur Implementierung des Gelernten in die unterrichtlich-therapeutische Praxis gilt es behutsam auf unterschiedlichen Ebenen Anknüpfungspunkte zu schaffen: Ein Netz von Praktikums-Institutionen und Mentoren mit Vorbildwirkung sowie von Eltern-Aufklärung und -Beratung unterstützt durch Informationsmaterial zu Sprach-, Sprech- und Kommunikationsstörungen muss allmählich aufgebaut werden. Langfristige und nachhaltige Strukturen könnten durch sprach-pädagogische und -therapeutische Konzepte auf Schul- wie auf Regionalebene geschaffen werden.

Perspektive: Aufbau einer deutsch-tansanischen Hochschulpartnerschaft

Zu Beginn dieses Beitrags war herausgearbeitet worden, dass eine nachhaltige Entwicklungszusammenarbeit im Bereich Sonderpädagogik – hier mit Schwerpunkt Sprachbehindertenpädagogik – das Ziel verfolgen sollte, eigene sonderpädagogische Fachkräfte auf universitärem Niveau und gemäß internationalen wissenschaftlichen Standards im Land auszubilden. Das von einer US-amerikanischen Kollegin durchgeführte Needs-Assessment auf Ebene der Studierenden, der Universitätsleitung so-

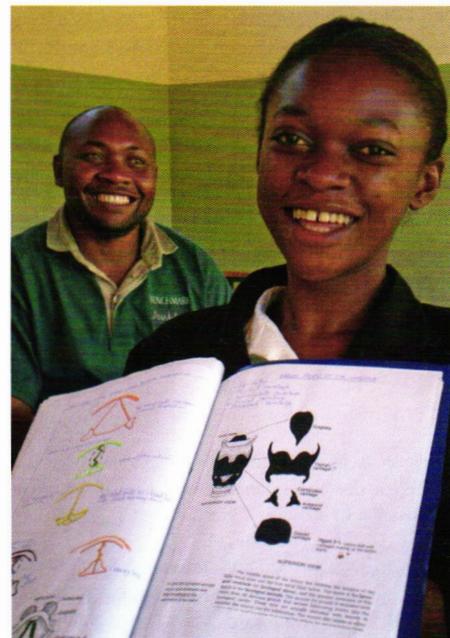


Abb. 13 b: Lehrportfolio: Studenten mit Zeichnungen der Anatomie und Physiologie des Larynx aufgrund fehlender Lehrmaterialien



Abb. 14: Die ersten „Sprachheilpädagogen“ in Tansania – Hoffnungen auf ein Stipendium nach Deutschland

MOLYDYS (Ministry of Labour, Youth Development and Sports) (2004): National policy on disability. Dar es Salaam.

Munzinger (2008): Tansania. Ravensburg: Munzinger.

Nyerere, J. K. (1967): Education for self-reliance. Dar es Salaam: Government Printer.

Nyerere, J. K. (1977): Ujamaa-Essays on Socialism. London: Oxford University Press.

Ocitti, J. P. (1992): An introduction to indigenous education in Sub-Saharan Africa. Den Haag: Centre for the Study of Education in Developing Countries.

Sebastian Kolowa University College (2008): Curriculum for the Degree of Bachelor of Education Special Needs. Lushoto: Tumaini University.

Solarová, S. (1983) (Hrsg.): Geschichte der Sonderpädagogik. Stuttgart: Kohlhammer.

Tanzania-Network e.V. (2005): Deklaration zum Umgang mit der deutschen Kolonialvergangenheit im Gedenken an den 100. Jahrestag des Maji-Maji-Krieges. <http://tanzania-network.de/?Erbe/Berlin-November05> [21.06.2009].

The United Nations Office of the High Representative for Least Developed Countries, Landlocked Developing Countries and Small Island Developing States (2006): Criteria for identification of LDCs. www.unohrrls.org/en/ldc/related/59/ [21.06.2009].

UN (United Nations) (2006): Convention on the rights of persons with disabilities. www.un.org/disabilities/default.asp?id=259 [16.07.2009].

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. habil. Ulrike M. Lüdtkke
Leibniz-Universität Hannover
Philosophische Fakultät
Institut für Sonderpädagogik
Abteilung Sprach-Pädagogik und -Therapie
Schlosswender Str. 1
30159 Hannover
E-mail: ulrike.luedtke@ifs.phil.uni-hannover.de
Web: <http://ulrike.luedtke.phil.uni-hannover.de>

Prof. Dr. habil. Ulrike M. Lüdtkke leitet die Abteilung Sprach-Pädagogik und -Therapie an der Universität Hannover. Zuvor war sie Vertretungsprofessorin an den Universitäten Berlin und Rostock. Forschungs- und Gastaufenthalte führten sie an die Université Paris-Nanterre und die Tumaini University in Tansania. Ihre aktuellen Forschungsprojekte sind: Emotional Signatures in Early Mother-Child-Interaction, vorschulische Sprachdiagnostik und Sprachförderung im internationalen Vergleich sowie Aufbau einer bilateralen Hochschulpartnerschaft mit Tansania.

Sie besitzt langjährige Praxiserfahrung als Sprachtherapeutin, Sonderschullehrerin und Fachleiterin für die Förderung Schwerpunkte Sprache und Lernen am Studienseminar für Sonderpädagogik. Ehrenamtlich ist sie u.a. Referentin für internationale Zusammenarbeit im Bundesvorstand der dgs.

wie der Praxisinstitutionen bestätigte dies. Als Modell für eine Umsetzung dieser Zielperspektive wird deshalb im Rahmen der Konzepte des DAAD (Deutscher Akademischer Austauschdienst) eine fachbezogene Universitätspartnerschaft zwischen Deutschland und Tansania angestrebt. Im Mittelpunkt des Programms steht die Strukturbildung an der ausländischen Hochschule, die sowohl durch Curricula- oder Modulentwicklung, wie auch die Einrichtung internationaler Studiengänge gefördert werden kann. Hierzu gehört zudem die Einladung tansanischer Stipendiaten für MA- oder PhD-Aufbaustudiengänge nach Deutschland, um z.B. im Rahmen von Forschungsarbeiten den Transfer von Diagnostik- und Therapiematerialien in die Landessprachen zu leisten (Abb. 14). Der im Mai 2009 unterzeichnete Kooperationsvertrag zwischen der dgs (Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik) und SEKUCo war ein erster wegweisender Schritt in diese Richtung.

Literatur

Apelt, W. & Bidmon, C. (2007): Die vier Mitgliedskirchen der Vereinten Evangelischen Mission in Tansania. In die Welt – Für die Welt 2, 22-25.

Auswärtiges Amt (2008): Tansania. URL: www.auswaertiges-amt.de/diplo/de/Laenderinformationen/01-Laender/Tansania.html. [21.06.2009].

BBC (British Broadcasting Cooperation) (2009): Albino trials begin in Tanzania. URL: <http://news.bbc.co.uk/2/hi/africa/8089351.stm> [16.07.2009].

BMZ (Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung) (2009): Partnerland Tansania: Schwerpunkte der Zusammenarbeit. www.bmz.de/de/laender/partnerlaender/tansania/zusammenarbeit.html#t2 [7.07.2009].

Bornhöft, P. & Knaup, H. (2008): „Ihr überfordert uns.“ Der Spiegel 40, 42-44.

Daily News (2008): JK firm against albino killings. Daily News 20.10.2008. Dar es Salaam, Tanzania.

Ellger-Rüttgardt, S. (2008): Geschichte der Sonderpädagogik: Eine Einführung. München: Reinhardt.

FES (Friedrich Ebert Stiftung) Tanzania (2009): The Youth Leadership Training Programme. URL: www.fes-tz.de/foa-democratic-youth-leadership.php [7.07.2009].

German Embassy Dar es Salaam (2008): Tanzanian-German Development Cooperation. Dar es Salaam: Jamana.

Herzog, J. (1986): Geschichte Tansanias. Berlin: VEB.

Jochmann, A. (2006): Speech and language treatment in East Africa. The ASHA Leader. URL: www.asha.org/about/publications/leaderonline/archives/2006/060207/f060207b.htm. [10.07.2008].

Lüdtkke, U. (2009): Pionierarbeit in den Usambara-Bergen. In die Welt – Für die Welt 3, 5-7.

Maghembe, J. A. & Suleiman, H. A. (2008): International conference on education, 48th session: United Republic of Tanzania. www.ibe.unesco.org/fileadmin/user_upload/Policy_Dialogue/48th_ICE/Messages/tanzania_MIN08.pdf. [03.07.2009].

Majura, E. (2008): Corruption and stigmatisation hinder disabled development. Thisday 30.10.2008. Dar es Salaam, Tanzania.

Presseschau

Daten und Zitate aus Fach- und Tagespresse

Sprachstörungen im Vorschulalter

(CI) Der Kölner Stadt-Anzeiger vom 18.06.09 berichtet, dass von 2004 bis 2007 alle vierjährigen Kinder der Stadt Köln schulärztlich untersucht wurden, um frühzeitig Entwicklungsstörungen und Stadtteile mit erhöhtem Handlungsbedarf zu identifizieren. Hier in Kürze einige Ergebnisse: 67% aller untersuchten Kinder haben Deutsch als Muttersprache, aber nur 52% aller Kinder verfügen zum Untersuchungszeitpunkt über altersgerechte Deutschkenntnisse. 18% aller Kinder zeigen gravierende Sprachauffälligkeiten; in der Gruppe der Kinder mit Migrationshintergrund sind es knapp 40%. Ein Bedarf an Sprachtherapie oder eine bereits begonnene Therapie wurde bei insgesamt 21,4% der Kinder ermittelt.

Der „Gesundheitsbericht 2009: Kindergesundheit im Vorschulalter“ kann kostenlos bestellt werden: Gesundheitsamt Stadt Köln, Abt. 535, Neumarkt 15-21, 50667 Köln.

Informationen über Stottern helfen gegen Vorurteile

(CI) Im Journal of Fluency Disorders wird eine Studie vorgestellt, mit der die Validitäts- und

Reliabilitätsprüfung eines Fragebogens erfolgte, der öffentliche Einstellungen gegenüber stotternden Menschen erfassen soll. Neben der Messung der Testgütekriterien erfolgte auch ein Vergleich mit einem Polaritätsprofil zur Persönlichkeits-Einschätzung stotternder Menschen. Dabei wurde deutlich, dass Stotternde nach wie vor als gehemmt, unsicher, ängstlich, dumm etc. wahrgenommen werden. Als „Nebenprodukt“ ergibt sich aber die Erkenntnis, dass Wissen gegen Vorurteile hilft: Studierende, die den Fragebogen ausgefüllt hatten, zeigten nach einem Kurs zu Redefluss-Störungen deutlich weniger negative Stereotypisierungen als die Teilnehmer der Kontrollgruppe, die keinen Informationskurs besucht hatten. Mit ihrem Wissen über Stotterursachen, Entwicklungen und stottertypische Alltagsprobleme wuchs auch ihr Verständnis und ihre Toleranz gegenüber stotternden Personen.

St. Louis et al., JFD 34 (2009), 11-28.

Sprechende Mäuse?

(CI) Am 02.06.09 berichtet der Deutschlandfunk über ein Forschungsprojekt, das die Wirkungen des FoxP2-Gens untersucht,

welches vielen Wissenschaftlern als die Wurzel des menschlichen Sprachvermögens gilt. Um den Wirkungsweisen dieses Gens auf die Spur zu kommen, wurden Mäuse gezüchtet, die das menschliche FoxP2-Gen tragen. Im Mäusegehirn verändert das Gen eine Region, die für die Kontrolle und Ausführung feiner Bewegungen zuständig ist, und das Fiepen und Pfeifen der genmanipulierten Mäuse unterscheidet sich denn auch von den Geräuschen ihrer Artgenossen. Daraus wird geschlossen, dass FoxP2 die Koordination von Zungen-, Kehlkopf- und Atmungsmuskulatur beeinflusst. Auch für das Erlernen von Lautfolgen scheint es eine Rolle zu spielen, wie Experimente mit Singvögeln gezeigt haben. Nicht wirklich überrascht ist der Autor davon, dass die Mäuse mit dem menschlichen Sprach-Gen trotzdem nicht sprechen: Die „Mäuse begrüßen ihn aber immer noch nicht mit einem kräftigen ‚Guten Morgen‘, wenn er das Labor betritt ... Es sind nach wie vor Mäuse“.

Der Bericht über diese Studie ist nachzulesen unter <http://www.dradio.de/dlf/sendungen/forschak/975149/>

Medien

Mut zum Sprechen finden

Das Vorwort betont Engagement, psychotherapeutische Arbeit am kleinen Patienten und Selbstreflexion der Therapeutinnen und das therapeutische Dilemma zwischen Fordern und Verstehen und die Offenheit für alle möglichen Hilfe verheißenden Methoden – auch außerhalb der eigenen Disziplin und schließlich werden in dem Band auch Fehleinschätzungen und Mißerfolge dokumentiert und deren mögliche Ursachen diskutiert. Es richtet sich an sowohl therapeutisch Tätige als auch bloß Interessierte. Auffällig und erfreulich ist die Verwendung von ausschließlich weiblichen Sprachformen.

Die Erklärung des Phänomens „selektiver Mutismus“ wird auf Sprachhemmungen, auf genetische Veranlagung, auf soziale Probleme im Umfeld zurückgeführt und zeigt sich in Sprach- und Kontaktverweigerung des Kindes.

Eine Therapie kann daher frühestens im 5. Lebensjahr einsetzen, weil erst dann einschlägige Kontaktverfahren möglich sind. Die Entscheidung für Falldokumentationen begünstigt ehrliche Auseinandersetzungen mit den Höhen und Tiefen der therapeutischen Interaktion und macht auch vielfältige Schulen und Methoden transparent. Dabei zeigen sich gewünschte Überschneidungen und integrierende Aspekte während der Behandlungen. Diese werden vorab erläutert, um sie in den Fallschilderungen besser identifizieren zu können. So wird die Wirklichkeitserfahrung eines Kindes auf fünf Ebenen erfolgen: Gefühle, Kontakte, Gedanken, Wörter, Geschichten. Diese Ebenen werden während der Therapie durchquert, um zu Wörtern und Geschichten durchzustoßen. Dabei gewinnt das Kind Selbstvertrauen, lernt

mit Gefühlen umgehen, sich mit anderen auseinanderzusetzen und gewinnt schrittweise mit sprachlichen auch soziale Kompetenzen. Die Herausforderung für Therapeuten, und damit der Reiz der Behandlung, liegt in der Verslossenheit des Kindes, die es aufzubrechen gilt.

Stets ist der Dokumentation eine grau unterlegte Kurzfassung der Krankengeschichte vorangestellt (28 f. ..181 f.). Es beginnt mit Stephanie, die knapp sechsjährig, elterliche Trennung verkraften muss und etliche traumatische Situationen zu verwinden hat. Minutiös werden Gespräche mit Mutter und Vater sowie Therapiestunden Verläufe geschildert. Dabei werden therapierelevante Reflexionen vom gedruckten Text durch Kursivschrift abgesetzt. Nach der 10. Stunde geht die Schilderung in Zeiträffer über. Am Schluss der Berichte folgt ein Resümee,

das über die Weiterentwicklung von Stephanie reflektiert sowie über therapeutische Wirkfaktoren und psychodynamische Betrachtungen: Gefühlsmäßige und soziale Entwicklung.

Das 2. Fallbeispiel schildert die Therapiegeschichte der achtjährigen Liliana. Auch hier wird von wilder ungezügelter Kraft und von Interaktion im Familienrahmen, aber konsequentem Schweigen nach außen berichtet. Erwachsene außerhalb des häuslich Vertrauten begegnet Liliana mit Schweigen, so auch bis zum Ende der Therapie, die wie die von Stephanie von spontanem Puppenspiel, Malen, Rollenspiel und Geschichten erfinden bestimmt wird. Die 14-jährige Schwester, die auch mit mutistischen Zügen aufgefallen war, aber keine Therapien erhalten hatte, ist bei den Sitzungen dabei und wirkt lockernd auf Liliana. Erst nach neun Monaten kommt Liliana allein zur Therapie. Schade finde ich bei dieser Schilderung, dass Reflexion und Schilderung unerkennbar ineinanderfließen und auch die Raffung der Zeit von Beginn der Behandlung an einsetzt – durchbrochen nur von Höhepunkten – wie dem ersten geschriebenen Wort (72). Der schriftliche Dialog stabilisiert sich und differenziert sich, bis im 20. Therapiemonat Sprechen in der Klasse und ab dem 22. Monat in allen außerfamilialen Situationen gelingt. Bis zum Abschluss der Therapie im 36. Monat bewahrt Liliana ihr Schweigen mit der Therapeutin, spricht jedoch überall sonst. Der Beitrag ist stark geprägt von psychologischen und pädagogischen Reflexionen, die Methodenwahl und Therapieplan begleiten.

Das 3. Fallbeispiel betrifft die fünfjährige Naomi, die zweisprachig aufgewachsen ist und auch in der Familie ausdrucksstark und kommunikativ erlebt wird. Verwandte und Fremde behandelt sie mit Sprechen unterschiedlich. Auch sie schweigt bei Außenkontakten. Nach Diagnose und Elterngesprächen arbeitet die Therapeutin Erika Meili-Schneebeli an vier Grundkategorien: Geborgenheit, Selbständigkeit, Handlungskompetenz und Leistungswillen, die ihr von der ersten Therapiesitzung an aus Naomi entgegenkommen. In diesem Beitrag werden schildernde Passagen kursiv, und reflexive Passagen gedruckt präsentiert. Auch gliedert dieser Fallbericht seine Phasen nach den genannten Kategorien, indem diese speziell gefördert werden und/oder zur „Normalität“ tendieren. Die Therapeutin reflektiert auch über Supervision und pädagogische Kontakte mit Lehrern und Fachleuten (118 f.).

Ein zweiter Teil von Falldokumentationen fokussiert Sprachtherapie (123).

Kerstin Bahrfeck-Wichitill beschreibt ihren Weg mit Julien, einem vierjährigen Jungen, der im Kindergarten nicht spricht. Er findet über „Lärmdialoge“ seinen Weg aus selbstgewählter Isolation und spricht endlich mit allen ihm bekannten Personen, so dass er ganz normal eingeschult werden kann. Julien sprach vorher nur mit Familienmitgliedern Zuhause und in bekannten Geschäften beim Einkaufen. Er verfügte über eine Vielfalt nonverbaler Muster, die das Sprechen ersetzten. Es wird deutlich, dass artikulatorische Defizite, die früh zu kommunikativen Misserfolgen geführt haben, sein Schweigen hervorgerufen haben. Auch hier werden Phasen der Therapie zu Gliederungsschriften der Dokumentationsbeziehung eingehend erörtert. Wieder werden schildernde Passagen des Textes kursiv und Reflexion in Drucktype präsentiert. Spiele, vor allem Wettspiele, provozieren Juliens Sprechen im Therapierahmen und ebnen den Weg auch zu sprachlicher Interaktion in diversen Außenkontakten (139). Mit der Einschulung beginnt auch eine Behandlung seiner Aussprachestörung; der selektive Mutismus ist verschwunden.

Anke Pitschmann erzählt von Lukas, der mit vier Jahren zu keiner Person außerhalb der Familie spricht. Erst der bevorstehende Kindergartenbeginn bringt die Eltern dazu, eine logopädische Behandlung zu suchen. Der ältere Bruder ist in einer Sonderschule, weil er nicht spricht, aber sehr aggressiv Gefühle auslebt; Lukas ist in seiner Sprachentwicklung und Feinmotorik deutlich verzögert und spricht nur wenige Worte im Therapierahmen (Nein. Ja. Du. Ich). In diesem Beitrag sind Schrift und Aussagetendenz nicht mehr zuzuordnen. Allerdings überwiegen kursiv die reflexiven Aussagen. Aus äußeren Zwängen muss die Therapie in der 42. Stunde abgebrochen werden, aber die Arbeit mit Lukas endet erfolgreich; doch die Logopädin klagt über das Fehlen einer Koordinierungsstelle, in der Informationen zusammenlaufen – ärztlich, psychologisch, heilpädagogisch – und die Verabredungen treffen kann. Pitschmann reflektiert sehr ausführlich über Familien (Eltern-, Großelternkontakte). Sie endet mit selbstkritischer Reflexion.

Im 3. Teil werden Dokumentationen präsentiert, die erfolglos bleiben (169).

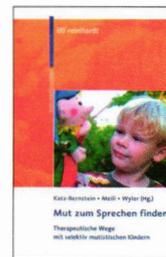
Anja Schröder schildert Alexanders Fall, der 10 1/2 Jahre alt ist, als die Therapie beginnt. Zu dieser Zeit schweigt er schon sieben Jahre (außerhalb des familiären Umfelds). Auch er bekommt einen Safe-Place, ein Zelt im Rahmen der Therapie, um Vertrauen in die Situation zu stärken oder erst zu ermöglichen. Das Schweigen außerhalb der Familie hat Tradition; der Vater verweigert sich der therapiebedingten Mitar-

beit; die Therapie, obwohl durch Spielangebote spannungs- und angstlösend, wird von der Mutter abgebrochen und eine stationäre Aufnahme in der Jugendpsychiatrie begonnen. In diesem Beitrag sind alle beteiligten Parteien mit kursiv gedruckten Statements vertreten und es wird deutlich, dass unzureichende Vernetzung der mit dem Fall betrauten Parteien und Institutionen den Therapieerfolg verhindert haben. Sehr selbstkritisch endet die Dokumentation.

Kerstin Bahrfeck-Wichitill, eine Sprachtherapeutin, betreut den neunjährigen Philipp, ein sehr ängstliches und sprachauffälliges Kind. Von der Schule scheint er psychisch und intellektuell überfordert, er spricht zwar in der Therapie, aber nicht in der Schule. Hier werden wieder die Drucktypen zwischen Schildern und Reflektieren vermischt. Kursiv erscheinen Situationsschilderungen. Spiele (vor allen Fußball) bilden auch den Schlüssel für Philipps Aggressionen. Auch Rollen- und Handpuppenspiele bieten Gelegenheiten, diese unterdrückte Wut – für andere ungefährlich – auszuleben. Die Berichte und Schilderungen verdeutlichen, dass familiäre Bindungen und Überbehütung Ängste und Verunsicherungen beim Kind erst erzeugen und damit Mutismus erst hervorrufen und steigern können.

Zum Schluss werden die Autorinnen kurz vorgestellt und es folgt ein kurzes, aber informatives aktuelles Literaturverzeichnis.

Die Fallbeispiele bieten – vor allem durch ihren Detailreichtum und die begleitenden Reflexionen – ein hervorragendes Modell für subtile Intervention bei selektivem Mutismus. Der einzige Schönheitsfehler – zur Verwirrung des Lesers – besteht darin, dass verschiedene Drucktypen nicht immer zu vergleichbarer Aussageintention eingesetzt werden. Eine sicher sehr lohnende Lektüre für Sprachtherapeuten und Kinderpsychiatern, aber natürlich auch – wegen der klaren Sprache – für Lehrer und Erzieher.



Rezension

Katz-Bernstein, Nitzza/Meili-Schneebeli, Erika/Wyler-Sidler, Jeanette (Hg.):
Mut zum Sprechen finden. Mit 10 Abbildungen und 3 Tabellen. München: Reinhardt 2007, kt., 214 Seiten (ISBN 978-3-497-01894-9)

Verfasser

Eberhard Ockel, Vechta

Aus der Hochschule

Christian Glück

Personalia

Im Berichtszeitraum und zum Redaktionsschluss 1.8.09 konnten an mehreren Universitäten und Hochschulen Berufungsverfahren soweit abgeschlossen werden, dass Rufe ergehen konnten. Das betrifft im Einzelnen:

Die Universität Koblenz-Landau erteilte Frau Priv. Doz. Dr. Ulrike Lütke einen Ruf auf die W3-Professur für Pädagogik bei Sprach- und Kommunikationsstörungen.

Ebenso erteilte die Leibniz Universität Hannover Frau Priv. Doz. Dr. Lütke einen Ruf auf die Professur Sprachpädagogik und -therapie. Frau Dr. Lütke nahm hier den Ruf an und lehrt seit diesem Wintersemester in Hannover.

Die Universität Rostock erteilte Prof. Dr. Tanja Jungmann einen Ruf auf die W2-Professur für Sonderpädagogische Frühförderung und Sprachheilpädagogik. Frau Prof. Dr. Jungmann hat den Ruf angenommen und wird ab dem Wintersemester 2009/2010 in Rostock lehren.



Prof. Dr. Ulrike Lütke



Prof. Dr. Tanja Jungmann

BA und MA Sprachtherapie in Köln

Der in Heft 3 angekündigte Start des BA-Studienganges „Sprachtherapie“ an der Universität zu Köln wird um ein Jahr verschoben. Das ursprünglich sehr eng terminierte Akkreditierungsverfahren durch die Akkreditierungsagentur AQAS wird nun im Verlaufe des Wintersemesters 09/10 stattfinden. Mit der Umstellung auf das Bachelor-/Masterstudium ist es notwendig geworden, alle neuen Studiengänge bei staatlich beauftragten Akkreditierungsagenturen evaluieren zu lassen, vgl. www.hochschulkompass.de. Diese Akkreditierung ersetzt die früheren, ministeriellen Prüfungen und soll zu einer stärkeren Qualitätssicherung führen, da nach der Erstbegutachtung zur Akkreditierung in regelmäßigen Abständen Wiederholungsevaluationen durchgeführt werden. Nutzen und Umsetzung dieser sehr aufwändigen Verfahren sind umstritten. Meist erhalten die beantragenden Fächer keine personelle Unterstützung und müssen häufig auch noch die Kosten selbst (anteilig) tragen. Im Rahmen von Modellversuchen können auch Studiengänge ohne Einzel-Akkreditierung betrieben werden. Universitäre Studiengänge zur „Sprachtherapie“ mit Einzel-Akkreditierung gibt es derzeit nur in Bielefeld (BA+MA Klinische Linguistik Universität Bielefeld) und Hannover (BA+MA Sonderpädagogik und Rehabilitationswissenschaften Schwerpunkt Sprach- und Kommunikationstherapie Universität Hannover). Akkreditierte BA-Studiengänge zur Logopädie gibt es an den Fachhochschulen Fresenius Idstein, Oldenburg, Hohenfels Coburg und Osnabrück (alle Angaben lt. Akkreditierungsrat).

Rückblicke

Das 8. Sprachsymposium des Kreises Mettmann

Im Kreis Mettmann fand am 26.05.09 das 8. Sprachsymposium statt mit dem Thema: „Wenn Sprache fehlt“.

Hierzu wurde in den großen Sitzungssaal, Düsseldorfstr. 26 in Mettmann geladen. Eingeladen hatten Frau Barbara Städtler, Sprachheilbeauftragte des Kreises in Zusammenarbeit mit Frau Dr. Claudia Brinkmann, Kinder- und Jugendärztin des Kreisgesundheitsamtes.

Es kamen über 90 Teilnehmer, davon 23 Kinder- und Jugendärzte des Kreises, 29 Sprachheilpädagogen, 10 Logopäden und weitere 30 Personen anderer Berufsgruppen, wie Heilpädagogen, Diplom-Pädagogen, Sozialpädagogen und Ergotherapeuten, d.h. es war eine interdisziplinäre Veranstaltung aus verschiedenen Professionen zusammengesetzt.

Kreisdirektor Martin Richter begrüßte aus Sicht der Verwaltung mit informativen Einblicken aus der Arbeit der sprachtherapeutischen Beratungsstelle des Kreises.

Anschließend begrüßte die Sprachheilbeauftragte des Kreises Mettmann, Frau Dipl.-Päd. Barbara Städtler, die anwesenden Teilnehmer und leitete die kommenden Vorträge ein.

Herr Dr. Hollmann, Chefarzt des Kinderneurologischen Zentrums, LVR-Klinik Bonn, FA für Kinder- und Jugendmedizin, Neuropädiatrie, Psychotherapie referierte zu dem Thema „Sprachentwicklung: Störungen und Behandlungsmöglichkeiten“.

Der Vortrag befasste sich mit Eckpunkten der Sprachentwicklung sowie der Häufigkeit und den Behandlungsmöglichkeiten von Sprachentwicklungsstörungen.

Dipl.-Päd. Heike Janssen hielt anschließend einen Vortrag mit folgendem Thema: „Vorstellung der Abteilung für Sprachentwicklungsstörungen der LVR-Klinik Bonn. Ein stationäres Behandlungskonzept in einem multiprofessionellen Team“.

Bei diesem Vortrag wurde deutlich, dass bei komplexen Störungsbildern und hinzukommenden psychosozialen Problemen eine intensive Therapie in der Rheinischen Landesklinik Bonn eine erfolgversprechende Option sein kann.

Im Anschluss bestand die Möglichkeit, innerhalb eines interaktiven Austauschs auf Fragen und Anregungen einzugehen. Davon wurde vor allem von den anwesenden Kinder- und Jugendärzten reger Gebrauch gemacht.

*Dipl.-Päd. Barbara Städtler,
Sprachheilbeauftragte des Kreises Mettmann*

dbs – Aktuelles, Informationen, Nachrichten

dbs leitet erstes Schiedsverfahren in Berlin ein

Das bundesweit erste Schiedsverfahren im gesamten Heilmittelbereich wird zwischen den Berufsverbänden und den Primärkassen in Berlin (West) durchgeführt. Nachdem die Krankenkassen in Berlin trotz anders lautender Ankündigungen erneut kein verhandlungsfähiges Angebot unterbereitet haben, war es unumgänglich, das neu geschaffene Instrument des Schiedsverfahrens anzuwenden.

Zum Hintergrund: In Berlin sind die **Preise seit 1995 nicht mehr angepasst** worden. Es ist im Laufe der Jahre ein Rückstand im Bezug zur Grundlohnsummenentwicklung von über 16 % entstanden. Wenn man hierzu noch den entstandenen Zinsschaden von rund 8,5 % addiert, ist eine Gesamtforderung

von ca. 25 % aufgelaufen. Als Reaktion auf die von uns angeprangerte Misere haben die Krankenkassen lediglich ein Angebot unterhalb der aktuellen Grundlohnsumme (1,41 %) unterbreitet.

Es wird nun höchst interessant sein, wie der durch die Parteien noch zu bestimmende Richter im Schiedsverfahren entscheiden wird. Es wird die grundlegende Frage zu klären sein, ob im Wege eines Schiedsverfahren über die Grundlohnsumme des aktuellen Jahres hinaus eine höhere Vergütungsanpassung erreicht werden kann. Hierzu gab es in der Vergangenheit in anderen Gesundheitsbereichen unterschiedliche Entscheidungen. Da es sich bei der anstehenden Berliner Entscheidung um das

erste Verfahren im gesamten Heilmittelbereich handelt, wird es Signalwirkung für die ganze Branche haben. Wir sind fest davon überzeugt, dass wir mit dem Schiedsverfahren in Berlin den richtigen Ort für ein so wichtiges erstes Verfahren ausgewählt haben. Schließlich kann der notwendige Korrekturbedarf bei den Vergütungen kaum drastischer dargestellt werden. Über den aktuellen Lauf des Schiedsverfahrens werden wir Sie auch auf unserer Homepage www.dbs-ev.de unterrichten.

RA Volker Gerrlich
(dbs Bundesgeschäftsführer)

Schweinegrippe in der Praxis Verdienstausschlag der Praxisinhaber und angestellten Mitarbeiter?

Informationen zur Neuen Influenza A/H1N1 („Schweinegrippe“)

In Deutschland steigt die Zahl der Fälle der Neuen Grippe (Influenza H1N1/2009) weiter an, wobei die Zahl der übermittelten Neuinfektionen schon geringer geworden ist als in den Vorwochen (Stand 26.8.2009; Quelle: <http://www.rki.de>). Daher oder dennoch ist in den nächsten Wochen und Monaten zu erwarten, dass auch sprachtherapeutische Praxen von der „Schweinegrippe“ betroffen sind.

Was ist dann zu beachten?

Meldepflicht

Dem Gesundheitsamt ist der Krankheitsverdacht, die Erkrankung und der Tod eines Menschen an der Neuen Influenza (A/H1N1) namentlich zu melden. Das Gesundheitsamt kann dann eigene Ermittlungen anstellen und hat unverzüglich eine Meldung an die zuständigen Landesbehörden zu tätigen.

Tätigkeitsverbote

Sind in einer sprachtherapeutischen Praxis Fälle von Schweinegrippe aufgetreten und gemeldet worden, so ist es möglich, dass die Praxis auf Anordnung des Amtsarztes für eine

Zeit zu schließen ist, weil ein Mitarbeiter/Patient das H1N1 Virus z.B. aus dem Urlaub mitgebracht hat. Auch kann Mitarbeitern ein Beschäftigungsverbot auferlegt werden, wenn durch erkrankte Familienmitglieder eine entsprechende Ansteckungsgefahr besteht. Die gesetzliche Grundlage für das berufliche Tätigkeitsverbot ist in § 31 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) zu finden. Dort heißt es: „Die zuständige Behörde kann Kranken, Krankheitsverdächtigen, Ansteckungsverdächtigen und Ausscheidern die Ausübung bestimmter beruflicher Tätigkeiten ganz oder teilweise untersagen. Satz 1 gilt auch für sonstige Personen, die Krankheitserreger so in oder an sich tragen, dass im Einzelfall die Gefahr einer Weiterverbreitung besteht.“

Entschädigungsmöglichkeiten

Das Infektionsschutzgesetz sieht jedoch sowohl für selbstständige als auch für angestellte Therapeuten eine Entschädigung vor. Entscheidend ist dabei immer, dass ein Amtsarzt ein Beschäftigungsverbot ausgesprochen hat. Bitte wenden Sie sich dazu an Ihr zuständiges

Gesundheitsamt. Dieses ist für den Bereich des Infektionsschutzes und der Hygieneüberwachung zuständig.

- **Entschädigung bei Tätigkeitsverbot des Praxisinhabers:** Für eine Entschädigung müssen Praxisinhaber ihren Verdienstausschlag gegenüber der zuständigen Gesundheitsbehörde nachweisen.
- **Entschädigung bei Tätigkeitsverboten der Mitarbeiter:** Bei einem Tätigkeitsverbot der Mitarbeiter hat zunächst der Arbeitgeber die Entschädigung an den Mitarbeiter zu leisten und zwar in Höhe des Netto-Entgelts, längstens für sechs Wochen. Die ausgezahlten Beträge werden dem Arbeitgeber aber auf Antrag von der zuständigen Behörde erstattet.

Erkrankung naher Angehöriger

Auch wenn Mitarbeitern kein Beschäftigungsverbot wegen erkrankter Familienmitglieder auferlegt worden ist, so kann dennoch eine Freistellung in Betracht kommen, wenn ein Mitarbeiter nicht zur eigenen Genesung, sondern zur Pflege seines erkrankten Kindes oder anderer naher Familienangehörigen der Arbeit

fernbleibt. Das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) sieht für solche Fälle in § 616 vor, dass der Arbeitnehmer gegenüber dem Arbeitgeber ein Recht auf bezahlte Freistellung von der Arbeit hat. Eine Erstattungsmöglichkeit über das U2-Verfahren gibt es dabei nicht.

Voraussetzung für die bezahlte Freistellung ist jedoch, dass keine andere Person im Haushalt für die Übernahme der Pflege aktuell

verfügbar ist. Sind beide Elternteile berufstätig, so haben die Erziehungsberechtigten die freie Wahl, wer sich um die Pflege kümmert und zu Hause bleibt.

Bitte beachten Sie, dass dieser Freistellungs- und Entgeltfortzahlungsanspruch vertraglich ausgeschlossen sein kann.

Und dann? Krankengeld statt Lohnzahlung bei vertraglichem Ausschluss! Versicherte

der gesetzlichen Krankenkassen können nach § 45 des Sozialgesetzbuches Fünft (SGB V) im Falle der Pflege ihrer Kinder für längstens zehn Tage pro Kalenderjahr „Krankengeld“ beanspruchen. Das „Kinderkrankengeld“ ist an spezielle Voraussetzungen geknüpft. Zuständig ist die jeweilige gesetzliche Krankenkasse.

RA Kirsten Weiffen
dbs-Justitiarin

Aus der Arbeitnehmer-Vertretung

In der vergangenen Ausgabe der *Sprachheilarbeit* wurde an dieser Stelle auf die Frage eingegangen, was Arbeitnehmer für ein besseres Ansehen der akademischen Sprachtherapie tun können, um langfristig eine Verbesserung der Krankenkassensätze und damit auch des eigenen Gehalts zu erreichen.

Solange es keine generelle Verbesserung in der Vergütung akademischer Sprachtherapie gibt, ist aber jeder Arbeitnehmer darauf angewiesen, einen möglichst guten und leistungsgerechten Vertrag mit seinem Arbeitgeber auszuhandeln. Bereits die Auswahl potentieller Arbeitgeber kann hier einen bedeutsamen Einfluss haben.

Woran erkenne ich einen „arbeitnehmerfreundlichen Arbeitgeber“?

- Er/Sie benutzt den **dbs-Musterarbeitsvertrag**.
- Er/Sie zahlt ein **Gehalt, das mindestens dem Durchschnitt entspricht**.
- Er/Sie **verzichtet auf eine „Minusstundenregelung“**, ggf. zugunsten von Bonuszahlungen (siehe dbs-Musterarbeitsvertrag).

- Er/Sie unterstützt die hohe Qualität der Arbeit seiner Angestellten durch Gewährung ausreichender **Vor- und Nachbereitungszeiten, Supervision und Teambesprechungen** (selbstverständlich innerhalb der Arbeitszeit).
- Er/Sie unterstützt durch **Zuschüsse zu Fortbildungen und arbeitsfreie Tage** die dauerhafte Sicherstellung der Qualität der Therapie.
- Er/Sie gewährt ausreichend **Erholungsurlaub**.

Entscheidend bleibt, gut informiert in Gehaltsverhandlungen zu gehen. Welche Bestandteile sollte und muss ein Arbeitsvertrag haben? Welches Gehalt ist angemessen? Welche Zusatzleistungen sind möglich? Wie viele Urlaubstage sind üblich? Welche Arbeitsbedingungen sollte man auf gar keinen Fall akzeptieren?

Diese und viele weitere Fragen beantwortet die dbs-Arbeitnehmervertre-

tung u.a. beim kommenden Arbeitnehmertag. Dieser findet am **19. April 2010** in Mainz statt. Mehr dazu in der nächsten *Sprachheilarbeit* und auf <http://arbeitnehmer.dbs-ev.de>

Eine persönliche Beratung erhalten Arbeitnehmer telefonisch bzw. per E-Mail bei den Mitgliedern der Arbeitnehmervertretung (Kontaktmöglichkeiten finden Sie auf o.g. Internetseite)

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



Einladung zum vpl-Herbsttreffen Patholinguistik

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

der Verband für Patholinguistik (vpl) e. V. lädt Sie hiermit herzlich zum 3. Herbsttreffen Patholinguistik ein. Die diesjährige Veranstaltung am 21.11.2009 steht unter dem Motto „**Von der Programmierung zur Artikulation: Sprechpraxis bei Kindern und Erwachsenen**“. Wir freuen uns, dass vier Expertinnen über theoretische und therapeutische Grundlagen der Störungsbilder referieren werden: Ingrid Aichert und Anja Staiger stellen gemeinsam Aspekte sprachpraktischer Störungen bei Erwachsenen vor. Anne Schulte-Mäter und Ulrike

Becker-Redding erörtern das Störungsbild der Verbalen Entwicklungsdyspraxie und präsentieren verschiedene Therapieansätze.

Im **Spektrum Patholinguistik** werden auch in diesem Jahr promovierende Diplom-Patholinguisten in kurzen Vorträgen aktuelle Arbeiten aus der patholinguistischen Praxis und Forschung vorstellen. Das 3. Herbsttreffen Patholinguistik soll mit thematisch offenen **Posterpräsentationen** abgerundet werden, in denen z. B. Ergebnisse von Forschungsprojekten und Abschlussarbeiten, klinische Studien und Einzelfallberichte vorgestellt werden können. Alle weiteren Informationen erhalten

Sie auf der Homepage: www.herbsttreffen.vpl-online.de

Alle Beiträge werden in einem **Tagungsband** veröffentlicht. Für die Teilnahme am 3. Herbsttreffen Patholinguistik erhalten Sie drei Fortbildungspunkte durch den vpl e.V.

Wir hoffen, Sie am 21.11.2009 in Potsdam begrüßen zu dürfen und freuen uns auf einen lebhaften Kenntnis- und Gedankenaustausch.

Ihre AG Herbsttreffen
Oda-Christina Brandt, Tom Fritzsche,
Sandra Hanne, Judith Heide, Corinna Stahn,
Juliane Völsch & Michael Wahl



Deutscher Bundesverband
der akademischen
Sprachtherapeuten

11. Wissenschaftliches Symposium 29. und 30. Januar 2010 in Halle (Saale)

St-t-tt-tottern.

Aktuelle Impulse für Diagnostik, Therapie und Evaluation

Freitag, 29.01.2010

Eröffnung und Grußwort

- 14.00 Dr. Volker *Maihack*
Bundesvorsitzender des dbs
Dr. Matthias *Kremer*
Vorsitzender der Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e.V.

Einführung in das Symposium

- 14.25 Prof. Dr. Claudia *Iven*, Idstein

Stottern im Spiegel der ICF: ein Update

- 14.30 Idiographisches Ursachen-, Diagnose- und Therapiekonzept zum Stottern und Einordnung aktueller Forschungsergebnisse aus verschiedenen Fachdisziplinen
Prof. Dr. Helge S. *Johannsen*, Ulm

15.30 Kaffeepause und Posterausstellung

- 16.15 ICF-basierte Diagnostik in der Stottertherapie: Methoden zur Evaluation psychosozialer Belastungen und deren Einfluss auf die Therapieplanung
Susanne *Cook* (vorm. Rosenberger) MRes, Frankfurt

- 17.00 ICF-basierte Therapigestaltung mit stotternden Menschen: Partizipation statt Funktion?
Dr. Bernd *Hansen*, Flensburg

- 17.45 Therapie-Erfolg und Therapieforschung: ein kleiner Rück- und Ausblick
Prof. Dr. Claudia *Iven*, Idstein

- 18.15 Posterausstellung

Eröffnungsabend

- 19.30 Begegnungen, Gespräche und Buffet

Samstag, 30.01.2010

Aus der Praxis für die Praxis: Stottertherapie konkret

- 09.00 Therapeutische Umsetzung einer patientenorientierten Vorgehensweise bei Stottern im Jugendlichen- und Erwachsenenalter
Holger *Prüß* und Kirsten *Richardt*, Bonn

- 10.00 Die Werkzeugkiste: individuelle Therapiemethoden und -prozesse mit stotternden Kindern
Georg *Thum* und Ingeborg *Mayer*, München

11.00 Kaffeepause und Posterausstellung

- 11.30 Conclusio: Neue Forschung, altes Wissen und die ICF – Was brauchen der stotternde Mensch und sein Therapeut?
Dr. Stephan *Baumgartner*, München

Diskussionsforum

- 12.15 Diskussion mit den Referenten des Symposiums: Fragen, Meinungen und Debatten zur Praxis der Stotter-Therapie

12.45 Verleihung des dbs-Förderpreises

- 13.15 Mittagspause

14.00 Mitgliederversammlung des dbs

- 17.00 Ende

Posterpräsentationen 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: Mitglieder 90,- € ; Studenten (Mitglieder) 75,- € ; Nicht-Mitglieder und bei Anmeldung nach dem 01.12.2009 120,- € ; Tageskasse 130,- €

Im Teilnehmerbeitrag sind beide Symposiumstage, die Pausenverpflegung und das Buffet beim Eröffnungsabend enthalten.

Einladungen zu Mitgliederversammlungen

Landesgruppe Bayern

Unsere nächste Mitgliederversammlung findet am **Dienstag, den 20.10.2009, 19.00 Uhr** statt, ein Termin mit **Vorstandswahlen**, daher bitte besonders zahlreich erscheinen!

Ort: Ludwig-Maximilians-Universität,
Leopoldstr. 13, 80802 München
Raum wird ausgeschildert

Tagesordnung:

- Aktuelle Berufspolitik auf Bundesebene
- Aktuelle Berufspolitik auf Landesebene
- Verschiedenes
- Vorstandswahlen

Im Anschluss daran findet eine kleine Feierlichkeit anlässlich 20 Jahre Berufspolitik in Bayern statt. Wir freuen uns auf Ihr/Dein Kommen!
Mit freundlichen Grüßen
Siegrun Jahn

Landesgruppe Rheinland

Die nächste Mitgliederversammlung, bei der der Vorstand neu gewählt wird, findet am **10.11.2009 um 19.00 Uhr** in Köln statt. Die Sitzung beginnt mit einem Fortbildungsvortrag, Thema und Referentin werden noch bekannt gegeben.

Tagesordnung:

- Bericht aus der Hochschule
- Bericht von der Landesvertreterversammlung
- Aktuelles aus der Landesgruppe
- Vorstandswahlen

Der genaue Ort wird den Landesgruppen-Mitgliedern per Mail und auf der dbs-Homepage bekannt gegeben.

Dieter Schönhals

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

Link zum Internet

Immer aktuell informiert auf www.dbs-ev.de/!



Die [dbs-Homepage](http://www.dbs-ev.de/) hat sich in den letzten Jahren zum wichtigsten und schnellsten Informationsmedium für Verbandsmeldungen des dbs entwickelt. Mitglieder und andere Interessierte finden hier vielfältige Informationen zur akademischen Sprachtherapie. Tägliche Besuche auf der Seite lohnen sich, da aktuell über die [neuesten Entwicklungen der Berufspolitik](#) berichtet wird und laufend neue Termine, z.B. von Kongressen oder Versammlungen der dbs-Landesgruppen veröffentlicht werden. Wichtige gesundheits- oder bildungspolitische Schriftstücke und Pressemitteilungen, wie z. B. zur Anhörung im Gesundheitsausschuss zur Akademisierung der Medizin-Berufe, werden immer so schnell wie möglich auf der Homepage veröffentlicht.

Mitgliedern stehen darüber hinaus fast alle [Servicepapiere](#) des dbs zum Download zur Verfügung: von A wie „Arbeitnehmer-ABC“ bis Z wie „Zulassungsempfehlungen“.

Mit dem Button „[Fortbildungen](#)“ ist eine online-Anmeldung zu jährlich 50 Seminaren

im gesamten Bundesgebiet möglich. Die Themenpalette reicht von der Früherkennung von Sprachentwicklungsstörungen bis zur Therapie mit alten Menschen und deckt sämtliche Störungsbereiche ab. Darüber hinaus gibt es Angebote zur Diagnostik und Therapie bei Mehrsprachigkeit, zu kindlichen Syndromen und Mehrfachbehinderungen, zur Eltern- und Angehörigenberatung etc. Ein besonderes Highlight stellen die mehrteiligen Weiterbildungsreihen zur zertifizierten LRS-Therapeutin und zertifizierten Dyskalkulie-Therapeutin dar, die seit Jahren intensiv nachgefragt werden.

Besonders häufig wird die Rubrik „[Stellenanzeigen](#)“ genutzt. [dbs-Mitglieder](#) können hier kostenlos Arbeitsplätze in Praxen oder Einrichtungen anbieten bzw. Stellengesuche bekannt machen. Dazu reicht eine E-Mail an webmaster@dbs-ev.de mit dem Text der Anzeige oder ein Anruf in der [dbs-Geschäftsstelle](#). Häufig finden so innerhalb weniger Tage Anbieter offener Stellen und Bewerber zueinander.

Ein spezieller Service für Patienten und Angehörige besteht in der Rubrik „[Therapeutensuche](#)“: Nach Postleitzahlen geordnet werden hier ambulant tätige akademische Sprachtherapeuten aufgeführt, die „vor Ort“ kompetent weiterhelfen können.

Sie möchten wissen, was der [dbs](#) für Sie als Arbeitnehmer oder Studierende leistet? Sie suchen Adressen von Funktionsträgern oder niedergelassenen akademischen Sprachtherapeuten? Sie interessieren sich für das Fortbildungsangebot

Call for Posters

Im Rahmen [dbs-Symposiums](#) werden Poster aus dem sprachtherapeutischen Handlungs- und Forschungsfeld präsentiert.

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

Posterbewerbungen in Form eines Abstracts (max. ½ DIN A 4 Seite) können bis zum **20. 10. 2009** via E-Mail unter poster2010@dbs-ev.de eingereicht werden.

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

des [dbs](#) und Sie möchten sich online anmelden? Sie möchten wissen, welche Tagungen und Kongresse einen Besuch lohnen? Dann machen Sie es, wie 75.000 Interessierte im Jahr 2008: besuchen Sie die Seite www.dbs-ev.de und entdecken Sie die Möglichkeiten!

Ralf von der Heide, dbs-Webmaster

Link-Tipps

Arbeiten Klinische Linguisten nur in Kliniken? Können Klinische Sprechwissenschaftler besonders wissenschaftlich sprechen und findet man Patholinguisten meist in der Pathologie? Es gibt nicht nur unter Sprachheilpädagogen noch viele, die nicht wissen, welche Berufsgruppen Mitglied im [dbs](#) sind, welche besonderen Kenntnisse diese haben und welche Angebote sie bereithalten. Ein Besuch auf den Internetseiten der Mitgliedsverbände gehört daher zum „Pflichtprogramm“ aller akademischen Sprachtherapeuten:

www.bkl-ev.de,
www.vpl-online.de
www.dbsk-ev.de

Auf www.schlaganfall-info.de gibt es vielfältige Informationen rund um das Thema Schlaganfall, u.a. Adresslisten von Rehabilitationseinrichtungen, Selbsthilfegruppen, aber auch von Hotels mit besonderem Service für Behinderte. Die Seite spricht in erster Linie Betroffene an, ist aber ebenso interessant für Therapeuten.

Das „Kindernetzwerk e.V.“ für Kinder, Jugendliche und (junge) Erwachsene mit chronischen Krankheiten und Behinderungen“ vermittelt mit seiner Datenbank umfassende Hilfe bei mehr als 2.000 Erkrankungen und Behinderungen. Auch hier sind die Hauptadressaten Betroffene bzw. deren Eltern, die sich auch in einem Online-Forum austauschen können.

Das Angebot bietet aber auch für Therapeuten wichtige Anregungen, z.B. als Unterstützung in der Elternberatung: www.kindernetzwerk.de

Aktuelles zum Thema Stottern, Informationen für Eltern, Jugendliche, Erwachsene, Lehrer und Therapeuten und ein umfangreiches Veranstaltungsangebot finden sich auf den Seiten der Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e.V.: www.bvss.de. Speziell an Therapeuten richtet sich das Informationsangebot der Interdisziplinären Vereinigung der Stottertherapeuten e.V.: www.ivs-online.de.

Weitere Link-Tipps finden Sie auf <http://www.dbs-ev.de/links.htm>

Ralf von der Heide, dbs-Webmaster

dgs – Aktuelles, Informationen, Nachrichten

www.dgs-ev.de

Die Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. ist online

Das Zentrale Fortbildungsportal (ZFP) bündelt die Fortbildungsangebote, die von den 17 Landesgruppen der dgs e.V. deutschlandweit angeboten werden, in einem Internetauftritt. Über Stichworte können Besucher der Seite gezielt nach Fortbildungsangeboten suchen und sich bei Interesse einen Platz in der gewünschten Fortbildung reservieren.

Das SprachHeilWiki ist eine frei zugängliche, kostenlose und von kompetenten akademischen Sprachtherapeuten und Sprachheillehrern erstellte, internetbasierte Wissensplattform. Sie richtet sich mit ihren Informationen sowohl an eine interessierte Öffentlichkeit (Eltern, Betroffene, Lehrer, Erzieher) als auch an Fachleute (Therapeuten, Lehrer, Linguisten, Logopäden) mit Angaben zu Systematik, Diagnostik, Therapie, Unterricht und Forschung sowie Materialien und Ideen für Therapie und Unterricht.

Die Homepage der dgs e.V. wird von Olaf Daum (Hannover) als WebMaster betreut. Eine technische Unterstützung erfährt die dgs e.V. durch die Firma „the dimension“ (Hannover). Anregungen und Kritik zur Weiterentwicklung der Seite nimmt der WebMaster gerne entgegen (webmaster@dgs-ev.de).

Olaf Daum, dgs-Webmaster

Seit Oktober 2007 präsentiert sich die Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. im Internet in einem neuen, modernen Design, das Übersichtlichkeit und Aktualität miteinander verbindet.

Die Homepage gliedert sich in drei Bereiche: Das Auswahlménü befindet sich am linken Bildrand, die zentralen Inhalte in der Bildmitte und die News-Leiste am rechten Seitenrand. Das Auswahlménü ermöglicht einen schnellen Zugriff auf die wichtigsten Informationen und Adressen der dgs e.V. sowie auf die Internetseiten der Landesgruppen. Mit über 70 bisher veröffentlichten Newsbeiträgen hält die dgs e.V. ihre Mitglieder und alle Besucher der Seite stets auf dem Laufenden. Die mehr als 200.000 Seitenzugriffe auf www.dgsev.de bestätigen das Interesse und die Bedeutung der Homepage.

Neben den wesentlichen Informationspunkten ist die Rubrik „Sprachheilarbeit“ von besonderer Bedeutung. Mit der Zustimmung des Verlags werden das Inhaltsverzeichnis

und die Abstracts der jeweils nächsten Ausgabe der *Sprachheilarbeit* auf der Homepage etwa sechs Wochen vor dem Erscheinen des Heftes veröffentlicht und informieren die Leserschaft damit vorab über die kommende Zeitschrift.

Neueren Datums sind das Zentrale Fortbildungsportal der dgs e.V. (ZFP) und das SprachHeilWiki. Beide Subdomains liegen ebenfalls auf dem Server der dgs e.V. und werden von Mitgliedern und anderen interessierten Nutzern sehr gut angenommen.

Interview: Ist die inklusive Schule der Weg zur inklusiven Gesellschaft?

Interview mit Gerhard Zupp (1. Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik, dgs e.V.) im Rahmen einer integrativen Ferienfreizeitmaßnahme. Der Ort und das Ereignis geben Anlass, sich mit Inklusion zu beschäftigen: Kinder mit und ohne Beeinträchtigungen gehören zum Kreis der Teilnehmer dieser seit vielen Jahren stattfindenden Veranstaltung. Das Interview führte Dr. Karin Reber, dgs-Referentin für Öffentlichkeitsarbeit.

Dr. Karin Reber: Herr Zupp, ist es jetzt an der Zeit, die Sonderschulen abzuschaffen?

Gerhard Zupp: Ich glaube, hier muss ich zunächst etwas Grundsätzliches darstellen: Die dgs unterstützt ausdrücklich die Forderungen der UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderungen für die Entwicklung zu einer inklusiven Gesellschaft, die auch für Menschen mit Beeinträchtigungen nicht exklusive und fremdbestimmte Fürsorge vorhält, sondern ein größtmögliches Maß an Selbstbestimmung und Gleichberechtigung ermöglicht. Dass das Bildungssystem in Deutschland sich weiterhin auf die erschwerten Lern- und Entwicklungsbedingungen von Kindern mit Beeinträchtigungen dezidiert einstellen muss, ist unumstritten. Um Unterstützungsleistungen auch in Zukunft gewährleisten zu können, muss unabhängig von völlig neuen schulischen Strukturen die fachspezifische Professionalität erhalten bleiben.

„Es gibt keine Entschuldigung dafür, Kindern eine gute Kindheit vorzuenthalten, in der sie ihre Fähigkeiten voll entfalten können“ (Nelson Mandela). Es gibt aus Sicht der dgs auch keine Entschuldigung dafür, Kindern und Jugendlichen bei der Unterstützung der Entfaltung ihrer Fähigkeiten notwendige Hilfestellungen und Unterstützungsleistungen zu verweigern oder nicht mehr anbieten zu können. Wenn die Regelschule diese fachspezifische Professionalität derzeit bieten könnte, dann könnte man vielleicht die Sonderschulen bzw. Förderschulen abschaffen, nicht allerdings auf die Sonderpädagogen verzichten. Denn mit der Abschaffung der Schulart verschwinden schließlich nicht die behinderten Schüler!

Ist die Regelschule denn schon reif für Inklusion?

Die Regelschule weiß noch gar nicht, was auf sie zukommt. Und ich denke, dass die Kollegen dort noch gar nicht darauf vorbereitet sind. Inklusion ist eigentlich ein Thema, mit dem sich die Grundschule vielleicht auch noch nicht befassen musste. Bewährte Systeme wie die Sonderschulen können wir im Moment auf keinen Fall abschaffen, gelingt es ihnen doch, durch umfangreiche Interventionsmaßnahmen Kindern, die nicht ohne weiteres die Chance zur Teilhabe an der Gesellschaft haben, diese dann zu ermöglichen.

Deshalb ist es mir wichtig, Inklusion als Ziel zu verstehen. Wie der Weg dahin aussehen kann und ob er unbedingt über die inklusive Schule führen muss, ist für mich derzeit noch vollkommen offen.

Sie sprechen immer von „Inklusion“. Bisher sprach man in Deutschland von „Integration“. Was ist der Unterschied?

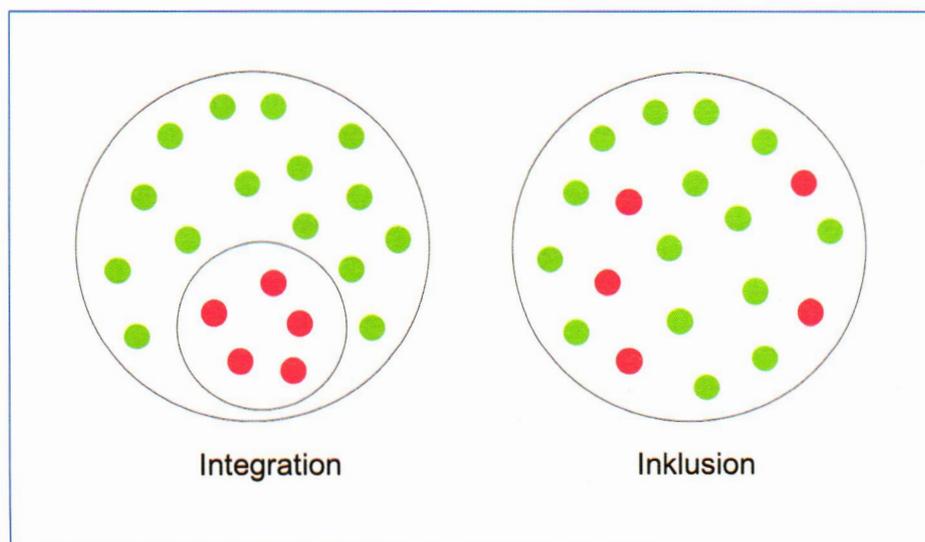
Es ist schon traurig, wie in der Bundesrepublik mit dem Ursprungstext der UN-Konventionen umgegangen wurde und wird. Die Begriffe „Integration“ und „Inklusion“ werden nicht eindeutig und der ursprünglichen Fassung konform verwendet. Für mich besteht da ein Unterschied: Die Abbildung erläutert dies vielleicht.



Gerhard Zupp dgs-Bundesvorsitzender

Für den Außenstehenden ist auf den ersten Blick kein Unterschied zwischen einer inklusiven und integrativen Schule erkennbar: In beiden Fällen besuchen alle Schüler eines Jahrgangs die gleiche Klasse einer Schule.

Der entscheidende Unterschied ist, dass beim Modell der Integration von vornherein klar ist, um wen ich mich im besonderen Maße bemühen muss. Beim Inklusions-Modell besteht immer die Gefahr, dass ich den einen oder anderen, der eine besondere Förderung braucht, nicht oder zu spät entdecke oder gar übersehe, und er damit nicht all die Unterstützungsmaßnahmen erfährt, die er braucht, um



Integration (links) versus Inklusion (rechts)

später teilhaben zu können. Lassen Sie es mich einmal so ausdrücken: Die Sehnsucht nach Teilhabe darf nicht dazu führen, dass die Beeinträchtigung durch zu spätes oder nicht vorhandenes Entdecken im Rahmen einer inklusiven Beschulungsmaßnahme sich erst recht zu einer Benachteiligung entwickelt.

Im inklusiven Modell käme also die Intervention vielleicht zu spät. Und Prävention geht dahingehend verloren, dass man nicht mehr nach Besonderheiten Ausschau hält. Damit werden möglicherweise wertvolle Chancen verpasst.

Bedeutet Inklusion also von Anfang an die Einheitsschule?

Lassen Sie mich etwas ausholen: Wir sind hier im Moment in einer Ferienfreizeitmaßnahme, bei der alle Kinder sehr unterschiedliche Voraussetzungen mitbringen. Kinder, die geistig behindert, lern- oder sprachbehindert oder verhaltensauffällig sind, erleben gemeinsam mit Kindern ohne Beeinträchtigungen vierzehn Tage besondere Ferien. Im täglichen Miteinander gibt es immer wieder Situationen, in denen der ein oder andere umfängliche, individuelle Unterstützungs- und Fördermaßnahmen benötigt, um an dem Gesamt ereignis auch wirklich teilhaben zu können. Manchmal einzeln, manchmal in kleinen Gruppen, zeitlich sehr unterschiedlich dimensioniert. Nur so gelingt es allen, dieses gemeinschaftliche Erlebnis auch wirklich erfahren zu können. Nur so gelingt es allen, wirklich teilhaben zu können.

Ohne diese kurzzeitige Separierung und fachkompetente Intervention wäre eine wirkliche Teilhabe letztendlich nicht möglich, wäre hier konkret eine Teilhabe an der Ferienfreizeit ausgeschlossen.

Ob die Einheitsschule, die inklusive Schule, wirklich der einzige Weg zu einer inklusiven Gesellschaft ist, ist damit eigentlich beantwortet. Inklusion ist gesellschaftliches Endziel, der Weg dahin kann auch über zeitweise Separation führen, also: **Inklusion ist nicht der Weg, sondern das Ziel.**

Die dgs schreibt in ihrer Pressemitteilung 1/2009 „Inklusion braucht fachspezifische Professionalität“. Was ist damit gemeint?

Das heißt für mich unbedingt weiterhin das Sicherstellen einer professionellen fachspezifischen akademischen Ausbildung, egal, wie die Schulform aussehen wird, in der Schüler mit



Interview im Grünen in entspannter Atmosphäre

Beeinträchtigungen beschult werden, egal, ob wir ein integratives oder ein inklusives Schulsystem haben werden. Die derzeitigen Bemühungen um eine inklusive Schule bergen die ganz besondere Gefahr, dass sonderpädagogische Fachwissenschaften und ihre Hochschulstandorte nicht mehr genügend Raum und Ressourcen haben, um sich weiter zu entwickeln. Dieser Gefahr müssen wir unbedingt entgegen wirken, weil wir die Fachkompetenz auch in einer inklusiven Schule benötigen. Ich habe sogar schon manchmal den Verdacht, dass inklusive Pädagogik und eine inklusive Schule in der Politik gerne deshalb so umfängliche Unterstützung erfahren, weil man eine kostengünstige Entwicklung, ein kostengünstigeres Schulsystem dahinter vermutet. Dann wird Inklusion zum Deckmantel für Sparmaßnahmen. Das gilt es unbedingt zu verhindern.

Wie stehen Sie, Herr Zupp, als Vorsitzender der dgs zu Inklusion?

Niemand kann wirklich gegen Inklusion sein. Für mich ist es zweitrangig, ob wir ein integratives, inklusives oder sonst wie geartetes Schulsystem für uns entdecken. Wichtig ist, dass alle notwendigen Ressourcen für diejenigen, die einen besonderen Förderbedarf haben, in jeder Form sicher gestellt sind. Damit meine ich räumliche, materielle, zeitliche, aber v.a. auch fachkompetente personelle Ressourcen, damit sprachbehinderte Kinder nach erfolgreicher – durchaus auch separierender Förderung – dann an einer inklusiven Gesellschaft aktiv mitgestaltend teilhaben können.

Welche Konsequenzen hat das für die dgs als Interessensverband?

Die dgs, und hier meine ich alle Mitglieder und Funktionsträger, muss das Thema Sprache und sprachliche Förderung in der Diskussion um inklusive Pädagogik und inklusive Schulformen für sich noch mehr entdecken und besetzen. Sie muss sich zugleich als Anlaufstelle und Motor in der Diskussion um Inklusion verstehen. Gemeinsam mit den anderen Verbänden gilt es, über den Tellerrand zu schauen: sowohl über Landes- als auch Fachgrenzen hinweg. Ein verstärktes Augenmerk muss in diesem Zusammenhang auf dem Handlungsfeld Prävention liegen.

Deshalb führt die dgs derzeit auf der Grundlage der kürzlich erschienenen Pressemitteilung intensive Gespräche mit Verbänden, Parteien, Funktions- und Entscheidungsträgern in Wissenschaft und Politik, um umfänglich Erkenntnisse zu sammeln und konstruktiv zum Umstrukturierungsprozess beizutragen.

Konkret hat die dgs eine Arbeitsgruppe zum Thema Inklusion unter der Federführung von Prof. Dr. Christian W. Glück eingerichtet, die in Kürze ein Positionspapier veröffentlichen wird.

Mit Projekten wie dem dgs-Fortbildungsinstitut (<http://zfp.dgs-ev.de/>) und dem mit dem dgs gemeinsam installierten SprachHeil-Wiki (<http://www.sprachheilwiki.de/>) wollen wir Kompetenzen über die eigenen Fachgrenzen hinaus tragen. Zudem muss sich die dgs noch mehr für nicht-sprachheilpädagogische Berufsgruppen öffnen, um sprachheilpädagogisches Know-how weiterzugeben.

Auch der Parlamentarische Abend der BAG (Bundesarbeitsgemeinschaft der Sonderpädagogischen Fachverbände) bietet in diesem Jahr eine Plattform zum Austausch mit Parlamentariern des Bundes zu diesem Themenkomplex.

In den nächsten Ausgaben der „Sprachheilarbeit“ würde ich mir wünschen, dass diesem Thema immer wieder Platz eingeräumt wird, um theoretische und praktische Ansätze der Sprachheilpädagogik zusammenzutragen, damit aus Inklusion keine inklusive Vernachlässigung wird.

Ihr Fazit:

Für mich stellt sich immer deutlicher die Frage, ob eine inklusive Schule wirklich der Weg zu einer inklusiven Gesellschaft ist. Oder anders formuliert: Ob die inklusive Gesellschaft wirklich eine inklusive Schule braucht, um die Teilhabe aller zu gewährleisten. **Es besteht die Gefahr, dass in einem inklusiven Bildungssystem zu viele auf der Strecke bleiben und**

es dadurch zu einem exklusiven allerdings für sehr wenige wird.

Ein all-inclusive-Bildungssystem wirkt auf den ersten Blick im Sinne einer Teilnahme aller sehr erstrebenswert und gleichzeitig kostengünstig. Übersehen wird dabei aber häufig, dass Fachkompetenz nicht überflüssig wird. **Wir müssen dafür Sorge tragen, dass fachspezifische Ausbildung weiter gewährleistet bleibt und sich die jeweiligen Fachwissenschaften in Forschung und Lehre weiterentwickeln können.**

Nur so sehe ich sichergestellt, dass sprachbehinderte Menschen auch weiterhin die Unterstützung erhalten, die ihnen letztendlich eine aktive und selbst bestimmte Teilhabe ermöglicht.

Vielen Dank für das Interview!

Literaturtipps zum Weiterlesen:

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (dgs e.V.): Teilhabe braucht Sprache. Pressemitteilung 1/2009. <http://www.dgs-ev.de/index.php?id=59>

Scholz, M. (2007): Integration und Inklusion – zwischen theoretischem Anspruch und Realität. Bidok-Volltextbibliothek. <http://bidok.uibk.ac.at/library/scholz-integration.html#id2778427>

Vereinte Nationen: Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2008, Teil II, Nr. 35, ausgegeben zu Bonn am 31.12.2008. Download unter: <http://www.bgbl.de>. Originaltext in Englisch sowie nichtamtliche (!), deutsche Übersetzung. Auch in Deutschland gilt also offiziell die englische Textversion.

Verband Sonderpädagogik (vds e.V.): Pressemitteilung – Inklusion braucht Professionalität. Gesellschaftliche Teilhabe ist das Ziel. http://www.verband-sonderpaedagogik.de/con/cms/upload/pdf/schardt/ffentlichkeitsarbeit/Stellungnahme_UN-Konvention_fertig_1.pdf

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

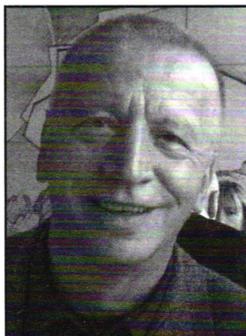
Kontakt: Dr. Karin Reber & Dr. Jörg Mußmann, Referenten für Öffentlichkeitsarbeit der dgs, sha.aktuelles@dgs-ev.de

Nachruf

Nach kurzer schwerer Krankheit ist Prof. Dr. paed. Otto Dobschlaff am 1. August 2009 verstorben.

Wir verlieren mit Otto Dobschlaff einen Kollegen, der sich für sein Fach stark gemacht hat und dem eine fundierte Ausbildung von Sprachheilpädagogen sehr am Herzen lag. Dieses Wirken im Bereich der Sprachbehindertenpädagogik und Sonderpädagogik prägte seinen Lebensweg maßgeblich.

Nach seinem Pädagogikstudium in Staßfurt arbeitete er zunächst als Lehrer und Schulleiter. Dem schlossen sich ein Ergänzungsstudium der Rehabilitationspädagogik und ein Forschungsstudium an. Über einen langen Zeitraum war er dem Bereich Rehabilitationspädagogik an der Humboldt-Universität zu Berlin stark verbunden. Dort promovierte er 1978 zum Dr. paed. und konnte 1988 die Promotion B zum Dr. sc. abschließen. In den Jahren 1989 bis 1992 arbeitete er als Hochschuldozent im Bereich der Sprachbehindertenpädagogik. Die lange Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Becker war für seine Arbeit sehr prägend.



Nachdem er zunächst als Gastprofessor an der Universität Potsdam dozierte wurde er im März 1994 als Professor berufen und gestaltete dort den Studiengang Sprachbehindertenpädagogik aus.

In seiner Tätigkeit an der Universität Leipzig, an die er im Juli 2004 zum Professor für Sprachbehindertenpädagogik berufen wurde, engagierte er

sich für die Umgestaltung des Studienganges zum Bachelor und Master. Die Belange der Fakultät und deren weitere Profilierung nahmen einen wichtigen Platz in seinem Arbeitsleben ein, er wurde 2005 als Prodekan für Forschung gewählt.

Das Spektrum seiner eigenen Forschungen war sehr vielseitig. Sein Engagement galt unter anderem dem Verein für Konduktive Förderung, den er seit seiner Gründung unterstützte. Mit der Gestaltung von Tagungen und durch vielfältige Veröffentlichungen stärkte er dessen Belange. Er arbeitete gemeinsam mit dem Petö Institut Budapest an einem Projekt „Konduktive Förderung“. Zuletzt begleitete er das Projekt „Auditive

Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen“ mit dem Berufsbildungswerk Leipzig, welches er leider nicht mehr beenden konnte.

Sein hohes Engagement für die Sprachbehindertenpädagogik und die Verknüpfung von Theorie und Praxis zeigte sich in vielfältigen Fortbildungen, die er u. a. im Rahmen von Veranstaltungen der dgs, des vds und des dbs gestaltete. An der Konzeption eines Weiterbildungsstudienganges in Thüringen war er federführend beteiligt.

Am 1.8.2009 erhielt er leider nur noch postum die Anerkennung für 40jährige Tätigkeit im Öffentlichen Dienst.

Prof. Dr. paed. Otto Dobschlaff lagen eine gut gestaltete Lehre und die Betreuung der Studenten stets besonders am Herzen. Leider wurde er durch seine Krankheit mitten aus seinem Arbeitsprozess gerissen und konnte angefangene Arbeiten nicht selbst fortsetzen.

Wir haben mit ihm einen engagierten Kollegen und einen warmherzigen und heiteren Menschen verloren.

Yvonne Adler

im Namen des Kollegiums des Institutes für Förderpädagogik der Universität Leipzig

Termine

Fortbildungsveranstaltungen von dgs und dbs

Datum und Ort	Referent, Thema, Veranstalter und Ansprechpartner (Adressen siehe Liste im Anhang)
13./14.11.2009 Duisburg	Dr. Maren Aktas: Sprachentwicklungsdiagnostik bei Kindern mit geistiger Behinderung: Neue Möglichkeiten mit dem SETK-2 und SETK 3-5 dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 29/2009
13./14.11.2009 Köln	Anette Platzdasch: Orofaziale Stimulation und Hilfen zum Essen und Trinken für Kinder mit schweren Behinderungen dgs-Landesgruppe Rheinland, Fortbildungsnummer: A 22/2009
14.11.2009 Halle	Wanda Wocko: Die Sprachentwicklung bei mehrsprachig aufwachsenden Kindern und entsprechende Störungen dbs-Landesgruppe Sachsen-Anhalt
14.11.2009 Köln	Petra Klindtworth: Mehr davon! Einsatz lautsprachunterstützender Gebärden in der Kommunikationsförderung Teil 2 (Aufbauseminar) dgs-Landesgruppe Rheinland, Fortbildungsnummer: A 23/2009
20./21.11.2009 Hannover	Susan Schelten-Cornish, Hildegard Kaiser-Mantel: Frühe Interaktive Sprachtherapie mit Elternttraining (FiSchE©) dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 23/2009
20./21.11.2009 Köln	Karen Motsch: Therapie kindlicher Aussprachestörungen updated dbs-Landesgruppe Rheinland, Fortbildungsnummer: A 24/2009
20./21.11.2009 Darmstadt	Sophie Frey (geb. Müller-Wolff): Dysphagiemanagement in der Pädiatrie – Grundkurs dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 33/2009
20./21.11.2009 Hamm	Stefanie Bühling: MyoTeam – ein Manual für die Einzel- und Gruppentherapie von Grundschulkindern und Jugendlichen mit myofunktionaler Störung dgs-Landesgruppe Westfalen-Lippe e.V., Fortbildungsnummer: 09-0083
21.11.2009 Darmstadt	J.H. Lorenz: Die Bedeutung von Sprache im Mathematikunterricht – Sprachverstehen und Rechenschwäche dgs-Landesgruppe Hessen
21.11.2009 Kiel	Stephanie Riehemann: Spracherwerbsstörungen im Kontext von Mehrsprachigkeit dbs-Landesgruppe Schleswig Holstein
20./22.11.2009 Hamm	Katrin Riederer: Wortschatzerwerb – modellorientierte Diagnostik und Therapie semantisch-lexikalischer Störungen dgs-Landesgruppe Westfalen-Lippe e.V., Fortbildungsnummer: 09-0082
27./28.11.2009 Köln	Barbara Kleissendorf: Sprachliche Beeinträchtigungen bei Patienten mit Demenzen dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: Z1/2009
27./28.11.2009 Köln	Dr. Stephan Sallat: Der Ton macht die Musik – und die Sprache dgs-Landesgruppe Rheinland, Fortbildungsnummer: A 25/2009

Datum und Ort	Referent, Thema, Veranstalter und Ansprechpartner
27./28.11.2009 München	Dr. Lilli Wagner: Diagnostik, Therapie und Elternberatung bei sprachentwicklungsgestörten mehrsprachigen Kindern dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 20/2009
04./05.12.2009 Würzburg	Ingrid Aichert, Anja Staiger: Diagnostik und Therapie der Sprechapraxie dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 49/2009
16.01.2010 Gießen	Dr. med. H. Rosenkötter: Klinische Aspekte der auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen -Wiederholungsveranstaltung dgs-Landesgruppe Hessen
22.02.10 Ort wird noch bekanntgegeben	Dr. Hans-Joachim Motsch: Grammatische Störungen: Diagnostik – Therapiephasen im Unterricht; MODUL A: Diagnostik grammatischer Störungen hypothesengeleitet und effizient dgs-Landesgruppe Baden-Württemberg
23./24.02.2010 Ort wird noch bekanntgegeben	Dr. Margit Berg, Dr. Hans-Joachim Motsch: Grammatische Störungen: Diagnostik – Therapiephasen im Unterricht; MODUL B: Therapie grammatischer Störungen im Unterricht (Kontextoptimierung) dgs-Landesgruppe Baden-Württemberg

Veranstalter

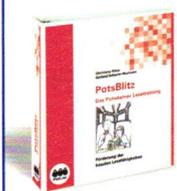
dbs-Geschäftsstelle, Goethestr. 16, 47441 Moers,
Tel.: 02841 – 988919, Fax: 028 41 / 98 89 14, E-Mail: info@dbs-ev.de; Anmeldungen unter www.dbs-ev.de

dgs-Landesgruppe Rheinland, Gaby Krings, Kerpener Str. 146,
50170 Kerpen, Tel./Fax: 022 73 / 60 49 04, E-Mail: zfp-LG_Rheinland@dgs-ev.de

dgs-Landesgruppe Westfalen-Lippe e.V.,
„doppelpunkt“-Geschäftsstelle Ibbenbüren, c/o Birgit Westenhoff,
Alter Merschweg 7, 49477 Ibbenbüren Tel. 054 51/154 61, info@dgs-doppelpunkt.de, www.dgs-doppelpunkt.de

dgs-Landesgruppen Baden-Württemberg, Hessen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein
Zentrales Fortbildungsportal der dgs: ww.dgs-ev.de

Nach langer Entwicklungsarbeit jetzt druckfrisch von ProLog:



PotsBlitz – Das Potsdamer Lesetraining

- Lesegeschwindigkeit und –genauigkeit komplexer Wörter trainieren
- aufbauend auf neuesten Erkenntnissen der Leserwerbsforschung
- modellorientiert und wissenschaftlich mehrfach evaluiert
- 18 Übungseinheiten mit Arbeitsblättern zur Vermittlung visueller Segmentierung
- Buchstabentafel mit verschiedenfarbigen Vokal- und Konsonantenplättchen
- Geschichtenset mit 6 einzeln gebundenen Heften
- mit Silbenmemos und Silbenlegespielen
- mit CD-ROM: Potsdamer Blitzwörterprogramm



PotsBlitz Art.-Nr. 12220

89,90 €

Endlich verständlich dargestellte Grundlagen für die Sprachtherapie: Linguistik für Sprachtherapeuten

Ein umfassendes Spektrum moderner Sprachwissenschaft speziell aufbereitet für sprachtherapeutische Belange. Für Ausbildung, Prüfungs- und Unterrichtsvorbereitung, Fortbildung und Nachbereitung. Mit kontinuierlichen Bezügen zu Störungen der Sprache, vielen Beispielen und Übungen. Zusätzlich Übungssammlung mit systematischer Aufgabensammlung und Lösungsteil.

Buch, 355 S. Art.-Nr. 15320

34,95 €

Buch, 355 S., mit Übungsheft, 160 S. Art.-Nr. 15310

59,90 €

Fordern Sie auch unser Fortbildungsprogramm 2010 an.

Informationen bei **ProLog WISSEN** www.prolog-wissen.de
Bestellungen unter **ProLog Therapie- und Lernmittel** www.prolog-shop.de



Olpener Str. 124 • 51103 Köln
Tel.: 0221-660910 • Fax: 0221-6609111

www.prolog-shop.de

mosaik

**unabhängige Finanz- u.
Versicherungs-beratung für
Sprachheilpädagogen**

Mosaik GmbH
Tel.: 021 71/39 92 30
Fax.: 021 71/43 43 4
mail@mosaik-gmbh.de
www.mosaik-gmbh.de

Für dbs-Mitglieder

Sonderprämien u. Tarife

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

Fordern Sie unseren Info-Coupon an!!

FTS

Fortbildungsinstitut für
Therapie mit System

- **ET 6-6, 2. veränderte Auflage 04**
28.11.2009 Seminar 14-09, 80,- €/8 FP
- **ADS/ADHS Einführungskurs (Teil I.)**
09.01.2010 Seminar 3-10, 100,- €/9 FP
- **ADS/ADHS Kompaktkurs Seminar A5-2010**
5 x WE 23.01.–28.08.2010 mit Abschlusszertifikat
Teil: II, III, IV; V; VI; 840,- €/80 FP
- **„Dysgrammatismus 1“** (Dr. Julia Siegmüller)
11.09.–12.09.2010 Seminar 9-10, 190,- €/16 FP
- **„Dysgrammatismus 2“** (Dr. Julia Siegmüller)
08.01.–09.01.2011 Seminar 9-11, 190,- €/16 FP
- **Sensorisch-Integratives Logopädie-Konzept**
(Michaela Kreuz-Zimmermann)
11.06.–12.06.2011 Seminar 8-10 / 180,- €/14 FP
- **Elternarbeit u. -beratung in der therap. Praxis**
(Michaela Beyer)
07.05.–08.05.2010 Seminar 10-10 / 200,- €/16 FP
- **„Mund-, Ess- und Trinktherapie im Kindesalter“**
(Susanne Renk)
12.–13.11.2010 Seminar 11-10 / 200,- €/15 FP
- **„SIGMA PLUS“ Gruppenkonzept Sigmamusth.**
(Karen Grosstück)
27.11.2010 Seminar 12-10 / 130,- €/10 FP
- **ET 6-6, 2. veränderte Auflage 04**
11.12.2010 Seminar 4-10 / 80,- €/8 FP
- **FEW 2**
04.12.2010 Seminar 5-10, 80,- €/8 FP
- **„Einführung Funktionale Stimmtherapie“ FST**
(Sabine Gross-Jansen)
14.01.2011 Seminar 3-11, 150,- €/9 FP
- **„Einführung Legasthenie/LRS/Dyskalkulie“**
26.02.2011 Seminar 4-11, 100,- €/8 FP

Saarlandstraße 16 • 44139 Dortmund
Tel: 0231/9509676 • Fax 9509677 • www.fts-dortmund.de

LOGO Seminare

Behandlung von fazialen und intra-oralen Paresen
in Anlehnung an die Propriozeptive Neuromuskuläre
Fazilitation **(PNF)**

- 27.02.2010 Wiesbaden
- 06.03.2010 Dortmund
- 26.06.2010 Hamburg
- 25.09.2010 Dortmund
- 13.11.2010 Hamburg
- 27.11.2010 Wiesbaden

Diagnostik und Therapie neurogener **Dysarthrien**

- 20.03.2010 Dortmund
- 08.05.2010 Wiesbaden
- 02.10.2010 Hamburg

Einführung in die Diagnostik und Therapie
neurogener **Dysphagien**

- 24.04.2010 Dortmund
- 30.10.2010 Hamburg

Seminarleitung Dr. Volker Runge

Weitere Informationen unter www.logo-seminare.de

Tagungen, Messen und Kongresse

Datum, Ort	Logo	Thema, Veranstalter, Ansprechpartner
15.-18.10.2009 Köln		„Mer sin wie mer sin – 30 Jahre Stotterer-Selbsthilfe“ – 36. Kongress stotternder Menschen und 30-jähriges Jubiläum der Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e.V. (BVSS) www.bvss.de www.kongress-stottern.de
18.-20.10.2009 Boston, Mass., USA		Academy of Aphasia 47th Annual Meeting contact@academyofaphasia.org, www.academyofaphasia.org/
5.-7.11.2009 Erfurt		9. Jahrestagung der GAB – Gesellschaft für Aphasieforschung und -behandlung www.aphasiegesellschaft.de
21.11.2009 Potsdam		3. Herbsttreffen Patholinguistik – Von der Programmierung zur Artikulation herbsttreffen@vpl-online.de
27.-28.11.2008 Bad Griesbach i. Rottal		20 Jahre Bad Griesbacher Fachgespräche der akademischen Sprachtherapeuten ulrike.delangen@rz-pw.de
14.11.2009 Bad Nenndorf		14. Bad Nenndorfer Therapietag: Wege zur Sprache – Therapie von kleinen Kindern cjd.schule@schlaffhorst-andersen.de, www.cjd.schlaffhorst-andersen.de
27.-28.11.2009 Aachen		13. Aachener Kolloquium zur Logopädie neurolinguistik@ukaachen.de, www.neurolinguistik.ukaachen.de
28.11.2009 Hamburg		2. Interdisziplinäre Symposium „Frühintervention bei Sprachentwicklungsstörungen“ www.uke.de/finsym
3.-5.12. 2009 Berlin		Gemeinsame Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurologische Rehabilitation e.V. (DGNR) und der Deutschen Gesellschaft für Neurotraumatologie und Klinische Neurorehabilitation e.V. (DGNKN) www.conventus.de/dgnkn-dgmr2009/, karola.mannigel@conventus.de
11.-13.3.2010 Rostock		6. Interdisziplinären Tagung über Sprachentwicklungsstörungen (ISES 6) www.ews-rostock.de/med
22.-24.4. 2010 Brügge/ Belgien		III. All-European Dyslexia Conference www.khbo.be/eda-khbo-dyslexiaconference
17.-19.9.2010 Aachen		27. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie phoniatrie@ukaachen.de http://www.dgpp.de/

So erreichen Sie die Herausgeber
und die Landesgruppen der Verbände:

Geschäftsstellen:



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



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

Landesgruppen:

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

Sprachheilarbeit

Herausgeber

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

Layout/graph. Gestaltung

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

Verlag

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

Ein Unternehmen der **Unter-Servis** BORGSMANN® MEDIA-GRUPPE

Schleefstraße 14, D-44287 Dortmund, www.verlag-modernes-lernen.de

Verkauf und Vertrieb: (0180) 5 34 01 30, Fax: (0180) 5 34 01 20

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

Anzeigen

Unterlagen bitte an den Verlag senden. Gültige Preisliste: Nr. 9 vom 1.6.2009. Anzeigenleitung: Gudrun Nucaro Anzeigen: (0231) 128011, Telefax: (0231) 9128568, E-Mail: anzeigen@verlag-modernes-lernen.de, Herstellung: Löer Druck GmbH, Dortmund

Sprachheilarbeit

Fachzeitschrift für Sprachheilpädagogik und akademische Sprachtherapie

Redaktion

Prof. Dr. Otto Braun, Konstanz

Dr. Ulrike de Langen-Müller, Passau

Dr. Uwe Förster, Hess. Oldendorf

Prof. Dr. Claudia Iven, Bergheim

Prof. Dr. habil. Ulrike Lütke, Hannover

Dr. Matthias Moriz, Olsberg

E-Mail: redaktion@sprachheilarbeit.eu

Mitteilung der Redaktion

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

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

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

Beirat

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

Erscheinungsweise

Jährlich 6 Hefte: Februar, April, Juni, August, Oktober, Dezember.

(Anzeigenschluss Textanzeigen: Heft 1-6 jeweils 5.12./10.2./10.4./10.6./10.8./10.10.,

Anzeigenschluss Stellenanzeigen: Heft 1-6 jeweils 3.1./3.3./3.5./3.7./3.9./3.11.)

Bezugsbedingungen

Jahresabonnement € 40,00 (CHF 78,00) einschl. Versandkosten und 7% MWST.

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

Copyright

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

Neuerscheinung
September 2009

Training der
Lesegeschwindigkeit

Dr. Andreas Mayer

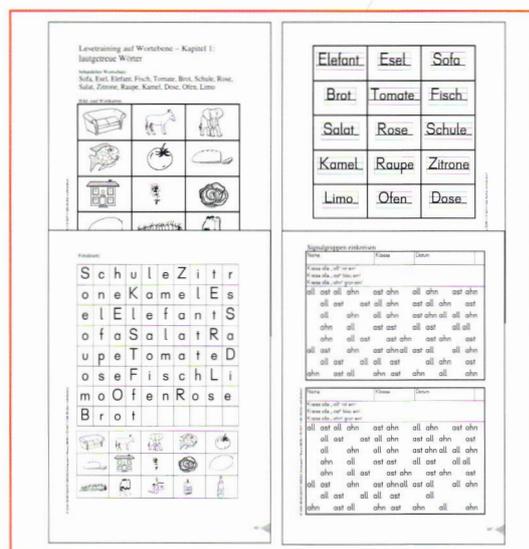
Blitzschnelle Worterkennung (BliWo) Grundlagen und Praxis

Spätestens seit der Veröffentlichung der Ergebnisse der ersten PISA Studie im Jahr 2000 sind die massiven Schwierigkeiten deutscher Kinder beim Lesen- und Schreibenlernen einer breiten Öffentlichkeit bekannt geworden.

Dabei liegen die zentralen Schwierigkeiten von Kindern, die eine regelmäßige Orthographie wie die deutsche Schriftsprache erwerben, vor allem in der Automatisierung des Leseprozesses. Der kontextfreien direkten Worterkennung kommt auf dem Weg zum kompetenten Leser zentrale Bedeutung zu, da sie unmittelbar mit dem Leseverständnis assoziiert ist. Das Trainingsprogramm „Blitzschnelle Worterkennung“ ermöglicht durch die hochfrequente Konfrontation mit einem exemplarischen Wortschatz in kindgemäßen abwechslungsreichen und motivierenden Spielen und Übungen den kontinuierlichen Ausbau des Sichtwortschatzes. Durch die Fokussierung häufig vorkommender Graphemfolgen wird der Leseprozess auf sublexikalischer Ebene automatisiert. Diese Methode verspricht ein Generalisierungslernen hohen Ausmaßes, da die simultane Verarbeitung der Graphemfolgen die Erkennungsgeschwindigkeit zahlreicher Wörter lenken kann.

Der Ordner enthält neben einer ausführlichen theoretischen Begründung des Lesetrainings zahlreiche Übungs- und Spielvorschläge, die ohne großen Materialaufwand in der Praxis eingesetzt werden können, sowie 200 Kopiervorlagen, die im allgemeinen Unterricht, in Förderstunden und der Wochenplan- oder Freiarbeit eingesetzt werden können.

◆ 2009, 272 S. (davon 200 S. Kopiervorlagen), Beigabe: Kopiervorlagen zusätzlich auf CD-ROM + zusätzliche Vorlagen und kleine Übungsprogramme zur Verbesserung der Worterkennungsgeschwindigkeit, Format DIN A4, im Ordner / Alter: 6-10
ISBN 978-3-938187-57-9
Bestell-Nr. 9407, CHF 64,80, € 40,00



Musterseiten im Internet
herunterladen unter:
www.verlag-modernes-lernen.de

BORGSMANN MEDIA



verlag modernes lernen **p** borgsmann publishing

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

Sprachheilarbeit

Fachzeitschrift für Sprachheilpädagogik
und akademische Sprachtherapie

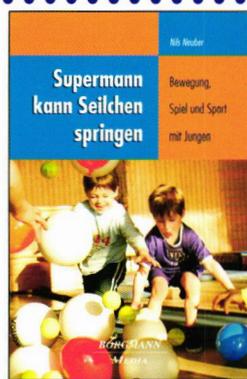
dgs | dbS

verlag modernes lernen Borgmann GmbH & Co. KG
Schleefstr. 14 · 44287 Dortmund

K 11772

Postvertriebsstück, DPAG, Entgelt bezahlt

Ihre Praxis ist unser Programm!



Nils Neuber

Supermann kann Seilchen springen

Bewegung, Spiel und Sport mit Jungen

Sept. 2009, 192 S., farbige Abb., Format 16x23cm, fester Einband
ISBN 978-3-938187-51-7 Bestell-Nr. 9390, € 21,95



Dieter Krowatschek / Caroline Schmidt

Mit der Fly durch das Jahr

Immerwährender Kalender

Sept. 2009, 28 Blatt, Format 30x30cm (offen 30x60cm), geh.
ISBN 978-3-938187-59-3 Bestell-Nr. 9408, € 14,80



Christina Lücking / Christina Reichenbach

Praxis konkret im (Förder-)Schulalltag

Förderung von Kindern mit Förderbedarf in der körperlich-motorischen, sozial-emotionalen, sprachlich-kommunikativen und geistigen Entwicklung

verlag modernes lernen - Dortmund

Christina Lücking / Christina Reichenbach

Praxis konkret im (Förder-)Schulalltag

Förderung von Kindern mit Förderbedarf in der

- körperlich-motorischen,
- sozial-emotionalen,
- sprachlich-kommunikativen und
- geistigen Entwicklung

Sept. 2009, 224 S., Format 16x23cm, fester Einband
ISBN 978-3-8080-0642-9 Bestell-Nr. 3648, € 19,95



praxis psychomotorik

Rita Krämer-Stamm

Handbuch psychomotorischer Begriffe

K A B C J
H I E F L N
M T P W Z

verlag modernes lernen - Dortmund

Rita Krämer-Stamm

Handbuch psychomotorischer Begriffe

Sept. 2009, 128 S., Format DIN A5, Ringbindung
ISBN 978-3-8080-0653-5 Bestell-Nr. 1239, € 15,30



Ursula Kraus

Spiel-„Turnen“

Psychomotorische Bewegungsstunden für Kindergarten, Schule, integrative Kleingruppen

verlag modernes lernen - Dortmund

Ursula Kraus

Spiel-„Turnen“

Psychomotorische Bewegungsstunden für Kindergarten, Schule, integrative Kleingruppen

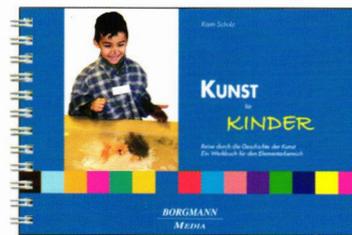
Nov. 2009, 128 S., farbige Abb., Format DIN A5, Ringbindung
ISBN 978-3-8080-0652-8 Bestell-Nr. 1240, € 15,80

Karin Scholz

Kunst für Kinder

Reise durch die Geschichte der Kunst – Ein Werkbuch für den Elementarbereich

Okt. 2009, 100 S., farbige Abb., Format 23x16cm (Querformat), Ringbindung,
ISBN 978-3-938187-60-9, Bestell-Nr. 9411, € 17,80



BORGSMANN MEDIA

 verlag modernes lernen  borgmann publishing

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