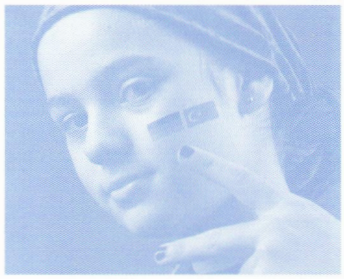
3.10 55. Jahrgang · Juni 2010 · ISSN 0584-9470

Sprachheilarbeit

Fachzeitschrift für Sprachheilpädagogik und akademische Sprachtherapie



Gemeinsam schweigsam: Selektiver Mutismus bei Zwillingen / Teil I

Katja Subellok, Anja Kresse & Kerstin Bahrfeck-Wichitill

Kompetenzentwicklungsmodell des Zweitsprach-erwerbs Deutsch bei Kindern unter 7 Jahren (KomMig)

Yvonne Adler

Verbandsnachrichten dgs

Kooperation mit Tschechien; Wahlausschreibung; Nachteilsausgleich für Sprachheilschüler

Verbandsnachrichten dbs

Elektronische Gesundheitskarte; Tag der Sprachtherapie; Arbeitnehmertreffen

dgs | dbs

So erreichen Sie die Herausgeber und die Landesgruppen der Verbände:

Geschäftsstellen:

dgs

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

dbs

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	Anja Theisel, Bad Friedrichshall anja@theisel.de	Heide Mackert, Mosbach mackert@dbs-ev.de
Bayern	Claudia Schmaußer, Freising claudia.schmausser@web.de	Daniela Kiening, Haar kiening @dbs-ev.de
Berlin	Helmut Beek, Berlin beek@dgs-ev-berlin.de	Karsten Brase, Berlin brase@dbs-ev.de
Brandenburg	Michaela Dallmaier, Kolkwitz-Limberg m-s.dallmaier@t-online.de	s. Berlin
Bremen	Prof. Dr. Gerhard Homburg, Platjenwerbe homburg@uni-bremen.de	Christiane Wellmann, Rotenburg wellmann@dbs-ev.de
Hamburg	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	Renske-Maria Hubert, Ribnitz-Damgarten hubert@dbs-ev.de
Niedersachsen	Geschäftsstelle, Simone Junggebauer, dgs-niedersachsen@dgs-ev.de	Sylvia Schmidt, Vechta schmidt@dbs-ev.de
Rheinland	Heinz-Theo Schaus, Essen schaus@dgs-rheinland.de	Dieter Schönhals, Kerpen schoenhals@dbs-ev.de
Rheinland-Pfalz	Birgitt Braun, Wörth am Rhein birgitt_braun@t-online.de	Dorothea Valerius, Trier valerius@dbs-ev.de
Saarland	Anice vom Berg, Blieskastel anice-vom-berg@t-online.de	s. Rheinland-Pfalz
Sachsen	Antje Leisner, Dresden dgs.sachsen@t-online.de	Katrin Philipp, Dresden philipp@dbs-ev.de
Sachsen-Anhalt	Antje Thielebein, Plößnitz antjethielebein@web.de	Beate Stoye, Halle stoye@dbs-ev.de
Schleswig-Holstein	Holger Kaack-Grothmann, Kiel kaack-grothmann@web.de	Nicola Schultheis, Kiel schultheis@dbs-ev.de
Thüringen	Christiane Krause, Henningsleben krause-henningsleben@web.de	s. Sachsen
Westfalen-Lippe	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)

Layoutentwurf
de haar grafikdesign, Köln · E-Mail: studio@dehaar.de

Satz und Gestaltung
Löer Druck GmbH, Schleefstraße 14, 44287 Dortmund
Titelfoto: © Papirazzi – Fotolia.com

Verlag
verlag modernes lernen Borgmann GmbH & Co. KG
Ein Unternehmen der InterService BORGMANN® 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. 10 vom 1.1.2010. 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 Lüdtke, 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
Dr. Rainer Bahr, Essen; Dr. Stephan Baumgartner, München; Prof. Dr. Kerstin Bilda, Bochum; Prof. Dr. Gerhard Blanken, Erfurt; Priv. Doz. Dr. Ernst G. de Langen, Bad Griesbach; Prof. Dr. Iris Füssenich, Reutlingen; Dr. Barbara Giel, Köln; Prof. Dr. Christian Glück, Heidelberg; Prof. Dr. Manfred Grohnfeldt, München; Prof. Dr. Barbara Höhle, Potsdam; Prof. Dr. Hildegard Heidtmann, Flensburg; Prof. Dr. Christina Kauschke, Marburg; Prof. Dr. Annerose Keilmann, Mainz; Prof. Dr. Annette Kracht, Landau; Prof. Dr. Hans-Joachim Motsch, Köln; Priv. Doz. Dr. Michele Noterdaeme, Augsburg; Prof. Dr. Monika Rothweiler, Bremen; Prof. Dr. Klaus Sarimski, Heidelberg; Dr. Matthias Vogel, München; Dr. Susanne Voigt-Zimmermann, Heidelberg

Erscheinungsweise
Jährlich 6 Hefte: Februar, April, Juni, August, Oktober, Dezember.
(Anzeigenschluss: Heft 1-6 jeweils 5.12./10.2./10.4./10.6./10.8./10.10.)

Bezugsbedingungen
Jahresabonnement € 40,00 (CHF 78,00) einschl. Versandkosten und 7% MWSt.
Für Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (dgs) und des Deutschen Bundesverbandes der akademischen Sprachtherapeuten e.V. (dbs) ist der Bezug der Zeitschrift im Jahresbeitrag enthalten. Lieferung erfolgt nur an die Hausanschrift (nicht ans Postfach). Für Nichtmitglieder von dgs und dbs: Bestellungen nur beim Verlag; Abonnements-Abbestellungen müssen mindestens vier Wochen vor Jahresabschluss schriftlich beim Verlag vorliegen. Wichtig: Bei Umzug möglichst zuvor die neue und alte Adresse dem Verlag mitteilen. Der Bezieher erklärt sich damit einverstanden, dass bei Adressenänderungen die Deutsche Post AG die ihr vorliegende Nachsendungsadresse dem Verlag unaufgefordert mitteilt, damit eine ordnungsgemäße Auslieferung gewährleistet ist.

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

Sprechen auf Knopfdruck?

Gestern stellte sich in unserer Hochschulambulanz ein Patient mit Morbus Parkinson vor. Der ältere Herr kam flotten Schrittes in das Behandlungszimmer und nahm ohne Schwierigkeiten auf dem ihm angewiesenen Stuhl Platz. Der Akte war zu entnehmen, dass er seit etwa 25 Jahren an Morbus Parkinson leidet und seit zehn Jahren einen Tiefenhirnstimulator hat. Dieser scheint die Körpermotorik hervorragend zu regulieren. Ganz anders jedoch sieht es bei der Sprechmotorik aus: Selbst die kurze Begrüßungsformel bereitete ihm große Probleme und war nur schwer zu verstehen. Der Patient bedeutete uns, einen kurzen Augenblick zu warten. Aus seiner Tasche nahm er ein kleines Gerät, führte es an seine Brust und betätigte einen Knopf. Einen kurzen Augenblick später saß auf dem Stuhl ein anderer Mensch. Plötzlich traten starke Schleuderbewegungen des rechten Armes und ein nicht minder ausgeprägtes Zittern auf. Aber auch das Sprechen betreffend wirkte der Mann plötzlich wie verwandelt. Er sprach wesentlich deutlicher, wenngleich etwas langsamer. „Mit dem ‚Sprechen unter Strom' ist das so eine Sache", erläuterte er. Der Tiefenhirnstimulator könne unterschiedlich eingestellt werden und habe entsprechend Auswirkungen auf das Sprechen. In einer für sein Sprechen optimalen Einstellung überwiegen leider die motorischen Unannehmlichkeiten, sodass er die gute Beweglichkeit bevorzugt und dafür die Sprechprobleme in Kauf nimmt. Sein Weg, dies zu lösen, ist der vorgeführte. Bei einem längeren Gespräch schaltet er den Stimulator mit seinem Steuergerät ab. Sprechen auf Knopfdruck?

Merkwürdig ist die Situation allemal. Man kann den Eindruck gewinnen, durch das Ein- und Ausschalten des Stimulators, und bei diesem speziellen Patienten das Aus- und Einschalten des Sprechens, die Gedanken „von außen" steuern zu können. Das Gehirn ist die organische Grundlage für zentrale Aspekte des menschlichen Wesens. Bewusstsein, Autonomie, Moralfähigkeit und eben auch das Sprach- und Erinnerungsvermögen finden hier ihre Korrelate. Veränderungen in diesem System können die individuelle Persönlichkeit beeinflussen. Daher stellt sich immer auch die ethische Frage, ob und wie Eingriffe am menschlichen Gehirn durchgeführt werden sollten und welche Folgen vertretbar für den Betroffenen sind. Das Beeinflussen der motorischen Symptome durch die Tiefenhirnstimulation ruft bei einigen Patienten kognitive und psychiatrische Nebenwirkungen, wie Depressionen oder Psychosen hervor. Diese sind meist vorübergehend und können durch Veränderungen der Stimulationsparameter behoben werden.

Der Betroffene muss nach der Aufklärung über Gefahren und Nebenwirkungen eines solchen Eingriffs zwischen persönlichem Nutzen und den möglichen Risiken abwägen und die Entscheidung letztlich eigenverantwortlich treffen. Unser Patient sieht die Sache pragmatisch. Für ihn ist der Stimulator ein rein technisches Hilfsmittel, wie beispielweise eine Gehhilfe oder ein Rollstuhl. Er hat sich daran gewöhnt und kann sich dank des Steuergerätes ein wenig auf verschiedene Situationen einstellen. Für ihn bedeutet der Stimulator einen großen Gewinn an Lebensqualität. Neben dem Vertrauen in die Technik hat der Patient vor allem aber auch Vertrauen in seine behandelnden Ärzte und Therapeuten. Das ‚Sprechen unter Strom' versucht er nun mit Sprachtherapie „von außen" zu optimieren.

Auf die gemeinsame Wirksamkeit von Therapeut und Technik dürfen wir gespannt sein.

Dr. Michael Wahl – 1. Vorsitzender des Verbandes für Patholinguistik e. V.

Inhalt 3/2010

Hauptbeiträge

Gemeinsam schweigsam: Selektiver Mutismus bei Zwillingen / Teil I 110
Katja Subellok, Anja Kresse, Kerstin Bahrfeck-Wichitill

Kompetenzentwicklungsmodell des Zweitspracherwerbs Deutsch bei Kindern unter 7 Jahren (KomMig) 121
Yvonne Adler

Magazin

Originalbeiträge

Qualitätssicherung in der schulischen Arbeit mit sprachbehinderten Kindern 130
Anja Theisel

Qualitätszertifizierung nach den „Qualitätsstandards-dbs" in Praxen für akademische Sprachtherapie 138
Michael Wahl, Katrin Schubert, Elisabeth Wildegger-Lack, Barbara Giel

Daten und Zitate aus Fach- und Tagespresse 142

Therapieraum / Klassenzimmer 143

Fragen an Experten aus der Praxis 144

Profile & Interviews 146

Nachbarschaften 150

Medien 151

Persönliches 153

Rückblicke 154

Aktuelles

Aktuelles dbs 156

Aktuelles dgs 160

Termine 164

dgs | dbs

www.dgs-ev.de www.dbs-ev.de

Gemeinsam schweigsam: Selektiver Mutismus bei Zwillingen

Teil I: Spezifische Risikofaktoren für die Entstehung und Aufrechterhaltung des Schweigens

Silent together I: Selective mutism among twins

Specific risk factors involved in the occurrence and perpetuation of mutism

Katja Subellok, Dortmund
Anja Kresse, Dortmund
Kerstin Bahrfeck-Wichitill, Dortmund

Zusammenfassung

Theoretischer Hintergrund
Wie internationale Studien nahelegen, tritt selektiver Mutismus weit öfter bei Zwillingen in Erscheinung als die allgemeine Häufigkeit von Zwillingsgeburten innerhalb eines Geburtenjahrgangs vermuten lässt. Dabei scheinen eineiige Zwillingspaare eher als zweieiige betroffen zu sein.

Fragestellung/Ziele
Es ist nach spezifischen Faktoren zu fragen, die Zwillinge im Allgemeinen, doch insbesondere eineiige Zwillingspaare, für selektiven Mutismus vulnerabel machen können.

Methode
Auf der Basis umfassender Literaturrecherchen und der eigenen Expertise werden sieben Hypothesen formuliert, die mögliche Risikofaktoren für die Entstehung und Aufrechterhaltung des selektiven Mutismus bei eineiigen Zwillingen fokussieren. Eine informelle, offene Befragung von sprachtherapeutischen und logopädischen Mutismus-Experten dient als Absicherung der dargelegten Positionen. Mittels qualitativer Inhaltsanalyse wird das Datenmaterial untersucht und anhand inhaltlicher Schwerpunkte kategorisiert.

Abstract

Theoretical background
As international studies have shown, selective mutism occurs far more frequently among twins than the frequency of twin birthrate would lead one to expect. And monozygotic pairs of twins appear to be affected more than biovular twins.

Aim
Specific factors which can make monozygotic twins vulnerable to selective mutism will be examined.

Method
On the basis of comprehensive research of the literature and of existing expertise, seven hypotheses are formulated which focus on possible risk factors for the occurrence and maintenance of selective mutism amongst monozygotic twins.
An informal open survey of speech treatment professionals on mutism serves to validate these. By means of qualitative content analysis of the results, the data is examined and categorised according to content-based priorities.

Results
Results indicate that the probability of selective mutism can be raised by general disposition as well as by a problematical indi-

Ergebnisse
Es wird deutlich, dass sowohl eine allgemeine Disposition sowie eine erschwerte Individuation bei Zwillingen die Entstehung eines selektiven Mutismus begünstigen können. Weiter kristallisiert sich die enge Zwillingsbeziehung als zentraler Faktor zur Entstehung und Aufrechterhaltung des Schweigens heraus.

Schlussfolgerungen
Zwillingsspezifische Faktoren müssen in der Behandlung des selektiven Mutismus berücksichtigt werden. Erste (sprach-)therapeutische Handlungsdirektiven werden abgeleitet und im zweiten Teil dieses Beitrags konkretisiert.

Schlüsselwörter
Selektiver Mutismus, eineiige Zwillinge, Sprachtherapie

viduation among twins. In addition the close relationship between twins emerges as a central factor in the origin and the perpetuation of mutism.

Conclusions
Factors specific to twins must be considered when treating selective mutism. Initial (speech-)therapeutic treatment steps are developed and discussed.

Keywords
selective mutism, monozygotic twins, speech therapy

Dieser Beitrag hat das peer-review-Verfahren durchlaufen.

1 Einleitung: Gemeinsam schweigsam

Das sind also Emma und Paula – oder Paula und Emma ... Die beiden zierlichen, feenhaften 7-jährigen Mädchen sehen sich verblüffend ähnlich. Sie schweigen außerhalb von zu Hause sehr konsequent seit ihrer Kindergartenzeit und kommen daher zur Sprachtherapie. „Ab jetzt werden wir uns einmal in der Woche treffen: Emma mit Frau Kresse und Paula mit Frau Bahrfeck. Heute werden wir mit einem gemeinsamen Spiel beginnen, um uns erst mal kennen zu lernen!"

Zu Viert sitzen wir kurz darauf im Therapieraum. Abwechselnd wollen wir Karten ziehen mit Fragen zu unserem Lieblingsessen, -spiel, -fach in der Schule etc.. Emma und Paula können die Fragen non-verbal durch Schreiben oder Ankreuzen von Alternativen beantworten. Wir erklären, fangen an, geben Modell und ermuntern zum Mitmachen, doch die beiden schauen sich nur immer wieder an und scheinen sich schweigend untereinander abzustimmen. Kein Kartenziehen, kein Schreiben, kein Ankreuzen. Dieses Phänomen ist für selektiv mutistische Kinder nicht unüblich, jedoch scheint es hier stärker durch die enge Verbindung zwischen den beiden: Ein eingespieltes Team, bei dem wir in dieser Situation keine Chance haben. Schnell beenden wir das Spiel: „Das können wir ja noch ein anderes Mal weiter machen". Frau Kresse nimmt Emma mit in den anderen Therapieraum. Wir müssen die Zwillinge trennen, um mit ihnen in Kontakt zu kommen.

Ausgehend von der Person und theoretischen Position Nitza Katz-Bernsteins beschäftigt sich das Sprachtherapeutische Ambulatorium der Technischen Universität Dortmund bereits seit mehreren Jahren therapeutisch, beratend, fortbildend und wissenschaftlich mit dem selektiven Mutismus. Unter den nunmehr rund 200 dokumentierten Behandlungs- und Beratungsfällen befinden sich interessante Geschwisterkonstellationen, Mehrlinge und in jüngster Zeit auch drei eineiige Zwillingspaare mit überraschend ähnlichen Kommunikationsstrukturen, Beziehungsdynamiken und Entwicklungsverläufen. Dies scheint nicht zufällig und ist deshalb interessant genug, das sehr seltene Phänomen des selektiven Mutismus bei eineiigen Zwillingen näher zu beleuchten.

Mit einer bislang angenommenen Prävalenzrate von 0,1% (Bahr 2006) bzw. 0,2% (Schoor 2001) der klinisch erfassten Kinder, von denen Mädchen im Durchschnitt doppelt so häufig betroffen sind wie Jungen (Schoor 2002; Ford et al. 1998; Kopp & Gillberg 1997; Black & Uhde 1995; Dummit et al. 1997; Steinhausen & Juzi 1996), wäre der selektive Mutismus eher selten. Aktuelleren Studien zufolge scheint er allerdings im Zunehmen begriffen zu sein. Für das Kindergarten- und frühe Grundschulalter werden Raten von 0,71% (Bergman et al. 2002) bzw. 0,76% (Elizur & Perednik 2003), für das Schulalter 0,18% (Kopp & Gillberg 1997) bis zu 1,9% (Kumpulainen et al. 1998) ermittelt (siehe auch Übersicht in Cline & Baldwin 2004).

Selektiv mutistische Zwillinge sind nur durch sehr wenige Fallbeschreibungen aus der deutschsprachigen Fachliteratur sowie dem angloamerikanischen Raum bekannt (Balla-Jaeger 1971; Gray et al. 2002; Jaeger & Metzker 1968; Kroppenberg 1987; Mora et al. 1962; Segal 2003; Sharkey et al. 2005). Insgesamt handelt es sich dabei um sechs monozygote und zwei dizygote Zwillingspaare. Studien zur Phänomenologie des selektiven Mutismus lassen jedoch annehmen, dass dieses Störungsbild weit häufiger bei Zwillingen auftritt als die allgemeine Häufigkeit von Zwillingsgeburten innerhalb eines Geburtenjahrganges vermuten lässt. So berichten Ford und seine Mitarbeiter in ihrer Studie mit insgesamt 153 Probanden von 15 Zwillingen (innerhalb von acht nicht nach ein- oder zweieiig differenzierten Zwillingspaaren), was einen Anteil von rund 10% ausmacht (Ford et al. 1998). Dummit und Mitarbeiter finden unter ihren 50 Probanden insgesamt sechs monozygote Zwillinge (Dummit et al. 1997). Vergleicht man diese Häufigkeiten mit Zahlen zur Inzidenz von Zwillingsgeburten in Deutschland oder dem angloamerikanischen Raum, welche von etwa 1,3-1,5 auf 100 Geburten ausgehen (vgl. Statistisches Bundesamt 2009; Spillman 1999), ergibt sich ein signifikanter Unterschied. Zwillinge, insbesondere eineiige, scheinen demnach bestimmte Risikofaktoren in sich zu tragen bzw. solchen in ihrer Umwelt zu begegnen, welche das Auftreten eines selektiven Mutismus begünstigen. Welche Faktoren aber können Zwillinge grundsätzlich für eben dieses Störungsbild so vulnerabel machen?

Ausgehend von fachlichen Grundlagen zum selektiven Mutismus werden in diesem Beitrag auf der Basis umfassender Literaturrecherchen und der eigenen Expertise Hypothesen zu Risikofaktoren für die Entstehung und Aufrechterhaltung des Mutismus bei eineiigen oder phänotypisch ähnlichen Zwillingen, die beide schweigen und keine weiteren gravierenden Entwicklungsstörungen aufweisen, formuliert. Ziel ist es, zwillingsspezifische Besonderheiten herauszu-

filtern und dabei insbesondere diejenigen mit praxeologischer Relevanz zu fokussieren. Eine informelle offene Befragung von logopädischen und sprachtherapeutischen Mutismus-Experten mit „Zwillingserfahrungen" dient als Abgleich mit den eigenen Positionen, die abschließend reflektiert und im Hinblick auf praktische Handlungsdirektiven diskutiert werden.

2 Selektiver Mutismus ist mehr als Schweigen

Selektiver Mutismus wird heute allgemein als „umfassende Sprachlosigkeit in mindestens einer spezifischen Situation ... trotz der Fähigkeit, in anderen Situationen zu sprechen" (übersetzt nach Dow et al. 1999, 19) verstanden. Das DSM-IV (Saß et al. 1998) und die ICD-10-GM (DIMDI 2009) spezifizieren *differentialdiagnostische Kriterien* (siehe auch Remschmidt et al. 2008), nämlich dass

- schulische/berufliche Leistungen und die soziale Kommunikation behindert sind,
- das Schweigen länger als einen Monat andauert,
- die Störung nicht ausschließlich im Verlauf einer tiefgreifenden Entwicklungs- oder psychotischen Störung auftritt,
- das Schweigen nicht durch andere Kommunikations- oder Sprachstörungen erklärt werden kann und
- die Sprechunfähigkeit nicht durch fehlende Kenntnisse in der Sprache bedingt ist.

Neben diesen „festen" gibt es auch „weiche" Merkmale für dieses sehr variantenreiche Erscheinungsbild (vgl. auch Garbani Ballnik 2009), die sich beispielsweise in extremer Schüchternheit und Erstarrung, aber auch einer ausdrucksstarken nonverbalen Kommunikation oder aggressivem oppositionellem Verhalten ausdrücken können. Es ist immer von einer komplexen (Kommunikations-)Störung auszugehen, denn vielfältige begleitende Auffälligkeiten bzw. *komorbide Faktoren* sind eher die Regel als selten. Kristensens Untersuchung (2000) belegt, vergleichbar mit früheren Studien (Übersicht bei Isensee et al. 1997), dass 98,1% der Kinder mit selektivem Mutismus mindestens eine weitere diagnostizierte Störung aufweisen (siehe Tabelle 1). Dabei steht der selektive Mutismus so oft mit einer Entwicklungsstörung in Zusammenhang wie mit einer Angststörung (vgl. auch Nissen 2009).

Die Hintergründe des selektiven Mutismus sind in den seltensten Fällen wirklich spektakulär. Vielmehr ist es ein Zusammenwirken verschiedener *Risikofaktoren* (vgl. Subellok & Katz-Bernstein 2010). Diese können einerseits unspezifischer Natur sein, das heißt jedwede entwicklungsgefährdenden Bedingungen wie Geburtskomplikationen (Steinhausen & Juzi 1996), Vernachlässigungen, Armut, spezielle familiäre Kontexte erhöhen die kindliche Vulnerabilität in physischer und psychischer Hinsicht und erklären damit als potenzierende Faktoren auch die Zunahme eines selektiven Mutismus. Darüber hinaus greifen spezifische Risikofaktoren, die in erster Linie in Verhaltensmerkmalen wie Schüchternheit (ebd., Rösler 1981), Rückzugsverhalten (Dummit et al. 1997) sowie soziale Phobie (Black & Uhde 1995) bzw. Ängstlichkeit (Rösler 1981; Steinhausen & Juzi 1996; Kristensen 2000) des Kindes selbst oder der engsten Familienangehörigen (Black & Uhde 1995; Hartmann 2007) auszumachen sind (vgl. auch Goodman et al. 2000). Dabei scheint es, dass diese Faktoren sowohl bei der Entstehung wie auch der Aufrechterhaltung oder Manifestation eines mutistischen Kommunikationsmusters zum Tragen kommen. Ein frühzeitiges Erkennen der Risikofaktoren bildet den besten präventiven Schutz. Frühe Interventionen sind unbedingt dem Abwarten auf spontane Remissionen vorzuziehen (Bergman et al. 2002; Katz-Bernstein 2007), damit sich ein vielleicht scheues und zurückhaltendes Verhalten nicht zu einem selektiven Kommunikationsmuster verdichtet.

Im Hinblick auf die hier vorgenommene Fokussierung bleibt zu fragen, inwieweit für die Situation von eineiigen Zwillingen spezifische Risikofaktoren angenommen werden können oder sich zumindest Besonderheiten herauskristallisieren, welche, gepaart mit weiteren gefährdenden Bedingungen, die Ausprägung eines selektiven Mutismus begünstigen können. Im Folgenden werden auf der Basis der Fachliteratur und eigenen klinischen Expertise sieben Hypothesen dazu formuliert.

Diagnosis (DSM-IV)	SM (n=54) n	SM (n=54) %	Control (n=108) n	Control (n=108) %	χ^2/Fisher Test	ρ Value
Any diagnosis	53	(98.1)	28	(25.9)	75.111	.000*
Any developmental disorder	37	(68.5)	14	(13.0)	51.510	.000*
Any elimination disorder	17	(31.5)	10	(9.3)	12.800	.000*
Any anxiety disorder	40	(74.1)	8	(7.4)	76.737	.000*
Any communication disorder[a]	26	(50.0)	12	(11.5)	27.832	.000*
No. of diagnoses						
1	10	(18.5)	24	(22.2)		
2	13	(24.1)	3	(2.8)		
3–7	30	(55.4)	1	(0.9)	110.467	.000*
Diagnosis in						
2 Groups	32	(59.3)	3	(2.8)	67.807	.000*
3 Groups	9	(16.7)	0	(0.0)		.000*
Anxiety disorder and developmental disorder	25	(46.3)	1	(0.9)	55.000	.000*

[a] n=52/104
* Significant.

Tabelle 1: Ergebnisse nach Diagnosegruppen für die Experimental- und Kontrollgruppe (Kristensen 2000)

3 Spezifische Risikofaktoren bei Zwillingen: Sieben Hypothesen

Das signifikant häufigere Auftreten von selektivem Mutismus bei Zwillingen im Vergleich zu Nicht-Zwillingen unterstützt die Annahme einer ***genetischen Prädisposition*** *(H1).*

In der Fachliteratur ist hinsichtlich der Ätiologie des selektiven Mutismus oftmals von einer genetischen Prädisposition die Rede (vgl. etwa Kurth & Schweigert 1972; Hartmann 1997 und 2002). Insbesondere die Häufung des Mutismus oder ähnlicher psychischer Störungen – wie etwa soziale Ängstlichkeit oder Sozialphobie – innerhalb einer Familie sprechen dafür, dass bestimmte genetische Faktoren die Entstehung eines selektiven Mutismus begünstigen (Black & Uhde 1995; Chavira et al. 2007).

Noch näher liegt die Vermutung eines möglichen Erbfaktors bei selektiv mutistischen

Zwillingen, da hier von einem nahezu identischen genetischen Code ausgegangen werden kann (Segal 1999a; Segal 2003; Mora et al. 1962; Tachibana et al. 1982). Hinweise darauf, dass bei eineiigen Zwillingen in den meisten Fällen beide und bei zweieiigen Zwillingen häufig nur einer von beiden betroffen ist (Segal 1999a), sprechen ebenso für einen genetischen Einfluss auf das Störungsbild. Da aus der Literatur keine getrennt aufwachsenden selektiv mutistischen Zwillinge bekannt sind, bleibt die Hypothese einer genetischen Disposition vage.

Aufgrund konstitutioneller Faktoren liegen bei Zwillingen häufiger ***allgemeine und sprachliche Entwicklungsstörungen*** *vor. Diese können – an sich und innerhalb der besonderen Zwillingskonstellation – das Risiko für die Ausbildung eines selektiven Mutismus erhöhen (H2).*

Die Inzidenz von Frühgeburten wie auch die eines unterdurchschnittlichen Geburtsgewichtes bzw. einer Unreife (Lung et al. 2009) sind unter Zwillingen deutlich höher als beim einzelnen Kind (Homrich da Silva et al. 2008; Buckler 1999; Rutter et al. 2003). Dies macht Zwillinge scheinbar vulnerabel für weitere Entwicklungsstörungen wie der Motorik oder vor allem auch der Sprache. Im Durchschnitt liegen Zwillinge in ihrer sprachlichen Entwicklung innerhalb der ersten drei Lebensjahre etwa drei Monate hinter einzelnen Kindern zurück (Rutter et al. 2003). Nach einer Studie von Dodd und McEvoy (1994) zeigten ca. 90% der untersuchten Mehrlinge sprachliche Auffälligkeiten, insbesondere verzögerte oder atypische phonologische Entwicklungen. Es ergeben sich zudem Hinweise darauf, dass sie zu einem gewissen Maß phonologische Repräsentationen teilen und sie die von außen als schwer verständlich bewertete Sprache ihres Zwillings besser verstehen können als jeder andere.

Zwei potenzielle Folgen können sich hieraus ergeben. Zum einen besteht die Möglichkeit, dass sich die Zwillinge durch ihre gemeinsam geteilte, schwer verständliche Sprache noch enger als Einheit erleben und sich zunehmend von der äußeren Welt abgrenzen. Zum anderen können die linguistischen und auch pragmatischen Unsicherheiten bewirken, dass Zwillinge – wie auch einzelne Kinder – sich in bestimmten sprachlichen Anforderungssituationen stark überfordert fühlen und sie darauf mit Verstummen reagieren (Katz-Bernstein 2007).

Das Zwillingsdasein an sich bedingt quantitativ und qualitativ andersartige Eltern-Kind-Interaktionsmuster mit überwiegend triadischer Ausrichtung. Dies kann Auswirkungen auf die sprachliche und kommunikative Entwicklung haben und als Risikofaktor für die Ausbildung eines selektiven Mutismus wirken (H3).

Ab der Geburt stehen Eltern von Zwillingen einer großen Herausforderung gegenüber: das Aufziehen zweier Kinder im identischen Alter mit gleichen entwicklungsmäßigen Bedürfnissen. Nur selten wird es den Idealfall geben, dass Zwillinge von zwei Personen gleichzeitig betreut werden. Damit ergeben sich im Gegensatz zur dyadischen Interaktion zwischen einem einzelnem Kind und seiner Bezugsperson in Familien mit Zwillingen gehäuft Interaktionsmuster mit triadischer Ausrichtung. Auch wird der Pflegeaufwand während der ersten zwei Jahre von den Eltern oft als so intensiv beschrieben, dass für lustvolle kommunikative „Formate" (Bruner 2002), also ritualisierte, handlungsbegleitende und sprachfördernde Interaktionen, weniger Zeit und Rahmen bleiben. Durch beides ist die Quantität und Qualität des sprachlichen Inputs im Hinblick auf das Erlernen kommunikativer Regeln reduziert. Stafford (1987) beschreibt das sprachliche Verhalten von Zwillingsmüttern als weniger responsiv und Konversation auslösend als es ansonsten „intuitiv" (Papoušek 1994) in der dyadischen Eltern-Kind-Beziehung verankert ist. Die Interaktion zwischen Müttern und Zwillingen sei vielmehr von oftmaligen Unterbrechungen, gleichzeitigem Sprechen sowie häufigen Störungen des Turn-taking geprägt. Dieses kann einen negativen Einfluss auf die sprachliche Entwicklung von Zwillingen haben (Thorpe et al. 2003). Auch ist davon auszugehen, dass Zwillinge deshalb eher unsichere innere Repräsentationen von Dialogregeln ausbilden können und es ihnen schwerer fällt, Beziehungen zu regulieren und mit kommunikativen Situationen souverän umzugehen. Dies kann das Risiko in sich bergen, in fremden kommunikativen Situationen mit Rückzug und Schweigen zu reagieren bzw. einen selektiven Mutismus zu entwickeln.

Das Phänomen der Zwillingssprache begünstigt den Rückzug auf sich selbst und erschwert den von selektiv mutistischen Kindern nicht bewältigten kommunikativ-sprachlichen Übergang in weitere soziale Umweltsysteme (H4).

In der einschlägigen Fachliteratur zur Zwillingspsychologie wird das Thema „Zwillingssprache" kontrovers diskutiert. Einige Autoren gehen davon aus, dass Zwillinge bzw. Mehrlinge, welche Schwierigkeiten im Erwerb der Muttersprache haben, eine eigene, gemeinsame Sprache entwickeln, die für Außenstehende nur schwer verständlich ist (*autonomous language,* Bakker 1987; (1) *shared understanding speech* und (2) *private language,* Thorpe et al. 2001). Andere wenden sich gegen dieses Phänomen der Zwillingssprachen (Dodd und McEvoy 1994) und führen dieses auf gehäuft auftretende phonologische Auffälligkeiten zurück, die von Außenstehenden als eigene Sprache interpretiert werden.

Unabhängig vom jeweiligen Erklärungsversuch wird eine gemeinsame Folge dieses Phänomens deutlich: Zwillinge verstehen sich gegenseitig, doch werden sie von der Umwelt häufig nicht verstanden. Dieses kann zu Frustrationserlebnissen der Kinder führen und die Sprechmotivation vermindern. Erschwerend kommt hinzu, dass der einzelne Zwilling aufgrund der Vertrautheit zum Partner nicht darauf angewiesen ist, sein Sprachsystem an die Erwachsenensprache anzupassen. Die gegenseitige Verbundenheit und ähnliche Bedürfnislagen erlauben es, jeweilige Handlungsabsichten auch ohne Sprache zu verstehen; Absichtsverkündungen werden überflüssiger (Tomasello 2006). Dadurch besteht die Gefahr, dass sprachlich schwer verständliche Zwillinge sich auf sich selbst zurückziehen und ein Übergang in äußere, zum Teil fremde soziale Umweltsysteme zunehmend schwerer wird. In extremen Fällen kann dies zum Verstummen beider Zwillinge führen.

Eineiige bzw. optisch ähnliche Zwillinge evozieren eine besondere Art der Aufmerksamkeit aus der Umwelt, die von ihnen als (stark) verunsichernd erlebt werden kann. Ein selektiv mutistisches Rückzugsverhalten kann vor diesem Hintergrund als wirksame Abgrenzungsstrategie interpretiert werden (H5).

Durch die relative Seltenheit der phänotypischen Ähnlichkeit erhalten eineiige Zwillinge zumeist eine erhöhte Aufmerksamkeit durch die Umwelt, wie zum Beispiel beob-

achtet und angesprochen werden oder auch eine übermäßige körperliche Distanzlosigkeit fremder Personen. Im Vor- und Grundschulalter müssen Kinder noch lernen, ihre Bedürfnisse von Nähe und Distanz mittels non-verbaler Regulatoren (Krause 1988) auszudrücken. Sie sind noch auf Eltern oder andere Erwachsene angewiesen, welche ihnen im häuslichen wie auch öffentlichen Rahmen einen „Safe-Place" (Katz-Bernstein 1996, 2007) schaffen: Im Hinblick auf als verunsichernd oder übergriffig erlebte bzw. überfordernde Kommunikationsangebote gleichen erwachsene Personen aus, vermitteln und schützen, bis das Kind die Selbstregulation von Beziehungen eigenwirksam verinnerlicht hat (Holodynski 1999; Papoušek & Papoušek 1999). Nur wenn es seine eigenen Grenzen und eine Sicherheit in der menschlichen Interaktion erfährt, kann es nach außen treten und sich kommunikativ präsentieren.

Eltern eineiiger Zwillinge stehen vor der Herausforderung, gleich zwei Kindern, die einer besonderen Aufmerksamkeit fremder Personen ausgesetzt sind, als Referenz- und Vermittlungspersonen zur Überwindung von Fremdheit zur Verfügung zu stehen. Wenn zudem Fremde ungeschickt in der Kontaktaufnahme und die Kinder sehr scheu sind, können diese Begegnungen als äußerst stresshaft und zum Teil beängstigend erlebt werden. Solidarischer Rückzug beider Kinder ist vorprogrammiert, weil er schlicht die einfachere Lösung bietet. Schweigen kann dann eine subjektiv sinnvolle Bewältigungsstrategie für solche Stresssituationen darstellen, da es zum einen Unsicherheit beim Gegenüber auslöst und der Schweigende sich deutlich vom Anderen abgrenzen kann. Zum Anderen kann derartiges Verhalten die Zuwendung und Hilfe der Bezugsperson (vgl. auch Bahr 2006) sichern und die Bedrohlichkeit der Situation vermindern.

Das Vorhandensein eines spiegelnden Gegenübers ermöglicht den Kindern nur eingeschränkt, sich in Abgrenzung zum anderen Zwilling als eigenes „Ich" zu erleben. Die Verunsicherung im Hinblick auf die eigene Person erschwert die kommunikative Selbstdarstellung nach außen, welche für selektiv mutistische Kinder ein Kernproblem darstellt (H6).

Die phänotypische Ähnlichkeit eineiiger Zwillinge kann nicht nur Außenstehende irritieren, sondern hat zudem einen besonderen Einfluss auf die Identitätsentwicklung des einzelnen Zwillings. Nach Deutsch, Schäfer und Wagner (1999) wird das Bewusstsein des Selbst unter anderem durch eigenen Besitz, wie zum Beispiel Kleidung, sowie das gesamte äußere Erscheinungsbild beeinflusst. Das visuelle Selbsterkennen ist einer der wichtigsten Entwicklungsschritte und für eineiige Zwillinge besonders erschwert: das eigene Spiegelbild ist nicht nur als Abbild ihres Zwillings, sondern als das eigene wahrzunehmen. Erschwerend kommt hinzu, dass Verwechslungen von Außenstehenden mehr oder weniger das ganze Leben bestehen bleiben. Auch werden Zwillinge weniger als Individuum, sondern häufiger als Paar angesprochen. Diese frühen sozialen Beziehungserfahrungen sind prägend für die Entwicklung des Selbst (Stern 1992).

Sobald Kinder Sprache als Ausdrucksmittel der eigenen Person entdeckt haben, können sie ihre eigene Idee eines Selbst konkretisieren. Sie benennen sich mit ihrem Eigennamen und entdecken das Wort „Ich". Die Fähigkeit des narrativen Selbstempfindens (ebd.) bzw. Selbstverstehens (Nelson 2002) ermöglicht ihnen, ihre persönlichen Erlebnisse in einer kohärenten Lebensgeschichte bzw. im autobiographischen Gedächtnis (Markowitsch & Welzer 2006) zu organisieren. Die eigene Identität wird ausdifferenziert. Zwillinge aber wachsen gemeinsam auf, ähneln sich zum Teil in ihrem psychischen Verhalten (Jaeger & Metzker 1968) und verfügen durch die enge Bindung zueinander über wenig Erlebnisse, die sie als Individuen auszeichnen (Tomasello 2006). Es wird angenommen, dass Zwillinge eine Paaridentität ausbilden, in welcher sie ihre gemeinsamen Erlebnisse organisieren, und dass diese potenziell der persönlichen Identität sogar vorangehen kann (vgl. auch Deutsch et al. 2000). Resultierende Verunsicherungen im Hinblick auf sich selbst wirken sich auch immer verunsichernd auf die Kommunikation aus, denn die adäquate Vermittlung von Gedanken, Bedürfnissen und Wünschen als „Selbstenthüllung" (Bahr 2006) bedarf neben linguistischer Fähigkeiten insbesondere eines gefestigten Selbstkonzeptes. Diese beiden Aspekte können bei Zwillingen nur unsicher ausgeprägt sein, so dass die eigene „Nichtenthüllung" (ebd.) – durch Schweigen – logische Konsequenz sein kann.

Das enge dyadische Beziehungsmuster untereinander zeigt sich wenig flexibel gegenüber Entwicklungs- und Veränderungsprozessen unabhängig vom Anderen. Dies bedingt einen speziellen eigendynamischen Prozess, der zur Aufrechterhaltung des selektiven Mutismus bei Zwillingen beiträgt (H7).

Wie bereits festgestellt bilden Zwillinge eine sie eng verbindende Paaridentität und gegenüber anderen eine starke Gemeinschaft (Sandbank 1999; Segal 1999b). Haben beide Zwillinge einen selektiven Mutismus ausgeprägt, stellt dieser einen starken identitätsstiftenden Faktor dar. Zusätzlich zum Attribut „Zwilling" verstärkt das Merkmal „Schweigen" die Besonderheit der Kinder. Das Fallbeispiel zweier eineiiger, weiblicher Zwillinge zeigt deutlich, dass mutistisches Verhalten gepaart mit einem Zwillingsdasein die Symptomatik im Sinne einer Aufrechterhaltung des Schweigens beeinflussen und sogar verstärken kann (Segal 2003). Die Zwillinge berichten selbst, dass es keine Notwendigkeit zum Reden gäbe, da ihre Freunde sie so mögen würden, wie sie seien, und sie das Schweigen (als Persönlichkeitsmerkmal) daher nicht ablegen müssten (ebd.).

Wenn das Merkmal „Schweigen" Teil der Paaridentität ist, kann es nicht von einem Zwilling unabhängig vom anderen aufgegeben werden. Der Solidaritätsdruck der intimsten Person ist zu groß. Beide Zwillinge müssen sich dazu entscheiden, das Schweigen zu beenden, damit sich die gemeinsame Identität anpassen und der Einzelne den Schritt zum Sprechen meistern kann. Dieser Prozess scheint jedoch ein sehr langwieriger und komplexer innerhalb der Zwillingsbeziehung zu sein. Häufig etablieren sich verschiedene Rollen, welche die Partnerschaft organisieren und die Dyade stabilisieren (Segal 2003). Somit besteht die Möglichkeit, dass der dominante Zwilling das Schweigen aufrechterhalten will und der submissive Zwilling dadurch praktisch gezwungen wird zu folgen, selbst wenn er an sich bereit wäre zu sprechen. Vor diesem Hintergrund scheint eine Entwicklung zum Sprechen losgelöst vom anderen für Zwillinge nur schwer möglich zu sein.

4 Informelle Befragung von Mutismus-Therapeuten

4.1 Zielsetzungen und Fragestellungen

Wie bereits erläutert sind der deutschsprachigen Fachliteratur mit Ausnahme weniger Veröffentlichungen keine differenzierten

Hinweise auf selektiven Mutismus bei Zwillingspaaren zu entnehmen; die wenigen aktuellen, als Fallbeschreibungen publizierten Werke entstammen dem angloamerikanischen Raum. Vor diesem Hintergrund erscheint es interessant zu erfahren, wie sich das Phänomen im deutschen Sprachraum – zumindest partiell – abbildet. Dass dabei ein flächendeckendes und umfassendes Abbilden nur schwierig zu realisieren ist, liegt nahe: Der selektive Mutismus an sich ist schon selten, selektiver Mutismus bei Zwillingen ist quantitativ betrachtet noch seltener anzutreffen. So ist bei einer Erhebung nicht mit großen Kohorten zu rechnen, sondern eher nach Einzelfällen zu suchen.
Unter anderem dieser impliziten Logik folgend gilt das Interesse nicht einer repräsentativen Erhebung mit zu erwartenden epidemiologisch aussagekräftigen Ergebnissen. Neben dem grundsätzlichen Auftun der eher seltenen Fälle ist es vorrangiges Anliegen, im Rahmen eines prinzipiell einzelfallbezogenen Vorgehens Experteneinschätzungen zu gewinnen und diese qualitativ auszuwerten. Es geht dabei um die Perspektiven und subjektiven Theorien von sprachtherapeutischen oder logopädischen Fachpersonen, die bereits auf Erfahrungen mit selektiv mutistischen Kindern bzw. Zwillingen zurückgreifen können. Ziel ist es, die eigenen Erfahrungen und Hypothesen mit denen anderer Therapeuten in einen Abgleich zu bringen, um diese damit auf einer breiteren Datenbasis von verschiedenen Expertenmeinungen abzusichern. Im Einzelnen wird folgenden Fragen nachgegangen:

- Welche subjektiven Theorien und Erklärungen haben sprachtherapeutische/logopädische Experten über zwillingsspezifische Faktoren in der Entwicklung und Aufrechterhaltung des selektiven Mutismus?
- Inwieweit stimmen diese Erklärungen bzw. Erfahrungen im Hinblick auf zwillingsspezifische Faktoren mit unseren eigenen Hypothesen überein?
- Haben diese zwillingsspezifischen Faktoren Auswirkungen auf das therapiedidaktische Handeln?

4.2 Stichprobe

Konsequent dem angegebenen Untersuchungsinteresse folgend handelt es sich um eine selektiv rekrutierte Stichprobe. Adressaten sind für den Bereich des selektiven Mutismus ausgewiesene sprachtherapeutische und logopädische Fachpersonen bzw. solche, die als Therapeuten in den entsprechenden einschlägigen Internet-Verzeichnissen eingetragen sind. Als Quellen dienen die in Deutschland für den selektiven Mutismus prominenten Expertenforen und -plattformen:

- Mutismus-Netzwerk des Sprachtherapeutischen Ambulatoriums der Technischen Universität Dortmund: www.fk-reha.uni-dortmund.de/zbt
- Mutismus Selbsthilfe Deutschland e. V. Köln (Therapeutenverzeichnis): www.mutismus.de
- StillLeben e. V. Hannover (Therapeutenverzeichnis): www.selektiver-mutismus.de
- Mutismus-Beratungszentrum München: www.mutismus.net

Insgesamt sind anhand dieser Quellen 191 Mail-Adressen ausgewiesener Therapeuten im gesamten Bundesgebiet, schwerpunktmäßig Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen, in die Erhebung einbezogen worden. Auch wenn selbstredend davon auszugehen ist, dass in Deutschland noch (wesentlich) mehr sprachtherapeutische Fachpersonen im Bereich des selektiven Mutismus praktizieren, so wird mit dieser Stichprobe zumindest ein großer Ausschnitt des öffentlich ausgewiesenen Expertentums quasi „repräsentativ" abgebildet.

4.3 Methodik

Bei dem Erhebungsinstrument handelt es sich um einen kurzen Fragebogen (siehe Abbildung 1) über Erfahrungen mit eineiigen selektiv mutistischen Zwillingen, bei denen keine umfassenden anderen Entwicklungsstörungen wie etwa kognitive Beeinträchtigungen oder Störungen aus dem autistischen Spektrum vorliegen dürfen. Eine Beschränkung auf diese Klientel lässt sich einmal erklären mit der Besonderheit eineiiger Paare, bei denen die erfragten etwaigen Spezifika, maßgeblich aufgrund der äußerlichen Ähnlichkeit und der damit verbundenen Entwicklungsprozesse, noch stärker zum Tragen kommen dürften. Darüber hinaus werden gravierende Entwicklungsstörungen ausgeschlossen, da diese die zwillingsspezifischen Besonderheiten überlagern würden, insbesondere wenn nur ein Zwilling betroffen wäre. Auch sollten beide Kinder des Zwillingspaares einen selektiven Mutismus aufweisen.

Begründet werden die offenen Fragestellungen mit dem Interesse, genau das erfassen zu wollen, was den Therapeuten am wichtigsten erscheint und deshalb auch am zuverlässigsten genannt werden wird. Außerdem ist davon auszugehen, dass auch genau dieses „Wichtigste" mit größter Wahrscheinlichkeit seinen Niederschlag im konkreten therapiedidaktischen Handeln finden wird. Für die Ermittlung dieses favorisierten Gegenstandsbereiches ist es zu vernachlässigen, ob die Angaben der Therapeuten auf aktuellen oder bereits abgeschlossenen Behandlungen selektiv mutistischer Kinder basieren. Was aus einer retrospektiven Betrachtung bleibt, sind in der Regel genau die als zentral erachteten Spezifika. Deswegen wurde keine diesbezügliche Unterscheidung vorgenommen.

Der Fragebogen wird mit einem erklärenden Begleitschreiben an die ermittelten 191 sprachtherapeutischen Experten online verschickt. Um Beantwortung als Online- oder Papierversion innerhalb von vier Wochen wird gebeten, auch im negativen Fall,

Eineiige selektiv mutistische Zwillinge
Fragebogen

Mädchen/Junge:	
Beginn des Schweigens (wenn bekannt):	
Alter der Kinder zu Beginn der Therapie:	
Dauer der Sprachtherapie:	

- Welche „zwillingsspezifischen" Faktoren können Ihrer Meinung nach an der *Entstehung* des Schweigens beteiligt gewesen sein?
- Welche „zwillingsspezifischen" Faktoren können Ihrer Meinung nach an der *Aufrechterhaltung* des Schweigens beteiligt gewesen sein?
- Gibt oder gab es Ihrer Meinung nach „zwillingsspezifische" Besonderheiten für die *Sprachtherapie* (z. B. Setting, Frequenz, Abstimmung)?

Abbildung 1: Fragebogen zu zwillingsspezifischen Besonderheiten bei selektivem Mutismus

das heißt wenn bislang keine Erfahrungen mit selektiv mutistischen Zwillingen vorliegen.

Die inhaltliche Auswertung der „positiven" Antworten erfolgt durch zwei nicht in die Studie involvierte, doch mit dem Phänomen Mutismus vertraute weitere Fachpersonen, um eine größtmögliche Objektivität der Ergebnisse zu gewährleisten. Methodisch wird dem qualitativen Design entsprechend mit der zusammenfassenden „Inhaltsanalyse" (Mayring 2008) gearbeitet. Das heißt durch induktive Kategorienbildung werden in einem Verallgemeinerungsprozess direkt aus dem Ausgangsmaterial (Antworttexte) Schwerpunkte abgeleitet, inhaltlich gebündelt und mit Ankerzitaten belegt. Im Fachdiskurs erfolgt dann unter Einbezug von Studierenden ein Abgleich der Ergebnisse mit den eigenen Hypothesen sowie deren Interpretation und Diskussion.

5 Befragungsergebnisse

5.1 Merkmale der identifizierten Zwillingspaare

Von den 191 angeschriebenen Fachpersonen haben insgesamt 91 geantwortet. Die Auswertung erbringt 84 negative und sieben positive Rückmeldungen, d.h. nur sieben Experten können auf Erfahrungen mit eineiigen selektiv mutistischen Zwillingen zurückblicken. Allerdings finden sich unter den negativen Rückmeldungen sieben weitere interessante Geschwister- und Mehrlingskonstellationen, die jedoch die Kriterien unserer Befragung nicht erfüllen. In die qualitative Inhaltsanalyse gehen somit nur sieben bzw. letztlich sechs Bögen ein, da von einem Experten lediglich einige grundlegende Angaben zu den Kindern gemacht werden. Die inhaltlichen Fragen wurden aus mangelnder Vergleichbarkeit nicht beantwortet.

Insgesamt können zwölf eineiige Zwillingspaare identifiziert werden, von denen fünf dem Patientenstamm des Instituts für Sprachtherapie unter der Leitung von Boris Hartmann entstammen. Elf der Zwillingspaare sind weiblich, lediglich ein Zwillingspaar männlich.

5.2 Qualitative Inhaltsanalyse

Mittels qualitativer Inhaltsanalyse des Datenmaterials werden Faktoren

- zur Entstehung des Schweigens,
- zur Aufrechterhaltung des Schweigens sowie
- zu Besonderheiten der Sprachtherapie

ermittelt und anhand eines Kategoriensystems aufgeschlüsselt. Die Ergebnisse sind in den Tabellen 2, 3, 4 und 5 zusammengefasst.

Kategorie	Anzahl der Nennungen	Ankerbeispiele
E1 Erschwerte Individuation	5	„wenig Möglichkeiten innerhalb der Familie eine eigene Persönlichkeit zu entwickeln" „besondere Aufmerksamkeit der Zwillinge"
E2 Zwillingssprache	3	„verstanden einander, aber von der Umwelt nicht verstanden" „gemeinsam, ‚verabredete' Verschwiegenheit"
E3 Allgemeine Disposition	3	„stilles/gehemmtes Naturell" „familiäre Disposition, kulturelle Unterschiede und mögliche Traumatisierungen"
E4 Differenzierte Charaktere	2	„eines der Mädchen sehr dominante Rolle in Geschwisterbeziehung"

Tabelle 3: Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse zu entstehenden Faktoren

Kategorie	Anzahl der Nennungen	Ankerbeispiele
A1 Hemmende Loyalität	4	„hemmen sich gegenseitig" „kurzer Blick genügt, sodass beide jegliche Kommunikation einstellen"
A2 Geringerer Leidensdruck	3	„Öffnung nach außen nicht notwendig; haben sich gegenseitig" „sind mit dem Schweigen nicht alleine"
A3 Differenzierte Charaktere (siehe auch E4)	2	„eine verbietet teilweise der Anderen das Sprechen" „je ein Mädchen, das offener ist und Aufgabe für die andere übernimmt"
A4 Symbiotische Beziehung	2	„inniges/enges Verhältnis zueinander; Doppelpack" „innige, kommunikativ, empathische und soziale Kontakte abdeckende Symbiose"

Tabelle 4: Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse zu aufrechterhaltenden Faktoren

Beginn des Schweigens	Kleinkindalter (0–3 Jahre)	Kindergartenalter (3–6 Jahre)	Schulalter (> 6 Jahre)	keine Angaben
ermittelte Paare	6 Paare	4 Paare	0 Paare	2 Paare

Beginn der Therapie (Alter der Kinder)	4–8 Jahre	9–13 Jahre	14–18 Jahre	keine Angaben
ermittelte Paare	4 Paare	6 Paare	2 Paare	0 Paare

Tabelle 2: Altersverteilung bezogen auf den Beginn des Schweigens und Beginn der Therapie

Kategorie	Anzahl der Nennungen	Ankerbeispiele
T1 Zwillingsspezifisches Therapiesetting	5	„nach anfänglich gemeinsamen Sitzungen schnelle Trennung der Mädchen“ „wechselnde Phasen der Einzel- und gemeinsamen Therapie“
T2 Gemeinsames Aufrechterhalten des Schweigens	3	„aufgrund der ‚Kongruenz der inneren Uhr’ kommt es zu einer Aufrechterhaltung der mutistischen Symptomatik/sobald im selben Raum => gegenseitige Verstärkung“ „gemeinsam ist es leichter weiter zu schweigen“
T3 Individualität würdigen	3	„zentrales therapeutischen Thema des ‚anders’ und ‚eigen’ Seins als Möglichkeit (unterschiedliche Kommunikationsangebote)“ „wichtig: individuellen Weg/würdigen Abschied aus dem Schweigen schaffen“
T4 Positive Konnotation der Konkurrenz der Zwillinge untereinander	2	„Konkurrenz der Zwillinge als Mittel der Motivation“ „konstruktiver Blick: öffnet sich der eine, öffnet sich der andere Zwilling“

Tabelle 5: Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse zu Besonderheiten in der Therapie

6 Diskussion

Wenn bei einer relativ hohen Rücklaufquote der Fragebögen von knapp 48% (n=91) insgesamt nur sieben Experten und zwölf eineige selektiv mutistische Zwillingspaare identifiziert werden, so wird damit bestätigt, dass es sich in der Tat um ein seltenes, wohl aber sehr spezielles Phänomen handelt, wie die qualitative Inhaltsanalyse der wenigen Daten weiter zeigt. Denn trotz zum Teil geringer Erfahrungen mit selektiv mutistischen Zwillingen haben die Fachleute differenzierte, subjektive Theorien entwickelt, um das Entstehen sowie Aufrechterhalten des Schweigens bei dieser Klientengruppe zu erklären. Die qualitativ ermittelten Kategorien beinhalten große Übereinstimmungen zu den entwickelten Hypothesen (siehe Kapitel 3) und den in der Fachliteratur dokumentierten Fallbeispielen (Balla-Jaeger 1971; Gray et al. 2002; Jaeger & Metzker 1968; Kroppenberg 1987; Mora et al. 1962; Segal 2003; Sharkey et al. 2005; Tachibana et al. 1982).

H1: Genetische Prädisposition

Insgesamt drei Fachpersonen (siehe E3) vermuten einen Einfluss genetischer Prädispositionen bei der Entstehung eines selektiven Mutismus bei Zwillingen. Ebenso spricht sich die Fachliteratur mehrheitlich für einen Zusammenhang mit familiären Dispositionen aus (vgl. Mora et al. 1962; Gray et al. 2002; Segal 2003; Sharkey et al. 2006). Insgesamt scheint damit der Faktor einer genetischen Prädisposition einen deutlichen Einfluss auf die Entwicklung eines selektiven Mutismus zu haben. Auch wenn diese Disposition selbst nicht beeinflussbar ist, so ergeben sich daraus dennoch vielfache Entwicklungskonsequenzen, denen therapeutisch begegnet werden kann und muss.

H2: Allgemeine und sprachliche Entwicklungsstörungen

Da die Vermutung eines Zusammenhangs zwischen allgemeinen bzw. sprachlichen Entwicklungsstörungen und selektivem Mutismus nur von einem Experten angestellt wurde, konnte keine Kategorie im Rahmen der Inhaltsanalyse gebildet werden (vgl. Kapitel 5.2). In den bislang dokumentierten Falldarstellungen wird dieser Faktor ebenfalls nur selten fokussiert. Vielmehr finden sich zahlreiche Studien zur Sprachentwicklung und deren Verzögerung in der allgemeinen Literatur der Zwillingspsychologie (siehe Kapitel 3). Dieser Faktor scheint demnach aus Sicht der Fachpersonen wenig relevant bei der Entstehung eines selektiven Mutismus. Zu vermuten ist, dass er einen relativ „normalen“ Risikofaktor für das Störungsbild darstellt und eben nicht als zwillingsspezifisch wahrgenommen wird oder aber die Experten den (Sprach-)Entwicklungsverlauf der heute älteren Kinder nur noch schwer nachvollziehen können.

H3: Eltern-Kind-Interaktionsmuster

Eine Nennung des Faktors „triadische Interaktionsmuster“ findet sich weder in den Antworten der Fachpersonen noch in den dokumentierten Falldarstellungen. Lediglich in der allgemeinen Zwillingspsychologie wird von einem negativen Einfluss triadischer Interaktionsformen auf die Sprachentwicklung von Zwillingen berichtet (vgl. Stafford 1987; Thorpe et al. 2003). Dieser Faktor spielt potenziell beim Erlernen kommunikativer Regeln in der Sprachentwicklung eine Rolle und ist damit häufig nur retrospektiv zu betrachten. Folglich ist er für Therapeuten schwer zu erfassen und eher selten beeinflussbar. Dennoch wird er hier als wichtiger Einflussfaktor angesehen und kann insbesondere in der Elternberatung betroffener Kinder als Diskussionspunkt gelten.

H4: Zwillingssprache

Insgesamt werden drei Fachleute (siehe E2) identifiziert, die sich für den Einfluss einer Zwillingssprache auf die Entwicklung eines selektiven Mutismus aussprechen. In den dokumentierten Falldarstellungen finden sich keine Hinweise auf eine spezielle Sprache der Zwillinge. Eine gemeinsame Sprache als Folge einer sprachlichen Entwicklungsproblematik würde maßgeblich im Kindergarten- und Grundschulalter in Erscheinung treten. Nur vier der elf Zwillingspaare sind zu Beginn der Therapie im Alter zwischen vier und acht Jahren. Bei diesen scheint das Phänomen der Zwillingssprache nicht von Bedeutung oder beobachtbar gewesen zu sein. Bei den übrigen Paaren ist eine genaue Beurteilung aus der Retrospektive für die teilnehmenden Fachpersonen erschwert bzw. trägt der Faktor ebenfalls keine Relevanz. Ebenso bleibt zu diskutieren, inwieweit das Phänomen der Zwillingssprache überhaupt existent ist (vgl. Kapitel 3). Diese Hypothese ist daher eher als wenig relevant anzusehen. Sie kann im Hinblick auf die enge Beziehung zwischen den Zwillingen als verstärkender Faktor wirken, scheint als Einzelfaktor jedoch nur schwach einflussnehmend.

H5: Aufmerksamkeit und Abgrenzungsstrategie

Eine der befragten Fachpersonen vermutet ebenso wie Segal (2003) in ihrer Falldarstellung eines selektiv mutistischen Zwillingspaares, dass eine besondere Aufmerksamkeit, die Zwillinge zumeist erhalten, Einfluss auf die Entstehung bzw. Aufrechterhaltung

des Schweigens nimmt. Es wird angenommen, dass diese Aufmerksamkeit gepaart mit Schüchternheit zu einer Überforderung der Kinder in sozialen Interaktionen und als Reaktion zu einem Rückzugsverhalten geführt haben kann. Die oben aufgestellte Hypothese zu diesem Themenkomplex bezieht bislang mit ein, dass eine derart übermäßige Beachtung von Kindern als übergriffig erlebt werden und ein Schweigen eine wirksame Art der Abgrenzung darstellen kann. Dass dieses insbesondere in Kombination mit einem schüchternen Naturell greifen wird, muss als relevanter, ergänzender Faktor in unserer Hypothese berücksichtigt werden.

H6: Eigenes „Ich"

Alle Fachpersonen sprechen sich für eine Problematik innerhalb der Identitätsentwicklung von Zwillingen aus (Kategorien E1 und A4), die Einfluss auf den selektiven Mutismus nimmt. Beispielhaft vermuten auch Mora und Mitarbeiter (1962), dass Verwirrungen in der Ich-Entwicklung bei Zwillingen in Zusammenhang mit der Entstehung und Aufrechterhaltung eines schweigenden Verhaltens beider Kinder stehen. Damit stellt die Entwicklung des eigenen „Ichs" ein zentrales Thema im Umgang mit selektiv mutistischen Kindern dar. Dies bestätigt unsere Vermutungen, dass die stärkere Präsenz einer Paaridentität bei Zwillingen die Ich-Entwicklung des Einzelnen beeinträchtigt und damit eine sprachliche Selbstdarstellung erschwert wird.

H7: Dyadisches Beziehungsmuster

Die Kategorien A1 bis A4 spiegeln ein breites Spektrum der Qualität der Zwillingsbeziehung wieder, welcher von allen Fachpersonen eine tragende Bedeutung zukommt. Die Hypothese des dyadischen Beziehungsmusters wird demnach in unserer Befragung am stärksten bestätigt. Auch in den bereits publizierten Fallbeispielen finden sich gehäuft Beschreibungen dieser Beziehung als symbiotisch (Sharkey et al. 2006; Tachibana et al. 1982). Die starke Loyalität zueinander kann dabei hemmend auf die Entwicklung des einzelnen Zwillings wirken. Ebenso kann durch den mitbetroffenen Partner weniger Leidensdruck und damit eine geringere Notwendigkeit bestehen, das Schweigen zu brechen. Da erst auf der Grundlage eines vorhandenen Leidensdrucks der Wille zur Veränderung beim Kind entstehen kann, scheint der Faktor der Zwillingsbeziehung derjenige mit der stärksten Auswirkung auf das therapeutische Handeln zu sein. Dies spiegelt sich bereits in den Antworten der Fachpersonen bezüglich zwillingsspezifischer Besonderheiten der Sprachtherapie wieder (siehe Kategorien T1 bis T4). Für eine ausführliche Diskussion dieser Kategorien bzw. der therapeutischen Konsequenzen wird auf den zweiten Teil dieses Artikels verwiesen (in Vorber.).

Zusammenfassend scheinen die beiden letzten Hypothesen, nämlich die der Identitätsentwicklung sowie der besonderen Zwillingsbeziehung, am wichtigsten für Fachpersonen zu sein. Dies bedeutet nicht, dass die übrigen Hypothesen keine oder nur geringe Relevanz für die Entstehung und Aufrechterhaltung des Schweigens haben müssen. Vielmehr war es das Ziel der Untersuchung, die aus Therapeutensicht wichtigsten Faktoren herauszufiltern.

Somit ist die enge Zwillingsbeziehung in zweierlei Hinsicht als zentraler Einflussfaktor bei der Entstehung wie auch Aufrechterhaltung des Schweigens anzusehen. Sie spielt zum einen in der Ich-Entwicklung des Einzelnen eine große Rolle, indem durch wenig individuelle Erfahrungen sowie das spiegelnde Gegenüber eine dominantere Paaridentität als Ich-Identität erworben wird. Zum anderen sind Zwillinge untereinander derart solidarisch aufeinander bezogen, dass eine Entwicklung eines Zwillings unabhängig vom anderen nur schwer möglich ist.

7 Ausblick

Nach dem ersten Kontaktaufnahmeversuch zu viert sitzen wir uns nun in verschiedenen Räumen jeweils zu zweit gegenüber – Paula und Emma wirken zunächst noch verunsichert, nachdem die Schwester gegangen ist. „Mama und Papa haben euch bestimmt erzählt, warum ihr hierher kommt?" Zaghaftes Nicken. „Hier kommen viele Kinder hin, die zuhause viel erzählen, aber z. B. in der Schule nicht sprechen. So wie du und deine Schwester. Wir helfen den Kindern, mit allen sprechen zu lernen, mit denen sie dies möchten." Jede Therapeutin erzählt von anderen selektiv mutistischen Kindern und von ihren Entwicklungsschritten. Dann wird geschaut, mit wem Paula bzw. Emma bereits spricht und mit wem noch nicht. Beide Mädchen beginnen jeweils zunächst zögerlich, dann zunehmend sicherer, Antwortalternativen anzukreuzen. Auf die Frage hin, wie gerne sie jeweils mit allen Menschen sprechen möchten, kreuzt Paula auf einer Skala von 0 bis 5 eine 1 an, Emma eine 4!

Diese erste Therapiestunde liefert bereits wichtige Erkenntnisse: Eine Trennung der Zwillinge und die Schaffung eines dyadischen Rahmens sind ebenso notwendig, wie es sich förderlich auf die kommunikative Öffnung und das individuelle Agieren auszuwirken scheint, dass jedem Kind eine „eigene" Bezugstherapeutin zur Verfügung steht. Der Weg zum (späteren) Sprechen wird dadurch quasi initiiert und eröffnet. Dieses sind für eine Sprachtherapie sehr außergewöhnliche Bedingungen. Doch offensichtlich macht das sehr spezielle Erscheinungsbild des selektiven Mutismus bei (eineiigen) Zwillingen genau diese erforderlich. Zwillingsspezifische Faktoren sind im therapeutischen Prozess auch deshalb nicht zu vernachlässigen, da sie bereits eine zentrale Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung des Schweigens gespielt haben können, wie die hier formulierten und durch sprachtherapeutische Expertenmeinungen gestützten Hypothesen nahe legen. Dass auf einige dieser Faktoren erfolgreich eingewirkt werden kann, wird im zweiten Teil des Beitrags „Gemeinsam Schweigsam" mittels therapiedidaktischer Überlegungen aufgezeigt und am Beispiel von „*Emma und Paula*" konkretisiert (in Vorber.).

Literatur

Bahr, R. (2006): Schweigende Kinder verstehen. Kommunikation und Bewältigung beim selektiven Mutismus. 4. Aufl. Heidelberg: Universitätsverlag Winter.

Balla-Jaeger, W. (1971): Mutismus bei eineiigen Zwillingen – ein katamnestischer Bericht. Acta paedopsychiatrica, 38, 17-21.

Bakker, P. (1987): 'Autonomous language in twins'. Acta Geneticae Medicae et Gemellologiae: Twin Research 36, 233-238.

Bergman, R.L., Piacentini, J. & McCracken, J. T. (2002): Prevalence and description of selective mutism in a scholl-based sample. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 41, 938-946.

Black, B. & Uhde, T.W. (1995): Psychiatric Characteristics of Children with Selective Mutism: A Pilot Study. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 34, 7, 847-856.

Bruner, J. (2002): Wie das Kind Sprechen lernt. 2. erg. Aufl. Bern [u.a.]: Huber.

Buckler, J.M.H. (1999): Growth and development of twins. In: Sandbank, A.C. (Hrsg.): Twin and Triplet Psychology. A professional guide to working with multiples. London [u.a.]: Routledge.

Chavira, D.A., Cohan, S.L., Stein, M.B., Shipon-Blum, E. & Hitchcock, C. (2007): Selective Mutism and Social Anxiety Disorder: All in the Family? Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 46, 11, 1464-1472.

Cline, T. & Baldwin, S. (2004): Selective Mutism in Children. 2. Aufl. London: Jon Wiley & Sons.

Deutsch, W., Schäfer, H. & Wagner, A. (1999): Mich gibt's nur im Plural! Über die Entwicklung der phänotypischen Identität von mono- und dizygoten Zwillingspaaren. In: Fuhrer, U. & Josephs, I.E. (Hrsg.): Persönliche Objekte, Identität und Entwicklung. Göttingen: Vandenhock & Ruprecht.

Deutsch, W., Sandhagen, P. & Wagner, A. (2000): Identitätsentwicklung von Zwillingen: Warum das Selbst nicht geklont werden kann. In: Greve, W. (Hrsg.): Psychologie des Selbst (58-74). Weinheim: Psychologie Verlags Union.

DIMDI (2009): ICD10 – GM, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision, WHO, Genf. URL: http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2009/block-f90-f98.htm (Aufruf am 22.05.09).

Dodd, B. & McEvoy, S. (1994): Twin language or phonological disorder. Journal of Child Language 21, 273-289.

Dow, S. P., Sonies, B. C., Scheib, D., Moss, Sh. M. & Leonard, H. L. (1999): Practical Guidelines for the Assessment and Treatment of Selective Mutism. In: Spasaro, S. A. & Schaefer, Ch. E. (Hrsg.): Refusal to Speak. Treatment of Selective Mutism in Children (19-44). New Jersey: Jason Aronson Inc.

Dummit, E., Klein, R.G., Nancy, K., Tancer, N.K., Asche, B., Martin, J. & Fairbanks, J.A. (1997): Systematic Assessment of 50 Children With Selective Mutism. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 36, 5, 653-660.

Elizur, Y. & Perednik, R. (2003): Prevalence and description of selective mutism in immigrant and native families. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 42, 1451-1459.

Ford, M.A., Carlson, J.S. & Sladeczek, I.E. (1998): Selective Mutism: Phenomenological Characateristics. School Psychology Quarterly, 13, 3, 192-227.

Garbani Ballnik, O. (2009): Schweigende Kinder. Formen des Mutismus in der pädagogischen und therapeutischen Praxis. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Goodman, R., Scott, S. & Rothenberger, A. (2000): Kinderpsychiatrie kompakt. Darmstadt: Steinkopff.

Gray, R.M., Jordan, C.M., Ziegler, S. & Livingston, R.B. (2002): Two sets of twins with selective mutism: neurophysiological findings. Child neuropsychology, 8, 1, 41-51.

Hartmann, B. (1997): Mutismus – Zur Theorie und Kasuistik des totalen und elektiven Mutismus. 4. überarb. Aufl. Berlin: Wissenschaftsverlag Spiess.

Hartmann, B. (2002): Mutismus – Diagnostik und Evaluation im Spannungsfeld nosographischer Modifikationen. Die Sprachheilarbeit, 47, 5, 212-218.

Hartmann, B. (2007): unveröffentlichte Untersuchung des Instituts für Sprachtherapie, Köln.

Holodynski, M. (1999): Handlungsregulation und Emotionsdifferenzierung. In: Friedlmeier, W. & Holodynski, M. (Hrsg.): Emotionale Entwicklung. Funktion, Regulation und soziokultureller Kontext von Emotionen (29-51). Berlin: Spektrum.

Homrich da Silva,, Goldani, M.Z., de Moura Silva, A.A., Agranonik, M., Bettiol, H., Barbierie, M.A. & Rona, R. (2008): The rise of multiple births in Brazil. Acta Paediatrica 97, 1019-1023.

Isensee, B., Haselbacher, A. & Ruoß, M. (1997): Elektiver Mutismus: ein Überblick zu Therapie und Praxis. Zeitschrift für Kinder-Jugendpsychiatrie 25, 247-262.

Jaeger, W. & Metzker, H. (1968): Mutismus bei eineigen Zwillingen. Acta paedopsychiatrica, 35, 59-70.

Katz-Bernstein, N. (1996): Das Konzept des „Safe Place" – ein Beitrag zur Praxeologie Integrativer Kinderpsychotherapie. In: Metzmacher, B., Petzold H. & Zaepfel, H. (Hrsg.). Praxis der Integrativen Kindertherapie. Integrative Kindertherapie zwischen Theorie und Praxis. Bd. II (111-141). Paderborn: Junfermann.

Katz-Bernstein, N. (2007): Selektiver Mutismus bei Kindern. Erscheinungsbilder, Diagnostik, Therapie. 2. Aufl. München: Reinhardt.

Kopp, S. & Gillberg, C. (1997): Selective mutism: a population-based study: a research note. Journal of Child Psychology and Psychiatry 38, 257–262.

Krause, R. (1988): Eine Taxonomie der Affekte und ihre Anwendung auf das Verständnis von „frühen" Störungen. Psychotherapie und medizinische Psychologie, 38, 77-86.

Kristensen, H. (2000): Selective Mutism and Comorbidity With Developmental Disorder/Delay, Anxiety Disorder, and Elimination Disorder. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 39, 249-256.

Kroppenberg, D. (1987): Das dialogische Moment im menschlichen Spracherwerb mit einer kasuistischen Studie über dreinzehnjährige eineiige Zwillinge mit selektivem Mutismus. In: DGS-Landesgruppe Rheinland (Hrsg.): Spracherwerb und Spracherwerbsstörungen (284-299). Hamburg: Wartenberg.

Kumpulainen, K., Räsänen, E., Raaska, H. & Somppi, V. (1998): Selective mutism among second graders in elementary school. European Child and Adolescent Psychiatry 7, 24–29.

Kurth, E. & Schweigert, K. (1972): Ursachen und Entwicklungsverläufe des Mutismus bei Kindern. Psychiatrie, Neurologie und Medizinische Psychologie, 24, 741-749.

Lung, F-W., Shu, B-C., Chiang, T-L. & Lin, S-J. (2009): Twin-singleton influence on infant development: a national birth cohort study. Child: care, health and development, 35, 409-418.

Markowitsch, H. J. & Welzer, H. (2006): Das autobiographische Gedächtnis. Hirnorganische Grundlagen und biosoziale Entwicklung. 2. Aufl. Stuttgart: Klett Cotta.

Mayring, P. (2008): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 10. Aufl. Weinheim [u.a.]: Beltz.

Mora, G., DeVault, S. & Schopler, E. (1962): Dynamics and psychotherapy of identical twins with elective mutism. The Journal of Child Psychology and Psychiatry, 3, 1, 41-52.

Nelson, K. (2002): Erzählung und Selbst, Mythos und Erinnerung: Die Entwicklung des autobiographischen Gedächtnisses und des kulturellen Selbst. BIOS, 15, 2, 241-263.

Nissen, H. (2009): Mutismus aus entwicklungspsychiatrischer Sicht. Mutismus.de, 1, 2, 4-7.

Papoušek, M. (1994): Vom ersten Schrei zum ersten Wort: Anfänge der Sprachentwicklung in der vorsprachlichen Kommunikation. Bern [u.a.]: Huber.

Papoušek, H. & Papoušek, M. (1999): Symbolbildung, Eigenregulation und soziale Interaktion. In: Friedlmeier, W. & Holodynski, M. (Hrsg.): Emotionale Entwicklung. Funktion, Regulation und soziokultureller Kontext von Emotionen (135-155). Berlin: Spektrum.

Remschmidt, H., Schmidt, M. & Poustka, F. (Hrsg.) (2008): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Mit einem synoptischen Vergleich von ICD-10 und DSM-IV. 1. Nachdruck der 5. Aufl. Bern [u.a.]: Huber.

Rösler, M. (1981): Befunde beim neurotischen Mutismus der Kinder – Eine Untersuchung an 32 mutistischen Kindern. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 30, 187-194.

Rutter, M., Thorpe, K., Greenwood, R., Northstone, K. & Golding, J. (2003): Twins as a natural experiment to study the causes of mild language delay: I: Design, twin-singleton differences in language, and obstetric risks. Journal of Child Psychology and Psychiatry 44, 3, 326-341.

Sandbank, A.C. (1999): Personality, identity and family relationships. In: Sandbank, A.C. (Hrsg.): Twin and Triplet Psychology. A professional guide to working with multiples (167-185). London [u.a.]: Routledge.

Saß, H., Wittchen, H. U. & Zaudig, M. (1998): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. 3. Aufl. Göttingen: Hogrefe.

Schoor, U. (2001): Mutismus. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Band 2: Erscheinungsformen und Störungsbilder (183-197). Stuttgart: Kohlhammer.

Schoor, U. (2002): Schweigende Kinder in Kindergarten und Schule. Die Sprachheilarbeit 47, 219-225.

Segal, N.L. (1999a): Silent Partners. Twin Research 22, 235-241.

Segal, N.L. (1999b): Entwined Lives. Twins and what they tell us about human behavior. New York [u.a.]: Dutton.

Segal, N.L. (2003): ‚Two' Quiet: Monozygotic Female Twins with Selective Mutism. Clinical Child Psychology and Psychiatry, 8, 4, 473-488.

Sharkey, L. (2006): Female monozygotic twins with selective mutism. A case report. Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 27, 2, 129-133.

Spillman, J.A. (1999): Antenatal and postnatal influences on family relationship. In: Sandbank, A.C. (Hrsg.): Twin and Triplet Psychology. A professional guide to working with multiples (19-35). London [u.a.]: Routledge.

Stafford, L. (1987): Maternal Input to Twin and Singleton Children. Implications for Language Acquisition. Human Communication Research, 13,4, 429-462.

Statistisches Bundesamt (2009): Natürliche Bevölkerungsbewegung – Frauen mit Mehrlingsgeburten. URL: http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Bevoelkerung/GeburtenSterbefaelle/Tabellen/Content75/GeburtenMehrlinge,templateId=renderPrint.psml (Aufruf am 27.11.2009).

Steinhausen, H. & Juzi, C. (1996): Elective mutism: an analysis of 100 cases. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 35, 606-614.

Stern, D. (1992): Die Lebenserfahrungen des Säuglings. Stuttgart: Klett Cotta.

Subellok, K. & Katz-Bernstein, N. (2010): Einfach scheu oder selektiv mutistisch? Früherkennung von Risikofaktoren. In: Leyendecker, Ch. (Hrsg.): Gefährdete Kindheit. Risiken früh erkennen – Ressourcen früh fördern (159-168). Stuttgart: Kohlhammer.

Tachibana, R., Nakamura, K., Shichiri, K. & Usuda, S. (1982): Elective Mutism in Identical Twins. Japanese Journal of Child and Adolescent Psychiatry, 23, 277-286.

Thorpe, K., Greenwood, R., Eivers, A. & Rutter M. (2001): Prevalence and developmental course of ‚secret language'. International Journal of Language and Communication Disorders, 36, 1, 43-62.

Thorpe, K., Rutter, M. & Greenwood, R. (2003): Twins as a natural experiment to study the causes of mild language delay: II: Family interaction risk factors. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 44, 3, 342-355.

Tomasello, M. (2006): Die kulturelle Entwicklung des menschlichen Denkens. Frankfurt a. M.: Suhrkamp (Original: The Cultural Origins of Human Cognition. Cambridge 1999).

Korrespondenzadresse

Priv.-Doz. Dr. Katja Subellok
Anja Kresse, B.A. Rehabilitationspädagogik
Dipl.-Päd. Kerstin Bahrfeck-Wichitill

Technische Universität Dortmund,
Fakultät Rehabilitationswissenschaften
Sprach-, Kommunikations- und Hörstörungen
Postfach 500500
44221 Dortmund

katja.subellok@tu-dortmund.de
anja.kresse@tu-dortmund.de
kerstin.bahrfeck@tu-dortmund.de

Katja Subellok ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Lehrgebiet "Sprache und Kommunikation" der Fakultät Rehabilitationswissenschaften an der TU Dortmund. Sie leitet das dortige Sprachtherapeutische Ambulatorium. Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Selektiver Mutismus, Stottern, Beratung- und Angehörigenarbeit, Therapiedidaktik.

Anja Kresse ist B.A.-Rehabilitationspädagogin und arbeitet als wissenschaftliche Hilfskraft im Sprachtherapeutischen Ambulatorium der TU Dortmund. Zudem ist sie in einer sprachtherapeutischen Praxis als Sprach- und Dyslexietherapeutin tätig. Schwerpunkte: selektiver Mutismus, Spracherwerbs- und Lese-Rechtschreibstörungen.

Kerstin Bahrfeck-Wichitill, Dipl.-Sprachheilpädagogin und Sonderschullehrerin, ist Mitarbeiterin des Sprachtherapeutischen Ambulatoriums der TU Dortmund und leitet dort das Mutismus-Netzwerk. Sie arbeitet als Lehrbeauftragte der TU Dortmund sowie als Fortbildungsreferentin. Schwerpunkte: selektiver Mutismus, Stottern, Spracherwerbsstörungen und Elternarbeit.

Kompetenzentwicklungsmodell des Zweitspracherwerbs Deutsch bei Kindern unter 7 Jahren (KomMig)

A model of the acquisition of German as a second language in younger children

Yvonne Adler, Kösterbeck

Zusammenfassung

Theoretischer Hintergrund
Forschungen zum Erwerb des Deutschen als Zweitsprache zeigen Regelmäßigkeiten bei Lernern im Alter bis zu 7 Jahren auf. Gesetzmäßigkeiten des Erwerbs des Deutschen als Erstsprache scheinen bei jungen Zweitsprachlernen in ähnlicher Weise zu wirken. Vorliegende Modelle des Zweitspracherwerbs berücksichtigen jeweils nur isolierte sprachliche Aspekte und eignen sich wenig als Bezugsrahmen zur Beurteilung sprachlicher Fähigkeiten.

Fragestellung/Ziele
Grundlage einer frühen sprachlichen Förderung sollte ein wissenschaftlich fundiertes Konzept sein, welches eine individuelle und entwicklungsorientierte Förderung gestattet. Meilensteine des Zweitspracherwerbs wurden in einen systematischen entwicklungslogischen Zusammenhang gestellt.

Methode
Das auf die Entwicklung sprachlicher Kompetenzen ausgerichtete Modell wurde auf der Grundlage des aktuellen Forschungsstandes erarbeitet und mit Hilfe von Längsschnitt- und Querschnittanalysen qualitativ überprüft.

Ergebnisse und Schlussfolgerungen
Das Modell wurde in der Praxis erprobt und kann als Modell für die Analyse der sprachlichen Fähigkeiten und für die Planung einer entwicklungsadäquaten Sprachförderung dienen.

Schlüsselwörter
Migrationshintergrund, Zweitspracherwerb, Erwerbsphasen, Perzeptive Phasen, Produktive Phasen, Frühe sprachliche Förderung

Abstract

Backround
Research of the acquisition of German as a second language show regularities by learners at the age up to seven years. Principles of learning German as the first language seem to work similar with young second language learners. Existing models of second language acquisition consider always just language aspects, and are not suitable as a reference to the assessment of language skills.

Aims
The basis of an early language support should be a scientific based concept, which allows an individual and developmental orientated approach. Milestones of second language acquisition have been put into a systematical connection which follows a logical order of development.

Method
The model which is orientated at the acquisition of language competencies has been established on the basis of current research results and has been proved by a longitudinal analysis as well as by a cross-sectional analysis.

Results and Conclusion
The model has been put into practice and can be used for analysing language skills and for planning language support that is appropriate to individual development.

Key words
migration background, second language acquisition, sequences of acquisition, perceptive phases, productive phases, early language support

Dieser Beitrag hat das peer-review-Verfahren durchlaufen.

1 Problemlage

Frühe sprachliche Förderung rückt immer mehr in den Focus der Aufmerksamkeit der Forschung. Das Aufdecken von Prädiktoren für den erfolgreichen Spracherwerb stellt dabei einen zentralen Punkt dar. Einerseits will man erreichen, dass durch eine entwicklungsfördernde Gestaltung des Umfeldes des Kindes hemmende Faktoren in ihrer Wirkung minimiert und fördernde gestärkt werden. Andererseits geht es um die Sicherung des späteren Bildungserfolgs dieser Kinder und nicht zuletzt um das Erkennen früher Eingriffsstellen bei drohenden Störungen. Das Aufzeigen von Prädiktoren und kritischen Phasen im Spracherwerb soll die Möglichkeit bieten, zu einem Zeitpunkt den Spracherwerb der Kinder zu unterstützen, zu dem die Rückstände zu Gleichaltrigen noch nicht so groß sind und den Kindern

entsprechende Erwerbsstrategien noch zur Verfügung stehen.

Für Kinder mit Migrationshintergrund stellt sich diese Frage differenzierter. Die Tatsache mit zwei Sprachen aufzuwachsen oder in der frühen Kindheit noch eine zweite Sprache zu erwerben stellt für sich gesehen kein Erwerbsrisiko dar. Das kindliche Potenzial Sprache zu erwerben beschränkt sich nicht ausschließlich auf den Erwerb einer Sprache. Für alle Kinder, die Deutsch als weitere Sprache erwerben, ist zu fragen, wie man sie frühzeitig dabei unterstützen kann, denn mangelnde Sprachkenntnisse sind häufig der Grund für schlechte Ergebnisse im schulischen Lernen.

Bisherige Forschungen zum Zweitspracherwerb des Deutschen breiten ein Mosaik einzelner Phänomene aus. Linguistisch orientierte Untersuchungen beschäftigen sich mit sehr spezifischen Aufgaben beim Erwerb des Deutschen, die an Sprachlernern mit unterschiedlichen Herkunftssprachen untersucht wurden. Diese Ergebnisse eignen sich nur bedingt, um sie in einen modellhaften Zusammenhang zu bringen, da sie unterschiedliche Ausgangslagen und Altersgruppen berücksichtigen und methodisch nicht immer vergleichbar sind. Aus diesen Gründen gibt es bisher wenige systematische Ansätze über den Zweitspracherwerb des Deutschen in seiner Komplexität (Apeltauer 2007, Bredel 2005, Ehlich 2005, Grießhaber 2007, Jeuk 2007, Reich 2005), die geeignet erscheinen, über die Beschreibung einzelner Elemente des Erwerbs hinaus als Instrument der Beobachtung und Handlungsplanung für die Arbeit mit jüngeren Kindern zu dienen. Diese besondere Gruppe von Zweitsprachlernern erwirbt in einem Alter eine zweite Sprache, in dem die Kinder sich noch im Prozess des Erstspracherwerbs befinden. Sie gebrauchen in Anfängen oder auch schon relativ kompetent eine Sprache und haben bereits Vorstellungen, wie Sprachen funktionieren (Paradise 2004). Sie sind in der Lage, aus dem Input Regeln zu generieren. Diese Fähigkeiten können sie nun beim Erwerb der zweiten Sprache nutzen. Die Kinder greifen dabei auf die gleichen Lernstrategien zurück, wie sie sie beim Erstspracherwerb angewendet haben. Mit dem Fortschreiten des Spracherwerbs ändern sich diese Strategien auf Grund des bereits erworbenen sprachlichen Wissens und der gewachsenen sprachlichen Fähigkeiten qualitativ (Rothweiler 2007).

Im Zusammenhang mit der Ausbildung unterschiedlicher sprachlicher (aber auch nichtsprachlicher) Fähigkeiten werden Entwicklungsfenster postuliert, innerhalb derer sich die Entwicklung optimal vollziehen kann und welche eine unterschiedliche Qualität und Dauer entsprechend der betreffenden Modalität (Phonologie, Semantik, Grammatik usw.) aufweisen (Anstatt 2007). Sind diese Fenster bereits eingeengt, so führt dies dazu, dass die betreffenden Kompetenzen mit Hilfe anderer Lernstrategien erworben werden als beim Erstspracherwerb (Köppe 1996, Haberzettl 2007). Der sukzessive Zweitspracherwerb bei sehr jungen Kindern ist deshalb dem Erstspracherwerb sehr viel ähnlicher als dem Fremdspracherwerb (gemeint ist das bewusste, meist auch angeleitete Lernen einer zweiten Sprache nach Abschluss des Erstspracherwerbs), wie wir ihn zum Beispiel im Erwachsenen- oder frühen Jugendalter kennen (Tracy, 2007). Ist der Erstspracherwerb im Wesentlichen vollzogen, so greifen die Zweitsprachlerner mehr auf metasprachliches Wissen und Regeln zurück und produzieren andere Fehler als sehr junge Kinder. Bei diesen Kindern sind ähnliche Übergangsgrammatiken zu beobachten wie bei den Erstsprachlernern (Ahrenholz 2007, Anstatt 2007, Rothweiler, 2007, Genese/Paradis/Crago 2008).

Voraussetzungen für eine entwicklungsadäquate Förderung des Zweitspracherwerbs sind nicht allein Kenntnisse über Verläufe und Lernmechanismen, sondern auch Instrumente zur Feststellung der Fähigkeiten der Kinder. Die Schwierigkeiten, ein geeignetes Modell zur Einschätzung der Sprachfähigkeiten zu erarbeiten, bestehen in den interindividuell stark streuenden Bedingungen, welche sich in ebenso differenzierten individuellen Fähigkeitsniveaus widerspiegeln. Sie unterscheiden sich in Bezug auf das Alter, in der Qualität des Erstspracherwerbs, in ihrer kognitiven und ihrer sozialemotionalen Entwicklung sowie bezüglich der bereits erworbenen Kenntnisse. Es gibt Unterschiede in der Art und dem Umfang des Kontaktes mit der deutschen Sprache. Nicht zuletzt ist die Motivation zum Erwerb der Zweitsprache sehr verschieden und zum Teil kulturell geprägt. Mitchel und Myles (2004) zeigen den Zusammenhang von sozialem Kontext, Einstellungen, Motivation, Alter und Persönlichkeit des Kindes, seinen Ressourcen und Vorkenntnissen sowie den Gelegenheiten, die Sprache aktiv zu erwerben, für den Erwerb der Zweitsprache auf. Ein Modell des sukzessiven Erwerbs des Deutschen als zweite Sprache muss demzufolge zulassen, dass individuelle Unterschiede berücksichtigt werden können und dennoch allgemeingültig sein. Es kann somit als eine Beobachtungsgrundlage für den Erwerb der deutschen Sprache dienen und damit gleichzeitig Grundlage sowohl für die Analyse sprachlicher Fähigkeiten als auch für die Planung einer spracherwerbs- und entwicklungsadäquaten Förderung.

2 Kompetenzentwicklungsmodell zum Zweitspracherwerb des Deutschen (KomMig)

Die Förderung des Zweitspracherwerbs des Deutschen im frühen Kindesalter findet momentan eher sporadisch und wenig theoriegeleitet statt. Eine den kindlichen Bedürfnissen gerecht werdende Förderung verlangt eine Orientierung an frühen Fähigkeiten der Kinder. Das natürliche Lernen der Kinder sollte durch gezielte, den kognitiven Fähigkeiten angepasste und in der Zone der nächsten Entwicklung liegende sprachliche Angebote unterstützt werden. Die Anlehnung an die natürlichen Erwerbsreihenfolgen des sukzessiven Zweitspracherwerbs ist dabei eine Bedingung für den Erfolg.

Das vorliegende Erwerbsmodell stellt die Grundlage für eine früh einsetzende, systematische und effektive sprachliche Förderung dar. Es zielt auf die Forcierung des Zweitspracherwerbs. Die Dynamik der Erwerbsprozesse in der frühen Kindheit sollen genutzt werden, um den Kindern bis zum Schuleintritt ausreichende Kompetenzen zu vermitteln, die eine erfolgreiche Lernentwicklung in einer deutschsprachigen Schule gestatten.

Vor dem Hintergrund der sehr differenzierten Bedingungen erscheint es schwierig, ein allgemeingültiges Modell zum Zweitspracherwerb des Deutschen zu entwickeln. Ein solches Modell müsste Erwerbsreihenfolgen postulieren und gleichzeitig unterschiedliche kognitive Kompetenzen beachten. Unterschiedliche Persönlichkeits- und Entwicklungsbedingungen müssten ebenfalls in ein solches Modell integrierbar sein.

Ausgangsüberlegungen für das Modell sind Anforderungen, die der Erwerb einer Zweitsprache an das Kind stellt (Adler 2009). Die existierenden Hypothesen zum Zweitspracherwerb werden im Sinne eines Emergenzmodelles integriert. Die in ihnen postulierten Erwerbsmechanismen kommen in unterschiedlicher Ausprägung und in Abhängigkeit zu den individuellen Bedingungen und Voraussetzungen jedes Kindes zum Tragen und interagieren miteinander. Sprachliche Kompetenzen erfahren auf den unterschiedlichen Sprachebenen quantitative und mit fortschreitendem Erwerb vor allem qualitative Veränderungen.

Die Erstsprachen können sich zwar durchaus verschieden auf den Erwerb des Deutschen auswirken, letztendlich aber ist der Erwerbsprozess des Deutschen in seinem Verlauf ähnlich (Rothweiler 2007, 2009). Unterschiede ergeben sich vor allem durch das Eintrittsalter in die Zweitsprache und die Dauer, Intensität und Qualität des sprachlichen Kontakts sowie der bereits erworbenen Fähigkeiten in der Erstsprache. Ebenso können sozio-kulturelle Bedingungen sich fördernd oder hemmend auswirken.

In Anlehnung an Clahsen (1986, 1988) wurde das vorliegende Modell (Abbildung 1) ebenfalls in Phasen aufgeteilt. Diese Phasen sind nicht als Stufen zu verstehen, die nacheinander absolviert werden. Vielmehr werden auf der Basis der vorangegangenen Phasen neue Fähigkeiten erworben, wobei in früheren Phasen erworbene Kompetenzen nicht nur die Basis für spätere sind, sondern eine Erweiterung und Änderung erfahren. Früh erworbene Fähigkeiten erfahren eine Aufhebung und Weiterentwicklung in späteren. Zwischen den einzelnen Sprachlernern kann es dabei durchaus zu Unterschieden kommen. Die individuellen Wege, Bedingungen und Voraussetzungen beim Erwerb der zweiten Sprache führen zu individuellen Aneignungsweisen, die unter Umständen bei einzelnen Kindern dazu führen können, dass sie sich nicht ganz phasenkonform entwickeln, sondern diskrepante Erwerbsfolgen zeigen, die zwischen verschiedenen Phasen liegen. Da aber im Wesentlichen von allen frühen Zweitsprachlernen (unabhängig von ihrer Erstsprache) diese Erwerbshierarchie nachvollzogen wird, kann sie als Orientierung für die Einschätzung der Fähigkeiten in der Zweitsprache Deutsch und der Planung einer gezielten Förderung in Richtung auf die nächsthöhere Aneignungsqualität dienen. In einer Längsschnittstudie konnte nachgewiesen werden, dass das vorliegende Kompetenzentwicklungsmodell geeignet ist, den Zweitspracherwerb von jüngeren Kindern zu beschreiben (Krause/Krause 2009).

Die nachfolgende Beschreibung der einzelnen Phasen konzentriert sich auf den Erwerb der Zweitsprache Deutsch und lässt unberücksichtigt, dass das Kind ebenfalls Fortschritte beim Erwerb der Erstsprache macht. Ebenso wird im Rahmen dieser Arbeit nicht explizit auf die Verständigungsversuche mit Hilfe der Erstsprache eingegangen.

2.1 Perzeptive Phasen des Modells zum Zweitspracherwerb Deutsch

Man stelle sich vor als Mitteleuropäer, der der Landessprache nicht mächtig ist, auf einem chinesischen Marktplatz zu stehen. Man hört, dass die Leute sich unterhalten, wird möglicherweise angesprochen, aber man kann nichts verstehen. Nicht nur dass: die uns vollkommen fremde Struktur der Sprache erlaubt es nicht, klangliche Strukturen eindeutig zuzuordnen, geschweige denn Sätze oder Wörter heraus zu hören. Im Klang der fremden Sprache wird nach Lauten oder Lautverbindungen wie sie in der eigenen Sprache vorkommen gesucht. Wir nehmen klangliche Besonderheiten wahr, die Melodieführung und den Rhythmus der Sprache. Nur langsam lernen wir, uns in die fremde Sprache einzuhören, sie zu gliedern und einzelne Sequenzen wahrzunehmen.
Sprache und ihre Strukturen müssen zunächst wahrgenommen und zumindest in Teilen verstanden werden, bevor es zu eigenen Sprachproduktionen kommt. Um den Kindern den Einstieg in die Zweitsprache erleichtern zu können, ist es wichtig, diese Phasen zu beachten und auszugestalten, denn die Grundlage für den Erwerb einer zweiten Sprache sind die Fähigkeiten, die sprachlichen Strukturen dieser wahrzunehmen.
Für den weiteren Erwerb der Sprache haben die perzeptiven Phasen eine tragende Bedeutung. Sie bilden die Basis für die Erweiterung der sprachlichen Kompetenzen. Gleichzeitig verändern sie sich mit dem Anwachsen der sprachlichen Fähigkeiten der Kinder.

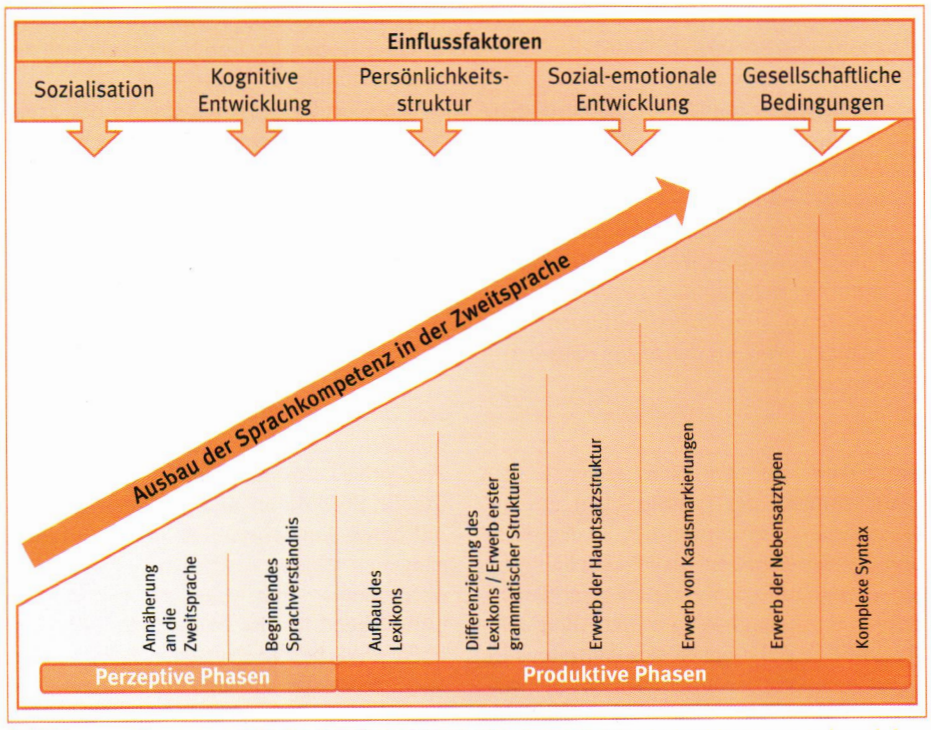


Abbildung 1: Phasenmodell des Zweitspracherwerbs Deutsch für Kinder bis zum 7. Lebensjahr

2.1.1 Annäherung an die Zweitsprache

Perzeption I
Annäherung an die Zweitsprache

- Wahrnehmung suprasegmentaler Merkmale (Intonation als Gesamtheit wahrnehmen)
- Wahrnehmen „ungewöhnlicher" Laute und Lautverbindungen (Erkennen einzelner Lautstrukturen)
- Erkennen von Gliederungsmerkmalen der Zweitsprache (Wahrnehmen von Wortgrenzen und später lautlichen Strukturen)
- Vorwiegend (fast ausschließlich) Nutzung nonverbaler Signale zur Kommunikation (aktiv und passiv)
- Kein oder geringes Sprachverständnis

Kommt ein Kind mit einer neuen Sprache in Kontakt, so erscheint diese ihm zunächst als ein Lautstrom mit unbekannten Mustern. Als erste sprachliche Elemente werden Intonationsstrukturen gesucht und erkannt. Im Zusammenhang mit nonverbalen Kommunikationsmitteln wird auf die Intention des Sprechers geschlossen. Es können anfangs so grobe Unterscheidungen wie die nach „Fragesatz" und „Aussagesatz" getroffen werden, da auf Grund der bereits vorhan-

denen Erfahrungen mit Sprache auch gezielt nach solchen suprasegmentalen Strukturen gesucht wird. Ist die Erstsprache in ihrer klanglichen Struktur sehr unterschiedlich zum Deutschen, so treten hier möglicherweise Irritationen oder Schwierigkeiten auf.

Erst allmählich wird es dem Hörer einer fremden Sprache gelingen, einzelne Wörter herauszuhören. Zunächst wird sich dies auf immer wiederkehrende und häufig verwendete Lautsequenzen beschränken. Das Erkennen von Wortgrenzen erfordert die vorherige Analyse des Melodieverlaufs und der Akzentuierung. Daraus werden Rückschlüsse auf zusammengehörende Sequenzen gezogen, die als Sätze interpretiert werden und dann in einzelne Wörter segmentiert werden können.

Daneben werden anhand von Handlungen, Mimik und Gestik auch Bedeutungen für das Gesagte gesucht. Die Kinder können dabei auf Strategien aus dem Erstspracherwerb zurückgreifen. Auch hier sind es zunächst suprasegmentale Merkmale, gemeinsame Handlungen und nonverbale Signale, die das Kind für den Erwerb der Sprache nutzt. In Handlungen mit anderen wird Sinn erschaffen und erlebt. Kognitive Fähigkeiten und generelle Strategien, welche sprachunabhängig sind, werden aktiviert, um besser in die Struktur der neuen Sprache einzudringen. Die bereits ausgebildete Fähigkeit, die Aufmerksamkeit sowohl auf den Gegenstand als auch auf den Gesprächspartner zu fokussieren, hilft ihnen beim *Entschlüsseln*, der noch unbekannten Sprache. Kategorisierungsleistungen, analytische Fähigkeiten und Wahrnehmungsleistungen, die bereits ein höheres Niveau als zur Zeit des Erstspracherwerbs erreicht haben, unterstützen den Zweitspracherwerb, so dass dieser forciert erfolgen kann. Apeltauer (2007) führt aus, dass die Kinder wieder vermehrt auf mimisch-gestische Interaktionen und „dialogisches Einhelfen" angewiesen sind, um sich die fremde Sprache zu erschließen und dabei auf das bereits entwickelte konzeptuelle System zurückgreifen. Er geht davon aus, dass das Einhören in die fremde Sprache und das schrittweise Automatisieren von Rezeptions- und Produktionsprozessen i. d. R. mehrere Monate andauert.

In dieser Phase ist das Kind vorwiegend auf das Verstehen nonverbaler Signale und das Beobachten der Handlungen der Anderen angewiesen. Die Möglichkeiten von Missverständnissen, auch solcher, die sich auf interkultureller Ebene bewegen, sind sehr groß, dennoch können die Kinder auf bereits erworbene kommunikative Formate zurückgreifen. Sie bilden auf dieser Grundlage erste Hypothesen über den Aufbau der deutschen Sprache, insbesondere deren klanglicher Strukturierung als einer Voraussetzung zur Segmentierung und Worterkennung. In der Regel muss das Kind zunächst die Gelegenheit erhalten, die klangliche Struktur der neuen Sprache wahrzunehmen. Auf dieser Grundlage gelingt es ihm, diese „Klänge" zu strukturieren und zu segmentieren, was wiederum im Zusammenhang mit den dabei erlebten Handlungen zu einer Sinnkonstruktion führt, die ihrerseits Voraussetzung dafür ist, einzelne Elemente (Wörter, Redewendungen) mit konkreten Bedeutungen zu verbinden.

Da die dem Kind zur Verfügung stehenden verbalen Möglichkeiten der Kommunikation (in seiner Erstsprache) in den sozialen Kontexten, in denen die zu erwerbende Zweitsprache gesprochen wird, meist nicht zur Verfügung stehen, stellt sich ihm die Aufgabe, seine vorhandenen nonverbalen Möglichkeiten optimal auszunutzen und sie gleichzeitig immer mehr an die sprachlichen Handlungen in der Zielsprache anzupassen (Apeltauer 2007). Auf den bereits erworbenen kommunikativen Strategien kann das Kind die Verständigung in der neuen Sprache zunächst mit Hilfe der Nutzung nonverbaler Mittel aufbauen. Starke kulturelle Unterschiede können diesen Prozess erschweren.

2.1.2 Beginnendes Sprachverständnis

Perzeption II
Beginnendes Sprachverständnis

- Verstehen einfacher Äußerungen (häufig wiederkehrende Wörter, kurze Aufforderungen, „Formeln") an Handlungen gebunden
- Beginnendes Sprachverständnis
- Nutzung nonverbaler Signale zur Kommunikation (aktiv und passiv)
- Evtl. erste eigene Produktionen von wenigen Wörtern und festen Redewendungen

Aufbauend auf der sich verbessernden Wahrnehmung der rhythmischen und intonatorischen Strukturen der Zweitsprache und der sich damit entwickelnden Fähigkeiten, einzelne Elemente wieder zu erkennen, werden in Abhängigkeit von der Alltagsrelevanz und der Häufigkeit des Auftretens im Input erste Wörter und Formeln verstanden. Vorwiegend bezieht sich das auf Begrüßungsformeln sowie Möglichkeiten des Bittens und Dankens, die immer wiederkehrende Rituale im Leben der Kinder darstellen. Das Formulieren wichtiger Bedürfnisse hat eine große Bedeutung für das Kind und wird zur Triebfeder der sprachlichen Entwicklung. So kann es häufig gestellte Fragen nach elementaren Bedürfnissen verstehen (Essen, Trinken, Toilette…). In dieser Phase kann es bereits zur Produktion einzelner Wörter oder Floskeln kommen.

Dem Kind werden artikulatorische Besonderheiten der Zweitsprache jetzt deutlicher bewusst. Es kommt zu einer Ausweitung der Wahrnehmungsleistungen. Unter Umständen versucht das Kind bereits in dieser Phase, für das Deutsche typische Lautkombinationen im Sinne von Nachahmungsleistungen zu produzieren. Dabei findet nicht zwingend eine richtige Wortverwendung statt. Die gesprochenen Wörter werden noch nicht immer vollinhaltlich verstanden.

Das Sprachverständnis beginnt, sich bei einem ausreichenden Umfang des Kontaktes mit der neuen Sprache zu entwickeln. In eindeutigen Situationen, in denen die Handlungen durch Sprache begleitet werden, werden über die erwähnten Redewendungen hinaus erste Worte oder einfache grammatische Strukturen erkannt. Differenzierte Grammatische Strukturen und lexikalisch-semantische Besonderheiten (wie z. B. feine Unterschiede zwischen solchen Wörtern wie „Lenz", „Frühling", „Frühjahr" oder zwischen fröhlich und glücklich oder auch Synonyme) können noch nicht verstanden werden. Das sich entwickelnde Sprachverständnis ist stark situationsgebunden und beschränkt sich zunächst häufig auf Signalwörter.

Die Kinder bedienen sich in der Kommunikation immer noch vorwiegend nonverbaler Elemente und sind gleichzeitig stark auf den Kontext und die nonverbalen Signale der Kommunikationspartner beim Verstehen angewiesen.

2.2 Produktive Phasen des Modells zum Zweitspracherwerb Deutsch

Der Übergang von der perzeptiven zur produktiven sprachlichen Tätigkeit ist fließend. Perzeptive Leistungen sind Vorbedingungen für die Produktion und begleiten sie auch mit deren Anwachsen. Die in den vorangegangenen Phasen erworbenen Fähigkeiten differenzieren sich weiter aus und bleiben grundlegend für das Fortschreiten des weiteren Erwerbs der deutschen Sprache. Das Verstehen erster sprachlicher Strukturen ist Basis für die sich entwickelnden produktiven Fähigkeiten.

2.2.1 Aufbau des Lexikons

Produktive Phase 1
Aufbau des Lexikons

- Erste Wörter können produziert werden
- Redewendungen werden übernommen und in ihrer Funktion verstanden
- Artikulatorische Schwierigkeiten werden bewusst
- Ausbau des Wortschatzes anhand von Alltagshandlungen
- Sprachverständnis erweitert sich
- Nutzung nonverbaler Signale zur Unterstützung von Sprachverstehen und -produktion noch stark notwendig

Das sich ausweitende Sprachverständnis zieht den Eintritt in die Sprachproduktion nach sich. Das Lexikon des Kindes erweitert sich vom reinen Verstehen hin zur Fähigkeit, die Wörter zu äußern. Die vorher mehr imitierten *Floskeln* werden nun mehr und mehr verstanden. Das Kind strebt nach der Erweiterung seines Wortschatzes. Es fragt nach oder es beobachtet und hört zu, wenn Gegenstände bezeichnet oder Handlungen beschrieben werden. In Interaktionen erwirbt es zunehmend auch Begriffe, die nicht unmittelbar gegenständlich zu erfassen sind, dabei greift es auf die im Erstspracherwerb erfolgreichen Strategien zurück und baut gleichzeitig auf den dort erworbenen Kompetenzen auf. Dadurch kann es im Unterschied zu Erstsprachlernen in Abhängigkeit zum Alter des Kindes, in dem es in die zweite Sprache eintritt, dazu kommen, dass nur wenige Ein- oder Zweiwortsätze gebildet werden und sofort längere Konstruktionen (Jeuk 2007) auftreten. Dies resultiert daraus, dass das implizite sprachliche Wissen aus der Erstsprache genutzt wird. So weiß das Kind, dass Wörter entsprechend bestimmter Regeln miteinander verknüpft werden und sucht in der zweiten Sprache nach diesen. Bei jüngeren Kindern kann eine Parallelisierung des Erwerbs beider Sprachen auftreten.

Bezüglich der artikulatorischen Fähigkeiten werden Schwierigkeiten jetzt bewusst. Es kommt zu einer Labilisierung des artikulatorischen Systems. Das heißt, es werden neue Elemente erlernt und in das vorhandene Lautrepertoire übernommen. Dies betrifft nicht Laute allein, sondern vor allem auch sprachtypische Lautkombinationen sowie die Wahrnehmung und lautliche Realisation von Phonemen in ihrer bedeutungsunterscheidenden Funktion. Neue Bewegungsmuster werden erworben. Gleichzeitig wird die Selbstkontrolle bezüglich der Korrektheit der Äußerungen verstärkt und durch den Erfolg versus Misserfolg in der Kommunikation evaluiert. Die Qualität des Verlaufs dieses Prozesses ist abhängig vom Alter des Kindes beim Beginn des Zweitspracherwerbs und von phonetischen und phonologischen Besonderheiten der Erstsprache.

Die für eine gelingende Kommunikation noch nicht immer ausreichenden sprachlichen Fähigkeiten werden durch die Nutzung nonverbaler Signale kompensiert. Hierbei werden auch erstsprachliche Äußerungen und Sprachmischungen (Borrowing) als Kompensationsstrategien genutzt (Rothweiler 2009).

2.2.2 Differenzierung des Lexikons und Erwerb erster grammatischer Strukturen

Produktive Phase 2
Differenzierung des Lexikons und Erwerb erster grammatischer Strukturen

- Erweiterung und Vernetzung des Lexikons
- Differenzierung und Klassifikation von Wortarten
- Erste morphologische Strukturen werden erkannt und produziert
- Erste Satzstrukturen
- Nutzung nonverbaler Signale zur Unterstützung von Sprachverstehen und -produktion noch stark notwendig, werden aber durch sprachliche Realisationen konkretisiert

Mit der ständigen Erweiterung des Lexikons werden die Wortarten stärker ausdifferenziert und kategorisiert. Neben den Nomen wird das Verblexikon weiterhin ausgebaut und es werden zunehmend Funktionswörter erworben und benutzt (Krause/Krause 2009). Bezüglich der Semantik können die Kinder auf Konstrukte aus dem Erstspracherwerb zurückgreifen. Je nach dem Grad der Beherrschung der Erstsprache (und dem Alter), erwirbt das Kind für manche Begriffe eine zweite Bezeichnung, andere werden völlig neu erworben oder in beiden Sprachen gleichzeitig (Clark 1993, Quay 1995, Genese/Paradis/Crago 2008). Begriffsinhalte tragen Elemente beider Sprachen. Vernetzungen im Lexikon werden effektiver und erweitern sich. Es können Interferenzen zwischen beiden Sprachen auftreten (Cárdenas/Inglisa 2006). Informationen über die Morphologie werden abgespeichert. Unterschiede zwischen der Erst- und der Zweitsprache können dem Kind bewusst werden. Ein Teil dieser morphologischen Informationen wird anfangs Wort für Wort erworben und stellt die Grundlage für die später erfolgende Generierung von Ableitungsregeln dar. Besondere Schwierigkeiten bereitet der Genuserwerb, was sich auf die damit im Zusammenhang stehenden morphologischen Veränderungen auswirkt. Diese Prozesse stellen eine Bedingung für den Grammatikerwerb dar. Unterschiedliche Erstsprachen und insbesondere der Grad der Beherrschung der Erstsprache können sich auf den Erwerb dieser Regeln fördernd oder hemmend auswirken. Aufgrund der jetzt ausreichend verfügbaren Wörter, des gewachsenen Sprachverständnisses und des Erkennens erster Regeln, kommt es zu ersten grammatischen Formen. Es werden erste Verknüpfungen gebildet, die noch nicht immer korrekt sein müssen. Erste Hauptsatzstrukturen können auftreten.

Bei den zweisprachig aufwachsenden Kindern entwickelt sich früh das metasprachliche Bewusstsein, da ihnen früher als anderen Kindern sprachliche Strukturen in Form von Unterschieden zwischen den Sprachen bewusst werden und sie sich deshalb intensiver und bewusster mit diesen Strukturen auseinander setzen. In Abhängigkeit vom Alter bzw. der kognitiven Entwicklung und dem Fähigkeitsniveau in der Erstsprache werden deshalb vermehrt metasprachliche Strategien zum Zweitspracherwerb mit eingesetzt.

Auch wenn die Kinder zunehmend in der Lage sind, einzelne Wörter und einfache Satzstrukturen oder –fragmente zu gebrauchen, so benötigen sie dennoch noch immer nonverbale Kommunikationsmittel und Strategien, um ihre sprachlichen Intentionen deutlich zu machen. Zuweilen nutzen sie dabei auch ihre Erstsprache und mischen die Sprachen.

2.2.3 Erwerb der Hauptsatzstruktur

Produktive Phase 3
Erwerb der Hauptsatzstruktur

- Verbstellung im Hauptsatz
- Beginnende Kongruenz von Subjekt und Verb
- Genusmarkierung wird bewusster
- Erwerb von Funktionswörtern
- Ausbau des Verblexikons

- Nonverbale Signale zur Unterstützung von Sprachverstehen und -produktion werden zur Unterstützung des sprachlichen Ausdrucks genutzt

Nachdem die Kinder bereits erste Satzfragmente bilden konnten, werden jetzt vermehrt Hauptsatzstrukturen verwendet. Es kann davon ausgegangen werden, dass sie relativ gleichzeitig mit dem Erwerb der Verbzweitstellung die Finitheit des Verbs und somit die Subjekt-Verb-Kongruenz erwerben (Clahsen 1986, Hansen 1996, Motsch 2004). Über den Zusammenhang des Erwerbs der Verbzweitstellungsregel im deutschen Hauptsatz und der Finitheit des Verbs finden sich aber zum Teil widersprüchliche Aussagen in der Literatur (Grießhaber 2007; Haberzettl, 2007). Festzustellen ist, dass der Erwerb durchaus mit der Erstsprache interferiert, aber von der Intensität des Inputs abhängig ist (Frequenz und Salienz) (Tracy 2007). Jeuk (2007) stellt in seinen Untersuchungen fest: „Die meisten Kinder erwerben die Verbstellungsregeln des Deutschen vergleichsweise problemlos, die Genuszuweisung in der Nominalphrase bereitet jedoch einem Großteil der Kinder erhebliche Schwierigkeiten." (S. 187). Diese Schwierigkeiten persistieren bei vielen Zweitsprachlernen auch bei ansonsten guter Sprachbeherrschung. Begleitend dazu wird das Verblexikon immer weiter ausgebaut. Verben und Funktionswörter werden häufiger benutzt, wobei Präferenzen für einige Verben zu beobachten sind. In Fallstudien konnten in dieser Phase Zunahmen der Verwendung von Verben und Pronomen festgestellt werden (Token: Nomen 13-21 %, Verben 19-24 %, Pronomen 25-29 %), während die Verwendungshäufigkeit der Nomen in etwa gleich blieb (Krause/Krause 2009). Mit dem weiteren Erwerb und Gebrauch von Funktionswörtern und vor allem Verben ist eine Grundlage für die Ausdifferenzierung der grammatischen Strukturen gegeben.
Die Kinder erweitern ihre kommunikativen Fähigkeiten, indem sie immer mehr die Sprache zur Verständigung einsetzen können. Daneben nutzen sie nonverbale Mittel zur Verdeutlichung dessen, was sie ausdrücken wollen.

2.2.4 Erwerb von Kasusmarkierungen

Produktive Phase 4
Erwerb der Kasusmarkierungen

- Genusmarkierung kann vermehrt angewendet werden
- Nominativ, Akkusativ, Dativ (und Genitiv?) werden erworben
- Weiterer Ausbau des Lexikons und des Sprachverstehens
- Loslösung vom handelnden bzw. situativen Kontext wird möglich
- Langsame Loslösung von nonverbalen Signalen zur Unterstützung von Sprachverstehen und -produktion

Das Zuordnen des richtigen Genus zum Nomen bildet eine Grundlage für den folgenden Erwerb richtiger Kasusmarkierungen (Kaltenbacher/Klages 2007). Die für das Deutsche schwierigen Genusmarkierungen begleiten den Zweitspracherwerb in allen Phasen und bilden auch bei guter Sprachbeherrschung die häufigste Fehlergruppe, da sie gelernt werden müssen und sich nicht aus Regeln ableiten lassen. Die Schwierigkeiten beim Erwerb der richtigen Kasusmarkierungen stehen im Zusammenhang mit der Genussicherheit und damit, dass Zweitsprachlerner Probleme beim In-Beziehung-Setzen von bestimmten und unbestimmten Artikel haben, dass sie textverweisende Pronomen nicht gut verstehen und zum Beispiel Neutrum und Maskulinum nicht genügend differenzieren können (Kaltenbacher/ Klages 2007).

Eine weitere Voraussetzung dafür, dass entsprechende Kasusmarkierungen angewendet werden, ist, dass Präpositionen erworben wurden und dass Sätze mit Objekten gebildet werden können. Die Kinder müssen Zeitrelationen verstehen lernen, sich räumlich orientieren können sowie die Beziehungen zwischen Objekt und Subjekt kognitiv erfassen können. Die Bedeutung der auszudrückenden Relationen muss ihnen präsent sein, da sie ansonsten nicht ableiten können, welcher Kasus vonnöten ist. So muss ihnen gegenwärtig sein, dass ein und dieselben Präpositionen durchaus verschiedene Kasus erfordern, je nachdem, ob sie z. B. einen statischen oder einen kinetischen Zustand ausdrücken. Beispiel: Der Topf steht auf **dem** Tisch. Ich stelle den Topf auf **den** Tisch. Dies wird, wie im Beispiel, umso schwieriger, wenn das Ergebnis der Handlung identisch ist und nur ein geringer semantischer Unterschied besteht. Die Valenz unterschiedlicher Verben muss von den Kindern erkannt werden, was im Zweitspracherwerb eine erhebliche Hürde darstellen kann. Hier findet sich eine enge Schnittstelle zwischen der Entwicklung semantischer und grammatischer Relationen.

Ausgehend vom Erstspracherwerb kann angenommen werden, dass zunächst der Nominativ übergeneralisiert wird. Akkusativmarkierungen werden vor dem Dativ erworben und zunächst auch in Dativkontexten angewendet. Kaltenbacher und Klages (2007) sprechen davon, dass zunächst ein zweigliedriges Kasussystem (Nominativ und Akkusativ) erworben wird. Inwieweit der Genitiv heute überhaupt noch angeeignet wird, ist zu fragen, da er aus dem täglichen Sprachgebrauch immer mehr verschwindet. Gebunden an sich ausweitende Interaktionen mit deutsch sprechenden Kontaktpersonen erfährt das Lexikon eine stetige Zunahme. Das Sprachverständnis des Kindes erweitert sich und es kann die Bedeutung grammatischer Strukturen erfassen. Die gewachsenen grammatischen Fähigkeiten führen dazu, dass das Kind immer besser in der Lage ist, sich seinen Intentionen gemäß auszudrücken. Daraus folgt, dass es in seinem sprachlichen Handeln nicht mehr so stark auf nonverbale Kommunikationsmittel angewiesen ist.

2.2.5 Erwerb von Nebensatztypen

Produktive Phase 5
Erwerb von Nebensatztypen

- Frühe Nebensatztypen nach Motsch (2004); gebunden an entsprechende kognitive Entwicklungen
- Sprachverständnisleistungen bezüglich alltagsrelevanter Themen sind nicht mehr immer unmittelbar an den Kontext gebunden
- nonverbale Mittel werden alltagsrelevant und individuell genutzt; nonverbale Unterstützungen sind nicht mehr unmittelbar für Produktion und Perzeption notwendig

Das Verwenden von Nebensätzen erfordert vom Kind, dass es erkennt, wie diese eingeleitet werden und dass das Verb an das Ende rücken muss. Zunächst werden von Erstsprachlernern Nebensätze mit Konjunktionen wie „weil" oder „wenn" (Rothweiler 1993, Ramge 1993) gebildet, was aufgrund der Entwicklungsrelevanz (Warum-Frage-alter) für den frühen Zweitspracherwerb ebenso angenommen werden kann. Müller (1998) verweist bei jugendlichen Zweitsprachlernern darauf, dass aufgrund der Ambiguität des Inputs und von Interferenzen mit der Erstsprache hier Schwierigkei-

ten auftreten können und die individuellen Aneignungsstrategien sich in ihrer Effektivität unterscheiden (Gawlitzek-Maiwald/Tracy 1996, Lleo 2006, Müller et al. 2007). In Abhängigkeit vom Grad der Beherrschung der Erstsprache, sind deshalb individuelle Aneignungsgeschwindigkeiten und Interferenzen mit der Erstsprache zu erwarten. Gerade die unterschiedliche Verwendung von Verben stellt für den Zweitsprachlerner eine Hürde dar und kann sich über einen längeren Zeitraum erstrecken (Rothweiler/Kroffke 2006, Kroffke/Rothweiler 2006).

Bezüglich des Sprachverständnisses sind die sprachlichen Fähigkeiten inzwischen so weit gewachsen, dass das Kind nicht mehr unmittelbar an den situativen Kontext gebunden ist. Einhergehend mit entsprechenden kognitiven Entwicklungen beginnt es, auch abstrakte Formulierungen zu verstehen. Es kann über Vergangenes und Zukünftiges mit dem Kind gesprochen werden. Voraussetzungen dafür sind neben dem sprachlichen Wissen das Verstehen von kausalen und zeitlichen Zusammenhängen sowie Abstraktionsvermögen. Erst wenn ein Kind in der Lage ist zu verstehen, dass es kausale Zusammenhänge zwischen Ereignissen gibt, kann es dies auch sprachlich ausdrücken. Diese Ursache-Wirkung-Erfahrungen erlebt es schon als Baby, den Zusammenhang zu verstehen und zu versprachlichen, gelingt dem Kind aber erst später.

Das Kind nähert sich in dieser Phase den Fähigkeiten der gleichaltrigen Erstsprachlerner an.

2.2.6 Komplexe Syntax und Ausbau der Sprachkompetenz

Produktive Phase 6
Komplexe Syntax und Ausbau der Sprachkompetenz

- Weiterer Ausbau des Wortschatzes
- Verstehen komplexerer Strukturen
- Schwierigkeiten im phonetischen Bereich können persistieren
- Wesentliche Aspekte der Zweitsprache wurden erworben
- Normale Nutzung nonverbaler Kommunikationsmittel

Die sprachlichen Fähigkeiten des Kindes sind jetzt denen ihrer Altersgenossen, die Deutsch als Erstsprache erwerben (analog der Phase V des Grammatikerwerbs nach Clahsen 1986), angeglichen. Sie können sowohl im Sprachverstehen als auch in der Sprachproduktion altersadäquate Leistungen erreichen. Allerdings ist zu fragen, wie umfangreich der Wortschatz in der Zweitsprache tatsächlich ist und inwieweit semantische Feinheiten (Doppeldeutigkeiten, Synonyme u. ä.) von ihnen realisiert werden. Beim Wortabruf kann es durchaus auch noch zu phonologischen oder semantischen Paraphrasien kommen. Entsprechende Speicherungenauigkeiten, vielmehr Speicherunsicherheiten, können zu Missverständnissen im Verstehen führen. Schwierigkeiten in der phonetischen Realisation und in der Genusmarkierung können ebenfalls noch persistieren (Apeltauer 2007, Jeuk 2007). Junge Erst- und Zweitsprachlerner sind in diesem Stadium in den Gesprächen der Kinder untereinander kaum noch voneinander zu unterscheiden.

3 Ausblick

Das vorliegende Modell bietet eine theoretisch fundierte Grundlage für die Beurteilung der Fähigkeiten jüngerer Kinder beim Erwerb des Deutschen als zweite Sprache. Wie aktuelle Forschungsergebnisse und eigene Längsschnittstudien belegen (Ahrenholz 2007, Anstatt 2007, Rothweiler 2007, Genese/Paradis/Crago 2008, Tracy 2007, Krause/Krause 2009, Adler 2010), kann davon ausgegangen werden, dass Kinder bis etwa zum Vorschulalter den Erwerbsreihenfolgen des vorgestellten Modells folgen. In Abhängigkeit vom Alter des Erstkontaktes, den bereits erworbenen Fähigkeiten in der Erstsprache, der Intensität im Umgang mit der deutschen Sprache und der Qualität des Inputs werden sich unterschiedliche Zeiträume des Erwerbs ergeben. Da sich das Modell an den zu erwerbenden sprachlichen Fähigkeiten und den sich daraus ergebenden wachsenden Kompetenzen und nicht an Zeiträumen für den Erwerb orientiert, ist es geeignet, Erwerbsschritte zu beschreiben. Auf Grundlage dieses Modells werden derzeit entsprechende Beobachtungsinstrumente erprobt, die die Basis für eine entwicklungsorientierte und eine an den Fähigkeiten der Kinder orientierte Förderung bilden. Individuelle Förderziele können auf der Grundlage der Feststellung der vom Kind bereits erreichten Fähigkeiten festgelegt werden. Die Erwerbsreihenfolgen geben den Leitfaden für die Zielhierarchie und zeigen Inhalte auf. Die dabei zu beachtenden Bedingungen und Entwicklungen im sozial-emotionalen Bereich konnten in diesem Rahmen noch nicht dargestellt werden. Sie sind aber wichtige Voraussetzungen für das Gelingen einer Förderung. Ohne eine Einbettung der Sprachförderung in die Gestaltung des Alltags, in die Schaffung einer guten Beziehungsbasis im Sinne der interkulturellen bzw. vorurteilsbewussten Erziehung und in ein Klima der Anerkennung und Wertschätzung, wird diese nicht gut gelingen. Wenn davon ausgegangen wird, dass jüngere Kinder eine zweite Sprache müheloser erwerben als Erwachsene, dann ist dies ein Grund, den Zweitspracherwerb in diesem Alter zu unterstützen (Klein 2000, Sorace 2005, Tracy 2007). Voraussetzungen für eine entwicklungsadäquate Förderung des Zweitspracherwerbs sind Kenntnisse über Verläufe sowie Lernmechanismen und vor allem Fähigkeiten zur Beobachtung von Entwicklungsverläufen und zur methodischen Gestaltung von Alltagssituationen auf der Seite der Erzieherinnen, die eine qualitativ gute Förderung der Kinder gestatten. Mit den noch in Entwicklung befindlichen Materialien wird ein Kompendium für die Arbeit von Erzieherinnen und Erziehern geschaffen (Adler 2008, 2009), welches sie dabei unterstützen soll, ihr sprachliches Verhalten, auf die Bedürfnisse der Kinder abzustimmen, den Input für die Kinder entwicklungsgerecht und wahrnehmbar im Sinne des Regelerwerbs zu gestalten sowie ihnen ein Umfeld zu schaffen, in dem sie in gegenseitiger Anerkennung und im gemeinsamen Handeln kommunizieren und so ihre sprachlichen Kompetenzen weiterentwickeln können.

Das Modell stellt dabei ein gutes Arbeitsinstrument für die professionelle Unterstützung der Kinder beim Zweitspracherwerb dar. Es orientiert sich am ungestörten Erwerb, es ermöglicht keine diagnostische Abgrenzung von Kindern mit specific language impairment (SLI). Allerdings kann die Beobachtung der Kinder anhand des Modells erste Hinweise liefern. Für eine differentialdiagnostische Abgrenzung ist eine genauere Diagnose der Erst- und Zweitsprachentwicklung notwendig.

Ziel war es, ein Modell zu entwickeln, welches eine Orientierung für die Unterstützung des Erwerbs der deutschen Sprache durch Kinder mit anderer Erstsprache geben kann. Diese Kinder sollen in der Regel die deutsche Schule besuchen, weshalb sie gute sprachliche Kompetenzen in dieser Sprache haben sollten. Der Besuch einer Kindertagesstätte kann sich sehr günstig für sie auswirken, denn die Situation zum Erwerb der Zweitsprache ist dort sehr förderlich. Die Kinder haben Umgang mit kompetenten Sprachbenutzern (Erzieherinnen und Erzieher) und

mit gleichaltrigen Kindern, die die zu erwerbende Sprache ebenfalls benutzen. Da die Kinder auf dem gleichen kognitiven Niveau sind, nutzen sie ähnliche Sprachlernstrategien und ähnliche kommunikative Strategien. Gemeinsame Handlungen und Spiele motivieren die Kinder, die neue Sprache zu benutzen. Gleichzeitig erleichtert ihnen der situative Kontext den Erwerb. Orientiert am Modell kann es den Bezugspersonen der Kinder besser gelingen, Alltagssituationen und ihr eigenes sprachliches Verhalten so umzugestalten, dass sie die Kinder in ihrem Lernprozess unterstützen.

Literatur

Adler, Y. (Hrsg.) (2008): Sprachliche Förderung von Kindern mit Migrationshintergrund. 1. Arbeitsbericht des Projektes Sprachförderung von Kindern mit Migrationshintergrund. Institut für Sonderpädagogische Entwicklungsförderung und Rehabilitation. Universität Rostock.

Adler, Y .(2009): Sprachliche Förderung von Kindern mit Migrationshintergrund in Mecklenburg-Vorpommern. Konzept zur Weiterbildung von Erzieherinnen. Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur Mecklenburg-Vorpommern.

Adler, Y. (2010): Längsschnittstudien zum Zweitspracherwerb Deutsch. Unveröffentlichtes Manuskript. Universität Leipzig, Institut für Förderpädagogik.

Ahrenholz, B. (2007): Kinder mit Migrationshintergrund. Spracherwerb und Fördermöglichkeiten. Freiburg im Breisgau: Fillibach.

Anstatt, T. (2007): Mehrsprachigkeit bei Kindern und Erwachsenen: Erwerb, Formen, Förderung. Tübingen: Attempto.

Apeltauer, E. (2007): Förderprogramme, Modellvorstellungen und empirische Befunde. Zur Wortschatz- und Bedeutungsentwicklung bei türkischen Vorschulkindern. In: Ahrenholz, B. (Hrsg.) Kinder mit Migrationshintergrund. Spracherwerb und Fördermöglichkeiten. (11-33) Freiburg im Breisgau: Fillibach.

Bredel, U. (2007): Sprachstandsmessung – Eine verlassene Landschaft. ". In: Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.): Anforderungen an Verfahren der regelmäßigen Sprachstandsfeststellung als Grundlage für die frühe und individuelle Förderung von Kindern mit und ohne Migrationshintergrund (78-119). Bonn: BMBF.

Cárdenas, B., P. Inglisa. (2006): Diagnostik und Therapie bei Mehrsprachigkeit anders anlegen? Anforderungen und Möglichkeiten in der multilingualen Arbeit. In: Bahr, R./ Iven, C. (Hrsg.): Sprache, Emotion, Bewusstheit. Beiträge zur Sprachtherapie in Schule, Praxis, Klinik. (196-206) Idstein: Schulz-Kirchner.

Clahsen, H. (1986): Die Profilanalyse: ein linguistisches Verfahren für die Sprachdiagnose im Vorschulalter. Berlin: Marhold.

Clahsen, H. (1988): Normale und gestörte Kindersprache: linguistische Untersuchungen zum Erwerb von Syntax und Morphologie. Amsterdam, Philadelphia: Benjamins.

Clark, E. (1993): The lexicon in acquisition. Cambridge: University Press.

Ehlich, K. (2005): Sprachaneignung und deren Feststellung bei Kindern mit und ohne Migrationshintergrund: Was man weiß, was man braucht, was man erwarten kann. In: Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.).

Gawlitzek-Maiwald, I. / Tracy, R. (1996): Bilingual Bootstrapping. Linguistics 34: 901-926.

Genese, F., Paradis, J., Crag, M. B. (Hrsg.). (2008): Dual Language Development and Disorders: A Handbook on Bilingualism and Second Language Learning. 3rd Baltimore, London, Sydney: Paul H. Brooks Publishing Co.

Grießhaber, W. (2007): Zweitspracherwerbsprozesse als Grundlage der Zweitsprachförderung. In: Ahrenholz, Bernt (Hrsg.) Deutsch als Zweitsprache - Voraussetzungen und Konzepte für die Förderung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund. (31-48) Freiburg i.Br.: Fillibach:

Haberzettl, S. (2007): Progression im ungesteuerten und im gesteuerten Erwerb. In: Ahrenholz, B. (Hrsg.): Kinder mit Migrationshintergrund. Spracherwerb und Fördermöglichkeiten. (203 – 220) Freiburg im Breisgau: Fillibach.

Hansen, D. (1996): Spracherwerb und Dysgrammatismus: Grundlagen, Diagnostik und Therapie. München: Reinhardt.

Jeuk, S. (2007): Zweitspracherwerb im Anfangsunterricht – erste Ergebnisse. Erwerb In: Ahrenholz, B. (Hrsg.): Kinder mit Migrationshintergrund. Spracherwerb und Fördermöglichkeiten.(186 – 202) Freiburg im Breisgau: Fillibach.

Kaltenbacher, E., H. Klages. (2007): Sprachprofil und Sprachförderung bei Vorschulkindern mit Migrationshintergrund. In: Ahrenholz, B. (Hrsg.): Kinder mit Migrationshintergrund. Spracherwerb und Fördermöglichkeiten. (80 - 97) Freiburg im Breisgau: Fillibach.

Klein, W. (2000): Prozesse des Zweitspracherwerbs. In: Grimm, H. (Hrsg.): Enzyklopädie der Psychologie. Sprachentwicklung. (537-570) Göttingern, Berlin, Toronto, Seattle: Hogrefe Verlag für Psychologie.

Köppe, R. (1996): Language differentiation in bilingual children: the development of grammatical and pragmatic competence. Linguistics 34: 927-954.

Krause, M./Krause, J. (2009): Analyse des Zweitspracherwerbs Deutsch bei vietnamesischen Kindern unter den Bedingungen des Besuchs einer Kindertagesstätte. Längsschnittstudie. Unveröffentlichte Examensarbeit. Universität Rostock, Institut für Sonderpädagogische Entwicklungsförderung und Rehabilitation

Kroffke, S. & Rothweiler, M. (2006): Variation im frühen Zweitspracherwerb des Deutschen durch Kinder mit türkischer Erstsprache. In: Vliegen, Maurice (ed.). Variation in Sprachtheorie und Spracherwerb. Akten des 39. Linguistischen Kolloquiums, Amsterdam. (145 – 153) Frankfurt a.M.: Peter Lang.

Lleo, C. (2006): Interfaces in Multilinguism. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.

Mitchel, R .& Myles, F. (2004): Second Language Learning Theories. London: Hodder Arnold.

Motsch, H.-J. (2004): Kontextoptimierung: Förderung grammatischer Fähigkeiten in Therapie und Unterricht. München: Reinhardt.

Müller, N., T. Kupisch, K. Schmitz und K. Cantone. (2007): Einführung in die Mehrsprachigkeitsforschung. Tübingen: Gunter Narr Verlag.

Paradise, M. (2004): A Neurolinguistic Theory of Bilingualism. Amsterdam, Philadelphia: John Benjamins Publishing Company.

Quay, S. (1995): The bilingual lexicon: implications for studies of language choice. Journal of Child Language 22. (369-387).

Ramge, H. (1993): Spracherwerb: Grundzüge der Sprachentwicklung des Kindes. Germanistische Arbeitshefte, 14. Tübingen: Niemeyer.

Reich, H. H. (2007): Forschungsstand und Desideratenaufweis zu Migrationslinguistik und Migrationspädagogik für die Zwecke des „Anforderungsrahmens". In: Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.): Anforderungen an Verfahren der regelmäßigen Sprachstandsfeststellung als Grundlage für die frühe und individuelle Förderung von Kindern mit und ohne Migrationshintergrund (121-169). Bonn: BMBF.

Rothweiler, M. & Kroffke, S. (2006): Bilingualer Spracherwerb: Simultane und sukzessive Mehrsprachigkeit. In: Siegmüller, Julia & Henrik Bartels (Hrsg.). Leitfaden Sprache-Sprechen-Schlucken-Stimme. (44-49) München: Elsevier.

Rothweiler, M. (1993): Der Erwerb von Nebensätzen im Deutschen: eine Pilotstudie. Tübingen: Niemeyer.

Rothweiler, M. (2007): Bilingualer Spracherwerb und Zweitspracherwerb. In: Steinbach, M. (Hrsg.): Schnittstellen der germanistischen Linguistik. (103-136) Stuttgart: Metzler.

Rothweiler, M. (2009): Über den Zusammenhang von Lexikon, Grammatik und Mehrsprachigkeit. Was kann die Spracherwerbsforschung für die Praxis liefern? In: Die Sprachheilarbeit 6/2009 (246-254).

Sorace, A. (2005): Near-nativeness. In: Long, M. and C. Doughty (Hrsg.): Handbook of Second Language Acquisition. Oxford: Blackwell Publishing.

Tracy, R. (2007): Wie Kinder Sprachen lernen. Und wie wir sie dabei unterstützen können. Tübingen: Narr Francke Attempo Verlag.

Wieden, W. / W. Nemser. (1991): The Pronunciation of English in Austria. Tübingen: Gunter Narr.

Korrespondenzadresse

PD Dr. phil. habil. Yvonne Adler

Universität Leipzig
Erziehungswissenschaftliche Fakultät
Institut für Förderpädagogik
Sprachbehindertenpädagogik
Marschnerstr. 29–31
04109 Leipzig

Yvonne Adler ist Sprechwissenschaftlerin, Lehrerin und Sprachbehindertenpädagogin. Sie beschäftigt sich mit Problemen des normalen und gestörten Spracherwerbs. Schwerpunkte: frühe Förderung sprachlicher Kompetenzen, präventive Arbeit, frühe sprachliche Förderung von Kindern mit Migrationshintergrund, Prävention schulischen Versagens.

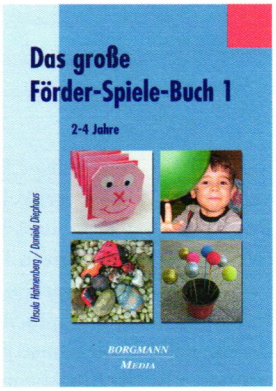
Neu im Sommer 2010

Ursula Hahnenberg / Daniela Diephaus

2-4 Jahre

Das große Förder-Spiele-Buch 1

Eltern, Erzieher und Therapeuten haben ein gemeinsames Ziel: sie wollen Kinder optimal auf die vielfältigen Anforderungen, mit denen sie heute täglich konfrontiert werden, vorbereiten. In diesem Buch werden fachkundig und verständlich Spiele, Basteleien und Beschäftigungsmöglichkeiten aufgezeigt, mit denen Wahrnehmung, Grob- und Feinmotorik, Kognition, Kreativität, Sprache und Persönlichkeit gefördert werden. In diesem ersten Teil werden einfache und kostengünstige Ideen für Kinder ab 2 Jahren vorgestellt, die ergotherapeutisch kommentiert und in der Praxis erprobt sind. Übersichtliche Darstellungen helfen dabei, schnell die richtige Beschäftigung für jede Gelegenheit zu finden. Ein unentbehrlicher Ideenratgeber für ErzieherInnen, TherapeutInnen und die ganze Familie!



Leseprobe unter: www.verlag-modernes-lernen.de

◆ Sommer 2010, 160 S., farbige Abb., Format 16x23cm, Klappenbroschur, ISBN 978-3-938187-68-5, Bestell-Nr. 9417, € 16,95

Andreas Nickisch / Dolores Heber / Jutta Burger-Gartner

Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen (AVWS) bei Schulkindern

Diagnostik und Therapie

„Ich war begeistert, nicht nur vom Inhalt und den reichhaltigen Informationen, sondern auch vom überaus praxisnahen Therapiematerial. In meinen Augen ein unbedingtes Muss für alle diejenigen, die in der Praxis mit auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen arbeiten." Sandra Cela, ergoXchange

„Insgesamt kann ich dieses 'Arbeitsbuch' sehr empfehlen: zum Nachschlagen, praktischen Arbeiten und als Grundlage für eigene Ideen." Nicole Kayser, Ergotherapie & Rehabilitation

Jetzt mit den aktuellsten Informationen zur AVWS!

◆ 4., überarbeitete Auflage 2010, Format DIN A4, im Ordner
ISBN 978-3-8080-0659-7,
Bestell-Nr. 1915, € 34,80

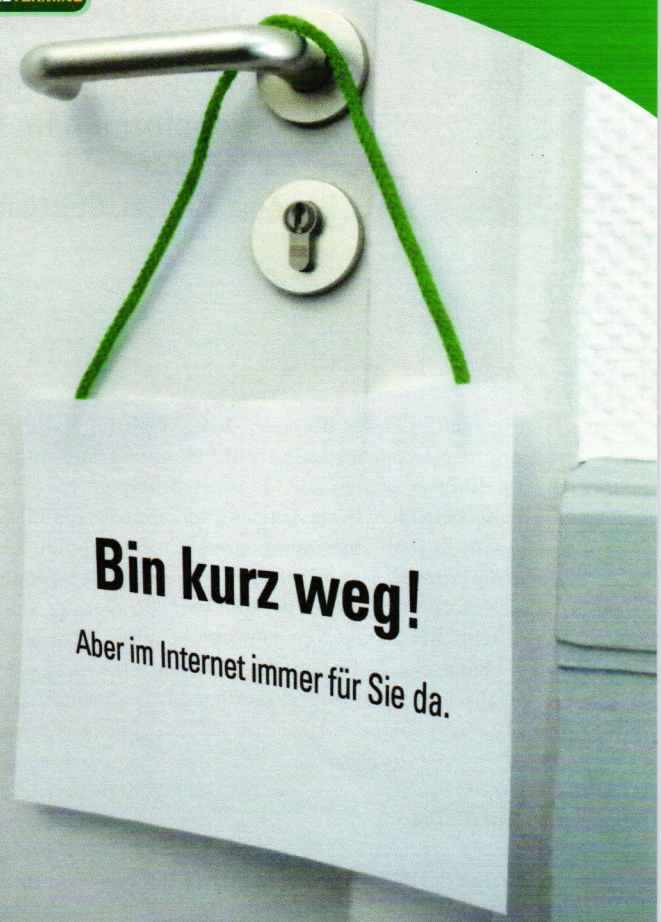
BORGMANN MEDIA

verlag modernes lernen | borgmann publishing

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

STARKESOFTWARE

STARKETERMINE



Neu: Termine einfach online buchen

Gratis testen und 100 € sparen

Mit der Software **STARKETERMINE** können Ihre Patienten auf Ihrer Homepage ganz einfach Termine vereinbaren oder absagen. So entgeht Ihnen kein Terminwunsch.

Überzeugen Sie sich selbst: Einfach bis **14.8.2010** anrufen und den **Gutschein-Code STOE** angeben.

Zu Ihrem Wunschtermin erhalten Sie eine kostenlose **Live-Online-Präsentation** inkl. telefonischer Beratung durch einen Spezialisten. Und bei einem Kauf **sparen Sie ganze 100 €!**

Buchner & Partner GmbH
Tel: 0800 0000 770
vertrieb@buchner.de
www.starke-software.de

buchner

Qualitätssicherung in der schulischen Arbeit mit sprachbehinderten Kindern

Fragestellungen im Zusammenhang mit der Entwicklung von Dokumentationsformen im Rahmen von ILEB in Baden-Württemberg

Anja Theisel, Stuttgart

Zusammenfassung

Alle Bundesländer befassen sich aktuell im Rahmen der Umsetzung der UN-Konvention mit Strukturveränderungen im Schulsystem, von denen alle Förderschultypen in unterschiedlicher Weise betroffen sind. Aufgabe der Sprachheilpädagogik ist es in diesem Zusammenhang, die Qualität schulischer Bildung sprachbehinderter Kinder zu sichern, wozu nach den Maßgaben der ICF auch Förderung und Therapie sprachtragender Funktionen und sprachlicher Strukturen gehören. Damit diese auch in Zukunft pädagogische Aufgabenfelder bleiben und nicht allein im außerschulischen Bereich und damit additiv Berücksichtigung finden, ist der Erhalt von Fachspezifität in Ausbildung und Unterricht unverzichtbar. Dieser Artikel wirft Fragen auf, wie es schulischer Bildung gelingen kann, dass sprachbehinderte Kindern die für sie notwendigen Kompetenzen für Aktivität und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben erwerben und welchen Beitrag Förderschulen mit dem Schwerpunkt Sprache dabei leisten können. Eine wichtige Rolle kann dabei die konsequente Umsetzung von „Individueller Lern- und Entwicklungsbegleitung" (ILEB) und die Entwicklung von Dokumentationsformen spielen.

Einleitung

Im Zuge der Neukonzeption der Bildungspläne aller Sonderschultypen in Baden-Württemberg in den letzten Jahren wurde die Frage, was sonderpädagogisches Handeln im Besonderen ausmacht, neu gestellt. Alle Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf bedürfen individueller Begleitung in ihrem Lernen und ihrer Entwicklung, wenn wir dem von der UN-Konvention geforderten Anspruch nach Aktivität und Teilhabe eines jeden Menschen am gesellschaftlichen Leben gerecht werden wollen. „Individuelle Lern- und Entwicklungsbegleitung (ILEB) als Arbeits- und Steuerungsinstrument gibt Antwort auf die Frage, wie Sonderschulen ihre besondere Verpflichtung einlösen, die sie gegenüber dem einzelnen Kind haben" (Burghardt & Brandstetter 2008, 3). Durch die Bereitstellung eines individuellen Bildungsangebotes und spezifischer Unterstützungsmaßnahmen soll der Diskrepanz von individuellen Bedürfnissen und gesellschaftlichen Anforderungen begegnet werden.

Um dem erweiterten Bildungsanspruch von Menschen mit unterschiedlichen Behinderungen gerecht werden zu können, bedarf es eines sehr spezifischen Fachwissens, das es auch bei zunehmend inklusiver Beschulung zu erhalten gilt. Zwar ist Sprachheilpädagogik nicht zwangsläufig institutionell gebunden, eine institutionelle Konzentration und Koordination ihrer unterstützenden Maßnahmen hingegen macht ihre Wirksamkeit wahrscheinlicher. So versucht der neue Bildungsplan der Schule für Sprachbehinderte Baden-Württemberg, in dem auch ILEB festgeschrieben sein wird, die Kompetenzen zu beschreiben, die Kinder mit Sprachbehinderungen für ihre Teilhabe am gesellschaftlichen Leben brauchen, und zeigt Verbindlichkeiten auf, die schulische Organisationsformen dazu einlösen sollten.

An dieser Stelle soll der Frage nachgegangen werden, inwiefern die Schule für Sprachbehinderte (SfS - ist die im Moment noch gültige Bezeichnung für Sonderschulen mit dem Förderschwerpunkt Sprache in Baden-Württemberg) in ihrer jetzigen Form die unten genannten Qualitätsmerkmale von ILEB bisher schon umsetzt.

Worauf können wir zurückgreifen? Wo besteht noch Nachholbedarf? Inwiefern kann ILEB im Zuge des durch die Umsetzung der UN-Konvention neu angestoßenen Umbruchs im Bildungssystem der verschiedenen Länder beitragen, die Qualität sprachheilpädagogischen Handelns an unterschiedlichen Förderorten zu erhalten?

Dabei sollen in erster Linie Fragen aufgeworfen werden, die zum Austausch anregen.

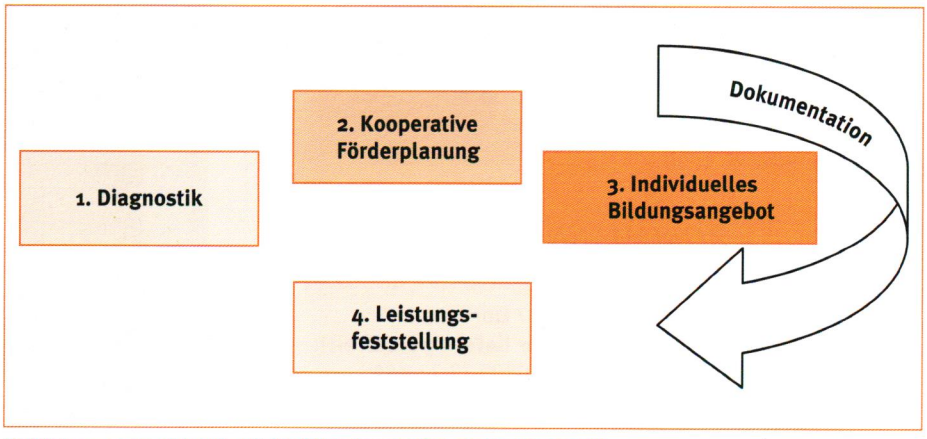


Abbildung 1: Struktur der ILEB (Burghardt, Brandstetter 2008)

Anschließend werden Überlegungen zur Entwicklung von Dokumentationsformen angestellt, die die besonderen Stärken und Schwächen sprachbehinderter Kinder berücksichtigen und in Zusammenarbeit mit Lehramtsanwärtern des Seminars Stuttgart erprobt wurden.

Im Rahmen der Lern- und Entwicklungsbegleitung (ILEB) soll sonderpädagogisches Handeln durch ein professionell gesteuertes Zusammenspiel von sonderpädagogischer Diagnostik, kooperativer Förderplanung, individuellem Bildungsangebot, kompetenzorientierter Leistungsfeststellung und kontinuierlicher Dokumentation jedem einzelnen Schüler ein höheres Maß an Aktivität und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglichen. Ziel des Unterrichts mit sprachbehinderten Kindern und Jugendlichen ist der Aufbau kommunikativer Kompetenz, d.h. das Beherrschen des im sozialen Umfeld angemessenen Sprachgebrauchs (Schrey-Dern 2006). Die Komplexität kommunikativer Kompetenz erfordert die Berücksichtigung pragmatisch-kommunikativer, sprachstruktureller, emotional-sozialer, kognitiver sowie kontextueller Aspekte (Dohmen 2009). Durch die Erweiterung der individuellen kommunikativen Kompetenz unter Berücksichtigung der genannten Aspekte kann verbesserte Teilhabe am alltäglichen Leben ermöglicht werden.

Diagnostik

Für die individuelle Förderung und Therapie sprachbehinderter Kinder ist eine differenzierte Diagnostik unerlässlich. Schon bisher wird bei der Ein- oder Umschulung an die Schule für Sprachbehinderte in Baden-Württemberg (SfS) für jedes Kind ein sonderpädagogisches Gutachten erstellt, das den individuellen Förderbedarf der Kinder auf der Grundlage einer breiten und differenzierten Diagnostik feststellt und den für diesen Förderbedarf bestmöglichen Förderort vorschlägt. Dieses Gutachten ist für alle innerhalb der Schule tätigen Lehrkräfte einsehbar und kann als Grundlage von Unterricht und Therapie dienen.

Die diagnostischen Verfahren, die für diese Überprüfung ausgewählt werden und damit die Bereiche, die schwerpunktmäßig begutachtet werden, sind von Schule zu Schule verschieden. Dadurch entsteht ein relativ verschwommenes Bild der Schülerschaft, die an den SfS beschult wird. Regionale Gegebenheiten und Traditionen vor Ort spielen eine große Rolle. Auch in Zukunft muss die Entscheidung darüber, welches Kind Anspruch auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot hat, Aufgabe der Diagnostik bleiben, selbst wenn dieses nicht nur in den SfS eingelöst wird. Nicht zuletzt hängt die Bereitstellung von Ressourcen für sprachbehinderte Kinder davon ab. Umso bedeutsamer scheint ein transparentes diagnostisches Vorgehen, das es ermöglicht, Förderbedarf und Ressourcen sprachbehinderter Kinder zu erfassen und ihnen ein individuelles Bildungsangebot bereitzustellen, wie es in der SfS bisher gewährleistet ist.

> Ist eine Vereinheitlichung des Verfahrens sinnvoll und möglich?
> Wie können die Ergebnisse allen Beteiligten transparent gemacht werden?

Die Kommunikation weiterer Beobachtungen in Unterricht und Therapie sowie die Fortschreibung der Förderplanung und ihrer Ergebnisse werden an den einzelnen SfS sehr unterschiedlich gehandhabt. Es gibt vielfältige Formen prozessorientierter Diagnostik und ihrer Dokumentation, die in unterschiedlicher Konsequenz umgesetzt wird. Dadurch sind Transparenz und Nachvollziehbarkeit sowohl für Kollegen, die parallel oder in der Folge mit dem Kind arbeiten, als auch für Eltern und Kinder selbst nicht immer gegeben. Bei Übergängen besteht die Gefahr, dass Informationen uneinheitlich weitergegeben werden oder verloren gehen.

> Ist eine Vereinheitlichung der Dokumentationsformen möglich und sinnvoll?

Kooperative Förderplanung

Kooperative Förderplanung, wie sie für ILEB gefordert ist, kann nur gelingen, wenn den Eltern der Entwicklungsstand des Kindes in wesentlichen Bereichen deutlich wird, Ziele gemeinsam formuliert und sowohl Kind als auch Eltern an der Planung von Fördermaßnahmen beteiligt werden. Es ist zu klären, wer für welche Maßnahmen verantwortlich ist, wie diese umgesetzt werden sollen und wann sie gemeinsam reflektiert werden. Dazu bedarf es eines Förderplans, der auf einem gemeinsamen Konsens aller Beteiligten beruht und der für jeden verständlich und einsehbar ist. Eine solch konsequent gemeinsame Planung aller am Erziehungs- und Bildungsprozess Beteiligten, wie sie beispielsweise seit längerer Zeit im Bereich der Jugendhilfe erfolgt, wird in den SfS bisher nicht durchgängig praktiziert. Dadurch wird das Bezugsnetz der Kinder, das eine wesentliche Ressource bei der Sprachförderung darstellt (vgl. Steiger-Müller 2009), wenig genutzt. Dass der Einbezug der Eltern in den therapeutischen Prozess dessen Effizienz erhöht, zeigen Erfahrungen aus unterschiedlichen Bereichen, denen hier nicht weiter nachgegangen werden kann.

> Wie kann eine konsequente Strukturierung der Kommunikation zwischen Elternhaus bzw. anderen an der Förderung beteiligten Personen bzw. Institutionen und Schule gelingen?

Wenn Eltern in Zukunft verstärkt in die Förderung ihrer Kinder eingebunden werden sollen, wie es teilweise im Frühförderbereich schon geschieht (z.B. Koller Stuber & Biene 2009), bedarf es eines Klärungsprozesses, inwiefern es sinnvoll ist, dass Eltern die Therapie aktiv mitgestalten und welche Unterstützungsangebote dafür notwendig sind.

> Welche Möglichkeiten bietet die Schule den Eltern, sich Kompetenzen im Bereich Sprachentwicklung und -förderung anzueignen, um ihre Kinder in ihrer Kommunikation sinnvoll unterstützen zu können?

Individuelles Bildungsangebot

Um ein individuelles Bildungsangebot sicherstellen zu können, müssen die Lernausgangs- und Bedürfnislagen der Schülerinnen und Schüler bei organisatorischen Entscheidungen wie z.B. der Wahl und Gestaltung des Förderortes, bei ambulanter Unterstützung und nicht zuletzt bei methodisch-didaktischen Überlegungen innerhalb des Unterrichts berücksichtigt werden. Neben dem Erwerb von Wissen geht es um die Entfaltung von Fähigkeiten, Fertigkeiten und Haltungen. Die besondere Chance der SfS besteht darin, durch eine Kombination von Unterricht und Therapie vielfältige Möglichkeiten der Förderung in unterschiedlichen Organisationsformen zu nutzen und dadurch, umfassender als es isolierte Sprachtherapie könnte, Kinder in ihrer Entwicklung zu unterstützen. Neben 1:1-Situationen und Kleingruppensettings

werden im Unterricht selbst individuelle Bildungsangebote gemacht, die neben der Aneignung von Kenntnissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten die Weiterentwicklung der Sprache selbst und verschiedener sprachtragender Funktionen im Blick haben. Dass dies erfolgreich gelingt, zeigt die hohe Akzeptanz der Schulform auf Seiten der Eltern, die vielfach um einen Platz in den SfS kämpfen, weil sie die Schwierigkeiten ihrer Kinder in allgemeinen Schulen und deren Folgen täglich erleben.

Die Auseinandersetzung der letzten Jahre zu der Frage, was sprachheilpädagogischen Unterricht ausmacht, hebt mit unterschiedlichen Begrifflichkeiten und Schwerpunktbildungen drei wesentliche Handlungsformen hervor, die in ihrer Kombination die unterrichtliche Arbeit an der SfS ausmachen.

1. Spezifische Sprachtherapie im Unterricht (sprachtherapierender Unterricht)
2. Sprachförderung im Unterricht (sprachfördernder Unterricht)
3. Sprachassistierender Unterricht (adaptiver Unterricht)

Zwischen diesen Dimensionen gibt es Überlappungen und Wechselwirkungen, die eine klare Abgrenzung schwierig machen und zu der Problematik klarer Begriffsdefinitionen beitragen. An dieser Stelle soll nur ein kurzer Überblick gegeben werden, wie sich diese Dimensionen in der Ausbildung im Seminar Stuttgart wiederfinden und wie sie dort nach der Zusammenschau der Veröffentlichungen von Glück und Berg (2008), Seiffert (2008), Mayer (2009) und Braun (1980) definiert werden.

Wie kann es uns in Zukunft gelingen, das bisher an den Schulen für Sprachbehinderte gebündelte und tradierte Fachwissen im Rahmen der Debatte um Inklusion transparent zu machen und in den sich zunehmend entwickelnden vielfältigen Formen integrativer Beschulung zu erhalten?

Sprachtherapie im Unterricht (sprachtherapierender Unterricht)	**Sprachförderung im Unterricht (sprachfördernder Unterricht)**	**Sprachassistierender bzw. adaptiver Unterricht**
Definition: setzt an den individuell präzise diagnostizierten Therapiebedürfnissen des einzelnen Kindes an und verfolgt systematisch individuelle Therapieziele.	**Definition**: förderdiagnostische Fundierung mit Bestimmung eines Förderbereichs, d.h. die umfassendere und zielunschärfere Handlungsform des Förderns wird eingesetzt. Es liegt häufig ein kollektiver Förderbedarf mehrerer Kinder vor.	**Definition:** Auswahl und Anpassung von Inhalten und Methoden an die Bedürfnisse und Lernvoraussetzungen der Kinder, damit die vom Bildungsplan geforderten Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten (Kompetenzen) erworben werden können.
Merkmale: • Herstellen einer individuellen Passung von Unterrichtsangebot und Therapieziel • zur Erreichung des Therapiezieles werden spezifische methodische Entscheidungen getroffen (störungsspezifische Maßnahmen) • Die Lehrkraft benötigt vertiefte Kenntnisse im Förderbereich (therapeutische Methoden/Förderkonzepte für Grammatikerwerb, Erwerb des phonologischen Systems, auditive Wahrnehmungsleistungen, Schriftspracherwerb, etc.) • Therapieintegration (z.B. 1:1-Situationen) • Ausnutzen sich situativ bietender sprachtherapeutischer Maßnahmen • Prinzipien sprachheilpädagogischen Unterrichts in Passung zu individuellen Therapiezielen	**Merkmale**: Prinzipien sprachheilpädagogischen Unterrichts in Passung zu ausgewählten Förderbereichen • Sprach- und Kommunikationsorientierung (sprachschaffender Unterricht): gezielte Sprechanlässe, kommunikativ orientierte Sozialformen … • gezielter Einsatz der Lehrersprache (z.B. handlungsbegleitendes Sprechen, Modellierungstechniken) • Förderung sprachtragender Funktionen (z.B. Wahrnehmung, Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Motorik...) • Multiperformanzprinzip • Berücksichtigung aller Sprachebenen • Auswahl von Inhalten und Unterrichtsformen, die Sprachförderung besonders gut möglich machen • Sicherung des Sprachverständnisses	**Merkmale**: • Aufarbeitung der Lerninhalte hinsichtlich ihrer sprachlichen Anforderungen, um den erforderlichen Sach- und Sinnzusammenhang für alle Kinder sicherzustellen (Verständnissicherung) • Gewichtung von Inhalten, Methoden und Medien nach Förderwirksamkeit • Strukturierungshilfen, Visualisierungen, Wiederholungen, Reduktion von Komplexität, Aufmerksamkeitssicherung • Optimierung emotionaler und sozialer Voraussetzungen: Abbau von Sprechangst, Abbau von Störungsbewusstsein, Förderung interaktiven Verhaltens etc. • Gegenstandsorientierung • Handlungsorientierung
	Wechselseitige Durchdringung ist möglich und macht die Effektivität sprachheilpädagogischer Arbeit aus!	
Zielorientierung: Spezifisches sprachliches Lernziel ist leitend.	**Zielorientierung**: Sprachförderung als Grundprinzip in jedem Unterricht ist leitend.	**Zielorientierung**: Unterrichtsgegenstand ist leitend.

Abbildung 2: Sprachheilpädagogische Handlungsformen

Kompetenzorientierte Leistungsfeststellung

Die Leistungsfeststellung an der SfS ist an der allgemeinen Schule orientiert. Das Bestreben, die Kinder möglichst bald in die Grundschule oder an weiterführende Schulformen zurückzuschulen, prägt die Art der Arbeit. Der rehabilitative Aspekt spielt folglich eine besondere Rolle, weshalb der Begriff der ‚Therapie' als Handlungsform für die Schule für Sprachbehinderte von Bedeutung bleibt. So ist auch die Frage nach der Beurteilung der Leistungen immer geprägt von dem Zwiespalt, einerseits individuelle Maßstäbe anlegen und damit intraindividuelle Entwicklungen berücksichtigen zu können, andererseits vorhandene Kompetenzen der Schülerinnen und Schüler im Hinblick auf eine mögliche Rückführung in allgemeine Schulen abzubilden.

> Wie kann neben erworbenem Wissen die tatsächliche Entwicklung von Fähigkeiten, Fertigkeiten und Haltungen abgebildet werden?

Durch eine regelmäßige Leistungsfeststellung und Leistungsbeschreibung prüft die Schule die Passung von individuellem Entwicklungsverlauf und förderlicher Lernumgebung. Hier einen guten Weg zu finden, der den Kindern und ihren Bemühungen gerecht wird, bleibt eine besondere Herausforderung der SfS.

> Wie kann die Entwicklung von kreativen Formen stärker kompetenzorientierter Leistungsfeststellung unabhängig vom Lernort gelingen?

Dokumentation

Welche Beobachtungskriterien/ Förderbereiche sollten sich wiederfinden?

Die Diagnostik bei der Aufnahme in die SfS ist recht umfassend. Neben den verschiedenen Sprachebenen selbst und der Sprechflüssigkeit spielen die sprachtragenden Funktionen wie Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Motorik, Wahrnehmung und Kognition (vgl. ICF: Funktionen von Körper und Geist) eine wichtige Rolle.

Im Schulalltag selbst gewinnen Lern- und Arbeitsverhalten sowie der sozial-emotionale Bereich an Bedeutung. Hinzu kommen die Kompetenzen in unterschiedlichen Fächern und Fächerverbünden, die der Bildungsplan beschreibt. All diese Bereiche können zu Schwerpunkten der Förderung werden, aber auch Ressourcen für die Kompensation von Schwächen darstellen. Ein umfassendes Bild der Kinder, in dem Stärken und Schwächen sichtbar werden, ist für die Konzeption von Förderung und Therapie bedeutsam.

Viele Versuche gab es im Laufe der vergangenen Jahre in unterschiedlichen Bundesländern (z. B. Niedersächsisches Kultusministerium, 2006) und anderen deutschsprachigen Ländern (z. B. Bildungsdirektion Zürich: Schulische Standortgespräche, 2007), Formen individueller Entwicklungsbegleitung und ihrer Dokumentation zu finden. Sie beziehen sich meist auf die Bedürfnisse der allgemeinen Schulen und versuchen, Förderbedarf in möglichst vielen Bereichen zu erfassen, um ein Gesamtbild des kindlichen Entwicklungsstandes zu gewinnen und gegebenenfalls sonderpädagogische Maßnahmen zuzuweisen. So werden in den Standortgesprächen der Schweiz für die schulische Grundstufe die Bereiche ‚allgemeines Lernen', ‚Spracherwerb und Begriffsbildung', ‚Lesen und Schreiben', ‚mathematisches Lernen', ‚Umgang mit Anforderungen', ‚Kommunikation', ‚Bewegung und Mobilität', ‚für sich selbst sorgen', Umgang mit Menschen' sowie ‚Freizeit, Erholung und Gemeinschaft' erfasst. Auch die Beispiele aus den Förderschulen Baden-Württembergs (Sonderschulen mit Förderschwerpunkt Lernen) bemühen sich um ein umfassendes Bild des einzelnen Kindes, um durch die Bereitstellung eines individuellen Bildungsangebotes Aktivität und Teilhabe zu ermöglichen.

Zwar sind Sprache und Kommunikation immer Teil dieser Dokumentationsformen, werden allerdings der Spezifik sprachheilpädagogischen Arbeitens nicht gerecht. Um ein individuelles Bildungsangebot für sprachbehinderte Kinder bereit stellen zu können, bedarf es einer differenzierten Erfassung sprachlich-kommunikativer Kompetenzen. „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 (Glück & Mussmann 2009, 213)."

Allerdings darf auch die Übersichtlichkeit und Handhabbarkeit der Dokumentation im Alltag nicht verloren gehen. Aus diesem Grund kann eine Konzentration auf die Bereiche sinnvoll sein, wie sie auch der neue Bildungsplan der SfS in Baden-Württemberg (erscheint 2010) im Bildungsbereich ‚Sprache' in den Blick nimmt und die sich an die ICF anlehnen:

- sprachtragende Funktionen (Wahrnehmung, Gedächtnis, Motorik, Aufmerksamkeit)
- sprachliche Strukturen (Phonetik-Phonologie, Semantik-Lexik, Syntax-Morphologie, Pragmatik-Kommunikation)
- Schriftsprache
- Sprachbewusstsein

Hinzukommen müssten der sozial-emotionale Bereich und das Lern- und Arbeitsverhalten, da dort personale und soziale Kompetenzen abgebildet werden, die für das Gelingen von Kommunikation bedeutsam sind.

Kompetenzen in einzelnen Fächern und Fächerverbünden könnten ansonsten außen vor bleiben, insofern sie nicht in Zusammenhang mit der Sprachbehinderung zu sehen und damit für die Bereitstellung sprachheilpädagogischer Maßnahmen nicht relevant sind. Dass eine Abgrenzung hier immer schwierig sein wird, ist auf Grund der starken Sprach- und Kommunikationsorientierung schulischen Lernens selbstverständlich. Insbesondere der Zusammenhang von Mathematik und Sprache, der an dieser Stelle nicht näher aufgegriffen werden soll, muss im Blick behalten werden.

Wie spezifisch/offen sollten diese Kriterien/Bereiche beschrieben sein?

Obwohl differenzierte Kriterien, wie oben erwähnt, unabdingbar sind für die schulische Förderung, erhebt sich die Frage nach dem Grad der Ausdifferenzierung. Im außerschulischen Bereich verpflichten gesetzliche Vorgaben und Verträge Sprachtherapeuten, jede Therapie zu dokumentieren. Einheitliche Dokumentationsverfahren sind in der Praxis im deutschsprachigen Raum eher zu finden als im schulischen Bereich. Allerdings variieren je nach Institution und persönlichen Vorlieben Form und Inhalt der sprachtherapeutischen Dokumentation auch dort. Inhaltlich werden unterschiedliche Aspekte festgehalten wie beispielsweise Therapieziele, Methoden, einzelne Übungen bis hin zum Material. Häufig sind diese Dokumentationen für Dritte schwer verständlich bzw. weiter zu verwerten.

Giel (2005) hat für den außerschulischen Bereich einen Vorschlag zur Vereinheitli-

chung gemacht, der Art und Umfang der Sprachbeeinträchtigung präzise wiederzugeben versucht. Wenn wir den rehabilitativen Charakter schulischer Sprachförderung und -therapie erhalten wollen, lohnt eine Auseinandersetzung mit diesen Dokumentationsformen.

Allerdings erfordert die Bereitstellung eines individuellen Bildungsangebotes für sprachbehinderte Kinder einen Blick, der weit über die sprachlichen Strukturen und Funktionen hinausgeht und deren Auswirkungen auf schulisches Lernen und die Bewältigung von Anforderungen berücksichtigt. Um die Praktikabilität der Dokumentation im schulischen Alltag zu gewährleisten, müssen wir auch hier einen Weg finden zwischen der Notwendigkeit spezifischen sprachheilpädagogischen Arbeitens und der Berücksichtigung des Einflusses von Sprache und Kommunikation auf alles schulische Lernen.

Auf Grund der vielfältigen möglichen Beobachtungskriterien ist eine Auswahl unbedingt sinnvoll. Sie lenkt den Blick auf bestimmte bedeutsame Bereiche und macht Vergleichbarkeit eher möglich. Listen zum Ankreuzen schränken einerseits stark ein und begrenzen den Blick auf bestimmte festgelegte Kriterien. Andererseits bleibt das bloße Nennen von unterschiedlichen Förderbereichen sehr unspezifisch und bietet keine Anhaltspunkte auch für diejenigen, die noch nicht viel Erfahrung in Beobachtung und Diagnostik gesammelt haben.

In unseren Versuchen hat sich gezeigt, dass Raum für eigene Beobachtungen bedeutsam ist, weil dadurch immer wieder Ergänzungen möglich sind und auch verschiedene Eindrücke und Sichtweisen Platz finden können. Dennoch ist die Auswahl bestimmter Förderbereiche und deren Ergänzung durch beispielhafte Kriterien unabdingbar.

Wie können Stärken und Schwächen Berücksichtigung finden?

Während der Entwicklung des Konzeptes von ILEB, das als Arbeits- und Steuerungsinstrument sonderpädagogischen Handelns über alle Fachrichtungen hinweg entworfen wurde, ist das Bewusstsein um die Bedeutung der Stärken und Ressourcen der Kinder und ihres Umfeldes verstärkt in den Vordergrund gerückt. Behinderte oder von Behinderung bedrohte Kinder nicht auf ihre Defizite zu reduzieren, sondern ihre Fähigkeiten auszubauen und zu nutzen, ist für die Gewährleistung von Aktivität und Teilhabe, wie sie in der ICF beschrieben und von der UN-Konvention gefordert werden, von besonderer Bedeutung.

Die ICF bezieht sich auf und enthält die Rahmenbedingungen zur Herstellung von Chancengleichheit von Personen mit Behinderungen und wird ausdrücklich als pä-

Zielebenen sprachheilpädagogischer Förderung im ICF-Modell

Funktionen und Strukturen von Körper und Geist

Funktionen des Hörens
Stimm- und Sprechfunktionen

Sprachtragende, mentale Funktionen wie Aufmerksamkeit, Gedächtnis, psychomotorische Funktionen, emotionale Funktionen, Wahrnehmung

Psycholinguistische Basisfunktionen und Strukturen:
korrekte Lautbildung und Verwendung, syntaktisch-morphologische Fähigkeiten,
mentales Lexikon, Sprechflüssigkeit

Aktivitäten (Anwendung von Funktionen und Strukturen)

Sprachliches, elementares Lernen: Lesen, Schreiben

Sprachliche Wissensanwendung: Denken, Lesen, Schreiben, mathematisches Problemlösen, Entscheiden, Informationsgewinnung und -repräsentation

Kontextangemessene Kommunikation in verschiedenen Lebensbereichen (Familie, Schule, Gemeinschaftsleben)

Teilhabe (Anwendung der Aktivitäten)

Sich kommunikativ angemessen an den Aktivitäten der selbst gewählten oder obligatorischen, sozialen Settings beteiligen und einbezogen fühlen

Umfeldressourcen

Einbeziehung von Partnern (Eltern, Lehrkräfte, Therapeuten, Fachdienste …)

Persönliche Ressourcen

Motivation
Neugier
Initiativität
Responsivität
Sensibilität

Abbildung 3: Zielebenen nach ICF (in Anlehnung an Glück & Berg 2008, 5)

dagogisches Instrument verwendet, wie das bei der Curriculumentwicklung in Baden-Württemberg der Fall ist. Eingeschränkte Funktionen beeinflussen die Aktivitäten der Person, die ihrerseits erst Entwicklung ermöglichen. Die Annahme, dass sich Menschen durch ihre Eigenaktivität entwickeln, eröffnet Möglichkeiten für pädagogisches Handeln und stellt gleichzeitig die Verpflichtung dar, Bildung so zu gestalten, dass Eigenaktivität und damit verbesserte Teilhabe möglich werden. Die ICF kann auf alle Menschen bezogen werden und enthält die in Abb. 3 dargestellten und schon oben teilweise beschriebenen Zielebenen sprachheilpädagogischer Förderung. Dadurch erweitert sich der Bildungsbegriff insofern, als dass pädagogisches Handeln, das Kindern und Jugendlichen Aktivität und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglicht, Teil des schulischen Bildungsauftrages ist. So sind auch Förderung und Therapie der in der ICF beschriebenen Funktionen und Strukturen von Körper und Geist Aufgabenfelder der SfS und müssen bei der Beschulung sprachbehinderter Kinder in allgemeinen Schulen berücksichtigt werden.

Auf diesem Hintergrund kann gleichzeitig ein positives und negatives Bild der Funktionsfähigkeit eines jeden Menschen erstellt werden, in dem Umweltfaktoren integraler Bestandteil des Konzeptes sind. Wenn die Gewährleistung von Aktivität und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben oberstes Ziel der Arbeit mit behinderten Menschen ist, so wird nur die Kombination von Ressourcenorientierung und Defizitorientierung zum Ziel führen. Das Nutzen und Stärken vorhandener Ressourcen, kombiniert mit dem Bemühen, vorhandene Defizite so gut als möglich auszugleichen oder gar zu beheben, schafft die Voraussetzungen für gelingende Inklusion. So darf die SfS ihren rehabilitativen Charakter nicht aufgeben, sondern muss auf ungleiche Voraussetzungen angemessen eingehen, um sprachbehinderten Kindern eine spätere Teilhabe am allgemeinen Schulsystem zu ermöglichen. „Ziel der therapeutischen Bemühungen muss es sein, die Kinder möglichst schnell an den altersnormalen Spracherwerbsstand heranzuführen" (Motsch 2009, 239).

Diese doppelte Sichtweise sollte auch in den Dokumentationsformen ihren Niederschlag finden.

Was ist Sinn und Zweck der Dokumentation?

Der Zweck der Dokumentation bestimmt entscheidend die Wahl der Form. Ist es das

Entwicklungsplan von _____

Begonnen am: _____

Geburtsdatum:

Mutter-/Familiensprache:

Förderort/Schule:

Wesentliche Elemente der Anamnese	Bisherige Fördermaßnahmen
	(z.B. Sprachtherapie, Ergotherapie etc.)
Eingangsdiagnostik	Ergebnisse
Verfahren/ Subtests	(T-Werte, Prozentränge etc.)
Stärken + Interessen + Kompetenzen	

Bereiche	**Förderbedarf – Ressourcen**	**Entwicklung** → ↗ ↑ ☺
Sozial-emotionaler Bereich (z. B. Selbstbild, Störungsbewusstsein, Kontakt-, Konfliktfähigkeit, Kooperationsfähigkeit)		**mit Datum**
Lern-, Arbeitsverhalten (z. B. Aufmerksamkeit, Konzentrationsfähigkeit, Selbstständigkeit, Frustrationstoleranz, Arbeitstempo)		
Motorik (z. B. Graphomotorik, Muskeltonus, Koordinationsfähigkeit, Mundmotorik: Mundschluss, Lippen-, Zungenspannung ...)		
Wahrnehmung und Gedächtnis (z. B. taktil, kinästhetisch, visuell, auditiv – Diskrimination, Sequenz, Analyse ...)		
Kognition		

Abbildung 4: Entwicklungsplan (Fortsetzung S. 136)

Bestreben, eigene Beobachtungen im Unterricht zu notieren, wird die Dokumentationsform anderen Ansprüchen genügen müssen als die Weiterabe von Informationen an Dritte. Nach Burghardt und Brandstetter (PIM 2008/1) soll die Dokumentation sowohl die Ergebnisse der Diagnostik, den daraus sich ergebenden Förderbedarf und die Entwicklungsgeschichte des Kindes, als auch die Ergebnisse der kooperativen Förderplanung darstellen und für alle Beteiligten nachvollziehbar sein. Diese Forderungen lassen sich im Förderschwerpunkt Sprache nur schwer in einem ‚Formular' integrieren.

Entwicklungsplan

Für die Ableitung von Förderschwerpunkten und die Planung therapeutischer Interventionen ist eine differenzierte Diagnostik unerlässlich, die viele verschiedene Entwicklungsbereiche wie Wahrnehmung, Motorik, Kognition, Aufmerksamkeit, Gedächtnis etc. sowie die verschiedenen Sprachebenen selbst berücksichtigt. Für die Weitergabe von Informationen in der Schule selbst und an an der Förderung beteiligte Partner sollte die Dokumentationsform deshalb

- Überblick über diagnostische Verfahren geben
- individuelle Lernvoraussetzungen (Stärken / Schwächen) darstellen
- Überblick über durchgeführte Fördermaßnahmen geben
- bisherige Entwicklungen und verbliebene Förderbereiche verdeutlichen.

Dazu könnte ein Entwicklungsplan dienen, der die Ergebnisse der Eingangsdiagnostik aufgreift und den Förderbedarf in den unterschiedlichen Bereichen sowie Ressourcen und Stärken von Kind und Umfeld kurz darstellt (vgl. Abb. 4). Dieser könnte stets durch weitere Beobachtungen ergänzt und einmal jährlich überarbeitet werden. Er wäre Grundlage der kooperativen Förderplanung mit Eltern und anderen an Förderung und Therapie beteiligten Personen.

Förderplan

Die Forderung nach dem Einbezug der Eltern und des Kindes selbst erfordert:

- Auswahl einzelner Förderbereiche
- nachvollziehbare Förderschwerpunkte
- konkrete Zielformulierungen
- klare Zuständigkeiten
- differenzierte, für jeden umsetzbare Maßnahmen
- Begrenzung auf bestimmte Zeit, nach der rekapituliert wird.

Da die Diagnostik im Förderschwerpunkt Sprache verschiedene Sprachebenen sowie

Sprache		
Phonetik-Phonologie (z. B. phonologische Prozesse, Fehlbildungen)		
Semantik-Lexik (z. B. Wortschatzumfang, Sprachverständnis, Wortfindungsprobleme, Umschreibungen, Wortneuschöpfungen, Nachfragen)		
Syntax-Morphologie (z. B. S-V-Kongruenz, V2-Stellung, Genus, Numerus, Kasus, Tempus, Nebensätze, Fragen)		
Pragmatik-Kommunikation (z. B. Blickkontakt, Erzählen, Dialogfähigkeit Turntaking, Kommunikationsbereitschaft)		
Sprechablauf (z. B. Stottern, Poltern)		
Sprachbewusstsein (z.B. phonologische Bewusstheit, Metakommunikation)		
Schriftsprache (z. B. Lesestrategien, Phonem-Graphem-Korrespondenzen, Silbenstrukturen, Rechtschreibstrategien, Texte verfassen)		
Mathematik (z. B. Mengenvorstellung, Abzählen, Menge-Zahl-Beziehung, Operationsverständnis)		

Abbildung 4: Entwicklungsplan (Fortsetzung von S. 135)

Förderplan von: _____

Datum: _____

Geburtsdatum:

Mutter-/Familiensprache:

Förderort/Schule:

Stärken/Ressourcen:

Förderbereich	Zielsetzung	Maßnahmen	Zuständigkeit	Reflexion/ Evaluation

Datum des geplanten nächsten Treffens: _____

Abbildung 5: Förderplan

sprachtragende Funktionen und kommunikative Fähigkeiten berücksichtigen muss, würde ein Förderplan, der alle Informationen enthält, sehr umfangreich ausfallen. Die Eltern wären mit einer Fülle von Informationen konfrontiert, mit der sie kaum etwas anfangen können. Die für eine gemeinsame Förderplanung notwendige Schwerpunktsetzung und damit die Begrenzung auf bestimmte Bereiche wäre nicht gewährleistet.

Sinnvoller erscheint es, einen zweiten Bogen zu entwerfen, der den genannten Zielsetzungen gerecht werden kann. So können aus dem Entwicklungsplan Ziele für die gemeinsame Förderplanung abgeleitet werden, die sich dann in einem immer wieder neu zu schreibenden Förderplan wiederfinden (vgl. Abb. 5).

Wie praktikabel ist die Umsetzung?

Eine wesentliche Frage, um ein Gelingen von ILEB zu ermöglichen, ist die nach der Praktikabilität und Umsetzbarkeit im Alltagsgeschehen. Konsequente und transparente Dokumentation von Entwicklung erfordert zusätzliche Zeit ebenso wie kooperative Förderplanung. Es müssen Dokumentationsformen gefunden werden, die keine zusätzliche Belastung darstellen, übersichtlich sind und notwendige Informationen transparent machen.

Abb. 4 zeigt einen Vorschlag für einen Entwicklungsplan, der auf der Grundlage der vor der Aufnahme in die SfS zu verfassenden Gutachten geschrieben und nach Ablauf eines Schuljahres ergänzt werden könnte. In ihm wäre ein Überblick über die bisherige Entwicklung des Kindes und seine familiäre Situation sowie über Stärken und Förderschwerpunkte gegeben. Er ist nichts anderes als einer der vielen Versuche, eine Zusammenschau des oben Genannten zu erreichen, wie er an vielen Schulen von vielen verschiedenen Lehrkräften schon unternommen wurde.

Daneben gibt es einen Förderplan (vgl. Abb. 5), der einmal zu Beginn eines Schuljahres und einmal zum Halbjahr, wenn sowieso häufig Gespräche mit den Eltern stattfinden, sofern möglich auch häufiger, gemeinsam mit diesen und evtl. anderen an der Förderung beteiligten Personen erstellt werden kann. In ihm finden sich nur die Förderschwerpunkte wieder, die in den nächsten Monaten im Fokus stehen sollen, sowie mögliche Maßnahmen und Zuständigkeiten. Beim nächsten Gespräch kann die Entwicklung dann gemeinsam betrachtet und auf diesem Hintergrund ein neuer Förderplan erstellt werden. Auf diese Weise würden Strukturen und Ressourcen der SfS genutzt, so dass eine konsequentere Umsetzung der schon vielfältig praktizierten Elemente von ILEB möglich wäre. Gleichzeitig würde eine Grundlage geschaffen für Transparenz in den zunehmend kooperativen Aufgabenfeldern der SfS.

Wie hoch soll der Grad der Verbindlichkeit sein?

An den verschiedenen Schulen in Baden-Württemberg sind schon heute die unterschiedlichsten Formen vorhanden, mit denen Diagnose, Förderung und Therapie dokumentiert und transparent gemacht und für kooperative Förderplanung genutzt werden. Wie sinnvoll eine Vereinheitlichung ist, bleibt an dieser Stelle eine offene Frage. Unsere Versuche haben gezeigt, dass jeder andere Lösungen für sich selbst findet und unterschiedliche Schwerpunkte setzt. Allerdings bleibt mit Blick auf die schulpolitische Entwicklung in Deutschland, in der die Sonderschulen zunehmend zu Kompetenzzentren, die neben der Arbeit am Standort selbst auch in die schulische Landschaft hinein wirken, oder gar ganz abgeschafft werden, die Frage zu stellen, ob Versuche der Vereinheitlichung nicht zu besserer Transparenz beitragen können. Das fachwissenschaftliche und fachdidaktische Know-How der SfS sollte in den allgemeinbildenden Schulen bekannt und genutzt werden. Wissen darum ist im Moment noch nicht in der Fläche vorhanden und wird nicht zuletzt über Dokumentationsformen transportiert, die für kooperative Förderplanung genutzt werden.

Insbesondere im Zusammenhang mit der Auseinandersetzung um die Umsetzung der UN-Konvention in den Schulsystemen der verschiedenen Bundesländer ist der Dialog mit den allgemeinen Schulen von Bedeutung. Um den Abbau unnötiger Barrieren für sprachbehinderte Schülerinnen und Schüler zu bewältigen oder aber ihnen bei der Überwindung unvermeidlicher Barrieren zu helfen, ist sprachheilpädagogisches Fachwissen unverzichtbar.

Es wäre zu begrüßen, wenn ein Erfahrungsaustausch über Dokumentationsformen im Bereich der vorschulischen und schulischen Bildung sprachbehinderter Kinder über die Grenzen der Bundesländer hinweg zustande käme, um die Fachlichkeit im Sinne unserer sprachbehinderten Kinder zu sichern. Eine mögliche Plattform dazu könnte die Plattform ‚commsy' zum Thema ‚Inklusion' sein, die über die homepage der dgs: commsy.dgs-ev.de erreichbar ist.

Literatur

Burghardt, M. & Brandsteter, R. (2008): Individuelle Lern- und Entwicklungsbegleitung – Aufgabe und Instrument der Arbeit an Sonderschulen. In: Pädagogische Impulse. vds-Verband Baden-Württemberg 41,1, 2-9.

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

Dohmen, A. (2009): Profile eingeschränkter kommunikativer Kompetenz von Kindern: Theoretische und praktische Orientierung zur Therapiekonzeption. Logos interdisziplinär 17, 2, 118-128.

Giel, B. (2005): Dokumentationsbögen Sprachtherapie. Dortmund: verlag modernes lernen.

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

Glück, C.W. & Mußmann, J. (2009): Inklusive Bildung braucht exklusive Professionalität – Entwurf für eine ‚inklusive Sprachheilpädagogik'. Sprachheilarbeit 54, 5, 212–219.

Koller Stuber, E. & Biene M. (2009): SIT- Systemische Interaktionstherapie und –beratung. Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik 15, 1, 40-47.

Mayer, A. (2009): Dimensionen sprachheilpädagogischen Handelns im Unterricht. Die Sprachheilarbeit 54,3,108-118.

Motsch, H. J. (2009): Förderschwerpunkt Sprache: Still-stand-ards oder zukunftstaugliche Innovation? In: Prändl, S. & Wember, F.B. (Hrsg.): Standards sonderpädagogischer Förderung, 233 – 245. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Niedersächsisches Kultusministerium (Hrsg.) (2006): Handreichungen Individuelle Lernentwicklung. Hannover: Hahn-Druckerei.

Schrey-Dern, L. (2006): Sprachentwicklungsstörungen. Stuttgart: Thieme.

Seiffert, H. (2008): Wie therapeutisch ist der sprachtherapeutische Unterricht? – Dimensionen sprachbezogener Intervention im Unterricht bei Schülern mit Förderbedarf Sprache. Die Sprachheilarbeit 53, 3,147-153.

Steiger-Müller, A. (2009): Logopädische Fachberatung im Frühbereich – eine sinnvolle Interventionsform. Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik 15, 7 – 8, 12 - 18.

Korrespondenzadresse

Anja Theisel
Fachleiterin Fachbereich Sprachbehindertenpädagogik
Seminar für Didaktik und Lehrerbildung Stuttgart – Abteilung Sonderschulen
Rosenbergstr. 49
70176 Stuttgart
anja.theisel@sonderschulseminar-stuttgart.de

Qualitätszertifizierung nach den „Qualitätsstandards-dbs“ in Praxen für akademische Sprachtherapie

Michael Wahl (Berlin), Katrin Schubert (Pirna),
Elisabeth Wildegger-Lack (Fürstenfeldbruck) & Barbara Giel (Köln)

Einleitung / Hintergrund

Der deutsche Gesundheitsmarkt wird zusehends unübersichtlicher und komplexer. Für den Patienten wird es schwieriger, die richtige Praxis und den richtigen (Sprach-)Therapeuten zu finden. Es stellt sich die Frage, wie dem Patienten geholfen werden kann, eine kompetente Praxis für Sprachtherapie zu finden. Was sind besondere Merkmale einer qualitativ hochwertigen Praxis?

Seit den 1990-er Jahren setzt sich der Deutsche Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten (dbs) aktiv mit Qualität und Qualitätsmanagement (QM) in der akademischen Sprachtherapie auseinander (für eine Übersicht siehe Homburg et al. 2000). Die Sprachtherapeutin ist als Heilmittelerbringer per Gesetz dazu verpflichtet, Qualitätssicherung zu betreiben. So steht im §135a des Sozialgesetzbuches Band V: „Die Leistungserbringer sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.“

Maihack (2000, 109) führt in seinem Beitrag aus: „Qualitätsmanagement muss [...] auf der Ebene des täglichen Therapiegeschehens eingreifen [...].“ Im Bereich der Heilmittelerbringer wurden in den letzten Jahren Versuche unternommen, diverse Qualitätsmanagementmethoden in der Praxis zu etablieren. Bisher wurden in der Sprachtherapie sowohl einzelne Maßnahmen zur Qualitätssicherung als auch komplexe Qualitätsmanagementverfahren entwickelt. Zu den Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der Sprachtherapie zählen wissenschaftliche Tagungen (dbs-Symposium), die Einführung der Fortbildungsverpflichtung für Praxisinhaber, die Etablierung einheitlicher Ausbildungsstandards für akademische Sprachtherapeuten, sowie die Entwicklung von Leitlinien. Auch beispielsweise das logopädische Assessment (Voigt-Radloff et al. 2005), die Dokumentationsbögen Sprachtherapie (Giel 2005) oder auch die evidenzbasierte Praxis (Beushausen 2005) sind Beiträge zur Qualitätssicherung in der Sprachtherapie. Die durch den dbs seit 2008 mit initiierte Leitlinienentwicklung für den Bereich der Sprachentwicklungsstörungen Kindersprache ist ein Beispiel für interdisziplinäre Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen (http://www.dbs-ev.de – Mitteilung vom 04.03.2010, http://www.awmf-leitlinien.de/Angemeldetes Leitlinienvorhaben Nr. 049/006).

Komplexe Qualitätsmanagementverfahren mit Zertifizierungsangebot wurden in den letzten Jahren auch für sprachtherapeutische Praxen modifiziert und angeboten. Falls Sie Praxisinhaberin[1] sind, wurde Ihnen möglicherweise auch schon einmal die Frage gestellt: „Sind Sie eigentlich zertifiziert?“.

Giel (1999) führt aus, dass sich Dienstleister durch eine Zertifizierung einen Wettbewerbsvorteil erhoffen. Eine Möglichkeit der Zertifizierung ist im Rahmen der Umsetzung eines QM-Verfahrens auf der Grundlage der DIN EN ISO 9000 ff möglich. Dafür muss jedoch zunächst in der Praxis ein QM nach den Maßgaben der DIN EN ISO aufgebaut werden. Die Probleme der DIN EN ISO-Umsetzung sind zum einen der hohe finanzielle und zeitliche Aufwand für die Etablierung des Verfahrens in der eigenen Praxis, mit fragwürdigen Resultaten, zum anderen ist das Verfahren nur gering auf die Bedürfnisse unserer Berufsgruppe ausgerichtet. Alle existierenden komplexen QM-Verfahren zielen in erster Linie auf die Optimierung und Bewertung der Praxisabläufe ab und die inhaltliche sprachtherapeutische Ebene ist meist nicht Gegenstand dieser Verfahren. Denn allein perfekte Abläufe und perfektes Praxismanagement sichern nicht automatisch qualitativ hochwertige Sprachtherapie nach dem aktuellen Stand der Erkenntnis: Die Form ersetzt nicht den Inhalt. Qualitätsmanagement sollte als umfassender Prozess betrachtet werden, der neben den organisatorischen Grundlagen auch die inhaltliche Arbeit reflektiert. Die Qualitätsstandards-dbs setzen an dieser Stelle an. Die AG Qualitätsmanagement des dbs hat, einem Antrag der Mitgliederversammlung 2009 folgend, ein QM-Verfahren entwickelt, welches neben der Optimierung der Praxisabläufe einen Hauptaugenmerk auf die Sicherung einer hohen Qualität in der sprachtherapeutischen Arbeit legt. Im Folgenden sollen die Grundstrukturen der Qualitätsstandards-dbs kurz umrissen werden.

Begriffe

Es ist nicht ganz einfach, den Begriff „Qualität“ fassbar zu machen. Im Sprachgebrauch wird bspw. von guter und schlechter Qualität gesprochen. Es ist in der Regel eine subjektive Einschätzung vermeintlich objektiver Merkmale. Jedoch muss für die Aus-

[1] Zum einfacheren Verständnis wird im Text von „Praxisinhaberin“ gesprochen. Selbstverständlich gilt das Angebot auch für Praxisinhaber. Darüber hinaus richtet sich das hier vorgestellte Angebot auch an fachliche Leiter, bspw. von Ambulanzen in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken.

einandersetzung mit Qualität eine Begriffsbestimmung gefunden werden, die genau das widerzuspiegeln vermag, was Qualität ausmachen sollte.

Wenn man eine Definition des Begriffes „Qualität" sucht, finden sich zahlreiche, verschiedene, eher neutrale und ernüchternde Erläuterungen:

- Im Duden wird Qualität [lat. Qualitas] als Beschaffenheit, Eigenschaft definiert.
- Die DIN EN ISO 9000 beschreibt Qualität als: „Vermögen einer Gesamtheit inhärenter (lat. innewohnend) Merkmale eines Produkts, eines Systems oder eines Prozesses zur Erfüllung von Forderungen von Kunden und anderen interessierten Parteien."
- Ähnlich neutral ist die Definition nach DIN EN ISO 8402. Darin wird Qualität beschrieben: „... als die Gesamtheit der Eigenschaften und Merkmale bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen".
- Eine gelungene Definition liefert Jaster (1997, 26): „Qualität ist die strukturierte Auseinandersetzung mit Selbstverständlichkeiten".

Diese Definition von Jaster (1997) umschreibt treffend, was Qualitätsmanagement ausmachen sollte: den Aufbau, die Umsetzung und die Reflektion einer Struktur für die Dinge, die wir im sprachtherapeutischen Alltag täglich durchführen. In jeder Praxis gibt es feste Abläufe, deren Realisierung etabliert ist und die gut funktionieren. Die Qualitätsstandards-dbs wollen obligatorische Strukturen in Praxen für Sprachtherapie für eine optimale Qualitätssicherung aufzeigen. Die Praxisinhaberinnen haben durch die Qualitätsstandards-dbs die Möglichkeit, Praxis- und Therapieabläufe zu reflektieren, zu bewerten und nach „innen und außen" sichtbar zu machen. Auf dieser Basis sind interne Optimierungsprozesse möglich. Die Qualitätsstandards-dbs tragen dazu bei, Praxis- und Therapiestrukturen transparent und nachvollziehbar zu gestalten. Wenn man sich mit den „Selbstverständlichkeiten" in der Praxis auseinandersetzt, stellt man fest, dass manche selbstverständlichen Dinge, auf den zweiten Blick gar nicht selbstverständlich sind.

Ebenen der Qualitätsstandards-dbs

In einem Qualitätsverfahren im Bereich der akademischen Sprachtherapie soll der Patient im Mittelpunkt stehen und auf die Qualität der Dienstleistung, nämlich der sprachtherapeutischen Behandlung fokussiert werden. Von daher stützen sich die Qualitätsstandards-dbs auf ein Modell, welches für Dienstleistungen im Gesundheitswesen vorgeschlagen wurde (siehe auch Giel 1999, Baumgartner/Giel 2000, Giel 2007). Das von Donabedian zu Beginn der 1980-er Jahre vorgeschlagene Modell unterscheidet drei wesentliche Bereiche, in denen Qualitätsmerkmale erfasst werden (Donabedian 1980): die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (Abbildung 1).

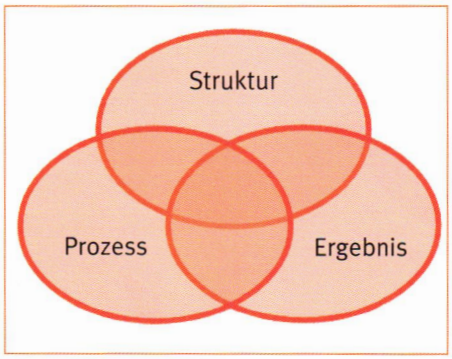


Abbildung 1: Qualitätsebenen nach Donabedian (1980), modifiziert nach Giel (2007)

Strukturqualität

Unter Strukturqualität werden die Voraussetzungen für das Anbieten sprachtherapeutischer Leistungen und die Potentiale des Leistungsanbieters verstanden. Die Ausstattung der Praxis, die Qualifikation der Mitarbeiter und die Organisationsstruktur sind hier von zentraler Bedeutung. Es handelt sich bei diesen Faktoren um sogenannte „überdauernde Qualitätsmerkmale", die die Grundlage für die Praxisabläufe bieten. Diese strukturellen Aspekte können noch keine Garantie für eine gute Gesamtqualität liefern (Güthoff 1995). Nach Donabedian (1980) sind sie jedoch die generelle Voraussetzung für eine gute Qualität, da sie Auskunft über die Qualität der gesamten Einrichtung geben können.

Prozessqualität

In der Ebene der Prozessqualität werden diagnostische und therapeutische Maßnahmen und deren Durchführung beschrieben. Auch die Beratung und die interdisziplinäre Arbeit sind Bestandteil dieser Qualitätsebene. Wie wird dokumentiert? Werden Therapien leitlinienorientiert durchgeführt? Nach Donabedian (1980) hat die Prozessqualität als einzige Dimension eine direkte Wirkung auf das Gesamtqualitätsurteil. Die konkreten am Patienten erbrachten Handlungen (Beratung, Diagnostik, Therapie) bestimmen maßgeblich das Qualitätsurteil und die Ergebnisqualität.

Ergebnisqualität

Die Ergebnisbeurteilung der sprachtherapeutischen Intervention steht in dieser Ebene im Mittelpunkt. Hier sollten bspw. die Evaluation der Therapien und Zufriedenheitsbefragungen mit den Patienten einen weiteren Blickwinkel auf die in der Praxis ablaufenden Prozesse mit sich bringen. Diese Dimension liefert nach Donabedian einen indirekten Indikator für Qualität, da neben der therapeutischen Maßnahme auch andere externe Faktoren Einfluss auf das Ergebnis nehmen können. Somit lassen sich Zusammenhänge zwischen den Prozessen und den Ergebnissen nicht eindeutig bestimmen. Jedoch steckt auf dieser Ebene nach Ansicht der AG Qualitätsmanagement das größte Potential, sich von den bisher bestehenden QM-Verfahren und Zertifikaten abzusetzen.

Kriterien der Qualitätsstandards-dbs

Das Donabediansche Modell unterstellt einen funktionalen Zusammenhang zwischen den Ebenen Struktur, Prozess und Ergebnis. Das Modell bietet eine Grundlage, die Phasen der Leistungserbringung im Bereich der Sprachtherapie abzubilden. Durch eine differenzierte Bestimmung der einzelnen Merkmale, wie sie in den Qualitätsstandards-dbs vorgegeben werden, lassen sich Rückschlüsse auf die Dienstleistungsqualität ziehen. Die Qualitätsstandards-dbs sind auf die Bedürfnisse einer Praxis für Sprachtherapie abgestimmt und fokussieren auf die komplexen Zusammenhänge zur Erbringung qualitativ hochwertiger sprachtherapeutischer Leistungen (Abbildung 2). Auf dieser Basis können in der sprachtherapeutischen Praxis kontinuierliche Verbesserungen der einzelnen Prozesse anvisiert werden.

Die Qualitätsstandards-dbs bestehen aus festgesetzten Kriterien, die in die von Donabedian (1980) vorgeschlagenen Ebenen klassifiziert wurden. Auf der Ebene der Strukturqualität wurden in den Qualitätsstandards-dbs u. a. die gesetzgeberischen Voraussetzungen des §124 SGB V hinsichtlich Berufsqualifikation und Praxisausstattung detailliert eingearbeitet. Weitere Inhalte sind u. a. der Datenschutz. Aber auch konkrete Mustervorlagen bspw. für Schweigepflichtentbindungen und Dokumentationsbögen sind Bestandteil der Strukturebene. In der Ebene Struktur-/Prozessqualität, die von

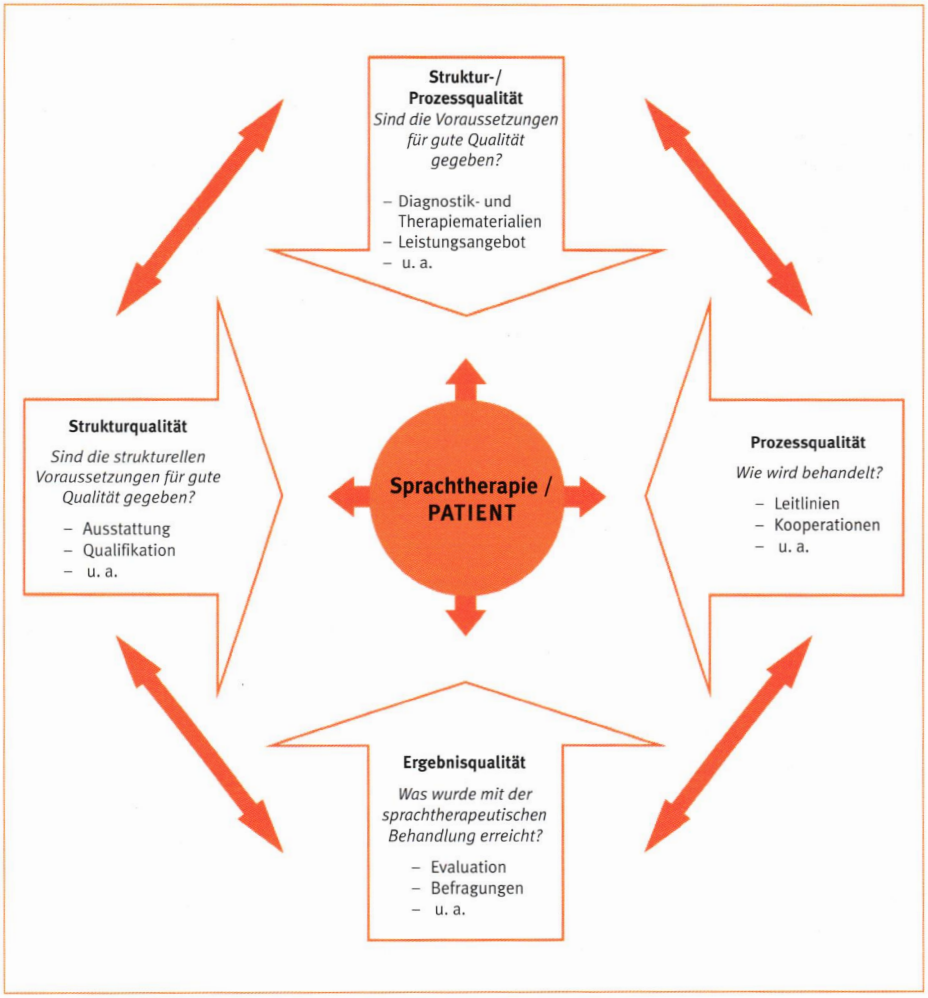


Abbildung 2: Ebenen der Qualitätsstandards-dbs

der AG Qualitätsmanagement zusätzlich implementiert wurde, sind Elemente aus beiden Funktionsebenen enthalten. Die Qualitätsstandards-dbs fordern bspw. adäquates Therapie- und Diagnostikmaterial, welches strukturell vorhanden sein muss, um auf der Prozessebene eingesetzt werden zu können. Darüber hinaus wird die dbs-Berufsordnung als Grundlage für das sprachtherapeutische Arbeiten aufgeführt. Die AG Qualitätsmanagement hat Checklisten und Ratgeber entwickelt, die Vorschläge beinhalten, wie Sie als Praxisinhaberin auf der Ebene der Prozessqualität bspw. Mitarbeiter- und Teambesprechungen durchführen können. Das Messen der Ergebnisse der sprachtherapeutischen Intervention ist Bestandteil der Ebene Ergebnisqualität. Hier werden z. B. Evaluationsbögen und Berichtsvorlagen zur Verfügung gestellt, die individuell auf die Bedürfnisse der Praxis angepasst werden können. Das Ziel der AG Qualitätsmanagement des dbs war es, durch die Entwicklung der Qualitätsstandards-dbs die von Jaster (1997) gebotene „strukturierte Auseinandersetzung mit Selbstverständlichkeiten" zu ermöglichen.

Ablauf des Verfahrens

Den Praxisinhaberinnen stehen verschiedene Optionen offen (Abbildung 3). Die einzelnen Bausteine können als aufeinander aufbauende Pakete gebucht werden.

Baustein I:
In einer Fortbildung der AG Qualitätsmanagement werden die Qualitätsstandards-dbs vorgestellt. Es wird eine Einführung in das Qualitätsmanagement in der Sprachtherapie geben. Bei der Vorstellung der Qualitätsstandards-dbs wird eine Abgrenzung zu bestehenden Zertifizierungsverfahren vorgenommen. Den Teilnehmern wird der dbs-Qualitätsordner mit den zu erfüllenden Qualitätskriterien ausgehändigt, in dem sich neben den Qualitätsstandards-dbs Materialien zur individuellen Nutzung in der Praxis befinden. Die Inhalte des Qualitätsordners werden praxisnah vorgestellt und anhand von Beispielen veranschaulicht. Konkrete Umsetzungsvorschläge und die Beantwortung der Teilnehmerfragen sind auch Bestandteil dieser Fortbildung. Alle dbs-Praxisinhaberinnen werden in einem gesonderten Schreiben über die Fortbildung zu den Qualitätsstandards-dbs informiert.

Baustein II:
In dieser Phase erfolgt die konkrete Umsetzung der Qualitätsstandards-dbs in der Praxis. Die Praxisinhaberinnen sollten die in der Fortbildung erarbeiteten Inhalte für die eigene Praxis anpassen und die geforderten Nachweise erbringen. In Praxen mit mehreren Mitarbeitern wird empfohlen, die Inhalte des Qualitätsstandards-dbs im Team zu besprechen, damit auch die Mitarbeiter den Qualitätsgedanken der Praxis mitgestalten und nachvollziehen können. Bei Umsetzungsfragen der Qualitätsstandards in der eigenen Praxis steht der dbs den Praxisinhaberinnen zur Verfügung.

Baustein III:
Nachdem die praxisinternen Abläufe anhand der Qualitätsstandards-dbs optimiert wurden, kann die Zertifizierung durch den dbs beantragt werden. Hierzu ist es notwendig, dass die Praxisinhaberin die Erfüllung der Qualitätsstandards-dbs in Form der vorgegebenen Selbstauskunft nachweist. Die Dokumente müssen beim dbs eingereicht werden. Nach der erfolgreichen Dokumentenprüfung wird vom dbs ein Qualitätszertifikat und Qualitätssiegel ausgestellt, welches für fünf Jahre gültig ist. Die zertifizierten Praxen haben nun den Vorteil, dass sie neben der Optimierung der internen Praxisabläufe dieses Zertifikat auch nach außen zu Marketingzwecken einsetzen können. Sie sind berechtigt, das Qualitätssiegel auf der Außenwerbung, Praxiskorrespondenz, Informationsmaterialien und der Homepage zu führen. Zur Qualitätssicherung wird der dbs zertifizierte Praxen hinsichtlich der Erfüllung der Standards überprüfen.

Baustein IV:
Nach einem Zeitraum von fünf Jahren können die Praxen die Möglichkeit der Rezertifizierung in Anspruch nehmen.

Qualität therapeutischer Arbeit bedarf ständiger Verbesserung. Diese Haltung, die in den Qualitätsstandards-dbs reflektiert wird, ist die Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung eines Qualitätsmanagementsverfahrens in einer Praxis für akademische Sprachtherapie. Der dbs sieht die Qualitätsstandards-dbs als Chan-

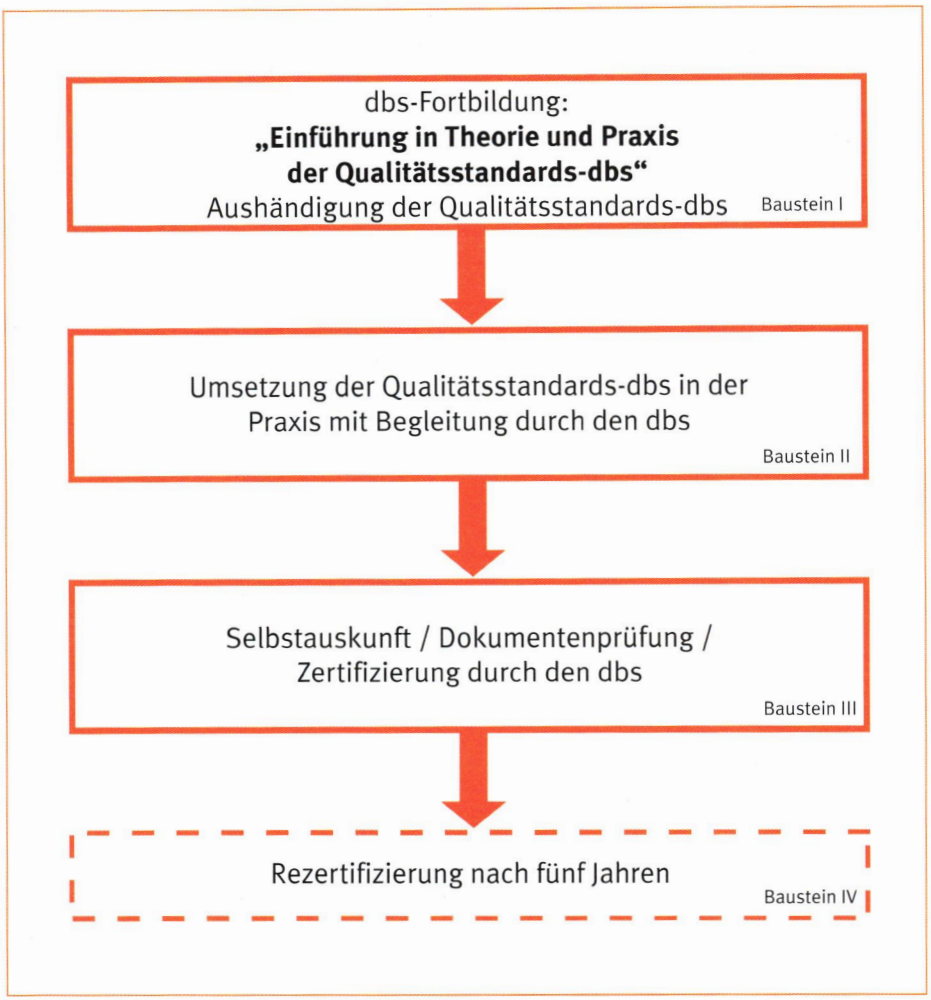


Abbildung 3: Ablauf des QM-Verfahrens nach den Qualitätsstandards-dbs

ce, „um die Arbeit in der Praxis auf einen gleichmäßig hohen Qualitätsstandard zu heben und inhaltliche wie organisatorische Abläufe zu verbessern [...] (Schubert 2010, 39). Mit dem Qualitätszertifkat nach den Qualitätsstandards-dbs erhalten Sie als Praxisinhaberin die Möglichkeit, Ihre qualitativ hochwertige Arbeit auch nach außen zu demonstrieren.

Weitere Informationen zu den Qualitätsstandards-dbs und den Fortbildungen finden Sie auf www.dbs-ev.de.

Literatur

Baumgartner, S. & Giel, B. (2000): Qualität und Sprachtherapie. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Bd.1. Selbstverständnis und theoretische Grundlagen (274-308). Stuttgart: Kohlhammer.

Beushausen, U. (2005): Evidenz-basierte Praxis in der Logopädie – Mythos und Realität. Forum Logopädie 19, 7-12.

Donabedian, A. (1980): Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Ann Arbor: Health Administration Press.

Giel, B. (1999): Qualitätsmanagement und Sprachtherapie. Die Sprachheilarbeit 44, 29-38.

Giel, B. (2007): Qualitätsmanagement. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Lexikon der Sprachtherapie (262-263) Stuttgart: Kohlhammer.

Giel, B. (Hrsg.) (2005): Dokumentationsbögen Sprachtherapie. Dortmund: verlag modernes lernen.

Güthoff, J. (1995): Qualität komplexer Dienstleistungen. Konzeption und empirische Analyse der Wahrnehmungsdimensionen. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.

Homburg, G., Iven, C. & Maihack, V. (Hrsg.) (2000): Qualitätsmanagement in der Sprachtherapie. Kontrollmechanismus oder Kompetenzgewinn. Köln: ProLog.

http://www.dbs-ev.de: Interdisziplinäre Leitlinien „Sprachentwicklungsstörungen" – Das Ziel ist in Sicht! – „Aktuelles"-Mitteilung vom 04.03.2010 (Aufruf am 25.03.2010)

http://www.awmf-leitlinien.de: Angemeldetes Leitlinien-Vorhaben | AWMF-Leitlinien-Register Nr. 049/006 | (Aufruf am 25.03.2010)

Jaster, H.-J. (Hrsg.) (1997): Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. Stuttgart: Thieme.

Maihack, V. (2000): Qualitätsmanagement in der Praxis – nutzen die Kosten? In: Homburg, G., Iven, C. & Maihack, V. (Hrsg.) (2000): Qualitätsmanagement in der Sprachtherapie. Kontrollmechanismus oder Kompetenzgewinn. (102-111) Köln: ProLog.

Schubert, K. (2010): Neues dbs-Qualitätsmanagementverfahren vorgestellt. Sprachheilarbeit 55, 39.

Sozialgesetzbuch – 5. Buch (2010): In: Sozialgesetzbuch: Bücher I-XII. (38. Auflage) Beck-Texte. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.

Voigt-Radloff, S., Leonhart, R., Schwer, B., Junde, I. & Heiss, H. W. (2005): Das Logopädische Assessment: Feldversuch zu psychometrischen Eigenschaften, Praktikabilität, Akzeptanz und Prozessqualität. Das Gesundheitswesen 67, 665-673.

Korrespondenzadresse

Dr. Michael Wahl
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Klinik für Neurologie, CBF
Hindenburgdamm 30
12200 Berlin
E-Mail: wahl@dbs-ev.de

Dr. Michael Wahl ist Diplom-Patholinguist und Gesundheits- und Sozialökonom. Er ist als wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Klinik für Neurologie der Charité-Universitätsmedizin Berlin und als Lehrbeauftragter am Department Linguistik der Universität Potsdam tätig. Er ist 1. Vorsitzender des Verbandes für Patholinguistik und vertritt diesen als Beirat im dbs.

Katrin Schubert ist Diplom-Sprachheilpädagogin und arbeitet seit 1996 in eigener Praxis in Pirna bei Dresden. Im dbs vertritt sie seit 2005 als Beirätin die Interessen der Praxisinhaberinnen.

Dr. Elisabeth Wildegger-Lack ist Sprachheilpädagogin M.A. und führt seit 1995 ihre eigene Praxis in Fürstenfeldbruck bei München. Im Beirat des dbs vertritt sie seit 1999 die Interessen der Landesvertreter.

Dr. Barbara Giel ist Sprachheilpädagogin und systemische Supervisorin. Sie leitet das Institut für Sprachtherapieforschung Köln, arbeitet in einem Zentrum für Sprachtherapie am Niederrhein und ist Mitinitiatorin des Beratungsnetzwerkes „soulutions". Sie ist Referentin für Fortbildung im dbs.

Presseschau

Daten und Zitate aus Fach- und Tagespresse

„Forscher finden mögliche Stottergene"

(CI) Unter dieser Überschrift (Magazin des Kölner Stadtanzeigers am 16.02.2010) oder auch unter „Stottern genetisch bedingt?" (Die Zeit, 11.02.2010) fanden sich Meldungen über neu entdeckte Gendefekte, die Enzymbildungs- und Stoffwechselstörungen auslösen können, aber auch in Zusammenhang mit Stottern zu stehen scheinen.

Die Beiträge beziehen sich auf eine Studie, die am 10.02.2010 auf der Homepage des New England Journal of Medicine veröffentlicht wurde und nachgewiesen habe, dass Stottern in einigen Fällen auf fehlerhaftes Erbgut zurückzuführen sei. So sei bei „neun Prozent aller Stotterer eine Mutation auf einem der drei Gene" (Die Zeit, 11.02.2010, 35) zu finden. *Ist damit die genetische Ursache des Stotterns gefunden, nach der schon so lange gesucht wird?*

Mit Recherche in der Originalquelle erfährt man, dass es so einfach natürlich nicht ist. Ein großer Teil der Daten stammt aus der Analyse einer *einzigen* Familie, die mit 101 Personen über neun Generationen nachverfolgt wurden. Dabei sind seit sechs Generationen stotternde Mitglieder dokumentiert und es liegen Genomanalysen aus vier Generationen vor. Die Fälle der stotternden Familienmitglieder häufen sich, nachdem es in Generation 3 und 4 zu mehreren Verbindungen zwischen engen Verwandten gekommen ist. Gefunden wurden drei Gendefekte, die alle die Funktionsweise der Lysosomen beeinträchtigen, was zu Stoffwechselstörungen führt. Diese sind als Mukolipidosen bekannt, u. a. als Verursacher von Skelettfehlbildungen, Herzfehlern, kognitiven Störungen und Störungen der expressiven Sprache. Die Kombination aus einem der drei *Gendefekte plus Stottern* liegt bei 28 der Probanden aus dieser Familie vor, es finden sich aber auch 16 Personen, die stottern, obwohl sie keine der drei Mutationen aufweisen, sowie 18 Personen, die einen der Gendefekte tragen, aber nicht stottern (Kang et al. 2010, 679). Die Mutationen, die in dieser einen pakistanischen Familie auftreten, sind auch bei einigen wenigen der stotternden, aber nicht verwandten Probanden asiatischer Herkunft nachgewiesen worden. Einer der Gendefekte war auch bei 2 % der stotternden nordamerikanischen Probanden nachweisbar.

Die Autoren der Studie sind in der Interpretation sehr vorsichtig:

- Sie betonen, dass zu den Auswirkungen der gefundenen Gendefekte bislang nur Daten aus Tierversuchen vorliegen: „Data regarding expression of these three genes in the human brain is limited. Data for the mouse brain are available" (Kang et al. 2010, 684).
- Sie stellen fest, dass alleine das Vorhandensein oder Fehlen eines der beschriebenen Gendefekte das Auftreten von Stottern nicht ausreichend erklären oder prognostizieren kann, da es eine Vielzahl von „nongenetic and heterogenic causes" (a. a. O., 683) gebe.
- Sie fassen zusammen, dass die von ihnen gewonnenen Daten nur eine begrenzte Aussagekraft für die Gesamtgruppe stotternder Menschen hat: „our results can explain only a small fraction of cases of stuttering" (a. a. O., 684).

Eine therapiebezogene Interpretation der Studie, nämlich dass es zukünftig „Medikamente geben könnte, mit denen sich genetisch bedingtes Stottern schon bei Kindern behandeln ließe" (Magazin des Kölner Stadtanzeigers, 16.02.2010, 7), treffen die Studienautoren mit keiner Silbe.

Kommunikation in „Digitalien"

(CI) Mit der zunehmenden Nutzung von Internet-Communities, Chatrooms, Twitter etc. entwickelt sich eine digitale Kommunikationskultur mit ganz eigenen Regeln und Lexiken. So berichteten z. B. Welt Kompakt und Kieler Nachrichten am 25.03.2010 und die Süddeutsche Zeitung am 26.03.2010 über die Studienreihe „Gesprächskultur in Deutschland", die sich mit den Einflüssen der digitalen Medien auf das Kommunikationsverhalten beschäftigt, und über Datenschutz-Lücken in sozialen Netzwerken.

Über 70 % der 12 – 24jährigen nutzen digitale Netzwerke und wer sich so routiniert durch Digitalien bewegt, hält den direkten Gesprächskontakt nicht mehr unbedingt für nötig: 46 % der 14 – 17jährigen und 33 % der 18-29jährigen finden, dass ein gutes Gespräch auch im Internet und schriftlich funktionieren kann: „In die Augen schauen ist out, chatten ist in" (WELT Kompakt 25.03.2010). Deutlich wird auch, dass sich mit den neuen Medien die Begrifflichkeiten ändern: für junge Leute kann ein Gespräch auch der Austausch von Mails sein, ein digitaler Freund ist womöglich jemand, den man nie gesehen hat und der einfach nur Mitglied im gleichen Social Network ist wie man selbst. Auch der Begriff des sozialen Netzwerkes erweitert sich, da er bloße Datenaustauschpartner einbezieht.

Dass dieser offene Umgang mit eigenen und fremden Daten neue Probleme aufwirft, attestiert die Stiftung Warentest den Netzwerken: Eine Kontrolle über eingestellte Informationen ist den Nutzern kaum möglich, Daten können auch gegen den Willen der Nutzer verbreitet (‚Cyber-Mobbing') oder für kommerzielle Zwecke der Netzwerkbetreiber genutzt werden und und es gibt klare Verstöße gegen Daten- und Persönlichkeitsschutz-Gesetze. Schöne neue Welt?

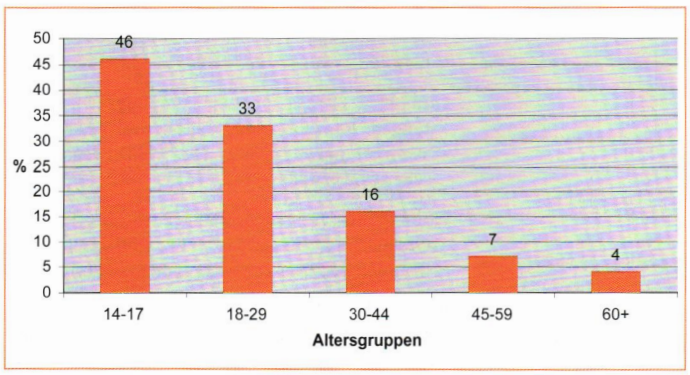


Abbildung 1: Anteil derjenigen, die eine ‚Unterhaltung' im Internet für gute Kommunikation halten (Quelle: WELT Kompakt 25.03.2010, 2)

Kang, Ch., Riazuddin, S., Mundorff, J., Krasnewich, D., Friedman, P., Mullikin, J. C. & Drayna, D. (2010): Mutations in the Lysosomal Enzyme-Targeting Pathway and Persistent Stuttering. The New England Journal of Medicine 362, 677-685.

Therapieraum

Therapie mit Menschen mit globaler Aphasie: Erste Schritte

Frank Ostermann, Dresden

Aphasische Symptome der akuten und postakuten Phase nach Schlaganfall sind instabil und sprachtherapeutische Ziele nur kurzfristig und bescheiden zu realisieren. Verstummte Patienten oder solche mit floskelhaft reduzierter Spontansprache werden als globalaphasisch beschrieben. Kommen akute Instabilität und globalaphasische Symptome zusammen, kann übereiltes Vorgehen zu therapeutischen Fehleinschätzungen und Missverständnissen führen.

Am Fallbeispiel möchte ich einige Gedanken und Herangehensweisen an die Therapie mit schwer betroffenen Patienten vorstellen.

1. Jeder Patient bekommt ein **Gespräch** angeboten: Irgendetwas gibt es zu berichten, zu fragen oder zu kommunizieren.
2. Statt defizitorientierter Übungen werden **einfache Aufgaben** gestellt, die, wie bei diesem Störungsbild unumgänglich, ohne eine vorherige Untersuchung oder Testung ausgewählt werden müssen.
3. Dabei lässt sich das **Arbeitsverhalten** gut beobachten, das zusammen mit den Aufgaben Rückschlüsse auf das eigentliche Störungsbild ermöglicht.
4. Schließlich bleibt ein **Therapierahmen** zu berücksichtigen, der ebenfalls Vorgaben im Umgang mit dem Patienten macht.

KK wurde telefonisch durch den Ehepartner angemeldet und ein erster Termin als Hausbesuch verabredet. KK wurde erst im Pflegeheim betreut und trägt eine Form der multiresistenten Keime MRSA, so dass die Hygieneempfehlung einen Mundschutz vorsieht.

1 Das Gesprächsangebot

Im Erstkontakt biete ich ein Gespräch an (Besuch am Krankenbett) und frage nach seinem Aufenthalt (nicht zu Hause), seiner Befindlichkeit und Krankengeschichte sowie aktuellen Beschwerden. Obwohl die Ehefrau im Hintergrund anwesend ist, wird unsere Gesprächssituation nicht gestört. Seine Antworten fallen rudimentär aus, kein Gedanke wird ausformuliert und die Äußerungen versiegen nach artikulatorischen Anläufen. Weder Zwischenfragen noch Nachfragen verändern die Antworten, Korrekturangebote und Wortvorschläge werden nicht übernommen. KK zeigt sich massiv mit seinen fragmentarischen Fähigkeiten beschäftigt, ohne dabei äußere Impulse aufnehmen zu können. Falls ich etwas verstanden habe, gebe ich dies zur Verständnissicherung wieder. Nach einiger Zeit ziehe ich die Partnerin hinzu und lasse mir die Krankengeschichte und die nähere Zukunft schildern (zurück nach Hause und ggf. eine weitere Operation). Der erste Termin geht zu Ende, hätte ohne Ehefrau kürzer gedauert und hat mir das große Ausmaß der Sprachstörung gezeigt. In den nächsten Treffen wird es wieder Gespräche geben, um die Chancen von Hilfen und Korrekturversuchen ausloten zu können. Vielleicht führen wiederholt gestellte Fragen zu einer anderen Reaktion.

Die Überleitung vom Gespräch zur Therapie vollziehe ich mit meinen punktuellen Kommentaren zu den beobachteten Defiziten. Daraus erkläre ich dem Patienten, dass ich mit ihm sprachtherapeutisch arbeiten möchte. Natürlich erläutere ich dabei, was Sprachtherapie eigentlich ist.

2 Einfache Aufgaben

Ich beginne mit einfachen Aufgaben, die immer Aspekte der nächsten Umgebung einbeziehen (anfänglich bitte kein Übungsmaterial mitbringen!). Als Aufgaben zum Sprachverstehen eignen sich Entscheidungsfragen (wie im Gespräch) und Aufforderungen, Objekte im Raum zu zeigen („Wo ist das Fenster? Zeigen Sie die Tür!"). Mit den ausgewählten Objekten lassen sich Versuche zum Nachsprechen oder zum Benennen anschließen. Außerdem lassen sich die Wochentage als Reihen- oder Einzelaufgabe nutzen. In diesem Fall konnte ich ebenfalls den Eigennamen zur Aussprache einsetzen. Erste Aufgaben führten eigentlich zu keinen befriedigenden Ergebnissen.

3 Das Arbeitsverhalten

Das Arbeitsverhalten fiel bis auf einige Zeigegesten zu Objekten im Raum völlig unpassend aus. Korrekturen konnten ähnlich wie im Gespräch nicht übernommen werden. Das Lösungsverhalten war äußerst umständlich und alles dauerte sehr lange; die 45 Minuten vergingen ohne greifbare Ergebnisse. Nach wenigen Terminen kam KK nach Hause und das Arbeitsverhalten veränderte sich allmählich. Er hörte genauer zu, konnte die eine oder andere Korrektur annehmen und blieb bei der vorgegebenen Aufgabe. In der häuslichen Umgebung konnte ich mit Papier und Stift arbeiten und Buchstaben/kurze Wörter kopieren lassen. Obwohl es KK gleichfalls große Mühe bereitete, registrierte er jetzt ein Unvermögen, konnte es ansatzweise nennen und versuchte es zu verbessern.

4 Der Therapierahmen

Innerhalb des häuslichen Therapierahmens hat sich der Keim verflüchtigt, so dass jetzt Material mitgenommen werden kann. KK braucht Brille, Hörgerät und ist bettlägerig oder sitzt im Rollstuhl.

Nach neun Terminen kam es zu einer längeren Unterbrechung, und bis zum Zeitpunkt des Artikels sind 20 Termine realisiert worden. Aktuell antwortet KK mit mehr verständlichen Floskeln, in denen sich Gesprächsinhalte und -kommentare wieder finden. Mit Unterstützung werden längere Gesprächspassagen realisiert. Korrekturen im Nachsprechen und Benennen werden übernommen. Nach kurzer Übung stehen sorgfältig kopierte kurze Wörter auf einem Blatt. Sollten die Leistungen stagnieren, würde ich meine Gespräche mit kompensatorischen Mitteln (Zeichnen, Kommunikationsbuch) unterstützen und die Angehörigen informieren. Bei weiterer Besserung würden Übungen zum Wortabruf und zur Wortform folgen.

Fragen an Experten aus der Praxis

Anja Bethge, Diplom-Pädagogin und akademische Sprachtherapeutin in einer Praxisgemeinschaft mit zwei Kinderärzten in Lübeck, möchte wissen:

Welche Form der Frühintervention bei sprachauffälligen Kindern ist sinnvoll?

„Seit kurzem setzen die Kollegen den SBE 3 in der U7a ein. Auffällige Kinder teste ich mit Hilfe des SETK 2 oder SETK 3–5 nach. Für die Gruppe der auch im SETK eindeutig auffälligen Kinder stellt sich die Frage, welche Form der Therapie sinnvoll ist: Reicht zunächst eine ausführliche Elternberatung oder ist ein Elterntraining (z. B. Heidelberger Elterntraining) durchzuführen? Oder soll in jedem Fall direkt am Kind gearbeitet werden? Und wenn ja, über welchen Zeitraum und mit welcher Intensität? Welche Kriterien könnten herangezogen werden, um sich für die eine oder andere Form zu entscheiden?“

Dr. Claudia Schlesiger und Prof. Dr. Waldemar v. Suchodoletz nehmen ausführlich zu dieser Frage Stellung. Professor *v. Suchodoletz* war bis September 2009 Mitarbeiter der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität München. Er organisierte über viele Jahre das Münchener Symposium zu Entwicklungsfragen und publizierte die Beiträge regelmäßig. Seine Forschungsschwerpunkte sind Sprachentwicklungs-, Lese-Rechtschreib- und auditive Wahrnehmungsstörungen. *v. Suchodoletz* ist Begründer und Koordinator der erfolgreichen Mailingliste „Sprachentwicklungsstörungen“.

von Suchodoletz: „Ob bei dreijährigen Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen überhaupt mit einer Sprachtherapie begonnen werden sollte, darüber gehen die Auffassungen weit auseinander. Empirische Belege dafür, dass eine Frühintervention effektiver als eine später einsetzende Therapie ist, gibt es bislang nicht (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, 2009). In Evaluationsstudien wurde gezeigt, dass eine Sprachtherapie sowohl bei sehr jungen Kindern als auch bei Jugendlichen erfolgreich sein kann. Die Entscheidung, wann mit einer Therapie begonnen wird, kann nach meiner Überzeugung derzeit nur nach theoretischen Überlegungen, pragmatischen Gesichtspunkten und subjektiven Überzeugungen getroffen werden.

Je jünger ein Kind ist, umso bedeutsamer ist eine Anleitung der Eltern zu sprachförderndem Verhalten. In den ersten drei Lebensjahren ist eine Elternanleitung einer individuellen Sprachtherapie in den meisten Fällen sogar vorzuziehen. Aber auch bei älteren Kindern haben sich außer bei Lautbildungsstörungen Elterntraining und individuelle Sprachtherapie als gleichwertig erwiesen (ausführliche Literaturhinweise siehe: Suchodoletz, W. v. (2010): Therapie von Sprech- und Sprachentwicklungsstörungen. In: Suchodoletz, W. v. (Hrsg.): Therapie von Entwicklungsstörungen. Was wirkt wirklich? Hogrefe, Göttingen, 57 – 87.).

Trotz mancher Unsicherheiten würde ich aus heutiger Sicht je nach Störungsbild folgendes Vorgehen empfehlen:

- Bei Kindern mit einer *Sprachentwicklungsverzögerung im Alter von zwei Jahren* (Late Talker) ohne weitere Risikofaktoren sollten nach einem Ausschluss von Hörstörungen, einer Intelligenzminderung und autistischen Störungen eine Beratung der Eltern und eine Verlaufsuntersuchung nach drei bis sechs Monaten erfolgen. Zeigen sich unzureichende Sprachfortschritte, ist eine Therapie einzuleiten.
- Bei *Late Talker mit Risikofaktoren* für einen ungünstigen Verlauf der Sprachentwicklung – das sind: niedriger Bildungsstand der Mutter; neben den Sprachproduktionsbestehen auch Sprachverständnisstörungen; Sprach- oder Lese-Rechtschreibstörungen bei Verwandten 1. Grades – sollte ein Elterntraining zu sprachförderndem Verhalten in Kleingruppen ohne weiteres Abwarten durchgeführt werden.
- Bei Kindern mit einer *Sprachentwicklungsstörung*, umschrieben oder im Zusammenhang mit anderen Störungsbildern, sollte im Alter von drei bis vier Jahren ein Elterntraining zu sprachförderndem Verhalten oder eine Sprachtherapie unter intensiver Einbeziehung der Eltern eingeleitet werden.
- Bei Kindern mit *umschriebenen Artikulationsstörungen* ist ein Therapiebeginn im Alter von vier bis fünf Jahren anzustreben.
- *Mehrsprachig aufwachsende Kinder* mit ungenügenden Kompetenzen in der deutschen Sprache, aber unauffälligen muttersprachlichen Fertigkeiten bedürfen keiner Sprachtherapie, sondern einer pädagogischen Förderung und einer Intensivierung des Kontakts zu Personen mit deutscher Muttersprache.

Diese Empfehlungen würde ich als Richtschnur ansehen und je nach Schwere und Komplexität des Störungsbildes den individuellen Bedürfnissen des Kindes anpassen.“

E-Mail: suchodoletz@lrz.uni-muenchen.de
www.suchodoletz.de

Dr. Claudia Schlesiger, Diplom-Sprachheilpädagogin, war von 2004 bis 2010 Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Technischen Universität Dortmund, Fakultät Rehabilitationswissenschaften, im Lehrgebiet für Sprach-, Kommunikations- und Hörstörungen. Seit Februar 2010 ist sie Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Otto-Friedrich-Universität Bamberg. Ihre Schwerpunkte in Forschung, Lehre, Therapie und Weiterbildung sind Spracherwerb und Spracherwerbsstörungen, frühkindlicher Wortschatz- und Lauterwerb, sprachheilpädagogische Diagnostik, sprachtherapeutische Frühintervention und Bildungsforschung.

Schlesiger: „Die Ausführungen von Herrn von Suchodoletz möchte ich noch um diese zwei Punkte ergänzen:

- Liegen bei einem *Late Talker* weitere *Risikofaktoren* für eine Sprachentwicklungsstörung, insbesondere auch *zusätzliche Defizite im rezeptiven Wortschatz* vor, so ist nicht nur ein Elterntraining sondern *auch eine direkte, therapeutenbasierte Sprachfrühintervention empfehlenswert.* Generell liegen für diese Subgruppe nur wenige Interventionsstudien vor. Ein Elterntraining – eine Vorform des Hanen Parent Program – zeigte bei einer Stichprobe (n = 16, davon zehn Late Talker mit zusätzlichen rezeptiven Wortschatzeinschränkungen) nur einen geringen Effekt auf den Zielwortschatz der Kinder, aber keinen Transfer auf den allgemeinen Wortschatz laut Elternfragebogen (Girolametto et al. 1996).

In meiner eigenen Studie (n = 34, davon 11 Late Talker mit zusätzlichen rezeptiven Wortschatzeinschränkungen) zeigte sich hingegen, dass gerade die Late-Talker-Subgruppe mit den zusätzlichen rezeptiven Wortschatzeinschränkungen von einer direkten, kindzentrierten Therapie profitiert hat. Alle Therapiekinder und auch die Therapiekinder der rezeptiv-expressiven Subgruppe zeigten kurzfristig nach der Therapie und langfristig nach einem halben Jahr Therapiepause (also im Alter von durchschnittlich 3;4 Jahren) bessere lexikalische und grammatische Fähigkeiten als die Kontrollkinder (Schlesiger 2009). Die Therapie fand 1x wöchentlich für 45 Minuten statt, bis die Late Talker die Zweiwortphase erreicht hatten (im Schnitt zwischen acht und 25 Wochen).

Für diese Interventionsstudie wurden die Eltern während der Therapie nicht direkt zu sprachförderlichem Verhalten angeleitet. In der Praxis verfahren wir mittlerweile so, dass wir die direkte kindzentrierte Therapie bei Bedarf auch mit einer individuell angepassten Elternanleitung begleiten (s. a. Hecking & Schlesiger 2010).

- Die *Kosten der sprachtherapeutischen Frühintervention* sind zu berücksichtigen. Nach Baxendale und Hesketh (2003) ist ein Elterntraining *teurer* als eine direkte Therapie. Ich zitiere: „The HPP (= Hanen Parent Program) was twice as intensive – in terms of therapist time – as clinic therapy based on average group size, which has resource implications" (Baxendale & Hesketh 2003, 397). Ich denke, dass die Kosten eines Elterntrainings auch davon abhängen, ob dieses Angebot in Abhängigkeit von den organisatorischen Voraussetzungen standard- und regelmäßig mit ausreichend großen Elterngruppen durchgeführt werden kann oder nicht.

E-Mail: claudia.schlesiger@uni-bamberg.de

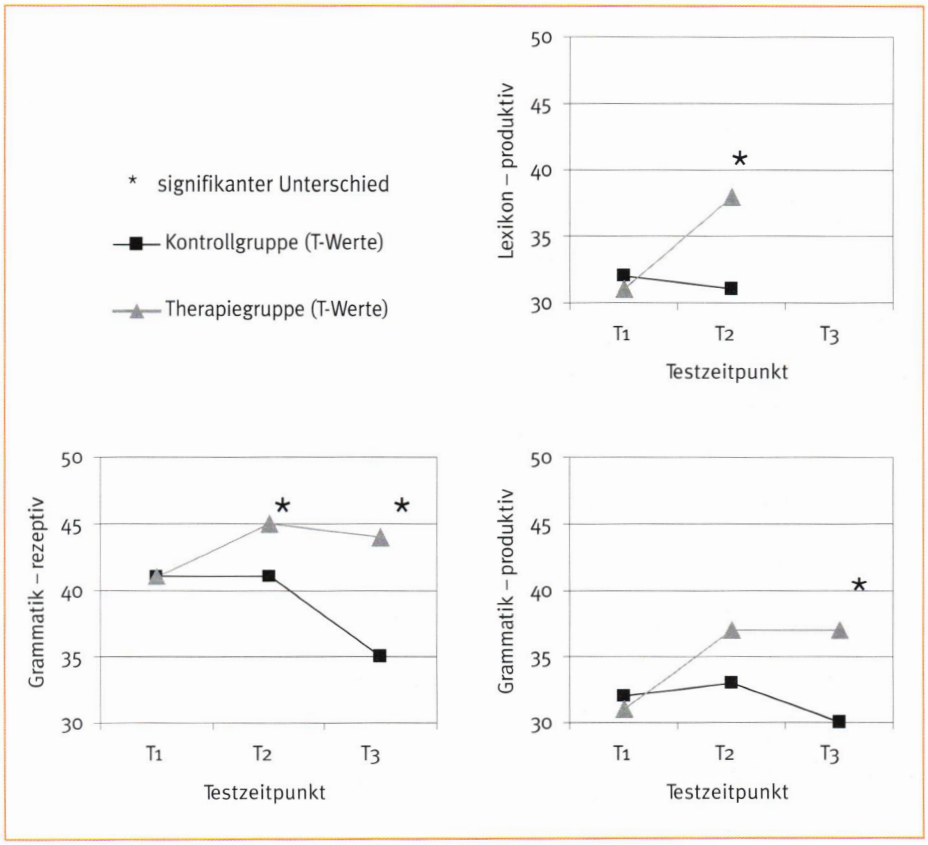


Abbildung 1: Signifikante Unterschiede in den T-Werten (Median) im SETK 2 (T1 und T2) und SETK 3–5 (T3) im Sprachentwicklungsverlauf von Therapiegruppe (n = 15) und Kontrollgruppe (n = 19) in der Gesamtstichprobe nach 8–25 Wochen direkter sprachtherapeutischer Frühintervention nach dem Late-Talker-Therapiekonzept

Abbildung aus: Schlesiger, Claudia (2009): Sprachtherapeutische Frühintervention für Late Talkers – Eine randomisierte und kontrollierte Studie zur Effektivität eines direkten und kindzentrierten Konzeptes. Idstein, Schulz-Kirchner Verlag, 208.

Profile & Interviews

Sprache und Denken – ein Gespräch über ein therapierelevantes Tabu

„Aphasie ist eine Sprachstörung, keine Denkstörung" ist ein beliebter Satz in der Fach- und Ratgeberliteratur zur Aphasie. Fast trotzig stellt er sich gegen den klischeebehafteten Umgang mit Sprachbehinderten in unserer Gesellschaft. Ungeachtet seiner Bestimmtheit ist aber die Frage nach dem Zusammenhang von Sprache und Denken eine der am häufigsten gestellten Fragen in Angehörigengesprächen und seit Jahrhunderten eine der großen Herausforderungen der Wissenschaft. Jetzt hat es Helmut Teichmann, Professor für Philosophie, freier Journalist und seit vielen Jahren selbst von Aphasie betroffen, mit ihr aufgenommen.

In Vorträgen, Thesenpapieren und zahlreichen Gesprächen hat sich Teichmann in den letzten Jahren mit dem Verhältnis von Sprache und Denken auseinandergesetzt. Nun sind die ersten beiden Bände seiner Schriftenreihe „Sprache und Denken" im Selbstverlag erschienen. Die *Sprachheilarbeit* nimmt sie zum Anlass, die wesentlichen Gedanken mit dem Autor (HT) zu besprechen und im Dialog zusammenzufassen. Das Gespräch führte Ulrike de Langen-Müller (UM) für die Redaktion.

Abbildung 1: Prof. Helmut Teichmann im Mai 2008 als Referent zu Gast in im Reha-Zentrum Passauer Wolf in Bad Griesbach. Teichmann und die Mitarbeiter/innen der Abteilungen Sprachtherapie und Psychologie nutzten diese Gelegenheit zu einem ausführlichen Gespräch.

UM: *Sie kritisieren die vorherrschende Lehrmeinung der deutschen Aphasiologie, nach der die „Aphasie eine Sprachstörung, keine Denkstörung" sei. Warum tun sie das?*

HT: Aphasieforscher, Therapeuten und auch die Selbsthilfeverbände treffen heutzutage übereinstimmend die Feststellung, dass es sich bei Aphasie um eine erworbene Sprachbehinderung handelt, die vom zentralen Nervensystem ausgeht, die das System Sprache und die innere Sprache betrifft, bei der aber die Denkfähigkeit nicht beeinträchtigt ist. Wenn sie das tun, ohne Beweise dafür anzuführen, ist das eine ideologische Aussage, die sich auf metaphysische Vorstellungen bezieht. Für Erkenntnisse zum Zusammenhang von Sprache und Denken stehen uns nur eine Draufsicht – die Lokalisation von Funktionen – und keine Innenansicht zur Verfügung, weil viele der biologisch-chemischen Prozesse noch unzureichend bekannt sind. Trotz großer neuer Möglichkeiten der Neurowissenschaften, wie Kernspintomographie oder Transplantation von Nervenzellen u.s.w., ist uns die funktionale Organisation des Gehirns nur teilweise bekannt. Solange unsere Aussagen zu dem faktischen Prozess so unkonkret sind, sollten wir uns für die wissenschaftliche Diskussion alle Optionen offen lassen. Mir ist keine logische Beweisführung bekannt, die erhärten könnte, dass Aphasie nur ein Sprachdefekt ist, aber bisher gibt es auch keine gegenteilige Beweisführung.

UM: *Welche Zusammenhänge von Sprache und Denken halten Sie für möglich?*

HT: Ich beziehe mich bei meinen Überlegungen auf Wilhelm von Humboldt (1795 / 1806) und Gottfried Herder (1769). Herder vertrat die Meinung, dass es kein abstraktes Denken als reinen Bewusstseinsakt gibt. Das Denken braucht die sprachliche Form, denn die Sprache ist die Bedingung unserer Erkenntnis. Für Herder ist die Sprache Werkzeug, Inhalt *und* Form menschlicher Gedanken. Die Sprache ermöglicht es den Menschen, den Übergang von den Sinneseindrücken zu den Gedanken zu schaffen.

UM: *Herder geht also davon aus, dass die Sprache den Verstand weckt und unterstützt?*

HT: Ja, aber gleichzeitig sieht er die Sprache als Ausdruck und Darstellung der Gedanken, Emotionen und Gefühle. Also, Sprache ist Ausdruck und Organ des Verstandes und der Erkenntnisgewinnung. Es gibt eine Wechselwirkung. Herder vertritt die Abhängigkeitsthese.

UM: *... von Humboldt doch auch?*

HT: Ja, er näherte sich nur von der anderen Seite, sein Interesse galt dem „allgemeinen

Wesen" der Sprache. Für ihn ist der Ursprung der Sprache die Voraussetzung für eine Individualisierung des Menschseins und für eine „Weltansicht". Die Sprache verbindet den Menschen mit seiner Natur und seiner Umwelt. Humboldt hebt auch die Bedeutung des Gespräches hervor, denn in ihm wird der Gedanke in seine sprachliche Form überführt. Der Gedanke erhält im dialogischen Gespräch seine Deutlichkeit. „... der Begriff erreicht seine Bestimmtheit und Klarheit erst durch das Zurückstrahlen aus einer fremden Denkkraft. [...] Zwischen Denkkraft und Denkkraft aber ist die einzige Vermittlerin die Sprache...", sagt Humboldt. Also ist Sprache zur Vollendung des Gedankens notwendig.

UM.: ... *und die andere Auffassung?*

HT: Die wird von Befürwortern der Unabhängigkeitsthese vertreten – wir finden sie in allen heutigen Aphasielehrbüchern und Ratgebern von Huber, Poeck, Tesak, Schöler und Grötzbach, Springer und anderen mehr. Sie stützen sich darauf, dass es ein faktisch sprachfreies Denken gibt. Sie nehmen auch an, dass der Zusammenhang zwischen Sprache und Denken im Erwachsenenalter ein anderer ist, als während des Spracherwerbs in der Kindheit. Die allgemeinen persönlichen Fähigkeiten und die erworbenen Kenntnisse haben bei Erwachsenen eine ganz andere Beziehung von Sprache und Denken im Vergleich zu den Fähigkeiten von Kindern entstehen lassen. Das Denken hat auf dem Wege der Abstraktion und Verallgemeinerung ideelle Abbilder der objektiven Realität im Bewusstsein erzeugt – vielleicht bilden sie ein eigenes System, das isoliert gestört oder eben auch erhalten sein kann.

UM: *Nun befassen Sie sich nicht nur als Philosoph, sondern auch als von Aphasie Betroffener mit der Frage nach dem Zusammenhang von Sprache und Denken. Was für eine Aphasie haben Sie?*

HT: Im sprachtherapeutischen Abschlussbericht nach meiner Rehabilitation wurden eine nichtklassifizierbare Aphasie und eine Sprechapraxie festgestellt. Im Alltags- und wissenschaftlichen Leben kann ich meine Sprach- und Kommunikationsbedürfnisse mit einigen Einschränkungen realisieren. Für die Schriftsprache brauche ich fremde Hilfe

UM: *Welcher Meinung über das Verhältnis von Sprache und Denken würden Sie sich anschließen?*

HT: Grundsätzlich gehe ich immer von dem Zusammenhang von Sprache und Denken aus. Mir ist aber klar, dass dieser Zusammenhang immer noch Gegenstand der linguistischen und der philosophischen Forschung ist. Für mich ist es zu einfach, die Aphasie nur als Sprachdefekt zu betrachten. Mir geht es aber auch nicht darum, ob Aphasiker eine Sprachstörung und/oder eine Denkstörung haben, sondern um die Frage: wie ist der Zusammenhang von Sprache und Denken gestaltet? Ist das eine Wechselwirkung und gibt es eine Rückkopplung? Hier ist noch sehr viel interdisziplinäre Forschungstätigkeit notwendig.

UM: *Wenn es nach Ihnen ginge, müssten die zitierten Lehrsätze umgeschrieben werden?*

HT: Ja, der prozesshafte Zusammenhang von Sprach- und Denkleistungen muss offen gehalten werden für Sprachdefekte und Denkdefekte, die noch nicht in ihren Beziehungen zueinander beurteilt werden können. Bei Aphasien ist der Sprachdefekt primär, aber auch eine sekundäre Beeinflussung des Denkens kann entstehen. Zum Beispiel in der weiteren biographischen Entwicklung der Betroffenen durch den Alterungsprozess oder andere klinische Aktualitäten. Aber auch, weil das sprachliche Defizit negativ auf die Denkleistung einwirken kann.

UM: *Hierunter könnte ich mir aufgrund von Therapiebeobachtungen und der theoretischen Beschäftigung mit dem Thema einiges vorstellen. Mich würde aber Ihre Selbsterfahrung dazu interessieren.*

HT: Die Aphasie war nicht der entscheidende Grund, warum ich mich mit diesen Problemen beschäftige. Ich habe durch meinen Sprachdefekt diesen Zusammenhang allerdings mit einem anderen Fokus wahrgenommen. Bereits in den 80ziger Jahren habe ich mich mit dem Zusammenhang von Sprache und Denken beschäftigt, vor allem mit der Hermeneutik in der Bildenden Kunst. Nach dem Schlaganfall versuchte ich, mein wissenschaftliches Handwerkszeug dazu einzusetzen, meine Sprachbehinderung zu analysieren und für die klinische Beratungstätigkeit zu nutzen. Das für mich Interessante sind vor allem die philosophischen Fragen, denn „einmal Philosoph, immer Philosoph" gilt auch für mich.

UM: ... *trotzdem: denken Sie anders als vor dem Schlaganfall?*

HT: Meine sprachliche Ordnung ist dadurch geprägt, dass ich in der freien Rede meine Gedanken formulieren kann und

Abbildung 2: Prof. Helmut Teichmann und Dr. Ulrike de Langen-Müller diskutieren im Rahmen der 12. Würzburger Aphasietage im Februar 2009.

auch logische Konsequenzen für den weiteren Denkprozess erkenne. Ich erkenne aber, dass der Sprachakt sich von dem Denkakt entfernt.

UM: *Wie äußert sich das?*

HT: Ich kann meine Gedanken dann nicht mehr sprachlich und ausdrucksmäßig direkt vermitteln. Der Sprechakt ist schneller beendet als der Denkakt. Durch das Ende des Sprechaktes kann der Gedanke nicht mehr synchron fortgeführt werden. Für den Denkakt ist die Fortsetzung möglich, aber der sprachliche Ausdruck fehlt. Die Gedanken können dann nur noch schemenhaft und nebelartig ausgedrückt werden.

UM: *Ist das nicht eher ein zeitliches als ein linguistisches Problem?*

HT: Manche Forscher meinen genau das. Die Raum- und Zeitrelationen sind für eine Analyse des aphasischen Defizits von besonderer Bedeutung. Denk- und Sprachprozesse werden durch Zeitfenster in der menschlichen Widerspiegelung sichtbar gemacht.

UM: *..sie spielen auf die Arbeiten von Pöppel, v. Steinbüchel oder Kegel an? Deren neuropsychologische und psycholinguistische Forschung hat gezeigt, dass das übliche Zeitfenster, in dem wir die Wirklichkeit wahrnehmen, 30 bis 40 ms beträgt, sich aber bei Menschen mit einer Sprachstörung, zum Beispiel einer Aphasie, auf 100 bis 130 ms erweitern kann.*

HT: Genau. Aber ist das eine Ursache von aphasischen Defiziten?

UM: *Die Arbeiten werden in der sprachtherapeutischen Gemeinde als zu reduktionistisch bewertet. Das Ordnungsschwellentraining hat sich in der Sprachtherapie nicht durchgesetzt. Auch bezog sich die zeitpsychologische Forschung bislang nur auf die Phonemwahrnehmung und die Perzeption einzelner Wörter – offen blieb, wie sie zum Beispiel morpho-syntaktische Probleme oder Wortfindungsstörungen erklären könnte. Welche Erkenntnisse gewinnen Sie aus der Selbstbeobachtung in Bezug auf die Zeitfenster für Sprach- und Denkprozesse?*

HT: Durch die zeitliche Begrenzung des Sprechaktes ist die Synchronität von Denkprozess und sprachlicher Vermittlung nicht gesichert. In der sprachlichen Lebenspraxis oder im Sprachvollzug sind Wörter und Begriffe manchmal zeitlich erst später verfügbar, als ich sie für einen früheren Denkvorgang benötigt hätte. Diese Wörter und Begriffe sind aber zu diesem Zeitpunkt nicht mehr in den entsprechenden Denkprozess einzuordnen. Auf der einen Seite versuche ich, den Denkprozess zu rekapitulieren und auf der anderen Seite habe ich Angst, in dieser Zeit die Wörter wieder zu vergessen.

UM: *Für Sie ist der objektive Zusammenhang von Sprache und Denken real, d. h. Sie sind ein Befürworter deren faktischer Koexistenz. Können sich Aphasieforscher und -therapeuten dieser Auffassung wirklich entziehen? Warum wird ein Lehrsatz formuliert, der anerkannten philosophischen Theorien und einem Großteil der Forschung widerspricht, und warum hält er sich so hartnäckig?*

HT: Manchmal habe ich den Eindruck, dass die Behauptung „die Aphasie ist nur ein Sprachdefekt, kein Denkdefekt" eine pädagogische Ansicht ist, um den Aphasiker nicht noch mit anderen Problemen zu belasten. In diesem Sinne ist die Reduzierung der Aphasie auf den Sprachdefekt eine gut gemeinte Lüge – ich meine eine Lüge als Schutzbehauptung. Damit ist sie keine Unwahrheit, aber auch keine Wahrheit.

UM: *Wenn die Experten die schlüssige Beweiskette für ihre Lehrbehauptung noch schuldig sind, deckt sich die Behauptung denn wenigstens mit der Erfahrung der Betroffenen?*

HT: Nein, sie steht im Gegensatz zu vielen Selbstbeobachtungen von Menschen mit Aphasie. Mit vielen Betroffenen habe ich unsere Situation erörtert. Wir haben gespürt, dass wir körperlich und sprachlich nicht mehr die Gleichen waren. Wir konnten unsere Gedanken nicht in Worte fassen, sie waren nebelhaft verschleiert. Die einfachen alltäglichen Denkprozesse laufen einigermaßen problemlos ab, bei komplexeren Denkprozessen wird aber eine sekundäre Störung bemerkt. Das Koppeln von Argumenten ist oft nicht möglich, Konsequenzen werden nicht erkannt. Diese Beobachtungen sind auch noch keine logischen Beweise, aber sie sind eine empirische Methode, sich selbst zu analysieren. Die Selbstbeobachtung geht immer von der psychischen Situation des Betroffenen aus und ist somit eine subjektive Betrachtung. Insofern kann sie einen höheren Wahrheitsgehalt haben, als eine theoretische Behauptung, die nicht bewiesen ist.

UM: *Was bedeutet das für die Diagnostik im Einzelfall?*

HT: Man sollte offenhalten, dass unterschiedliche Gewichtungen des Zusammenhangs von Sprache und Denken in unterschiedlichen Fällen eintreten können. Grundlage sind die neurologischen und sprachwissenschaftlichen Befunde. Es muss für jeden Aphasiker herausgefunden werden, wie weit er Symbole verarbeiten kann und wie sein Denken dabei berührt wird. Aber chronisch Betroffene und ihre Angehörigen können auch durch die Selbstbeobachtung konkrete Erfahrungen mitteilen, die im Sinne der Partnerschaftlichkeit für die Überprüfung von Diagnosen genutzt werden können.

UM: *Sie fordern, sich der Frage mithilfe philosophischer Begriffe zu nähern. Das heißt, das Verhältnis, die Relation von Sprache und Denken ist zu klären – gibt es ein unabhängiges Nebeneinander oder Abhängigkeit, gibt es Wechselwirkungen, Kausalität oder sogar Determiniertheit von Sprache und Denken? Wie sollte die Beweisführung denn aussehen?*

HT: Neben den Herausforderungen an die Grundlagenforschung ist ein empirischer Klärungsbedarf von Denk- und Verhaltensleistungen bei Menschen mit Aphasie unerlässlich. Der Defekt kann dazu beitragen, sprachliche und nichtsprachliche Leistungen zu unterscheiden und in ihrer Relation zu bewerten.

UM: *In seinen „Bemerkungen zum Problem ‚Sprechen und Denken' auf Grund hirnpathologischer Erfahrungen" von 1954 lässt der Neurologe Kurt Goldstein keinen Zweifel daran, dass eine Trennung von Sprache und Denken nur künstlich vorgenommen werden könne – seine Sortieraufgaben für Aphasiker sind bekannt, seine Interpretationen allerdings sehr spekulativ. Orgass (1972), Kertesz (1979) und Basso (1981) haben hirngeschädigte Patienten mit und ohne Aphasie verschiedenen nonverbalen Testungen unterzogen – sie konnten keinen allgemein gültigen Einfluss der verschiedenen Aphasietypen auf die kognitiven Leistungsunterschiede feststellen und folgerten, dass die Aphasie weder der Grund noch der Effekt eines Intelligenzdefizits sei, sondern Defizite in der hirnanatomischen Nachbarschaft grundlegender die Intelligenz bestimmender Funktionen begründet seien. Wie soll die Forschung weitermachen?*

HT: Die Messung von Denk- und Intelligenzleistungen bei Aphasie sind offensichtlich ein methodisches Problem. Deshalb plädiere ich für die Berücksichtigung der Introspektion und für die empirische Klärung. Die sollte an praktische Bedürfnisse

geknüpft sein: zum Beispiel Autofahren, Gedanken aufschreiben und vorstellen, Malen, Zeichnen und Gestalten, Kochen, Tanzen und Fotografieren. Die Selbstbeobachtung bestimmter Leistungen trägt dazu bei, die Einschätzung zu verlorenen und neu erworbenen Fähig- und Fertigkeiten durch die Betroffenen selbst zu ermöglichen und eine korrigierende Erfahrung zu gewinnen.

UM: *Ist das nicht der Inhalt von Ergo- und Kreativtherapien, oder eine Aufgabe für die Selbsthilfe?*

HT: Ja, auch. Ich finde es aber sehr bemerkenswert, dass sich in den letzten zehn Jahren die Sprachtherapie nicht nur auf die sprachlichen Aspekte konzentriert, sondern auch soziale Ansätze für die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben durch Transfer therapieinterner Lernerfolge, sowie alternative Kommunikationsformen einbezogen werden. Der Begriff der „Kommunikation" hat einen neuen Stellenwert gefunden. Sprache und Denken sind Teile der Kommunikation. In dem Kommunikationsbegriff werden die Unterschiede von Sprache und Denken aufgehoben und zu einer Synthese geführt. Die Sprachtherapie muss sich immer auf den Sprachdefekt ausrichten, aber darf sich nicht darauf beschränken. Der Therapeut braucht die Kompetenz der ganzen Sprache und muss auch die philosophischen Konsequenzen berücksichtigen. Deshalb finde ich die Forderung, eine akademische Ausbildung der Logopäden anzustreben, begrüßenswert. Ich bewege mich in der Tradition von Humboldt und Herder und bemerke, dass dieser Diskurs für die Ausbildung von Therapeuten noch lange nicht ausgereizt ist.

UM: *Können Sie die Konsequenzen für die Sprachtherapie noch weiter konkretisieren?*

HT: Die Sprachtherapie ist ohne die Erkenntnis des Zusammenhangs von Sprache und Denken nicht methodisch zu gestalten. Wenn wir die Koexistenz von Sprache und Denken nutzbringend für eine ganzheitliche Methode der Aphasiebehandlung zur Anwendung bringen wollen, sollten wir daran denken, wie eine Verbesserung der sprachlichen Leistungen durch gezielte Hyperreize der Denkleistungen erreicht werden kann.

UM: *Sollte sich Sprachtherapie nicht auf das konzentrieren, was aphasischen Menschen am schwersten fällt: die Sprachleistung?*

HT: Ich habe das schon gesagt: Dabei können wir nicht stehen bleiben. Nichtverbale Lernmethoden, die der Mitbeeinträchtigung Rechnung tragen, sollten Anwendung finden – dann werden wir einer ganzheitlichen Methode, in der Ressourcen, Beschäftigung und Verständigung integriert sind, gerecht.

UM: *Stehen uns die Methoden hierfür zur Verfügung?*

HT: Für eine erfolgreiche Therapie sollte man sich noch mehr auf die Gesetzmäßigkeiten der Pädagogik stützen. Die Sprachtherapie ist und kann kein Unterricht sein und der Sprachtherapeut kein Lehrer. Viele Menschen mit Aphasie nehmen aber ihre Sprachtherapie als Sprachschule wahr – diese Situation kennen sie noch aus ihrer Kindheit und sie ist unbefriedigend.

UM: *... mehr Pädagogik in die Sprachtherapie?*

HT: Die speziellen Gesetzmäßigkeiten der Didaktik sind natürlich für die therapeutischen Zwecke anzupassen. Eine Didaktik der Therapie für aphasische Menschen macht ein spezielles neurologisches Wissen über die Hemisphären des Gehirns und ihre Aufgaben notwendig. Je mehr wir über die unterschiedlichen Möglichkeiten der Informationsverarbeitung unseres Gehirns wissen, desto mehr Einfluss haben wir darauf, in der Therapie Denken, Sprache, Gefühle und Verhalten besser zu verknüpfen, den Defekt zu minimieren und Ersatzhandlungen zu vollziehen.

UM: *Möchten Sie der Fachwelt noch einen Rat mit auf den Weg geben?*

HT: In der Therapie von aphasischen Menschen hat sich eine Zusammenarbeit von Neuropsychologie und Sprachwissenschaften heraus gebildet. Die Tatsache, dass der Mensch eine Einheit seiner biologischen, psychologischen und sozialen Komponenten darstellt, wird in der fachorientierten Analyse schon gut wahrgenommen. Die unterschiedlichen Fachdiagnosen müssen zur Kenntnis genommen werden und zu einer noch besseren ganzheitlichen Therapie führen.

UM: *Ich danke Ihnen für dieses mutige Gespräch und die Offenheit, mit der Sie sich an die Enttabuisierung eines schwierigen Themas der Aphasiologie heranwagen! Ich wünsche Ihnen eine gewinnbringende Resonanz auf Ihre Veröffentlichungen. Vielleicht möchten auch einige unserer Leser gemeinsam mit ihren aphasischen Patienten in den Austausch mit Ihnen treten. Die Redaktion bietet hierfür gerne ein Forum.*

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. habil. Helmut Teichmann
Hirschbacher Weg 2
01277 Dresden
E-Mail: christl.eisele@arcor.de

Prof. Dr. habil. Helmut Teichmann war Professor für Philosophie. Als freier Journalist recherchierte er für Fernsehproduktionen. Er erlitt im Herbst 2000 einen Schlaganfall mit Aphasie. Seit 2001 leitet er das Kommunikations- und Informationszentrum für Aphasiker und Angehörige in Kreischa bei Dresden. Im Mai 2007 wurde er zum Ehrenmitglied des BKL ernannt.

Dr. phil. Ulrike de Langen-Müller promovierte zum Thema „Graphische Symbolsysteme in der Aphasietherapie". Von 1989 bis 1991 arbeitete sie im Zeitforschungsprojekt von Prof. Dr. E. Pöppel am Institut für medizinische Psychologie in München mit. Seit 1991 ist sie als akademische Sprachtherapeutin, seit 2000 als Redakteurin dieser Fachzeitschrift und seit 2004 als Öffentlichkeitsreferentin des dbs tätig.

Aktueller Literaturhinweis

Boroditsky, L. (2010): Wie prägt die Sprache unser Denken? In: M. Brockmann (Hrsg.) (2010): Die Zukunftsmacher – die Nobelpreisträger von morgen verraten, worüber sie forschen. Frankfurt: Fischer.

Nachbarschaften

Mutismus Selbsthilfe Deutschland e.V.

Am 8. Februar 2004 wurde in Köln die Mutismus Selbsthilfe Deutschland e. V. ins Leben gerufen. Zu ihren Gründungsmitgliedern gehörten Betroffene, Angehörige, Therapeuten und Dozenten, die in ihrer Zusammensetzung bereits von Anfang an ein breites Spektrum in der Fokussierung des angstbedingten Schweigens abdeckten: die Selbstbetroffenheit im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter, die Mitbetroffenheit im familiären Kontext, die Diagnostik und Therapie der mutistischen Symptomatik und die Forschung und Lehre. Diese Linien bildeten sich allerdings erst im Verlauf der nunmehr sechsjährigen Geschichte des Vereins heraus. Grundintention für das Engagement aller Anwesenden war zunächst der Wunsch nach mehr Öffentlichkeitsarbeit und die Hoffnung, eine Anlaufstelle für schweigende Menschen und diejenigen aufzubauen, die in den täglichen Bewältigungsengpässen häufig ohne Diagnose und Unterstützung auf sich allein gestellt waren: die Eltern.

Wo aber lagen die Ursachen für eine mutismusspezifische Selbsthilfeinitiative? Welche Auslöser brachten sie schließlich auf den Weg? Die medizinisch-therapeutische Diktion, die ansonsten zur Nosographie, zur Beschreibung einer Krankheit oder eines Störungsbildes verwendet wird, eignet sich hier als hilfreiches Instrument, Antworten zu finden. Zu den ursächlichen Faktoren gehören in erster Linie die bis in die 90er Jahre des letzten Jahrhunderts andauernde und sogar noch heute existente Verwechselung von elektivem Mutismus (ICD-10: F94.0) bzw. selektivem Mutismus (DSM-IV: 313.23) und Autismus (ICD-10: F84.0 – F84.5, DSM-IV: 299.00 und 299.80), die daraus resultierende mutismusinadäquate ambulante, teil- oder vollstationäre Behandlung von Schweigern, der damit einhergehende Verlust an Entwicklungszeit im Kindes- und Jugendalter und die völlige Hilflosigkeit in der Beschulung und Ausbildung von Betroffenen. Obwohl seit 1934 unter dem Terminus „elektiver Mutismus" (Tramer) bekannt und bereits im auslaufenden 19. Jahrhundert mit den Begriffen „Aphasia voluntaria" (Kussmaul 1877) bzw. „freiwillige Stummheit" (Gutzmann 1893) beschrieben, war (und ist) das angstinduzierte Schweigen selbst beim Fachpersonal der Disziplinen Psychiatrie, Psychologie und Sprachtherapie/Logopädie so gut wie unbekannt, galt es, wenn doch diagnostiziert, als nahezu unbehandelbar. In der Sprachheilpädagogik erfreute sich allerdings schon in den 80er Jahren des 20. Jahrhunderts das Thema Mutismus einer stetig wachsenden Beliebtheit in der Themenwahl bei akademischen Abschlussarbeiten und Prüfungen, die bis heute anhält. Dieses Phänomen betraf sowohl Anwärter auf das sonderpädagogische Lehramt, als auch Absolventen der außerschulischen Sprachtherapie im damaligen Diplom-Studiengang, dem heutigen bolognabedingten Bachelor bzw. Master of Arts. In den 90er Jahren folgten schließlich die ersten Monographien und Fachartikel. Eine Forschungsoffensive nahm ihren Lauf, die bis heute in allen drei Fachdisziplinen sogar an Intensität zugenommen hat.

Als Auslöser für einen Selbsthilfeverein ist schließlich die Webseite www.mutismus.de zu nennen, die von einem selbstbetroffenen Erwachsenen gegründet wurde und 2001 online ging. Die erste deutschsprachige – mutismusspezifische – Kontaktschnittstelle zwischen Betroffenen und Therapeuten war geboren.

Heute umfasst das Angebot der Mutismus Selbsthilfe Deutschland e. V. ein breitgefächertes Informationsplateau, ein Eltern- und zertifiziertes Therapeutennetzwerk, ein Selbsthilfe-Forum, das Angebot einer jährlichen Mutismus-Tagung und diverse Veröffentlichungen. Ihr jüngstes Werk ist die 2009 auf der 8. Mutismus-Tagung in Hamburg vorgestellte Fachzeitschrift „Mutismus.de", die erste ihrer Art in Europa. Sie ist unter www.mutismus.abmedia-online.de oder über den Buchhandel erhältlich.

Boris Hartmann

Gesellschaft für Aphasieforschung und -behandlung

GAB

AUSSCHREIBUNG

für den

FÖRDERPREIS 2011

der Gesellschaft für Aphasieforschung und -behandlung (GAB)

Alle zwei Jahre verleiht die Gesellschaft für Aphasieforschung und -behandlung (GAB) einen Preis für herausragende wissenschaftliche Arbeiten. Mit diesem Preis soll der wissenschaftliche und therapeutische Nachwuchs auf dem Gebiet der Erforschung und Behandlung zentraler Sprach- und Sprechstörungen gefördert werden. Die Preishöhe beträgt derzeit EUR 3500.

Für eine Bewerbung sind die Richtlinien zur Bewerbung und Vergabe zu beachten. Sie können unter der Adresse www.aphasiegesellschaft.de abgerufen werden.

Arbeiten müssen bis zum **01.01.2011** bei der Schriftführerin der GAB eingereicht werden:

PD Dr. Caterina Breitenstein
Klinik und Poliklinik für Neurologie
Universitätsklinikum Münster
Albert-Schweitzer-Straße 33
D-48129 Münster

Die Preisjury wünscht sich eine rege Teilnahme und freut sich schon auf die Lektüre innovativer und spannender Arbeiten!

PD Dr. Ernst G. de Langen
(Vorsitzender der Jury)

Medien

Rezensentinnen[1] gesucht!

Die Redaktion erreichen immer wieder Angebote von Verlagen, neu erschienene Bücher zu besprechen.
Wir möchten den Kreis der Kolleginnen und Kollegen erweitern, die Neu-Publikationen für unsere Fachzeitschrift der Leserschaft vorstellen.
Voraussetzung: Sie sollten innerhalb von sechs Wochen nach Erhalt des Buches eine differenzierte Besprechung vornehmen, die in der Regel ein bis zwei Manuskriptseiten nicht überschreitet.

Folgende Bücher liegen der Redaktion vor:

1.) Hilke Hansen: Therapiearbeit. Eine qualitative Untersuchung der Arbeitstypen und Arbeitsmuster ambulanter logopädischer Therapieprozesse.
2.) Ulla Beushausen: Sprechangst. Ein Ratgeber für Betroffene, Therapeuten und Angehörige pädagogischer Berufe.
3.) Antoni Lang & Maragarete Saatweber: Stimme und Atmung. Kernbegriffe und Methoden des Konzeptes Schlaffhorst-Andersen und ihre anatomisch-physiologische Erklärung.
4.) Ingrid Wenig & Günther Storch: Alltagssituationen in Bildern. Übungen für schwere bis mittelschwere Aphasien.
5.) Mario Prosiegel & Susanne Weber: Dysphagie. Diagnostik und Therapie.
6.) Andreas Mayer: Gezielte Förderung bei Lese- und Rechtschreibstörungen.
7.) Sandra Neumann: Frühförderung bei Kindern mit Lippen-Kiefer-Gaumen-Segel-Fehlbildung.

Wenn Sie an der Rezension eines dieser Bücher Interesse haben, melden Sie sich bitte bei folgender Adresse:
foerster@sprachheilarbeit-ho.eu

Ihnen wird dann umgehend das Buch zugeschickt, Sie reichen innerhalb des o.g. Zeitraumes eine Besprechung ein, die dann in einer der nächsten Ausgaben der SHA veröffentlicht wird.
Selbstverständlich geht dann das Buch in Ihren Besitz über!
(Sollte mehr als eine Person Interesse an einem Buch haben, entscheidet das Datum der Rückmeldung.)

Die Redaktion

[1] Das jeweils nicht markierte Geschlecht ist mitgemeint.

Didaktik der Mehrsprachigkeit

Die Autorin veröffentlicht mit diesem Buch ihre Dissertation, die im Fachbereich Rehabilitationswissenschaften an der Humboldt Universität Berlin erstellt wurde. Im Gegensatz zu Anderen hat Rita Zellerhoff ihre Promotion zum Ende ihrer beruflichen Laufbahn hin verfasst; sie blickt damit auf einen reichen Erfahrungsschatz aus der Praxis zurück. Diese Praxis umfasste den Unterricht an der Schule für sprachbehinderte Kinder, die Tätigkeit als Sonderschullehrerin im Hochschuldienst, sowie die Ausbildung von jungen Anwärterinnen und Anwärtern am Studienseminar für die Lehrerbildung.

Zellerhoff nähert sich ihrem Gegenstand, dem Entwurf einer Didaktik, die mehrsprachig aufwachsende Kinder sowohl in ihrer Sprachfähigkeit als auch in ihrer Gesamtpersönlichkeit in den Blick nimmt, aus theoretischer wie aus praktischer Perspektive: theoretisch stehen die Bezüge zur allgemeinen und vergleichenden Sprachwissenschaft, zur Sprachpsychologie, sowie die bildungstheoretische und systemisch-konstruktivistische Didaktik im Vordergrund; praktisch werden die zentralen Bezüge zu den Fächern Deutsch und Sachunterricht hergestellt. Obwohl von der Sonderpädagogik her kommend, klammert die Autorin Fragen zur Aneignung von Mehrsprachigkeit bei Kindern, deren Sprachschwierigkeiten durch Behinderungen überlagert sind (körperliche und/oder geistige Behinderung), aus.

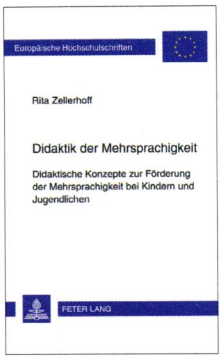
Zunächst nähert sich die Autorin im Kapitel „Spracherwerb und Sprachaneignung" sehr grundsätzlich dem Thema: Da die Sprachentwicklung des Kindes kein einheitlicher Prozess ist, werden sowohl die nativistische Theorie Chomskys als auch der pragmatisch-kommunikative Ansatz Bruners herangezogen. Mehrsprachigkeit wird historisch in den Kontext der Bewahrung des jeweiligen kulturellen Erbes und der Schriftentwicklung gestellt. Psychologisch wird auf Fragen der Motivation und der Identitätsentwicklung (Erik Erickson, Carl Rogers) Bezug genommen. Im Anschluss folgt der Blick auf die „Schulischen Konzepte zur Förderung der Mehrsprachigkeit". Mit der Förderung der Mehrsprachigkeit ist der Anspruch auf eine Förderung in der Primärsprache eng verbunden. Die Autorin macht die Leserinnen und Leser mit Beispielen aus Deutschland (NRW, Berlin) und Schweden bekannt, u. a. mit dem Konzept der „Begegnungssprachen", mit den Europa-Schulen und mit dem europäischen Sprachenportfolio.

Nach diesen theoretischen wie praktischen sprachbezogenen Zugängen folgt der Blick auf die Didaktik, hier zunächst wieder allgemein theoretisch (Klafki, Reich) unter Herstellung von Bezügen zur Reformpädagogik (Montessori, Petersen, Freinet), dann bezogen auf die eigentliche Thematik der Mehrsprachigkeit und schließlich praxisbezogen mit zahlreichen Beispielen aus der und für die Schule.

Vor allem im Praxisbereich zeigt sich die Herkunft der Verfasserin aus der Sprachbehindertenpädagogik im Speziellen und der Sonderpädagogik im Allgemeinen deutlich: (1.) wird qualitativ angelegte sprachliche Diagnostik als Voraussetzung einer qualifizierten Förderung zugrunde gelegt und (2.) werden unter anderem Beispiele zur Aneignung der Morphologie und Syntax vermittels der „Kontextoptimierung", einer von Motsch und Mitarbeiterinnen in Heidelberg und Köln entwickelten sprachheilpädagogischen Methode, gegeben. Weitere Beispiele entstammen den Bereichen Lexikon und Semantik, Phonetik und Phonologie, Pragmatik, Stimmbildung, Schrifterwerb, Hören und Zuhören. Mehr und mehr nähert sich Zellerhoff den Zielbereichen einer Didaktik des Deutschunterrichts. Ihre große Sach-

kenntnis und Praxiserfahrung machen das Buch besonders in den zentralen Kapiteln 6 und 7, die immerhin fast 70 Seiten und damit fast die Hälfte des Buches umfassen (Literaturverzeichnis und Anhänge nicht mitgezählt), zu einem bedeutenden Ratgeber für alle, die mehrsprachige Kinder unterrichten. Immer sprachtheoretisch fundiert, finden Praktiker hier zahlreiche Ideen zur unmittelbaren Umsetzung vor Ort.

Die Autorin ist sich bewusst, dass die von ihr aufgezeigten Wege mit einer spezifischen, auf die Bedürfnisse mehrsprachiger Kinder ausgerichteten Professionalisierung der Lehrkräfte einher gehen müssen.



Die Forderung, dies in die Lehrerbildung aufzunehmen und das Thema „Mehrsprachigkeit" zum verpflichtenden Bestandteil der 2. Staatsprüfung zu machen, steht am Ende dieses gut zu lesenden, praktischen, wertvollen Buches.

Rezension

Rita Zellerhoff (2009): Didaktik der Mehrsprachigkeit. Didaktische Konzepte zur Förderung der Mehrsprachigkeit bei Kindern und Jugendlichen. Schulübergreifende Konzepte unter besonderer Berücksichtigung des Förderschwerpunkts Sprache. Frankfurt a.M. u.a.: Lang, 184 S., € 39,00 ISBN 978-3-631-58569-6

Verfasser

Dr. Reiner Bahr
Wilhelm-Körber-Schule, Essen, www.wks-essen.de

Im Lande Gänseklein

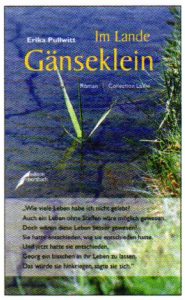
Es gibt wenig Literatur, die ich den Angehörigen von Patienten in unserer Praxis über Aphasie empfehlen kann und es gibt noch weniger Literatur, die ich Freunden oder Bekannten empfehlen kann, die bisher keine Berührung mit Aphasie hatten. Es gibt überhaupt wenig Literatur, die das Leben mit einem Aphasiker aus der Sicht eines Angehörigen beschreibt. Autobiographische Schilderungen von Aphasikern und ermutigende Beispiele von ihrer Genesung kann ich mehrere nennen (z. B. Schmidt, 2009; Taylor, 2008; Tropp Erblad, 2008). Aphasiker haben auf den Würzburger Aphasietagen auch ein wirkliches Forum und stehen im Zentrum aller Veranstaltungen; ein wunderbarer Kongress.

Doch wo ist das Forum für die Angehörigen, wer verleiht ihnen eine Stimme? Erika Pullwitt veröffentlichte bereits in „ Von Aphasie mitbetroffen" (Steiner, 2002) einen offenen beeindruckenden Erfahrungsbericht des Zusammenlebens mit ihrem aphasischen Mann. Diesen habe ich anderen Angehörigen schon häufig weiterempfohlen.

Umso gespannter war ich auf ihr neues Buch.

In ihrem neuen Roman mit dem zunächst verwunderlichen Titel „Im Lande Gänseklein" beschreibt Erika Pullwitt die Lebenssituation eines Paares, die seit 20 Jahren von Aphasie bestimmt ist. Der Schlaganfall trifft das junge Paar Karin und Steffen mitten in einer Beziehungskrise. 20 Jahre nach diesem Ereignis ist die alltägliche Kommunikation noch immer geprägt von Missverständnissen, Anstrengung und beiderseitigem Erleben von Einsamkeit. Karin fühlt den drängenden Wunsch, seit 20 Jahren zum ersten Mal allein sein zu können, und sie verreist nach kräfteraubenden Vorbereitungen und trotz belastender Schuldgefühle für 3 Wochen ans Meer. Dieser Aufenthalt konfrontiert sie erst Recht mit Ängsten, Zweifeln und Trauer. Doch wird er auch eine Reise ins Innere ihrer verschütteten Gefühle und Bedürfnisse. In der Begegnung mit Georg erlebt sie alles Widersprüchliche ihrer Lebenssituation. Zunehmend gewinnt Karin ihre Balance zurück. Immer bleibt sie dabei im Gespräch mit Steffen, so schwierig die Verständigung durch die Aphasie auch ist. Abgrenzung, Neubegegnung und Neubewertung der Lebensfragmente werden möglich und auch Steffen verändert sich. Der Roman von Erika Pullwitt veranschaulicht authentisch und nie in einem mitleidigen oder sentimentalen Ton die Belastungen der aphasischen Kommunikation für beide Kommunikationspartner und bringt unaufdringlich Tabuthemen zur Sprache: die Wut der Angehörigen auf die Aphasie an sich und auf den sprachgestörten Partner; die Trauer um das verlorene frühere Leben und den Verlust von Möglichkeiten und Freiheiten. Die Problematik der chronischen Überbelastung des Angehörigen wird anschaulich. Verdrängte Bedürfnisse nach Sexualität und Neubeginn innerhalb und außerhalb der Beziehung bekommen Gehör. Die Autorin erwähnt anfängliche Schamgefühle in der Öffentlichkeit und lässt das Tabu Gewalt in der Partnerschaft mit einem Aphasiker im Gespräch Karins mit einer weiteren Angehörigen anklingen. Die Protagonistin muss sich der Frage nach einer Neudefinition oder Auflösung der Partnerschaft stellen. Steffen und Karin gelingt trotz Aphasie das schwierige Gespräch über eine Affäre und den Umgang mit „Parallelbeziehungen".

Der Roman ist ein authentischer, informativer und berührender Einstieg für fachfremde Leser in die Thematik Aphasie sowie ein spannend zu lesender „Entwicklungsroman" einer Frau und zugleich einer Partnerschaft. Er ist eine Liebeserklärung und eine wichtige Lektüre für Therapeuten.



„Im Lande Gänseklein" ist vor allem auch eine Stimme für die Angehörigen von Aphasikern.

Rezension

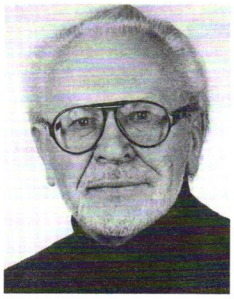
Erika Pullwitt (2009): Im Lande Gänseklein. Berlin: Edition Ebersbach. 256 S. € 18,00 ISBN 978-3-86915-005-5

Verfasserin

Karen Lorenz, Hamburg

Persönliches

Nachruf Dr. Geert Lotzmann



Es gibt eine traurige Nachricht aus Heidelberg: Im Mai ist der langjährige Leiter des Fachgebiets Sprechwissenschaft und Sprecherziehung der Universität Heidelberg, der Akademische Direktor, Diplom-Sprechwissenschaftler und Logopäde Dr. Geert Lotzmann, von uns gegangen.

Den älteren Mitgliedern der DGSS, der dgs und des dbs muss Geert Lotzmann nicht mehr vorgestellt werden – sie kennen ihn und wissen um seine großen Verdienste um das Fach der Sprechwissenschaft und die Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie. Für die jungen Vertreter unserer Professionen sollen ein paar Fakten in Erinnerung gerufen werden.

Geert Lotzmann wurde 1926 im sächsischen Bloßwitz (Kreis Riesa) geboren. Nach schlimmen Kriegsjahren als aktiver Soldat studierte er an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg Germanistik, Kunstgeschichte und vor allem Sprechwissenschaft, seine wichtigsten Lehrer waren Richard Wittsack und Hans Krech. Nach dem Abschluss als Diplomsprechwissenschaftler und nach seiner Promotion arbeitete er in Berlin an der Staatlichen Schauspielschule, als Sprachtherapeut an einer Poliklinik und als Nachrichtensprecher bei RIAS Berlin, bevor er 1962 an die Universität Heidelberg kam. Das von ihm dort viele Jahre lang geleitete Fachgebiet Sprechwissenschaft und Sprecherziehung mit der 1975 eingerichteten DGSS-Prüfstelle führte 56 Absolvent(inn)en zum sprecherzieherischen Berufsabschluss.

Über 70 Fachpublikationen zu allen Teildisziplinen, zum Teil auch in der „Sprachheilarbeit" publiziert, bezeugen die wissenschaftliche Leistung Geert Lotzmanns. Besonders zu würdigen sind dabei seine Arbeiten zur Orthoepie, zur Therapie des Stotterns und Polterns, zur Stimmbildung, zur Sprechkunst und zur Positionierung des Faches in Bezug auf die Nachbardisziplinen. Stets war er ein Verfechter des interdisziplinären Arbeitens, was vor allem durch die Einrichtung und Leitung der „Inzigkofener Gespräche" bewiesen wurde. Diese seit 1968 veranstalteten dreitägigen Treffen von in der Sprach-, Sprech-, Stimm- und Hörrehabilitation Tätigen haben sich nicht nur unauslöschlich bei allen Beteiligten als besonders nützliche und in ungewöhnlich angenehmer Atmosphäre abgehaltene Fortbildungen eingeprägt: Ihre Erträge sind auch in vielen von Geert Lotzmann herausgegebenen Sammelbänden dokumentiert. Vor allem in Würdigung dieses herausragenden ehrenamtlichen Engagements wurde ihm am 29.2.2002 das Bundesverdienstkreuz verliehen.

Ebenfalls unvergessen bleibt das sprechkünstlerische Werk Geert Lotzmanns, vor allem die von ihm begründete Reihe „Dichtung sprechen – Dichtung hören" mit eindrucksvollen Lesungen, z. B. aus den Werken Borcherts, Brechts, Goethes, Hölderlins und Tucholskys. Dabei verdanken wir ihm auch, dass er zahlreiche bekannte Kolleginnen und Kollegen nach Heidelberg zum Rezitieren einlud und dass die bei ihm Studierenden eine Auftrittsplattform bekamen.

Schließlich soll daran erinnert werden, dass es Geert Lotzmann war, der 1987 zur Gründung der „Berufsvereinigung der Sprechpädagogen, Sprechtherapeuten, Sprechkünstler und Rhetorik-Dozenten in Baden-Württemberg" einlud und die BVS dann zehn Jahre lang als Vorsitzender leitete. Seit 1997 war er Ehrenvorsitzender unseres Verbands.

In den letzten Jahren musste sich Geert Lotzmann aus gesundheitlichen Gründen immer mehr zurückziehen. Vielleicht hat er den Tod nach jahrelang ertragenen schmerzhaften Krankheiten eher als Erlösung empfunden?

Geert Lotzmann hat für die Sprechwissenschaft und Sprachtherapie Außergewöhnliches geleistet.

Wir gedenken seiner mit großer Hochachtung!

Susanne Voigt-Zimmermann und
Roland W. Wagner
Heidelberg

Literaturauszug:

Sind Sprach- und Sprechstörungen durch Dia- und Soziolekte bestimmt? Geert Lotzmann, Frankfurt am Main : Scriptor, (Broschiert – 1987)

Psychologie in der Stimm-, Sprech- und Sprachrehabilitation von Geert Lotzmann, Urban & Fischer, Mchn. (Broschiert – Dezember 1995)

Das Selbstverständnis des Therapeuten im Kommunikationsprozeß, Geert Lotzmann, Elsevier, München (Broschiert – 1988)

Die Sprechstimme Geert Lotzmann, Urban & Fischer, Mchn. (Broschiert – Dezember 1999)

Das Gespräch in Erziehung und Behandlung, Geert Lotzmann, Quelle + Meyer (Broschiert – November 1982)

Sprachrehabilitation durch Kommunikation, Geert Lotzmann (Taschenbuch – 1975)

Elternberatung und Familientherapie bei Sprach-, Sprech- und Hörstörungen, Geert Lotzmann, Fink Wilhelm GmbH + Co.KG (Broschiert – April 1989)

Sprechangst in ihrer Beziehung zu Kommunikationsstörungen, Geert Lotzmann, Marhold, Bln. (Broschiert – 1986)

Das Prinzip der Ganzheit. In: Diagnose, Therapie und Rehabilitation mündlicher Kommunikationsstörungen, Geert Lotzmann, Spiess, V (Taschenbuch – 1995)

Körpersprache. Diagnostik und Therapie von Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen, Geert Lotzmann (Hrsg.), Ernst Reinhardt Verlag (Taschenbuch – 1. Januar 1993)

Rückblicke

13. Würzburger Aphasietage

Zum 13. Mal haben der Bundesverband für die Rehabilitation der Aphasiker (BRA) und das Aphasiker-Zentrum Unterfranken (AZU) Europas größten Kongress für Menschen mit Aphasie, Angehörige und Therapeuten in Würzburg ausgerichtet. Dr. Luise Lutz wurde zum Ehrenmitglied des BRA ernannt. Kooperationspartnertreffen und Podiumsdiskussion reflektieren Teilhabemöglichkeiten.

Rund 600 Teilnehmer besuchten die Würzburger Aphasietage vom 4.-6. März, für die dieses Jahr die Neue Universität ihre großzügigen Räume und den zentralen Lichthof geöffnet hatte. Das Team um Beate Hechtle und Thomas Hupp hatte dieses Jahr nunmehr zum 13. Mal zum Austausch zwischen Fachleuten und Betroffenen zu Vorträgen und Workshops eingeladen.

Prof. Dr. Walter Huber, Aachen, führte einfühlsam durch die Eröffnungsveranstaltung, deren Höhepunkt die Ernennung der Klinischen Linguistin Dr. Luise Lutz, Hamburg, zum Ehrenmitglied des BRA war. Uwe Keller, Vorstandsmitglied des BRA und selbst Betroffener, würdigte in seiner Laudatio das langjährige, sehr persönliche therapeutische Wirken von Luise Lutz, mit dem sie nicht nur inhaltliche Maßstäbe in der Aphasietherapie gesetzt habe, sondern auch Vielen zum menschlichen Vorbild und zur Begleiterin geworden sei. Lutz hatte bereits 2003 das Bundesverdienstkreuz verliehen bekommen.

Die Germanistin Dr. Friederike Schmöe gab eine Lesprobe aus ihrem Krimi „Schweigfeinstill" und stellte mit Textausschnitten die Protagonisten ihres Werkes, darunter der aphasische Hauptverdächtige, vor.

Es folgten die Eröffnung der Fachausstellung sowie der Bilderausstellung von Wolfgang Geppert. Der 45-jährige Schreiner und Maler widmet sich seit seinem Schlaganfall 2000 in seinen Werken vor allem dem Thema Sprachlosigkeit und Epilepsie.

Kooperationspartner diskutieren Zusammenarbeit zwischen Betroffenen und Fachleuten – Diskrepanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit

Am selben Abend fand das Treffen des BRA mit seinen Kooperationspartnern statt, u. a. die Deutsche Schlaganfallstiftung, die ZNS – Hannelore Kohl Stiftung, verschiedene Reha- und Aphasikerzentren, die Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (dgs), der Deutsche Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten (dbs) und der Deutsche Bundesverband für Logopädie (dbl).

Dr. Norina Lauer, Studiendekanin Logopädie an der Hochschule Fresenius in Idstein, gab einen Überblick über die Bedeutung der Selbsthilfe unter Berücksichtigung der ICF und der internationalen Strukturen der Aphasie-Selbsthilfe, die sie in einer Befragung ermittelt hatte. Sie referierte Beispiele der Kooperation zwischen Betroffenen und Fachleuten in Form von Qualitätszirkeln und „Round Table"-Gesprächen.

Die anschließende Diskussion befasste sich vor allem mit der Diskrepanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit dieser Zusammenarbeit. Nur etwa 5% der Betroffenen nehmen die Angebote der Selbsthilfe in Anspruch. Um noch mehr der verbleibenden 95% zu erreichen, sei eine genauere soziologische Beschreibung der Menschen mit Aphasie erforderlich. Möglicherweise würden genau diejenigen von der Selbsthilfe nicht erreicht, die sie am dringendsten bräuchten, da sie durch ihre Unterbringung in Altenheimen und psychiatrischen Einrichtungen sozial isoliert lebten.

Auch auf der Seite der Professionellen wird die Beratung zur Selbsthilfe als sehr wichtig eingeschätzt, häufig gehen Reha-Einrichtungen und Praxen aber nicht über die Angehörigenberatung hinaus. Lauer stellte den fachlichen und öffentlichkeitswirksamen Nutzen vor, den das Engagement in der Selbsthilfe für Sprachtherapeuten habe. Dennoch wurde der Auftrag der Therapeuten kritisch diskutiert. Weder die Ausbildungs- noch die Vergütungsstrukturen hätten die Vorgaben des SGB 9 in Bezug auf die gesellschaftliche Teilhabe der Betroffenen bislang umgesetzt und man baue auf allen Seiten auf das Ehrenamt. Prof. Huber appellierte an die Berufsverbände, hier ihre Einflussmöglichkeiten zu prüfen.

Podium „Therapieschwerpunkt: Sprachfunktion oder kommunikative Teilhabe?"

Unter der Moderation von Dr. Luise Springer diskutierten Experten mit dem Plenum, welche Rolle dem sprachspezifischen Üben und dem partizipationsorientierten Vorgehen in der Sprachtherapie zukommt. Wenig kontrovers einigten sich Dr. Angelika Bauer, Freiburg, Dr. Sabine Corsten, Potsdam, Holger Grötzbach, Schaufling, und Dr. Klaus-Jürgen Schlenck, Enzensberg, darauf, dass dies keine Frage von Entweder-Oder sein könne, sondern beide Elemente zu einer erfolgreichen Therapie gehören. Offen blieb jedoch die Gewichtung – für Bauer und Grötzbach ist die schädigungsspezifische Therapie untergeordnet und nur gerechtfertigt, wenn sie zu Verbesserungen der Aktivität und Teilhabe führt, wohingegen Corsten und Schlenck das störungsspezifische Üben als Basis betrachten, da die kommunikativen Einschränkungen ihre Ursache in den sprachsystematischen Defiziten haben.

Der Zuhörer erkennt die Diskussionen zwischen Vertretern störungsspezifisch-modellgeleiteter und kommunikativ-pragmatischer Ansätze wieder, die seit jeher ihre Argumente in der Aphasiologie austauschen und dies nun mithilfe der Nomenklatur der ICF fortsetzen. Diese rechtfertigt die Bitte der Betroffenen nach Einbezug in die therapeutische Zielformulierung und den Appell der Fachleute, die Versorgungsstrukturen entsprechend anzupassen, umso mehr.

Für Fachleute und Betroffene

Wieder einmal haben die Würzburger Aphasie-Tage bewiesen, dass ein solcher Fachkongress eine Bereicherung sowohl für Fachleute als auch für Betroffene sein kann.

Auch der dbs nutzte das Forum der Würzburger Aphasietage zwischen Workshops, Vorträgen und etwa 20 anderen Ausstellern, um sich mit seinem Stand und Serviceangebot der Aufmerksamkeit und den Fragen vieler Interessierter zu stellen.

Ulrike de Langen-Müller

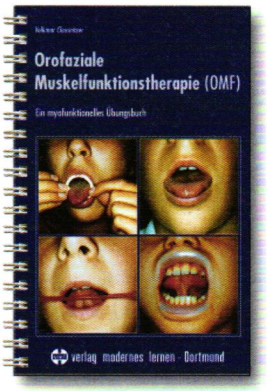
Sprachheilpädagogik
Logopädie

Volkmar Clausnitzer

Orofaziale Muskelfunktionstherapie (OMF)

Ein myofunktionelles Übungsbuch

Der Vorzug dieses myofunktionellen Übungsbuches besteht in der ausführlichen Beschreibung von mehreren hundert Einzelübungen, die vom Therapeuten in ganzheitlicher Vorgehensweise individuell angeordnet genutzt werden können. Die Grundlage der Therapie sind eine exakte Anamnese und eine ausführliche Diagnostik. Dabei ist häufig eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Ärzten, Zahnärzten, Kieferorthopäden, Ergotherapeuten, Mototherapeuten, Krankengymnasten/Physiotherapeuten und anderen erforderlich.



Ein Übungskatalog sowie ein ausführliches Literaturverzeichnis erleichtern die Arbeit.

„Diese myofunktionelle Übungssammlung ist vor allem den praktizierenden Myofunktionstherapeuten dringend zu empfehlen: Logopäden, Sprachtherapeuten, klinischen Linguisten, klinischen Sprechwissenschaftlern und Sprecherziehern, Sprachheilpädagogen, Sprachheilkindergärtnerinnen, Atem-, Sprech- und Stimmlehrern nach Schlaffhorst-Andersen und den in kieferorthopädischen Praxen tätigen myofunktionellen Assistentinnen. Ebenso dürften Vertreter der angrenzenden Fachrichtungen wie Dysphagie- und Esstherapie, Frühförderung, Heilpädagogik, Montessoritherapie, HNO-Heilkunde, Pädiatrie und Neurologie wichtige Anregungen entnehmen können. Schließlich werden auch Lehrer, Kindergärtnerinnen, Erzieherinnen und Eltern betroffener Kinder angesprochen. Dem Rezensenten bleibt zum Schluss nur übrig, der 'Orofazialen Muskelfunktionstherapie (OMF)' weite Verbreitung zu wünschen."

Walter Trenschel, MFT-Mitteilungen

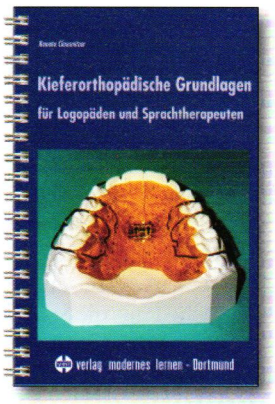
2. Auflage, 208 S., Format 16x23cm, Ringbindung
ISBN 978-3-8080-0553-8 Bestell-Nr. 1914, € 22,50

Renate Clausnitzer

Kieferorthopädische Grundlagen für Logopäden und Sprachtherapeuten

Die engen Beziehungen zwischen Kieferorthopädie und Logopädie bzw. myofunktioneller Therapie macht die Kenntnis der beiderseitigen therapeutischen Verfahren erforderlich.

Auch besteht immer wieder eine große Unsicherheit, ob während einer kieferorthopädischen Gerätebehandlung ein logopädisches bzw. myofunktionelles Training begonnen werden sollte oder nicht.



Es werden die verschiedenen zum Einsatz kommenden kieferorthopädischen Apparaturen und die daraus resultierende zeitliche Einordnung einer logopädischen Therapie beschrieben.

Ein weiterer Schwerpunkt ist die praxisbezogene Darstellung der Zusammenhänge zwischen orofazialen Dysfunktionen einschließlich Sprachlautfehlern und bestimmten Gebissanomalien sowie daraus abzuleitende Konsequenzen.

Schließlich wird auf die Anwendung von Stimulationsplatten eingegangen. Ausführlich werden die Lippen-Kiefer-Gaumenspalten und die damit verbundenen sprachlichen Probleme behandelt.

Das Buch ist gedacht für alle mit der Therapie von Kommunikationsstörungen, insbesondere Dyslalien, sowie Schluck- und Essstörungen und weiteren orofazialen Dysfunktionen befassten Berufsgruppen.

2. Auflage, 132 S., Format 16x23cm, Ringbindung
ISBN 978-3-8080-0603-0, Bestell-Nr. 1917, € 16,50

Andreas Nickisch / Dolores Heber / Jutta Burger-Gartner

Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen (AVWS) bei Schulkindern

Diagnostik und Therapie

Gerade, wenn Defizite erst im Schulalter erkannt werden, ist eine schnelle und kompetente Diagnos-tik und Therapie gefragt. Diese Materialsammlung verknüpft die Theorie mit der Praxis. Im theoretischen Teil werden die Grundlagen und Untersuchungsverfahren der auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen anschaulich und verständlich dargestellt.

Im Praxisteil findet die TherapeutIn Anleitung für einen strukturierten Therapieaufbau sowie viele Übungen auf Kopiervorlagen, um sowohl die Behandlungsstunden, als auch die Arbeit zu Hause sinnvoll und effizient zu gestalten.

„Hier werden leicht verständliche Erklärungen für ein überaus komplexes Zusammenwirken verschiedener Strukturen der zentralen Hörbahn geliefert. Das Therapiematerial ist abwechslungsreich, motivierend und kindgerecht." S.W. Anshelm, Zeitschrift für das Fürsorgewesen

„In meinen Augen ein unbedingtes Muss für alle diejenigen, die in der Praxis mit auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen arbeiten." S. Cela, ergotherapie.de

4., überarb. Aufl. 2010 (Juli), 272 S. (davon 81 S. Kopiervorlagen), Format DIN A4, im Ordner / Alter: 6-12, ISBN 978-3-8080-0659-7

Bestell-Nr. 1915, CHF 56,40, € 34,80

BORGMANN MEDIA

verlag modernes lernen p borgmann publishing

Schleefstr. 14 • D-44287 Dortmund • **Kostenlose Bestell-Hotline:** Tel. 0800 77 22 345 • FAX 0800 77 22 344

Ausführliche Informationen und Bestellen im Internet: **www.verlag-modernes-lernen.de**

dbs – Aktuelles, Information, Nachrichten

Elektronische Gesundheitskarte (light)

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

in der Sprachheilarbeit 6/2009 haben wir nach der Zukunft der elektronischen Gesundheitskarte gefragt, weil der Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung ausdrücklich eine Revision des Vorhabens vorgesehen hatte.

Nach langem Streit haben sich jetzt Krankenkassen, Ärzte, Kliniken und Apotheker auf eine weitgehend abgespeckte Variante der elektronischen Gesundheitskarte geeinigt, die jedoch weit weniger Daten enthalten wird als zunächst vorgesehen. Die Gesundheitskarte soll allerdings die bisherige Krankenkassenkarte ersetzen. Sie wird daher im Wesentlichen nur die Stammdaten der Patienten enthalten, die auch schon auf der derzeitigen Versichertenkarte gespeichert waren. Nur auf freiwilliger Basis können auch Notfalldaten z. B. zu Arzneimittelunverträglichkeiten oder zu chronischen Erkrankungen auf der Karte erfasst werden. Angesichts der immensen Planungskosten für die neue Karte, die bei weit über 1 Milliarde Euro liegen, fühlt man sich fast an einen Schildbürgerstreich erinnert.

Die wichtige Nachricht für die sprachtherapeutischen Praxen ist in diesem Zusammenhang die Tatsache, dass ein elektronisches Rezept, das die bisherigen Papierverordnungen abgelöst hätte, zurzeit nicht mehr vorgesehen ist, und auch eine elektronische Patientenakte soll vorerst nicht aufgenommen werden. Somit ist zumindest für die nächsten Jahre Planungssicherheit für die Praxen entstanden. Viele Fragen und Probleme rund um das elektronische Rezept waren schlicht nicht durchdacht worden: So ist z. B. die Frage, wie Hausbesuche mit der neuen elektronischen Gesundheitskarte gespeichert werden können, in den zuständigen Gremien bisher nicht einmal diskutiert worden.

Als nächstes wird nun die Frage zu klären sein, ob der ebenfalls geplante Berufsausweis für die Heilberufe überhaupt weiter notwendig ist. Auch hier ist mit großem Aufwand ein zentrales Beruferegister geplant worden, aber durch die geplante „light-Variante" der elektronischen Gesundheitskarte wird nun ein Zugriff über einen Berufsausweis in das System der elektronischen Gesundheitskarte überflüssig.

Der dbs wird auch hier in den entsprechenden Gremien vertreten sein und die Entwicklung weiterhin verfolgen. Über die aktuellen Ergebnisse werden wir Sie selbstverständlich wie immer zeitnah informieren.

Mit herzlichen Grüßen
RA Volker Gerrlich, dbs-Geschäftsführer

Neue Mitarbeiterin in der dbs-Geschäftsstelle

Mein Name ist *Jasmin Höll*, seit dem 1.3.2010 arbeite ich in der Rechtsabteilung des dbs.

Mein Studium der Rechtswissenschaften habe ich an den Universitäten Gießen, Wien und Düsseldorf absolviert. Bereits während des Studiums habe ich in einer internationalen Großkanzlei in Düsseldorf im Dezernat Arbeitsrecht als wissenschaftliche Mitarbeiterin gearbeitet. Hierbei habe ich neben der normalen Dezernatstätigkeit unter anderem an Veröffentlichungen im Bereich der befristeten Arbeitsverhältnisse, von Altersteilzeitmodellen sowie Aufhebungsverträgen gearbeitet. Daran anschließend wechselte ich zu einer arbeitsrechtlichen Spezialkanzlei. Hier habe ich durch meine Tätigkeit, ebenfalls als wissenschaftliche Mitarbeiterin, einen umfassenden Einblick in die Bereiche des Individual- und Kollektiv-Arbeitsrechts bekommen. Die Tätigkeit dort habe ich bis in das Referendariat hinein ausgeübt. Nach Beendigung des Studiums habe ich das Referendariat am Landgericht Düsseldorf absolviert und dieses im November 2009 erfolgreich mit dem 2. Staatsexamen beendet.

Bereits während des Studiums und daran anschließend auch während des Referendariats habe ich gemerkt, dass mir nicht nur die Arbeit am und mit dem Arbeits- und Sozialrecht großen Spaß bereitet, sondern dass mir auch ein enger Kontakt zu den Mandanten sehr wichtig ist. Dies alles zusammen habe ich nun bei meiner Tätigkeit als Rechtsanwältin in der Geschäftsstelle des dbs gefunden.

6. Europäischer Tag der Sprachtherapie: Mitglieder nutzen breites Angebot des dbs

Am 6. März legte der sechste „Europäische Tag der Sprachtherapie/Logopädie" ein Augenmerk auf die Stimme, ihre Belastung und ihre Störungen. Unter dem Motto „Die Stimme – strapaziert und unterschätzt. Sprachtherapie hilft Kindern und Erwachsenen" sollten Laien, Betroffene und Fachleute aufmerksam gemacht und informiert werden. Die jährliche Aktion entspringt einer Initiative des europäischen Dachverbandes nationaler Sprachtherapeutenverbände, dem CPLOL.

Viele dbs-Mitglieder nutzten den „Europäischen Tag der Sprachtherapie/Logopädie", um alle, die in Familie, Beratung und Rehabilitation, in der Ausbildung, in Politik, Gesundheits- und Sozialwesen mit dem Thema befasst und für Betroffene verantwortlich sind, zu informieren.

Mit einem breiten Informationsangebot hatte der dbs seine Mitglieder bei der Vorbereitung lokaler Aktionen rund um den 6. März unterstützt. Darunter auch die **„Checkliste Europäischer Tag der Sprachtherapie/Logopädie"** mit Anregungen zur inhaltlichen Gestaltung, einer Auflistung des zur Verfügung stehenden dbs-Informationsmaterials sowie Literaturempfehlungen.

Dr. Susanne Voigt-Zimmermann an der dbs-Experten-Hotline

Die Klinische Sprechwissenschaftlerin *Dr. Susanne Voigt-Zimmermann*, Abteilung Sprechwissenschaft des zentralen Sprachlabors der Universität Heidelberg, beantwortete während einer telefonischen **Experten-Hotline** Fragen zur Stimmhygiene und zu den Ausbildungsmöglichkeiten zur Stimmtherapeutin. Auch Informationen über akustische Messmethoden und aktuelle Diagnostik-Software waren gefragt.

Die **Pressemitteilung** des dbs wurde von den Mitgliedern zur lokalen Pressearbeit genutzt und fand gute Resonanz, auch Interviewpartner konnten vermittelt werden.

Die **Homepage-Meldung** zum Tag der Sprachtherapie wurde gut besucht – sie war auch deshalb so attraktiv, da der *Dipl. Sprechwissenschaftler Steffen Glückselig* von der Hochschule Fresenius in Idstein uns ein **interaktives Lernprogramm zur menschlichen Stimme** zur Verfügung gestellt hatte, das funktionsbereit auf einem Server lag und bis Ende März ohne Einschränkung verwendet werden konnte – Herr Glückselig freut sich übrigens auch auf die Rückmeldung Ihrer Erfahrungen mit dem Programm.

Ulrike de Langen-Müller

Neue Vergütungsvereinbarungen

Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung

Für die sprachtherapeutischen Praxen in Deutschland gelten seit dem 1. April 2010 bundeseinheitliche Vergütungssätze bei der Abrechnung mit den landwirtschaftlichen Krankenkassen (LKK). Durch gesetzliche Änderungen im Bereich der landwirtschaftlichen Krankenkassen ist das Verhandlungsmandat der einzelnen LKK Landesverbände an den Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung übertragen worden. Daher gelten im Bereich der LKKen nicht mehr die jeweiligen Vergütungsvereinbarungen Ihres Bundeslandes mit den RVO-Kassen, sondern es besteht nunmehr ein bundeseinheitlicher Rahmenvertrag mit einer bundeseinheitlichen Vergütungsstruktur, so dass es jetzt auch im Bereich der LKKen zu keinem West-Ost-Preisgefälle mehr kommt. Auch in vielen alten Bundesländern wird es zu einem erheblichen Vergütungsanstieg kommen.

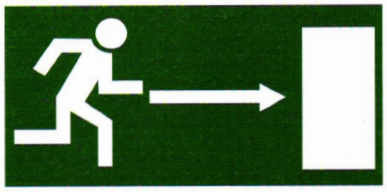
Der Vertrag entspricht im Wesentlichen dem Rahmenvertrag mit dem Verband der Ersatzkassen (vdek).

Tagungsband 2010

In Kürze erscheint der Tagungsband zum diesjährigen Symposium. Der guten Veröffentlichungstradition des dbs folgend sind darin außer den Vortrags-Texten die geführten Diskussionen, die Abstracts zur Poster-Ausstellung und auf einer DVD Videobeispiele zu den Praxispräsentationen enthalten. Teilnehmer des Symposiums, die sich dort auf der Subskriptionsliste eingetragen haben, erhalten den Tagungsband in den nächsten Wochen per Post.

Mit folgenden bibliographischen Angaben kann der Tagungsband über den Buchhandel oder direkt beim Verlag bestellt werden:
Iven, C. & Kleissendorf, B. (Hrsg.):
St-t-tt-ttotttern.
Aktuelle Impulse für Diagnostik, Therapie und Evaluation.
Tagungsband zum 11. Wissenschaftlichen Symposium des dbs.
Idstein: Schulz-Kirchner Verlag 2010

Ausweg Selbstständigkeit?



Diskussion zur Situation angestellter Therapeuten in Praxen und Einrichtungen beim dbs-Arbeitnehmertag in Mainz

Am 19. April fand in Mainz der 8. bundesweite „dbs-Arbeitnehmertag" statt. Zwar war die Beteiligung geringer als in den letzten Jahren, jedoch zeigte sich, dass die teilnehmenden Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen nicht nur das interessante Angebot der Workshops in Anspruch nahmen, sondern ihren Blick auch in hohem Maße auf berufspolitische Themen richteten.

Ralf von der Heide, Beirat für Arbeitnehmer im dbs, berichtete über die geplanten **Änderungen der Heilmittelrichtlinien** sowie die jüngsten **Vertragsabschlüsse** des dbs mit den Krankenkassen. Insbesondere die Verhandlungsergebnisse mit dem Verband der Ersatzkassen (ca. 7,5% Plus) sowie der Landwirtschaftlichen Krankenkasse sind auch für Arbeitnehmer bedeutsam. Zwar kommt die verbesserte Einnahmesituation zunächst den Praxisinhabern als Vertragspartner der Krankenkassen zugute, jedoch bietet sie auch Spielraum für Gehaltserhöhungen. Auch für Angestellte in Praxen ist es daher wichtig, sich fortlaufend über die Entwicklung der Kassensätze zu informieren. Informationen zu den aktuellen Vergütungssätzen erhalten dbs-Mitglieder bei der dbs-Geschäftsstelle oder den Arbeitnehmervertretern.

Ausführlich diskutiert wurde der Punkt **„Qualitätmanagement in sprachtherapeutischen Praxen"**. Die geplanten qualitativen Mindestanforderungen zur Erlangung eines dbs-Zertifikats werden von der Arbeitnehmervertretung ausdrücklich begrüßt, da sie auch Angestellten formale Voraussetzungen für qualitativ hochwertige Arbeit zusichern. So kann künftig das dbs-Zertifikat nicht nur einen „Wegweiser" für Patienten darstellen, sondern auch Stellenbewerbern Sicherheit bezüglich der gebotenen Arbeitsbedingungen bieten (z. B. Materialausstattung, Evaluation, Mitarbeitergespräche). Kontrovers diskutiert wird zwischen dbs-Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertretung eine Fortbildungsverpflichtung für Angestellte zertifizierter Praxen sowie die Inhalte von Stellenbeschreibungen. Hier konnten aber mittlerweile Kompromissansätze bzw. -lösungen gefunden werden. Die dbs-Arbeitnehmervertretung wird sich auch weiterhin dafür einsetzen, dass Angestellte Arbeitsbedingungen vorfinden, die ihnen qualitativ hochwertige Therapie ermöglichen. Insbesondere die Gewährung ausreichender Vor- und Nachbereitungszeiten ist hier bedeutsam.

Die Teilnehmer des dbs-Arbeitnehmertages diskutierten engagiert berufspolitische Themen

In der Diskussion über Gehalts- und Arbeitsbedingungen wurde deutlich, dass die dbs-Arbeitnehmervertetung hauptsächlich als Vertretung von **Angestellten in Praxen** wahrgenommen wird. Waren bis vor einem Jahrzehnt die **Beschäftigten in Kliniken** noch die „glücklichen Arbeitnehmer" mit wenig Beratungsbedarf, so wird allerdings auch deren Situation zunehmend schlechter. Immer weniger Angestellte, insbesondere in Krankenhäusern und Rehakliniken, haben tarifgebundene Arbeitsverträge. Der Anteil privater Krankenhausträger, bei denen Gewinnmaximierung im Vordergrund steht, steigt. Die Gehälter von Sprachtherapeuten sinken, die Anzahl der zu leistenden Therapien steigt. Gleichzeitig üben zum Teil erhebliche Gehaltssteigerungen bei Ärzten und Pflegekräften immer stärkeren Druck auf die Einkommenssituation therapeutischer Berufe aus. Das führt u.a. dazu, dass auch Sprachtherapeuten in klinischen Einrichtungen den **Schritt in die Selbstständigkeit** trotz der damit verbundene Risiken immer häufiger als Alternative betrachten. Da als Tarifpartner grundsätzlich nur Gewerkschaften fungieren können, kann der dbs auch in Einrichtungen nicht direkt auf Arbeits- und Gehaltsbedingungen einwirken. Übergeordnetes Ziel bleibt die Akademisierung der Sprachtherapie, die zu einer allgemeinen Höhergruppierung in tarifgebundenen Einrichtungen führen würde. Bis dieses Ziel erreicht ist, bleibt es meist Verhandlungsgeschick Einzelner, den Chefärzten und Einrichtungsleitern darzulegen, dass akademische Sprachtherapeuten qualifiziertere Arbeit leisten können und entsprechend ihrer Qualifikation (besser) bezahlt werden müssen, auch im Vergleich zu Absolventen von Berufsfachschulen. Bezüglich dieser Argumentation kann die dbs-Arbeitnehmervertretung beraten und durch Informationen unterstützend wirken.

Schreiben Sie uns Ihre Meinung! Was kann die Arbeitnehmervertretung für *Sie* tun? Wo sollte sie sich stärker engagieren? Welche Informationen fehlen Ihnen?
Senden Sie eine Email an vonderheide@dbs-ev.de
Weitere Informationen für Mitglieder: http://arbeitnehmer.dbs-ev.de

Ralf von der Heide
dbs-Beirat für Arbeitnehmer

QM-Projekt des dbs:

Der dbs freut sich, Sie demnächst zur Fortbildung „Einführung in Theorie und Praxis der Qualitätsstandards-dbs" zu begrüßen. Mehr zu den Zielen und Inhalten der Veranstaltung finden Sie im Magazinbeitrag von *Wahl, Schubert, Wildegger-Lack & Giel* in diesem Heft.

Kleines Quiz zum Arbeitsrecht (nicht nur für Arbeit*nehmer*)

Nicht nur bei Berufsanfängern, auch bei bereits langjährig Beschäftigten bestehen häufig Unsicherheiten und Unkenntnis bezüglich wichtiger arbeitsrechtlicher Fragen. Selbst Arbeitgeber sind zum Teil falsch informiert. Können *Sie* folgende Fragen sicher und richtig beantworten? Pro Frage können mehrere Antworten richtig sein, Auflösung s.u. Sie können das Quiz auch online durchführen: http://arbeitnehmer.dbs-ev.de . Dort bekommen Sie zusätzlich Erläuterungen zu den richtigen Antworten.

1. Wie hoch ist der gesetzliche Urlaubsanspruch?

a) 29 Werktage
b) 30 Werktage
c) 24 Werktage
d) 20 Werktage

2. Wie hoch ist der gesetzliche Urlaubsanspruch für Teilzeitkräfte?

a) Doppelt so hoch wie der von Vollzeitbeschäftigten
b) Genauso hoch wie der von Vollzeitbeschäftigten
c) Halb so hoch wie der von Vollzeitbeschäftigten
d) Teilzeitkräfte haben keinen gesetzlichen Urlaubsanspruch

3. Bekommen geringfügig Beschäftigte („400 Euro-Jobs") Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall?

a) Bei einem Einkommen unter 400 Euro muss der Arbeitgeber kein Entgelt zahlen, wenn der Arbeitnehmer erkrankt
b) Geringfügig Beschäftigte haben den selben Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall wie voll- oder teilzeitbeschäftigte Arbeitnehmer
c) Wegen Krankheit ausgefallene Therapien müssen von „400-Euro-Jobbern" nachgeholt werden, damit das Gehalt nicht gekürzt wird
d) Geringfügig Beschäftigte werden grundsätzlich nach durchgeführten Therapieeinheiten bezahlt, daher entfällt die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall

4. Wie viele Therapieeinheiten müssen innerhalb der Arbeitszeit durchgeführt werden?

a) Die Arbeitszeit wird mit 0,75 multipliziert, daraus ergibt sich die Anzahl der zu leistenden Therapieeinheiten (z. B. 40 Std x 0,75 = 30 Therapieeinheiten)
b) Die Anzahl der Therapieeinheiten ist zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber frei verhandelbar und wird im Arbeitsvertrag festgeschrieben
c) Die Anzahl der Therapieeinheiten bestimmt der Arbeitgeber je nach Therapieaufkommen
d) Die Anzahl der Therapieeinheiten pro Arbeitsstunde ist in den Heilmittelrichtlinien festgeschrieben

5. Gibt es eine Fortbildungsverpflichtung für Arbeitnehmer?

a) „Fachliche Leitungen" müssen, genau wie Praxisinhaber, Fortbildungspunkte erwerben und nachweisen
b) Es gibt keine Fortbildungsverpflichtung für Arbeitnehmer
c) Nur Arbeitnehmer in Leitungsfunktionen müssen Fortbildungen nachweisen
d) Alle Arbeitnehmer müssen sich alle 2 Jahre fachspezifisch fortbilden. Im Gegensatz zu fachlichen Leitungen müssen sie aber keine Fortbildungspunkte nachweisen

6. Wie lange ist die Vor- und Nachbereitungszeit?

a) Pro (vollem) Arbeitstag stehen dem Arbeitnehmer 60 Minuten Vor- und Nachbereitungszeit zu. Bei Teilzeitbeschäftigten verringert sich diese Zeit entsprechend ihrer Arbeitszeit.
b) Es gibt keine verbindliche Regelung zu Vor- und Nachbereitungszeiten von Arbeitnehmern. In den Kassensätzen sind 10 Minuten pro Therapie „eingepreist". Ob und in welchem Umfang der Arbeitgeber diese an den Arbeitnehmer weitergibt, liegt in seinem Ermessen.
c) Die Krankenkassen bezahlen zusätzlich zu den Therapievergütungen 10 Minuten Vor- und Nachbereitungszeit. Die Hälfte dieses Satzes muss an den Arbeitnehmer ausgezahlt werden.
d) Vor- und Nachbereitungszeiten werden vom Arbeitgeber nicht vergütet. Entsprechend ist jeder Arbeitnehmer selbst dafür verantwortlich, wie lange er/sie Therapien vor- bzw. nachbereitet.

7. Auf welche Leistungen haben Honorarkräfte Anspruch?

a) Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall
b) Urlaubsgeld
c) Beitrag des Arbeitgebers zur Arbeitslosenversicherung
d) Bezahlung ausgefallener Therapiestunden durch den Auftraggeber

8. Auf welche Leistungen haben „Mini-Jobber" (bis 400 Euro) Anspruch?

a) Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall
b) Bezahlter Urlaub
c) Beitrag des Arbeitgebers zur Arbeitslosenversicherung
d) Keine der genannten Leistungen

9. Wer trägt die Fahrtkosten zu Therapien, die außerhalb der Praxis stattfinden (Hausbesuche)?

a) Es gibt hierzu keine gesetzliche Regelung. Daher sollte eine Klausel, die die Erstattung von Fahrtkosten regelt, in den Arbeitsvertrag aufgenommen werden.
b) Die Fahrtkosten trägt immer der Arbeitnehmer: sie sind in seinem monatlichen Gehalt „eingepreist".
c) Die Krankenkassen zahlen eine Pauschale für Fahrtkosten zu Hausbesuchen, die voll an den Arbeitnehmer weitergegeben werden muss.
d) Unabhängig von der Hausbesuchspauschale hat der Arbeitnehmer ein Anrecht auf eine Vergütung von 0,30 € pro gefahrenem km.

10. Ist die Fahrtzeit zu Hausbesuchen Arbeitszeit?

a) Jeweils eine Strecke (Hin- oder Rückweg) zählt zur Arbeitszeit.
b) Genauso wie die Fahrtzeit zur Arbeit ist auch die zu Hausbesuchen keine Arbeitszeit.
c) Die Fahrtzeit zu Hausbesuchen zählt voll als Arbeitszeit.
d) Arbeitnehmer dürfen aus versicherungsrechtlichen Gründen keine Hausbesuche durchführen.

Auflösung: 1.c ; 2.b ; 3.b ; 4.b ; 5.a+c ; 6.b ; 7. keine davon ; 8.a+b+c ; 9.a ; 10.c

dgs – Aktuelles, Information, Nachrichten

Geschäftsführender Vorstand besucht die Logopädische Gesellschaft in Prag

Seine dritte turnusmäßige Sitzung hielt der Geschäftsführende Vorstand am Wochenende vor Ostern auf Einladung der Logopädischen Gesellschaft Milos Sovak in Prag ab. Der Bundesvorsitzende Gerhard Zupp begrüßte Mgr. Michaela Voldrichova, Vorsitzende der Logopädischen Gesellschaft und überreichte als Gastgeschenk ein „Spielhaus", ein Produkt eines Kooperationspartners auf der vergangenen Didacta. Frau Voldrichova berichtete zusammen mit einer Kollegin von der Situation der Sprachheilpädagogik in Tschechien in ging dabei auf folgende Bereiche ein:

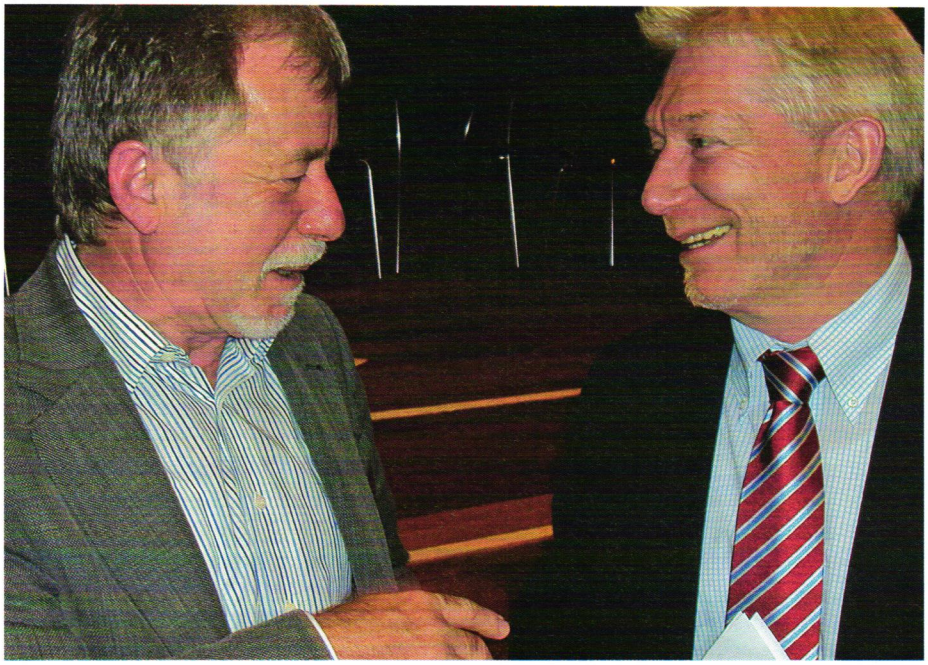
- **Förderschulen:** Es gibt in Tschechien 16 Sprachheilschulen, davon drei in Prag. Die Schulen sind zum Teil als Internate ausgebaut und haben einen Einzugsbereich von bis zu 50 km. Sprachbehinderte Kinder besuchen diese Schulen nur auf Elternwunsch. Die Fahrtkosten und die Kosten für das Internat tragen die Eltern.
- **Beratungsstellen:** In Tschechien gibt es zahlreiche Beratungsstellen, an denen auch Sprachheilpädagogen bzw. Sprachtherapeuten tätig sind in regelmäßigen Abständen Therapien anbieten. Die empfohlenen Förder- oder Therapiemaßnahmen an Grundschulen können meist nicht durchgeführt werden, da entsprechend qualifizierte Sonderpädagogen fehlen.
- **Verbandsstrukturen:** Die Zusammenarbeit mit anderen Verbänden steht nicht im Fokus. Nach einer allgemeinen Euphorie in den Jahren 1989/90 habe sich eine gewisse Resignation verbreitet. Kontakte des Verbandes bestehen noch zur Slowakei, zu IALP und in Tschechien zum Nachbarverband der Logopäden.
- **Studium:** Das Studium der Sprachheilpädagogik bzw. Logopädie mit einer Spezialisierung für die Schule wird sukzessive abgebaut.

Der GV der dgs und die tschechischen Kolleginnen am „Spielhaus" (v.l.n.r. F. Schlicker, G. Zupp, M. Voldrichova, R. Beckmann und Kollegin aus Prag)

Der Geschäftsführende Vorstand der dgs diskutierte die schwierige Situation des kleinen Verbandes mit sinkender Mitgliederzahl, der erst 1970 gegründet wurde. Zwar bietet der tschechische Verband noch Fortbildungen und den Vertrieb von Fachliteratur an, doch die bildungspolitische Einflussnahme ist stark eingeschränkt. Die Vorsitzende Mgr. Voldrichova wurde für weitere Gespräche zum kommenden Bundeskongress der dgs nach Dortmund eingeladen.

Inklusion – Teilhabe gestalten

Am Rande des vds-Kongresses in Weimar (22.–24.4.2010) wurde unter Vorsitz der dgs das lang erwartete, gemeinsame Positionspapier der Bundesarbeitsgemeinschaft der Behindertenpädagogikverbände (BAG) verabschiedet, das anschließend durch den Bundesvorsitzenden der dgs, Gerhard Zupp, den Kultusreferentinnen und Kultusreferenten überreicht wurde. Es diente beiden Seiten anschließend als Gesprächsgrundlage in zwei öffentlichen Diskussionsrunden mit mehr als 150 Teilnehmerinnen und Teilnehmern sowie für zahlreiche Einzelgespräche. Auf Grund der positiven Aufnahme des Positionspapiers ist davon auszugehen, dass die darin beschriebenen Prämissen in hohem Konsens mit den Referentinnen und Referenten stehen und auf deren für Juni 2010 geplanten gemeinsamen Erklärung Einfluss nehmen werden.



Kurt Bielfeld (Geschäftsführung der BAG), Fritz Schlicker und Gerhard Zupp nutzten umfänglich die Gelegenheiten zum Gedankenaustausch mit den Referentinnen und Referenten der Kultusministerien sowohl im Bezug auf die Belange der BAG als auch im Besonderen der dgs. Das erwähnte Positionspapier steht als Download auf der Internetseite der Bundes-dgs zur Verfügung: www.dgs-ev.de.

Bundesvorsitzender der dgs, Gerhard Zupp (r.), im Gespräch mit dem Sprecher der „Ad-hoc"-Gruppe der Kultusreferenten, Dr. Peter Wachtel

Bundesvorstand unterstützt die Landesgruppe Thüringen in der Krise

In einer dramatischen, als Mitgliederversammlung anberaumten Sitzung des bis dahin amtierenden Vorstandes der Landesgruppe Thüringen unter dem Vorsitz von Frau Christine Krause und drei Mitgliedern gelang es den ausschließlich dafür angereisten Bundesvorsitzenden und der Bundesgeschäftsführerin, die kleine Versammlung von ihrem Vorhaben, den Landesverband aufzulösen, abzubringen. Der dazu in dem Einladungsschreiben formulierte Antrag des Landesvorstandes wurde zurückgezogen.

Die kleine Mitgliederversammlung der LG Thüringen fand am Rande einer zweitägigen Fortbildungsveranstaltung mit mehr als 120 Teilnehmerinnen und Teilnehmern in den Räumen der Freien Sprachheilschule Keilhau statt.

Der Bundesvorstand sagte dem thüringischen Vorstand Unterstützungsmaßnahmen zur Mitgliederwerbung sowie für die Vorbereitung und Durchführung einer anstehenden Fortbildungsveranstaltung mit erneuter Mitgliederversammlung und Vorstandswahl noch in diesem Herbst zu. Dennoch kandidierte aus dem kleinen Kreis der Anwesenden nach der Entlastung des Vorstandes niemand, so dass der bisherige Vorstand bis auf die Kassenführerin sich bereit erklärte, die Verbandsangelegenheiten bis zum Jahresende kommissarisch weiter zu führen. Es gelte nun, den offensichtlich fortbildungsinteressierten Kolleginnen und Kollegen in Thüringen die unbedingte persönliche Verknüpfung von Fortbildung, Kompetenzwahrung, Arbeitsplatzsicherung und Verbandsmitgliedschaft deutlich zu machen und zum Erhalt der LG Thüringen beizutragen. Dazu sind alle Mitglieder und Interessierte in Thüringen ab sofort dringend aufgerufen.

2. Vorsitzender der dgs Thüringen, Gabi Wächter (l.), im Gespräch mit Bundesgeschäftsführerin Veronika Skupio.

dgs-Bundeskongress 2010 in Dortmund: Wahlausschreibung

Auf der Delegiertenversammlung der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V. (dgs) am 22. September 2010 in Dortmund stehen gemäß § 7 Abs. 9 a und e der Satzung und Abschnitt 2 der Geschäftsordnung zur Wahl an:

1. Die Mitglieder des Geschäftsführenden Vorstandes (GV)
1.1 Erste/r Bundesvorsitzende/r
1.2 Zweite/r Bundesvorsitzende/r
1.3 Geschäftsführer/in auf Vorschlag von 1.1
1.4 Rechnungsführer/in
1.5 Schriftführer/in

2. Die Redaktion der Fachzeitschrift „Sprachheilarbeit"

3. Referenten
3.1 Pressereferent/-in
3.2 Hochschulreferent/-in
3.3 Referent/-in für Öffentlichkeitsarbeit

4. Die Kassenprüfer (zwei) und deren Vertretung

5. Der Wahlausschuss (drei Mitglieder)

Aus der Wahlordnung

§ 5 Jeder Wahlvorschlag muss von mindestens sechs Mitgliedern unterschrieben sein.

§ 6 Die Wahlvorschläge sollen drei Wochen vor dem Termin der Delegiertenversammlung beim Wahlausschuss eingereicht sein.

Meldung bis zum 30. August 2010 an:
dgs Wahlausschuss
Bundesgeschäftsstelle
Goldammerstr. 34
12351 Berlin,
E-mail: dgs-bgs@t-online.de

§ 7 In der Delegiertenversammlung können Wahlvorschläge eingebracht werden. § 5 gilt entsprechend.

§ 8 Jedem Wahlvorschlag ist die schriftliche Einverständniserklärung des/der Vorgeschlagenen beizulegen.

Berlin, den 30. März 2010

August Bergmann
Wahlleiter

Abweichende Leistungsnormen und Nachteilsausgleich für Schülerinnen und Schüler mit sprachlichem Förderbedarf

Übersicht über die Regelungen in den einzelnen Bundesländern

Aufgrund eines Antrags der Landesgruppe Westfalen-Lippe beauftragte die Delegiertenversammlung am 24.09.2008 in Cottbus Hauptvorstand und Geschäftsführenden Vorstand, *„die Position der KMK sowie die länderspezifischen Regelungen zum Nachteilsausgleich in einer Zusammenstellung öffentlich zugänglich zu machen und sich für den Nachteilsausgleich für Menschen mit Sprech-, Sprach- und Schriftsprachstörungen einzusetzen sowie durch konzertierte Aktionen auf nachhaltige Verbesserungen für die Betroffenen hinzuwirken"* (Antrag 8).

Dieser Antrag wurde vor allem im Hinblick auf die Einführung zentraler Abschlussprüfungen gestellt. Ihm lag die Befürchtung zugrunde, dass Schülerinnen und Schüler mit sprachlichen Beeinträchtigungen zukünftig Abschlussprüfungen nicht mehr erfolgreich ablegen könnten.

Der Hauptvorstand der dgs befasste sich seitdem zweimal mit dieser Thematik. In seinem Auftrag habe ich eine Abfrage durchgeführt, an der sich 12 Bundesländer beteiligten. Zusätzlich wurde ermittelt, welche Bundesländer für sprachbehinderte Schülerinnen und Schüler abweichende Leistungsnormen ermöglichen und ob dazu ein Zeugnisvermerk erfolgt. Außerdem wurde die Frage gestellt, inwieweit in den Ländern Vergleichsarbeiten oder Lernstandserhebungen durchgeführt werden.

Die zusammenfassende Übersicht versucht, die Regelungen in den einzelnen Bundesländern in einer Tabelle wiederzugeben. Die Komplexität der Darstellung ergibt sich aus den unterschiedlichen, länderspezifischen Schulstrukturen, Fördersystemen, schulrechtlichen Grundlagen und Terminologien.

Der Hauptvorstand zog aus der Übersicht folgendes Fazit: Soweit sprachbehinderten Schülerinnen und Schülern der Sekundarstufe noch sprachlicher Förderbedarf zuerkannt wird, sehen die schulrechtlichen Regelungen der einzelnen Bundesländer einen Nachteilsausgleich bei Zentralen Abschlussprüfungen vor. Zumindest für diesen Bereich erübrigen sich weitere Initiativen im Sinne des o.a. Antrags 8 der Delegiertenversammlung in Cottbus.

Theo Schaus
Vorsitzender der dgs-LG Rheinland

1. **Sind abweichende Leistungsnormen möglich? Sind Zeugnisvermerke vorgesehen?**	2. **Wer entscheidet über abweichende Leistungsnormen?**	3. **a) Vergleichsarbeiten** **b) Lernstandserhebungen**	4. **Zentrale Abschlussprüfungen**	5. **Nachteilsausgleich bei Zentralen Abschlussprüfungen? (Wer gewährt ihn?)**
ja, in: BB, HE, MV, NW, SL, SA, ST, NI (vorrangig ist aber Nachteilsausgleich) **nein,** in: SH, RLP (aber div. Formen des Nachteilsausgl. möglich, auch bei LRS) BW (aber bes. Hilfen, Regelungen bei LRS) TH (aber Ausgleichsmaßnahmen) BY (aber versch. Bildungsgänge, z.B. GS, LB/LE) indiv. Zeitzuschlag bei mdl. Prüfungen; bei Stottern Ersatz von mdl. durch shrftl., bei LRS/Legasth. klare diagnost. Regelung ——— **Zeugnisvermerk** in: BB, HE, NW BW(nur bei LRS) BY (nur bei LRS/Legasth.) NI (außer: Abgangs- u. Abschlusszeugnisse) **kein Zeugnisvermerk** in: SL, SH, TH BY (nur Vermerk auf Leistungsnachweis=Probe) **keine Angaben:** MV, RLP	**Klassenkonferenz** BW, HE, NW, SL, SA,ST BB (auf Antrag d. Eltern) **Lehrer/in** NW (LRS), ST BY (Klassenleitung) **Schulleitung** NI (nicht antragsgebundene Entscheidung der Schule) **Schulkonferenz** SA **Schul-/Facharzt/ Schulpsychologe** BY (bei LRS/Leg) (GSch):1. Facharzt und 2. Schulpsychologe (FöSch): 1. Facharzt **Schulaufsicht** MV **Prüfungskommission** BY (bei quali. HS-Abschluss) NI **entfällt** SH, TH	**a)** **für Fö-Sch. freiwillig** BW, NW (KL. 3, Abw. mögl.) BB (Kl. 1 u. 3) HE (Lesetest Kl. 2, Orientierungsarbeiten Kl: 3) SL (Kl. 3, Nachteilsausgl. mögl.) ST SH (Teilnahme möglich) RLP (keine in SFS , da nur bis Kl. 2, darüber hinaus ?) **b)** **verpflichtend** BW, BB (Kl. 6) HE (Mathewettbewerb Kl. 8, Nachteilsausgl. möglich) NI (Kl. 9/10) SA (**Kompetenztests,** Schule bewertet) TH (**Kompetenztests** in Kl. 3, 6, 8) **freiwillig** HE (Kl. 6/8) NW (Kl. 8, Abw. mögl.) SH **entfällt** ST (da nur bis Kl. 6)	**verpflichtend** BW HE (Kl. 9 u. 10) NI NW (Kl. 10) SL, SA, SH (nur Regelschule Kl. 9/10; Abitur) TH (Kl. 9 HSch, Kl. 10 RealSch) **entfällt** BB (Zentralabitur) ST (nur bis Kl. 6) BY: (Schulpflicht endet 9.Klasse HSch, freiwillig möglich „qualifizierter HSch-Abschluss“: adaptierte Aufgaben über KM möglich) RLP (nur bis Kl. 2 bzw. 4)	ja **BB** (Prüfungskommission) **BW** (Klassenkonferenz, Vorsitz: Schulleiter/in, gilt nicht für LRS) **HE** (Schulleiter/in auf Antrag der Eltern) **MV** (Prüfungskommission auf Antrag) **NI** (nicht antragsgebundene Entscheidung der Schule; bei Sinnesschädigungen: KM) **NW** (Schulaufsicht auf Antrag d. Schule) **SL** (Klassenkonferenz) **SA** (Schulkonferenz auf Antrag d. Eltern) **ST** (bei LRS, Klassenkonf./ Fachlehrer) **SH** (ohne Antrag, Schule ist verpflichtet, NA zu gewähren, Schulleiter/in) **TH** (Schulamt) entfällt **BY** (außer bei LRS, s. 4) **RLP**

Übersicht über die ***Regelungen zu abweichenden Leistungsnormen und Nachteilsausgleich*** für Schülerinnen und Schüler mit sprachlichem Förderbedarf in den einzelnen Bundesländern. Die Abkürzungen der Bundesländer folgen den auf EU-Ebene vereinbarten Abkürzungen der Regionen.

Aktuelles dgs

Termine

Fortbildungsveranstaltungen von dgs und dbs

Datum und Ort	Referent, Thema, Veranstalter
25. – 26.06.2010 Leipzig	**Dr. Stephanie Riehemann: Was tun mit Dragan, Nesibe und Claudio? Sprachtherapie mit mehrsprachigen Kindern** **dbs**-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 24/2010
25. – 26.06.2010 München	**Dr. Gudrun Bartolome: Die Funktionelle Dysphagietherapie (FDT) – Grundkurs** **dbs**-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 37/2010
02. – 03.07.2010 Köln	**Dr. Elisabeth Wildegger-Lack: Therapie von Sprachentwicklungsverzögerungen im Grundschulalter** **dbs**-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 10/2010
02. – 03.07.2010 Duisburg	**Dr. Andrea Liehs: Unterstützte Kommunikation bei Aphasie, Dysarthrie und Dysarthrophonie** **dbs**-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 53/2010
02. – 03.07.2010 Leipzig	**Stefan Siewing: Einführung in die prozessorientierte Gesprächsführung** **dbs**-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 70/2010
10.07.2010 Köln	**Petra Klindtworth: Einsatz lautsprachunterstützender Gebärden in der Kommunikationsförderung – Grundkurs** **dgs**-Landesgruppe Rheinland, Fortbildungsnummer: A 13-2/2010
16. – 17.07.2010 München	**Dr. Barbara Giel: Sprachtherapeutische Förderung bei Kindern mit Down-Syndrom-SF-KiDS** **dbs**-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 30/2010
14.08.2010 Hannover	**Prof. Dr. Wolfgang Praschak: Auch wenn ich nicht reden kann, habe ich dennoch viel zu sagen! Vorsprachliches Handeln und tonischer Dialog** **dgs**-Landesgruppe Niedersachsen
03.09.2010 Hamm	**Prof. Dr. Nitza Katz-Bernstein: „Supervision für SupervisorInnen"- professionelle Anleitung und Begleitung im sprachtherapeutischen und -pädagogischen Feld – Theorie, Praxis, Anwendung, Selbsterfahrung** **dgs**-Doppelpunkt
03. – 04.09. 2010 München	**Dr. Marina Ruß: Der Lautbildungsansatz beim Laut-und Schriftsprachenerwerb** **dbs**-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 11/2010
3./4. September 2010 Köln	**Dieter Schönhals: Qualifikation Sprache – Grundlagen** **dgs**-Landesgruppe Rheinland, Fortbildungsnummer: Q2/2010
03. – 04.09. 2010 Hannover	**J. Schwytay / S. Konopatsch: Grammatische Störungen bei Kindern** **dbs**-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 12/2010
03 – 04.09. 2010 Duisburg	**Sabine Brill: Phonologische Betrachtungsweise kindlicher Aussprachestörungen** **dbs**-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 13/2010
04.09.10 Magdeburg	**Guido Lehman: Myofunktionelle Therapie bei Lippen-Kiefer-Gaumen-Fehlbildungen** **dgs**-Landesgruppe Sachsen-Anhalt
04.09.2010 Hannover	**Prof. Dr. Birgit Lütje-Klose: Sprachförderung für mehrsprachige Kinder mit Beeinträchtigungen im Spracherwerb** **dgs**-Landesgruppe Niedersachsen
10. – 11.09.2010 Köln	**Prof. Dr. Hans-Joachim Motsch: Frühtherapie lexikalischer Störungen** **dgs**-Landesgruppe Rheinland, Fortbildungsnummer: A17/2010

Datum und Ort	Referent, Thema, Veranstalter
10. – 11.09.2010 Köln	**Friedhelm Schorn: Förderdiagnostische Grundlagen** dgs-Landesgruppe Rheinland, Fortbildungsnummer: A18/2010
11.09.2010 Duisburg	**Melanie Kubandt: Aphasie bei Kindern und Jugendlichen – eine Einführung in Theorie und Praxis** dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 54/2010
17. – 18.09.2010 Hannover	**Prof. Dr. H.-J. Motsch: Diagnose und Therapie grammatischer Störungen im Vorschul- und Schulalter** dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 14/2010
18.09.2010 Duisburg	**Annette Poetter: Phonologische Bewusstheit: Diagnostik, Therapie und Förderung** dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 15/2010
18.09.2010 Hannover	**Monika Plehn, Annegret Schmidt: Autismus – Asperger Syndrom** dgs-Landesgruppe Niedersachsen
18.09.2010 Leipzig	**Petra Klindtworth: „Ich sag´s dir mit den Händen" – Lautsprachunterstützende Gebärden in der Kommunikationsförderung** dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 27/2010
24. – 25.09.2010 Dortmund	**Jürgen Meyer-Königsbüscher: F.O.T.T. Zum Kennen lernen -Einführung in die Behandlung von erworbenen Störungen der oralen Ernährung bei neurologisch erkrankten Patienten** dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 48/2010
25.09.2010 Köln	**Prof. Dr. Jens Boenisch: Der Einsatz elektronischer Kommunikationshilfen in der Unterstützten Kommunikation** dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 31/2010

Veranstalter

dbs-Geschäftsstelle, Goethestr. 16, 47441 Moers, Tel.: 02841 – 988919, Fax: 02841 – 988914,
E-Mail: info@dbs-ev.de; Anmeldungen unter www.dbs-ev.de

dgs-Landesgruppe Rheinland, Gaby Krings, Kerpener Str. 146, 50170 Kerpen, Tel./Fax: 02273/604904,
E-Mail: zfp-LG_Rheinland@dgs-ev.de

dgs-Landesgruppe Westfalen-Lippe e.V.
„doppelpunkt"-Geschäftsstelle Ibbenbüren, c/o Birgit Westenhoff, Alter Merschweg 7, 49477 Ibbenbüren Tel. 05451-15461,
info@dgs-doppelpunkt.de, www.dgs-doppelpunkt.de

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

Tagungen, Messen und Kongresse

Datum, Zeit und Ort	Logo	Thema, Veranstalter, Ansprechpartner
23. – 25.06.2010 München		**11. Bogenhausener Dysphagietage: SCHLUCKSTÖRUNGEN – Grundlagen und neue Entwicklungen in Diagnostik und Rehabilitation** www.dysphagie-bogenhausen.de
26.06.2010 Münster		**Workshop Neurogene Dysphagie** tobuehne@uni-muenster.de
27.8. – 1.9.2010 Potsdam		**11th Meeting with Focus on Neurocognitive Contributions to Biolinguistics** debleser@ling.uni-potsdam.de
11.09.2010 Bad Nenndorf		**2. Mutismus-Fortbildung StillLeben (Prof. Dr. Nitza Katz-Bernstein)** www.selektiver-mutismus.de
17. – 19.09.2010 Aachen		**27. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie** phoniatrie@ukaachen.de http://www.dgpp.de/
23. – 25. 09.2010 Dortmund		**Der 29. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik** Zur Sprache bringen – Disziplinen im Dialog dgs-Landesgruppe Westfalen-Lippe www.dgs-kongress-dortmund.de
30.09. – 03.10.2010 Stuttgart		**8. Internationale Stuttgarter Stimmtage** www.gesprochenes-wort.de
08. – 09.10.2010 Idstein		**Clinical Dysphagiology Days** www.dysphagia.eu
22. – 23.10.2010 Bielefeld		**4. Bielefelder Symposium „Dysphagie“** **Dysphagie bei spezifischen neurogenen Erkrankungen und kindliche Dysphagie** www.arbeitskreis-dysphagie.de
24. – 26.10.2010 Athens, Greece		**CALL FOR PAPERS** **Academy of Aphasia 48th Annual Meeting** http://www.academyofaphasia.org/
4.11. – 6.11.2010 Konstanz		**FEES® hands-on Workshop** bbz@klinikum-konstanz.de, www.klinikum-konstanz.de/bbz
9. – 11.09.2011 Zürich		**28. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie** kurse.orl@usz.ch
4. – 6.11.2010		**10. Jahrestagung der GAB** gab2010.muenster@uni-muenster.de
13.11.2010 Bad Nenndorf		**15. Bad Nenndorfer Therapietag** **Dialog – Bewegung – Sprache: Therapie in verschiedenen sprachlichen Handlungsfeldern** www.cjd-schlaffhorst-andersen.de

Institut für Sprachtherapie Dr. Boris Hartmann

Fortbildung in Köln

17. und 18. September 2010

Mutismus im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter.
Grundlagen und Module der Systemischen Mutismus-Therapie/SYMUT

Anmeldungen über www.boris-hartmann.de

DÜSSELDORFER
AKADEMIE

WEITERBILDUNGS- UND TRAININGSZENTRUM

	Titel der Weiterbildung	Beginn Neue Termine!!!	Ustd.	Lehrgangsleitung	Kosten in Euro
WEITERBILDUNGEN	Fachtherapeut Neurologie® – der 5. Durchgang	11. - 12.02.11	250	Astrid Friedl	2980,-
	Fachtherapeut Stimme® – der 4. Durchgang	11. - 12.02.11	196	Uwe Schürmann Harald Panknin	2480,-

	Seminartitel	Termin	Ustd.	Referent	Kosten in Euro
SEMINARE	Vom Sprechen zum Singen - Teil I	02. - 03.07.10	14	Helga Lohmann (ehem. Spital)	225,-
	Diagnostik von Aufmerksamkeitsstörungen	02. - 03.07.10	16	Dr. Claus Jacobs	195,-
	Semantisch-lexikalische Störungen bei Kindern	02. - 03.07.10	14	Matthias Grimm	165,-
	Die Therapie der Aphasien - Wirkungsvolle und vielfältige Verfahren für die logopädische Arbeit	02. - 03.07.10	14	Dr. Alexandra Wengenroth	165,-
	Einführung in die klinische Dysphagiologie	02. - 03.07.10	14	Jochen Keller	165,-
	Fütterstörungen im Kindesalter	03.07.10	8	Nicole Hoffmüller	120,-
	Auditive Wahrnehmungsstörungen bei Vorschul- und Schulkindern und LRS	03. - 04.09.10	14	Stefan Warych	195,-
	Wortfindungsstörungen bei Kindern erkennen und behandeln	17. - 18.09.10	14	Tanja Brüll	165,-
	Sensorisch-integratives Logopädiekonzept	17. - 18.09.10	14	Michaela Kreutz-Zimmermann	165,-
	Die Therapie des reduzierten Wortschatzes nach dem Konzept von Dr. Zvi Penner	18.09.10	8	Harriet Dohrs	100,-
	Ressourcenorientierte Interventionsentwicklung - Voice Coach Modul IV	20. - 23.09.10	32	Harald Panknin Uwe Schürmann	410,-
	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsdysgrafien und -dyslexien	24. - 25.09.10	14	Dr. Alexandra Wengenroth	165,-
	Das MODAK-Konzept. Kommunikative Aphasietherapie	24. - 25.09.10	14	Dr. Luise Lutz	165,-
	Die fiberendoskopischen Diagnostik nach FEES®-Standard	25.09.10	8	Jochen Keller	100,-
	Kontext-sensitive Aphasietherapie	07.10.10	8	Holger Grötzbach	135,-

Weitere Informationen und Seminare: **www.duesseldorfer-akademie.de** · Tel. 0211-73 77 96 80

DIPLOMA Europäische Hochschule

diploma.de

Fern-Studium

Bachelor
Medizinalfachberufe

Zugangsberufe:

Physiotherapeuten/innen
Ergotherapeuten/innen
Altenpfleger/innen
Krankenschwester/-pfleger
Logopäden/innen u. a.

Doktoratsstudium (Partner Uni)

Ortstarif: 01801 500 555

vml

Anzeigenschluss für Heft 4/2010 ist der 10. Juni

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

Soeben erschienen

Sabine Pauli / Gerda Leimer

Ergotherapeutische Übungen in der Handtherapie

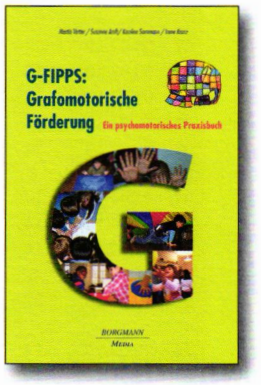
Zur Übersicht befindet sich am Anfang des Buches eine Auflistung von Verletzungen und Erkrankungen der Hand. Des Weiteren werden fächerübergreifende Therapiemaßnahmen dargestellt, z. B. zum Thema Narbenbehandlung, Sehnengleiten, Ödembehandlung, Kontrakturbehandlung, Schmerz u. a.
Der Hauptteil des Buches besteht aus einer großen Anzahl ergotherapeutischer Übungen, die den einzelnen physiologischen Handfunktionen und Greifarten zugeordnet sind sowie einer Darstellung von Sensibilitätsübungen mit möglichen Therapiematerialien. Eine Liste der Übungsmaterialien, die in jeder ergotherapeutischen Praxis oder Einrichtung vorhanden sind oder leicht zusammengestellt werden können, ermöglicht die Umsetzung der Übungen in der Therapie und im Alltag der Patienten. Leseprobe unter: www.verlag-modernes-lernen.de (Bestell-Nummer eingeben, PDF-Dateien herunterladen)

● 160 S., 215 Farbfotos, Format 16x23cm, Ringbindung,
ISBN 978-3-8080-0650-4, Bestell-Nr. 1078, € 17,50

Martin Vetter / Susanne Amft / Karoline Sammann / Irene Kranz

G-FIPPS: Grafomotorische Förderung

Ein psychomotorisches Arbeitsbuch



Den roten Faden bietet eine spannende Rahmengeschichte mit dem bekannten Elefanten Elmar (von David McKee). Hier haben Kinder mit unterschiedlichen Voraussetzungen die Chance, von der Förderung zu profitieren.
Die Besonderheit der G-FIPPS-Förderkonzeption ist, dass es sich nicht um ein auf den Erwerb von grob- und feinmotorischen Fertigkeiten reduziertes Lernprogramm handelt. G-FIPPS erhebt den Anspruch, zur Verbesserung von grafomotorischen Fähigkeiten auch den persönlichen Ausdruck und die sozial-kommunikativen Fähigkeiten des Kindes, im Sinne eines umfassenden psychomotorischen Grafomotorik-Verständnisses, zu fördern. Leseprobe unter: www.verlag-modernes-lernen.de (Bestell-Nummer eingeben, PDF-Dateien herunterladen)

● 192 S., farbige Abb., Format DIN A4, Klappenbroschur / Alter: 4-8
ISBN 978-3-938187-52-4, Bestell-Nr. 9402,
€ 19,80 nur noch bis zum 30.6.10, danach € 22,80

BORGMANN MEDIA
verlag modernes lernen borgmann publishing
Schleefstr. 14 • D-44287 Dortmund
Kostenlose Bestell-Hotline (wir liefern portofrei!):
Tel. 0800 77 22 345 • FAX 0800 77 22 344
Ausführliche Buch-Informationen (Leseproben) und Bestellen im Internet: www.verlag-modernes-lernen.de

CALL FOR PAPERS

Das Schwerpunktthema des 40. Jahreskongresses in Karlsruhe vom 23. – 25. Juni 2011 heißt:

„Logopädie: komplex oder Komplex?"

Aktuelle Rahmenbedingungen der Logopädie

▸ Logopädische Therapie ist ein komplexes Geschehen. Neben Methodenkompetenz sind die Bereiche Sozial- und Persönlichkeitskompetenz erforderlich, um im interaktiven Therapiegeschehen effiziente Ergebnisse für die Patienten zu gewährleisten. Einbezogen in die Therapiegestaltung werden dabei sowohl Basiskompetenzen und Erfahrungswissen als auch neue Impulse, die nicht zuletzt im Zuge des Akademisierungsprozesses Einfluss nehmen. Dazu gehören die Bereiche Therapieprozess- und Effektivitätsforschung genauso wie die Fragestellungen: *Was erwartet mein Patient von mir? Was ist gesund und was ist krank? Wie führe ich den Patienten von der Passivität zur Aktivität?* Neue Themenfelder halten Einzug in den logopädischen Alltag und erweitern das Tätigkeitsfeld z. B. in den Bereichen Frühförderung, Prävention und Gesundheitsberatung.

▸ Die Anforderung an Ausbildung und Grundlagenstudium lautet dabei, Komplexität zu verringern: Basiskompetenzen zu vermitteln, erste Spezialisierungen zu eröffnen und insbesondere die Kompetenz der wissenschaftlich reflektierenden Praktikerin anzuvisieren.

▸ Kurz: Wir laden ein, Scheinwerfer auf diese Bausteine des komplex gestalteten Hauses Logopädie zu werfen.

▸ Erbeten werden wissenschaftliche Vorträge oder Falldarstellungen (30–45 Minuten) zu speziellen Themen, z. B. anhand einer empirischen Studie (Einzelfall-, Gruppenstudien) und Methoden-Vorstellungen (30 Minuten), die aktuelle logopädische oder logopädie-relevante Inhalte zur Diskussion stellen und/oder Ergebnisse langjähriger Erfahrung präsentieren.

▸ Zur Anmeldung senden Sie bitte eine Kurzfassung des Vortrags als Datei (MS Word, Open Office) auf CD-Rom oder als E-Mail-Anhang mit den folgenden Angaben: Vortragstitel, Autor(en) inkl. Titel/Berufsbezeichnung, Institution mit vollständiger Anschrift inkl. E-Mail, Text (max. 2 Seiten inkl. Literaturangaben, max. 5 Titel), benötigte Medien, gewünschte Rubrik. Das Abstract sollte über das Ziel der Studie bzw. Therapiemethode, die Methode bzw. das Therapieverfahren sowie über wesentliche Ergebnisse und Diskussionsaspekte Auskunft geben.

Einreichtermin: bis spätestens 15.10.2010
Eine Verständigung über die Annahme erfolgt voraussichtlich bis 31.12.2010. Senden Sie Ihre Beiträge bitte an:

dbl Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.

Geschäftsstelle: **dbl**, Augustinusstr. 11a, 50226 Frechen, Telefon: 02234.37953-29, Telefax: 02234.37953-13, E-Mail: fobi@dbl-ev.de, Internet: http://www.dbl-ev.de
Kennwort: Kongress 2011-Call for papers

Zeitschrift für systemische Therapie und Beratung

Seit Januar 2010:

- **Neues Groß-Format 21 x 28 cm**
- **Neues Layout**

... Abonnement-Preis unverändert Euro 33,00 !

Redaktion: Cornelia Tsirigotis

Sie wollen ab Heft 1 dabei sein ...

Dann bestellen Sie noch heute das Vollabonnement 2010 zum Preis von nur Euro 33,- für 4 Ausgaben.

... oder möchten Sie zuerst Probe lesen ?

Dann bestellen Sie das Probe-Abonnement 2010 zum Sonderpreis von nur Euro 12,- für 2 Ausgaben. (Ihre Sicherheit: Das Probe-Abo endet automatisch)

Ein Forum für Vielfalt und wechselseitige Anregungen: *theoretisch, praktisch, innovativ ...*

Die Anwendungsgebiete der Systemischen Therapie und Beratung haben sich seit der Gründung der Zeitschrift (1983) kontinuierlich erfolgreich erweitert.

TherapeutInnen wie BeraterInnen nutzen systemische Perspektiven und die Vielfalt systemischer Ideen, um hilfreiche Änderungen anzuregen, zu befördern und aufrechtzuerhalten. In allen Arbeitsfeldern erweisen sich systemische Sichtweisen als hilfreich für die Reflexion und Wirksamkeit der praktischen Arbeit. Die theoretischen Wurzeln der systemischen Therapie und Beratung sind weit verzweigt. Konstruktivistische Erkenntnistheorien bilden eine Grundlage, unterschiedliche systemtheoretische Ansätze verzweigen sich zu weiteren Strängen. Wichtig und prägend sind auch Denkansätze, die sich mit Selbstorganisation beschäftigen sowie neurobiologische Erkenntnisse. Ergänzend fließen Grundhaltungen und Methoden der lösungs- und ressourcenorientierten Therapie ein.

In der *Zeitschrift für systemische Therapie und Beratung* kommen Pioniere und Wegweiser der systemischen Therapie und Familientherapie ebenso zu Wort wie PraktikerInnen. So bietet die Zeitschrift sowohl ein Forum für die Beschäftigung mit theoretischen Fragestellungen und Entwicklungen als auch für Reflexionen alltagspraktischer Erfahrungen. Dabei finden aktuelle Bewegungen in der Forschung ebenso Raum wie kreative und innovative Ideen der Praxis.

Heft 2/2010 (April): *Unterm Strich zähl ich! Zur psychotherapeutischen Subjektkonstruktion in Praxis und Kino* (Gastherausgeber Eugene Epstein, Manfred Wiesner, Lothar Duda):
Zur Legende vom reflexiven Ich (Bochumer AG) • Wer ist verrückt? Was ist normal? (Brink) • Die Errettung der modernen Seele (Illouz) • Das Ich im Spannungsfeld von Konflikt und Kontrolle (Schulz) • Auf dem Strich zähl ich (Wiglaf Droste) u.a.m.

Heft 3/2010 (Juli): *Systeme und traumatischer Stress* (Gastherausgeber Alexander Korittko):
Unser Gehirn ist eigentlich ein soziales Konstrukt (Gespräch mit Prof. Hüther und L.-U. Besser) • Systemische Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen (Oestereich) • Wenn die Familie der Soldaten mitleidet: Sekundäre Traumatisierung (Korritko) • Supervision in trauma-organisierten Systemen (Hanswille)

BORGMANN MEDIA

verlag modernes lernen | borgmann publishing

Schleefstr. 14 • D-44287 Dortmund • Tel. 02 31 - 12 80 08 • FAX 02 31 - 12 56 40

Kostenlose Bestell-Hotline (wir liefern portofrei!): Tel. 0800 77 22 345 • FAX 0800 77 22 344

Ausführliche Buch-Informationen (Leseproben) und Bestellen im Internet: **www.verlag-modernes-lernen.de**

Sprachheilarbeit

Fachzeitschrift für Sprachheilpädagogik und akademische Sprachtherapie

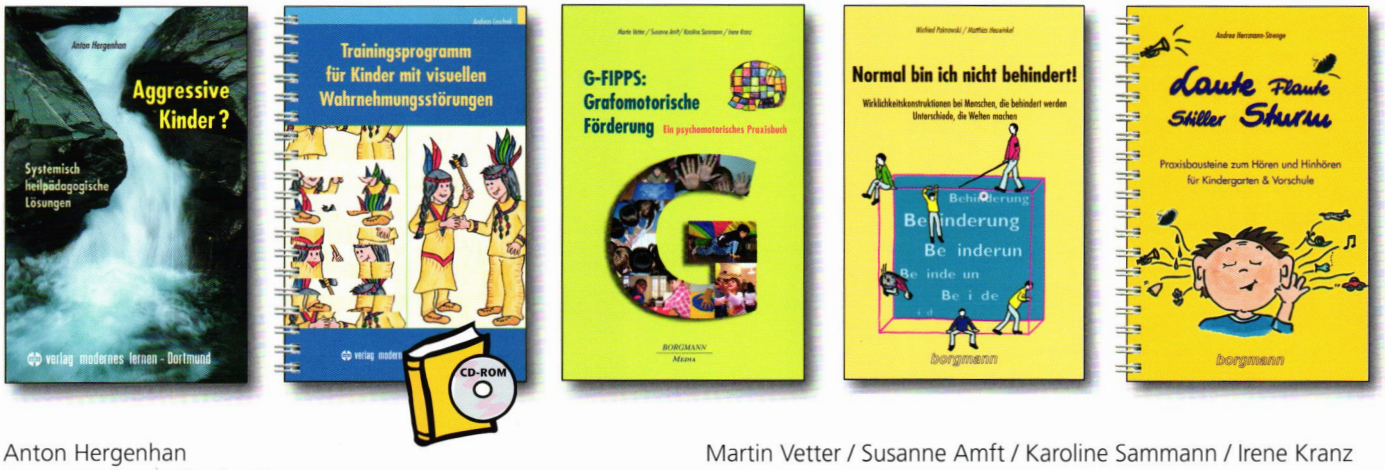
dgs | dbs

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

K 11772

Postvertriebsstück, DPAG, Entgelt bezahlt

Ihre Praxis ist unser Programm!



Anton Hergenhan
Aggressive Kinder?
Systemisch heilpädagogische Lösungen
2010, 128 S., Format DIN A5, br
ISBN 978-3-8080-0656-6 Bestell-Nr. 1470, € 16,80

Andreas Leschnik
Trainingsprogramm für Kinder mit visuellen Wahrnehmungsstörungen
2010, 116 S., teilweise farbig, Beigabe: Arbeitsbögen zusätzlich auf CD-ROM, Format DIN A4, Ringbindung / Alter: 6-10
ISBN 978-3-8080-0655-9 Bestell-Nr. 1079, € 29,80

Jetzt wieder lieferbar:
Winfried Palmowski / Matthias Heuwinkel
„Normal bin ich nicht behindert!"
Wirklichkeitskonstruktionen bei Menschen, die behindert werden – Unterschiede, die Welten machen
3. Aufl. 2010, 312 S., Format 16x23cm, br
ISBN 978-3-86145-198-3 Bestell-Nr. 8403, € 19,50

Martin Vetter / Susanne Amft / Karoline Sammann / Irene Kranz
G-FIPPS: Grafomotorische Förderung
Ein psychomotorisches Praxisbuch
Juni 2010, 192 S., Format DIN A4, Klappenbroschur
ISBN 978-3-938187-52-4 Bestell-Nr. 9402, € **19,80**
bis 30.6.2010, danach € 22,80

Empfohlen von der Stiftung Zuhören e.V.!
Andrea Herrmann-Strenge
Laute Flaute – Stiller Sturm
Praxisbausteine zum Hören und Hinhören für Kindergarten & Vorschule
3. Aufl. 2010, 192 S., viele Illustrationen, Format 16x23cm, Ringbindung, ISBN 978-3-86145-282-9 Bestell-Nr. 8319, € 19,50

Erich Kasten (ohne Titel-Abbildung)
Progressives Gedächtnis- und Konzentrationstraining
2010, 232 S., Format 16x23cm, br
ISBN 978-3-938187-61-6 Bestell-Nr. 9412, € 17,90

BORGMANN 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**